

Meer zorg met minder medewerkers

Aantrekkingskracht vergroten

Bestuurders en beleidsbepalers kunnen méér ondernemen om de gezondheidszorg aantrekkelijker te maken voor bestaande en potentiële medewerkers. Hoogleraar Bianca Buurman adviseert organisaties vaart te zetten achter betere opleidingsmogelijkheden, goede loopbaanpaden en meer zeggenschap.

TEKST: GERBEN STOLK

“Heb ik de urgentie duidelijk genoeg gemaakt?”, luidt de retorische vraag van Bianca Buurman. De hoogleraar acute ouderenzorg aan Amsterdam UMC, tevens niet-praktiserend verpleegkundige, is in de minuten ervoor ingegaan op de kwestie waarom actie nodig is van werkgevers in de eerstelijnsgezondheidszorg. Een samenvatting van haar betoog: “We zien een enorme vergrijzing op ons afkomen. Naar verwachting stijgt in de komende tien jaar het aantal 75-plussers met zestig procent, met mogelijk een navenante toename van de zorgvraag. Tegelijkertijd zijn de schattingen dat het werkzame deel van de algehele beroepsbevolking gaat halveren. Zo vertrekt in de genoemde tien jaar ruim twintig procent van de verpleegkundigen uit de gezondheidszorg vanwege het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd. Dit komt bovenop de forse uitstroom van jongere medewerkers: veertig procent van de beginnende verpleegkundigen bijvoorbeeld, keert het vak binnen twee jaar de rug toe. Oorzaken: onvoldoende uitdagingen, te grote werkdruk, administratieve last en niet of nauwelijks zeggenschap. We zien nu al dat er onvoldoende capaciteit is voor verpleeghuiszorg. Kortom, het wringt: minder mensen moeten meer zorg gaan leveren, waardoor het systeem dreigt vast te lopen.”

De invloed van deze ontwikkelingen is groot op de gezondheidszorg en dus ook op de eerste lijn. Buurman: “Thuis wordt het nieuwe ziekenhuis. Veel zorgverzoekers hebben het beleid dat ze proberen zoveel mogelijk ziekenhuiszorg naar de thuissituatie te brengen. Zilveren Kruis bijvoorbeeld, streeft ernaar dat in 2025 twintig procent van de huidige ziekenhuiszorg is verplaatst naar ‘thuis’. Denk onder meer aan chemotherapie of dialyse thuis.” Op deze pagina's benoemt Buurman terreinen waar de eerste lijn kansen kan creëren en benutten.



Bianca Buurman: ‘Medewerkers binden met loopbaanpaden waarin zij zich continu kunnen ontwikkelen’.

Betere opleidingsmogelijkheden

“Dit is vooral een boodschap aan de vvt-sector: je kunt veel verpleegkundigen aan je binden door hun werk uitdagender te maken in de vorm van specialisatie. Dan is het wel zaak je mensen zélf de opleidingsmogelijkheden hiertoe te bieden; nu is een interne opleiding vaak nog lastig.

Plaats dit verhaal in een breder kader. Het is duidelijk dat steeds meer ziekenhuiszorg verschuift naar de eerste lijn. Wat vraagt dat dan van medewerkers die werkzaam zijn binnen de wijkverpleging? Wat wordt straks bijvoorbeeld van hen verwacht op het vlak van ouderenzorg en langdurige zorg? Denk ook aan oncologische zorg. In de huidige situatie brengen ziekenhuizen vaak hun verpleegkundigen naar de thuissituatie. Maar is dit het

model voor de toekomst? Of willen we meer toegaan naar transmurale teams waarbij specialistische zorg niet zozeer óf in het ziekenhuis óf in de thuissituatie wordt geleverd, maar dat een specialistisch team dáár de zorg biedt waar de patiënt het op dat moment nodig heeft? Dat zou betekenen dat je ook wijkverpleegkundigen de mogelijkheden gaat geven onderdeel te zijn van zo'n team. Wie wil worden geschoold in een verpleegkundige specialisatie, moet nu nog grotendeels in het ziekenhuis zijn, óók als hij of zij niet in dienst is van een ziekenhuis. Bij een deel van de specialisaties zal steeds nadrukkelijker de vraag zijn: moet het niet worden aangeboden buiten de muren van het ziekenhuis? Sommige bestuurders plaatsen daar vraagtekens bij, maar ik zie ook dat een aantal voorlopers - vvt-organisaties - al nadenkt over de vraag hoe zij wijkverpleegkundigen als generalist kunnen inzetten en tegelijkertijd specialistische kennis beschikbaar maken voor hun organisatie. Sterker,

‘Thuis wordt het nieuwe ziekenhuis’

ze handelen er inmiddels naar. Het werk wordt voor verpleegkundigen interessanter als zij zowel als wijkverpleegkundige kunnen werken als op deelterreinen een specialisatie kunnen doen - zoals palliatieve zorg - en deze kennis kunnen inzetten voor de organisatie. Daarvoor moeten loopbaanpaden worden ontwikkeld.” >>



BIANCA BUURMAN IN HET KORT

- Huidige functie: hoogleraar acute ouderenzorg Amsterdam UMC.
- Voorheen: verpleegkundige in de organisatie die nu Amsterdam UMC heet. Werkte op de afdeling interne geneeskunde, was actief als oncologieverpleegkundige en hielp patiënten binnen de dagkliniek ouderengeneeskunde.
- Raakte binnen het ziekenhuis geïnteresseerd in de vraag hoe het patiënten verging na ontslag. Promoveerde vervolgens op onderzoek naar het opsporen van kwetsbare ouderen in het ziekenhuis.
- Is de laatste jaren vooral betrokken bij projecten op het snijvlak van ziekenhuis- en huisartsenzorg. Een voorbeeld: de ontwikkeling van proactieve ouderenzorg in de huisartsenpraktijk, in samenwerking met praktijkverpleegkundigen en huisartsen. Een tweede ontwikkeling is de samenwerking na ziekenhuisopname met de Transmurale Zorgbrug. Wijkverpleegkundigen komen ook naar het ziekenhuis.
- Een ander voorbeeld: de wijkkliniek. Hierbij heeft ziekenhuiszorg een plek gekregen in een vvt-organisatie.
- Nog een voorbeeld: in de kop van Noord-Holland en in de regio Gooi- en Vechtstreek worden transmurale palliatieve teams opgezet waarin generalistische en specialistische zorg zijn verenigd.



'WERELD TE WINNEN'

V&VN-interim-bestuurder Conny van Velden: "Bianca Buurman heeft groot gelijk: minder mensen moeten meer zorg gaan leveren en het 'systeem' dreigt vast te lopen. Zeker als je ziet hoe intensief het werk is geworden en hoeveel nieuwe collega's de zorg snel weer vaarwel zeggen. Bijvoorbeeld omdat ze hun tijd verdoen aan oneigenlijke taken of haperende ict-systemen.

We hebben het veel over de betaalbaarheid van de zorg. Maar we gaan te snel voorbij aan het behoud van verpleegkundigen en verzorgenden. Er is echt nog een wereld te winnen als het gaat om de ruimte voor onze professionele beroepsuitoefening. Onze leden geven keer op keer aan dat ze hun vak geweldig vinden, maar dat ze meer waardering willen, betere opleidingsmogelijkheden, betere roosters en contracten en ook salaris. Er is een grote behoefte aan zeggenschap en serieus genomen worden als zorgprofessional. Invloed op beleid, de organisatie van ons werk en de kwaliteit van de zorg, dat moeten we nog veel meer gaan opeisen.

Ik heb het ook altijd gek gevonden dat het in ons land al snel óf óf is. Je bent óf verpleegkundige óf leidinggevende. Je staat aan het bed of je doet onderzoek. Laten we veel meer én én doen. Daar winnen we allemaal bij. Want dan leren we allemaal van elkaar, zowel op de werkvloer, in het onderwijs, in het onderzoek als in de bestuurskamer. Met maar één gezamenlijk doel: de best mogelijke zorg voor onze patiënten en onze cliënten."

Goede loopbaanpaden

"Goede loopbaanpaden voor verpleegkundigen, met een passend functiehuis. Mede omdat werkgevers in de gezondheidszorg er in de afgelopen jaren onvoldoende in zijn geslaagd dit tot stand te brengen, had minister Bruins dit jaar de Wet BIG II voorgesteld.

Ik vond deze wet en functiedifferentiatie eigenlijk een verenging van het beoogde doel. In de toekomst gaat het niet alleen om het onderscheid tussen mbo- en hbo-verpleegkundigen, maar moet worden gestreefd naar iets groters: loopbaanpaden waarin mensen zich continu kunnen ontwikkelen en waardoor je hen aan de sector en je organisatie bindt. Dáárin ligt zeker ook een uitdaging voor de eerste lijn.

Ik zou werkgevers vooral willen vragen grondig na te denken over het soort verpleegkundigen dat nodig is gezien de toekomstige ontwikkelingen van meer zorg thuis en meer specialistische- en ziekenhuiszorg die naar de wijk toekomt. Ontwikkel op basis daarvan goede loopbaanpaden. Bedenk daarbij dat het voor het behoud van medewerkers niet alleen belangrijk is verpleegkundig-specialistische loopbaanpaden te creëren, maar ook paden met ruimte voor beleids- en onderzoekwerkzaamheden of bijvoorbeeld toepassing van technologie. Verpleegkundigen met onderzoeks- of beleidsambities zie je nu nogal eens uit de zorg vertrekken. Ik pleit er overigens voor dat op de beleids- en onderzoekspaden ook plaats is voor directe patiëntenzorg. Nu zie je soms dat een verpleegkundige zich binnen de organisatie volledig aan beleid gaat wijden en geen cliënten meer helpt. Ik denk dat menigeen een combinatiefunctie aantrekkelijker vindt, omdat je zo de binding houdt met het vak waarvoor je oorspronkelijk hebt gekozen. Dit is ook beter voor de organisatie.

Verpleegkundigen die onderzoek doen, kunnen er bovendien aan bijdragen dat de organisatie nog betere zorg levert en ook dat de efficiëntie toeneemt, zodat het risico op werkdruk vermindert - en daarmee de kans op uitstroom van medewerkers. Wat ik concreet bedoel? Niet alleen dat deze verpleegkundigen zelf kennis ontwikkelen waarbij de zorg gebaat is, maar ook dat zij reeds bestaande kennis helpen implementeren. Nuttige inzichten die in onderzoeken zijn opgedaan, bereiken vaak niet of nauwelijks de zorgpraktijk. Organisaties kunnen loopbaanpaden ontwikkelen waarin medewerkers zich deels toeleggen op implementatie van bijvoorbeeld verbeteringen in de wijkverpleging en ouderenzorg."



BETER EXITGESPREK

Weet u waarom medewerkers *werkelijk* uw organisatie verlaten? Volgens Bianca Buurman moeten organisaties zich afvragen of zij de best mogelijke exitgesprekken voeren. "Ik denk dat we nog beter zicht moeten krijgen op beweegredenen om de sector voor gezien houden. Dat vergroot de kans op aanknopingspunten om een aantrekkelijker werkgever te worden."

Meer zeggenschap

"In raden van bestuur en toezicht hebben nauwelijks leden zitting met een verpleegkundige achtergrond. Dit zie je ook bij vvt-organisaties. Dat is best raar, omdat verpleging hun corebusiness is én omdat verpleegkundigen hiermee een mooi loopbaanperspectief wordt onthouden

Gebrek aan zeggenschap is een reden om de gezondheidszorg vaarwel te zeggen. Sommige mensen zullen aanvoeren dat steeds meer organisaties een verpleegkundige adviesraad hebben en dat er dus georganiseerde medezeggenschap is, maar deze raden hebben een andere status dan organen van artsen. Ik zie dat in ziekenhuizen: terwijl de raad van bestuur niet om de medische staf heen kan, heeft de verpleegkundige adviesraad slechts een raadgevende functie.

Vvt-organisaties met een verpleegkundige adviesraad zouden ervoor moeten zorgen dat deze raad een volwaardige gesprekspartner is die kan meebeslissen over essentiële thema's. Verder kunnen werkgevers serieus werk maken van zeggenschap door loopbaanpaden te ontwikkelen waarin verpleegkundigen er langzaam op worden voorbereid om uiteindelijk te gaan besturen. Dit kan aantrekkelijk zijn voor bijvoorbeeld teamleiders of hoofdverpleegkundigen."



COLUMN



Stikstofarrest gezondheidszorg?

Het stikstofbesluit van de Raad van State forceert een doorbraak in een slepend dossier vol tegenstellingen: milieu of economie, landbouw of natuur, snelwegen of gezondheid? Tegelijk voelt iedereen dat doorgaan op de ingeslagen weg niet duurzaam en mogelijk was.

De parallel met de gezondheidszorg? Eveneens een slepend dossier vol tegenstellingen. Kosten versus toegankelijkheid, individuele rechten versus collectieve betaalbaarheid, oneindige vraag versus tekort aan capaciteit.

Net als bij het klimaat hebben we bij de gezondheidszorg 'ontkenners'. Die vertellen telkens hoe goed we het in Nederland doen. En het ministerie van VWS heeft met circa zestig communicatieadviseurs de mooi-weershow heruitgevonden, terwijl de doelstellingen van alle Hoofdpijnenakkoorden eind 2022 weer niet gehaald worden. Niet erg, want de ministers zijn dan toch weg en worden niet meer afgerekend op de resultaten. We maken dan gewoon nieuwe afspraken met vage beloften en lonkende oplossingen en glijden steeds verder af naar een financiële- en kennistweedeling: heb je geld, kennis en netwerken, dan krijg je de zorg (nog) wel geregeld. Ben je arm, digibeeet en geïsoleerd, dan ben je de Sjaak.

Nederland heeft behoefte aan een stikstofarrest voor de gezondheidszorg. Daarmee worden onorthodoxe maatregelen mogelijk die tot een nieuwe duurzame gezondheidszorg moeten leiden, zonder taboes en verworden posities en rechten die nu alle ontwikkelingen in de kiem smoren. De uitdaging voor juristen: hoe zou zo'n uitspraak uitgelokt kunnen worden? Dan kan daarna Johan Remkes weer aan de slag.

Jan Erik de Wildt,
trendwatcher eerstelijnszorg