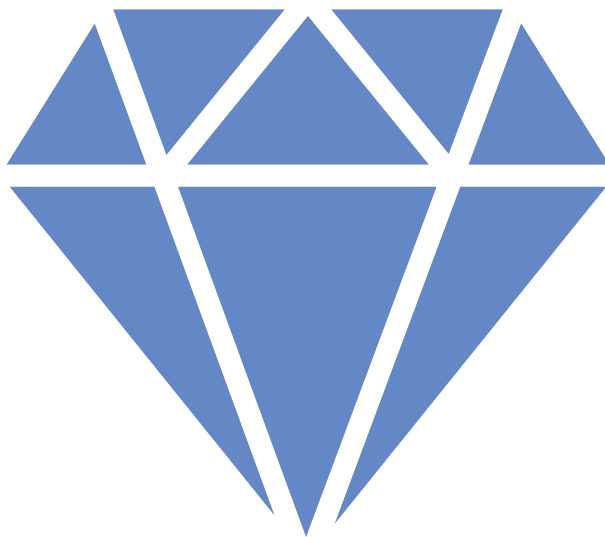


DE KROONJUWELEN VAN HET GEZONDHEIDSCENTRUM

Gouden formules voor de
toekomst van de eerste lijn

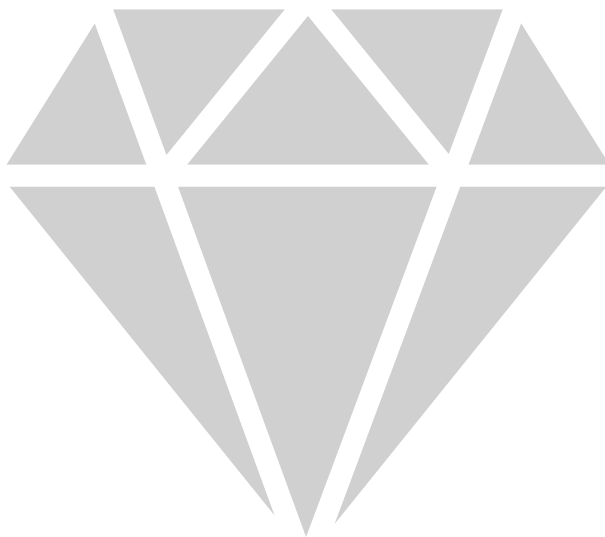


JAN VAN ES INSTITUUT



DE KROONJUWELEN VAN HET GEZONDHEIDSCENTRUM

Gouden formules voor de
toekomst van de eerste lijn



JAN VAN ES INSTITUUT



Colofon

Het onderzoek waarop dit rapport gebaseerd is werd in opdracht van de Stichting Sociaal Fonds Gezondheidscentra (SSFG) uitgevoerd door het Jan van Es Instituut, onder leiding van Dr. M.A. Bruijnzeels.

Onderzoeksverslag

Dr. M.A. Bruijnzeels, T.A. Haakma, B.N.J. de Koeijer

Stuurgroep

Het onderzoek en de publicatie is begeleid door een stuurgroep bestaande uit de volgende personen (allen op persoonlijke titel):

Maarten Klomp, voorzitter

Jolanda Buwalda

Jan Frans Mutsaerts

Judith van Duren

Dite Husselman

Hansmaarten Bolle

Interviews

Karen Voors

Eindredactie

Karen Voors

Hansmaarten Bolle

Contact

Jan van Es Instituut

Vorenbroekstraat 65

2242 NV Wassenaar

www.jvei.nl

Internet

Online-publicatie onderzoek:

<https://ineen.nl/thema/wijkmanagement/de-kroonjuwelen-van-gezondheidscentra/>

Jan van Es Instituut: www.jvei.nl

SSFG: www.ssfg.nl

Campagne: www.werkeninhetgezondheidscentrum.nl



Voorwoord

De Stichting Sociaal Fonds Gezondheidscentra heeft bij het afsluiten van haar werkzaamheden het Jan van Es instituut opdracht gegeven een onderzoek te doen naar de historische betekenis van het gezondheidscentrum voor de Nederlandse gezondheidszorg. Hoe zijn ze ontstaan? Wat hebben zij bijgedragen? Hoe is die bijdrage geëvolueerd in de tijd? Wat is de kern? En hoe kunnen we de belangrijkste waarden behouden voor de toekomst? Voor u ligt het resultaat: “De kroonjuwelen van het gezondheidscentrum”.

“De toekomst kan niet zonder geschiedenis”, luidt het gezegde. De geschiedenis van gezondheidscentra is hier nu uitgebreid beschreven. Toch is geschiedschrijving zelf niet het hoogste doel. Te lang blijven hangen in de geschiedenis is zelfs ongewenst. Het gaat erom welke lessen je eruit kunt trekken voor de toekomst. Die lessen, de “kroonjuwelen”, zijn nu geformuleerd. Ze blijken nog springlevend en worden inmiddels breed omarmd, ook buiten de gezondheidscentra.

De uitdaging wordt om ze breed toe te passen in de context van nu. Dat vraagt van huisartsen en alle andere eerstelijns zorgprofessionals om ze te integreren in hun praktijkvoering, ongeacht de setting waarin zij werken. Van de systeempartijen vraagt het om wet- en regelgeving en een financieringsstructuur die dat mogelijk maakt. En van de gezondheidscentra vraagt het om flexibiliteit om mee te bewegen in de veranderende omgeving van nu. Het verleden leert dat zij die flexibiliteit kunnen opbrengen.

Ik spreek de wens uit dat we de kroonjuwelen structureel gaan inbedden in de eerstelijns zorg. Dan is dit rapport een heel mooi cadeau van de SSFG aan onze gezondheidszorg en onze samenleving.

Namens de stuurgroep,
Maarten Klomp, voorzitter



Samenvatting

De idealen die de gezondheidscentra sinds de jaren 70 nastreven zijn nog springlevend. Het gezondheidscentrum heeft zich ontpopt als een vernieuwingsmotor en het kan worden gezien als de bakermat van principes die anno 2021 breed omarmd worden in de hele zorg, denk onder meer aan multidisciplinaire samenwerking en het verlenen van persoonsgerichte zorg. Welke stappen kunnen worden gezet om deze ‘kroonjuwelen’ van het gezondheidscentrum verder te ontwikkelen? Wat is na 50 jaar het nieuwe perspectief?

Zes kroonjuwelen

Het antwoord op deze vragen is gebaseerd op een exploratief onderzoek dat in opdracht van de Stichting Sociaal Fonds Gezondheidscentra (SSFG) is uitgevoerd door het Jan van Es Instituut. Met bestuurders en zorgprofessionals is gesproken over hoe het gezondheidscentrum zich in 50 jaar heeft ontwikkeld en wat het tot nu toe heeft opgeleverd. Na een analyse van de verzamelde informatie komen de onderzoekers tot zes kroonjuwelen van het gezondheidscentrum:

1. Publieke verantwoordelijkheid voor een gezonde samenleving
2. Niet-vrijblijvende multidisciplinaire samenwerking
3. Domein overstijgende kruisbestuiving
4. Innovatieve kwaliteitscultuur
5. Aanspreekbare organisatie
6. Gelijkwaardigheid en gemeenschappelijke beleidsvorming

De kern is samenwerking

De kern van het gezondheidscentrum, wordt geconcludeerd, is en blijft samenwerking: niet-vrijblijvende multidisciplinaire samenwerking. De pioniers in de jaren 70 gingen uit van een holistisch mensbeeld en concludeerden dat samenwerking de kwaliteit van de zorg verbetert, zeker in complexe situaties waarin patiënten te maken hebben met problematiek op verschillende medische en niet-medische gebieden. Hieruit volgt ook dat samenwerking nooit vrijblijvend kan zijn. Deze inzichten vertaalden zich in de oprichting van gezondheidscentra waarin verschillende disciplines gelijkwaardig samenwerkten onder één dak, veelal in loondienst. In de centra leidden interdisciplinaire toetsing en kruisbestuiving bijna vanzelfsprekend tot innovatie en nieuwe manieren van werken, persoonsgericht én wijkgericht. Met de multidisciplinaire samenwerking werd ook een eerste stap gezet in de opmars van ‘de eerste lijn’, het brede zorggechelon dat zorg draagt voor de eerste zorgbehoeften van burgers. Met de jaren, waarin de eerste lijn en de zorg als geheel zich verder ontwikkelden, kreeg het gezondheidscentrum op verschillende manier vorm, in sterke mate beïnvloed door de wijze van sturing en financiering door de overheid.

Overheidssturing verschuift

Het gezondheidscentrum richtte zich op een gezonde samenleving. De aandacht ging niet alleen uit naar de individuele patiënt, maar nadrukkelijk ook naar zijn of haar leefomgeving en daarmee ook op de andere wijkbewoners. Dat sloot aan bij de uitgangspunten van de verzorgingsstaat die na WOII ruim baan kreeg. Daarin nam de overheid de verantwoordelijkheid op zich voor goede en toegankelijke gezondheidszorg voor alle burgers, als onderdeel van een uitgebreid stelsel van sociale voorzieningen. Subsidiering en controle vormden de tools. Uiteindelijk leidde deze aanpak echter tot een woud aan instanties en onbetaalbare bureaucratie. Gaandeweg verschoof de overheidsaandacht van beschikbaarheid naar doelmatigheid. Voor de gezondheidszorg betekende dat kort na de eeuwwisseling tot de introductie van marktwerking in de zorg. Al die tijd bleef het gezondheidscentrum vernieuwen en bracht het veel tot stand, maar met de opeenvolgende financiële regelingen bleef het behelpen.

Randvoorwaarden voor succes

Het organiseren en onderhouden van samenwerken kost geld. De financiering van het gezondheidscentrum moet hierop toegesneden zijn. Denk alleen al aan de benodigde ondersteunende diensten (HR, ICT). Zeker in de afgelopen decennia heeft de strijd om deze noodzakelijke gelden voortdurend als een zwaard van Damocles boven de centra gehangen. Het gebrek aan bestaanszekerheid is een remmende factor bij het tot volle wasdom brengen van de kroonjuwelen. Daarnaast zijn in het onderzoek een aantal interne 'mechanismen' benoemd die aandacht vragen om het succes van het gezondheidscentrum te verzekeren. Daarbij gaat het om vragen over de betrokkenheid en zeggenschap die zorgverleners ervaren in het gezondheidscentrum (ownership, professionele autonomie), over de ervaren gelijkwaardigheid tussen de disciplines, over de ruimte voor kennisuitwisseling en vernieuwing en over de mate waarin het gezondheidscentrum verbonden is met de eerste lijn. Elk gezondheidscentrum scoort anders op deze thema's, maar in het algemeen gesproken zijn de gelijkwaardigheid tussen de disciplines en de betrokkenheid bij beleidsbeslissingen belangrijke punten van aandacht.

Fnuikend doelmatigheidsdenken

Hoewel gezondheidscentra juist vanaf het begin veel aandacht hadden voor kwaliteit en onderlinge professionele toetsing pakte de ontwikkeling van het doelmatigheidsdenken niet goed uit. In de regelgeving kwam de nadruk te liggen op kwaliteitsindicatoren en prestatienormen die het begrip kwaliteit verengden tot meetbare parameters. De brede kwaliteit van het gezondheidscentrum en het werken aan de ontwikkeling van een gezonde samenleving verdween uit beeld. De introductie van de marktwerking heeft deze ontwikkeling alleen maar versterkt. Het is wrang dat ook de nieuwe visie en betaaltitel O&I, die voor een belangrijk deel de uitgangspunten van het gezondheidscentrum erkent, voor datzelfde gezondheidscentrum weinig soelaas biedt. Met name structurele financiering van multidisciplinaire samenwerking ontbreekt nog steeds, waardoor het gezondheidscentrum voortdurend in zijn bestaan wordt bedreigd. Het wordt tijd voor een nieuwe, domein overstijgende financieringssysteem die uitgaat van de gelijkwaardigheid van disciplines en deze versterkt. Daarbij is het denkbaar dat zich rondom de kroonjuwelen nieuwe vormen van samenwerking en nieuwe organisaties ontwikkelen.

LEESWIJZER

Wat is de meerwaarde van het gezondheidscentrum? Wat heeft een gezondheidscentrum de patiënten en de samenleving extra te bieden? Hoe moet het verder met de multidisciplinaire samenwerking? Deze vragen stonden centraal in het exploratieve onderzoek van het Jan van Es Instituut in opdracht van de Stichting Sociaal Fonds Gezondheidscentra (SSFG). In het onderzoek zijn verschillende methoden gecombineerd: literatuuronderzoek, interviews, focusgroepen, enquête, Delphi-studie en triangulatie. Een uitvoerige beschrijving van de gevolgde onderzoeksmethoden, de methodische verantwoording, is opgenomen in de bijlagen 2 en 3.

De uitkomsten van het onderzoek worden gepresenteerd in drie hoofdstukken.

- **Hoofdstuk I** geeft een beschrijving van de ontwikkeling van het gezondheidscentrum sinds de 70'er jaren.
- **Hoofdstuk II** geeft een overzicht van de idealen en ambities van het gezondheidscentrum.
- In **Hoofdstuk III** komen de resultaten van 50 jaar gezondheidscentrum aan bod in de vorm van de zes kroonjuwelen en de mechanismen die kroonjuwelen tot volle wasdom doen komen.
- **Hoofdstuk IV** besluit met een toekomstbeschouwing.

Graag verwijzen we ook naar de website www.werkeninhetgezondheidscentrum.nl. Hier vertellen huisartsen in uiteenlopende centra wat hen aantrekt in het gezondheidscentrum, zowel in geschreven interviews als in korte filmpjes.

Over de uitkomsten van het onderzoek is een online-publicatie gemaakt:
<https://ineen.nl/thema/wijkmanagement/de-kroonjuwelen-van-gezondheidscentra/>



Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvatting	4
Leeswijzer	6
Inhoudsopgave	7
I. Geschiedenis van het gezondheidscentrum in vogelvlucht: van maatschappelijk idealisme tot speelbal in het krachtenveld van de zorg	8
II. Gezondheidscentra: idealen en ambities	18
III. Inzichten uit 50 jaar gezondheidscentrum: de kroonjuwelen	24
IV. Lessons learned: naar een nieuw perspectief	31
Bijlagen	
1. De mechanismen	36
2. Methodische verantwoording	39
3. Vragenlijst interviews en topiclijst focusgroepen	47
4. Literatuurlijst	51
50 Jaar gezondheidscentrum in 12 interviews	55

I Geschiedenis van het gezondheidscentrum in vogelvlucht: van maatschappelijk idealisme tot speelbal in het krachtenveld van de zorg

In dit hoofdstuk schetsen we de opkomst en de ontwikkeling van het gezondheidscentrum met zijn idealen en kenmerken in de afgelopen 50 jaar. We laten zien hoe verschuivingen in de overheidsregulering en de zorg een stempel op deze ontwikkeling hebben gedrukt. Ook laten we zien hoe steeds nieuwe financieringsvormen uiteindelijk onvoldoende ruimte boden om het specifieke karakter en de maatschappelijke meerwaarde van het gezondheidscentrum voldoende recht te doen. De cursieve tekst delen verwijzen naar uitspraken van in het onderzoek betrokken zorgverleners, bestuurders en andere stakeholders.

DE PIONIERFASE: 1970-1990

Begin jaren 70 van de vorige eeuw komen jonge bevlogen artsen tot de conclusie dat er méér nodig is voor een goede eerstelijnszorg en een gezonde samenleving. Ze besloten het anders aan te pakken en openden gezondheidscentra. De initiatieven daartoe ontstonden op verschillende plaatsen in Nederland, al dan niet geïnspireerd door elkaar en de tijdgeest. Grosso modo lieten de vernieuwers zich leiden door het geloof in een andere en betere manier van zorg verlenen (multidisciplinair, persoonsgericht, holistisch), door de behoefte aan gelijkwaardige samenwerking tussen de disciplines huisarts, wijkverpleging en maatschappelijk werk en door de wens de (volgens hen) elitaire solopositie van huisartsen te doorbreken.

De toegang tot de zorg werd destijds gereguleerd door de Ziekenfondswet (1964) en de AWBZ (1968), landelijke regelgeving waarvoor de kiem werd gelegd aan het begin van de eeuw toen een eerdere generatie artsen zich teweerstelde tegen de particuliere ziekenfondsen die zelf bepaalden wie zij contracteerden en wie niet. Deze artsen maakten zich sterk voor vrije artsenkeuze en begonnen hun eigen ziekenfondsen. Nadat in 1913 dankzij de Nederlandse Maatschappij voor Geneeskunde de eerste koepel van ziekenfondsen was opgericht, kwam er een landelijk beleid dat in 1941 culmineerde in het Ziekenfondsbesluit (de voorloper van de Ziekenfondswet). Iedereen die onder de loongrens verdiende was verplicht zich tegen een loonafhankelijke premie aan te sluiten bij een ziekenfonds; de ziekenfondsen werden contractplichtig. Vanaf dat moment nam de overheid het voortouw.

Voet aan de grond in de verzorgingsstaat

Zeker in de eerste jaren had het gezondheidscentrum de wind mee. Het waren de jaren van de verzorgingsstaat en sociale voorzieningen. In de nieuw te bouwen stad Almere werd zelfs exclusief gekozen voor deze vorm van eerstelijnszorg. Ook toen de werkloosheid in Nederland begon op te lopen en het zich uitbreidende systeem van sociale voorzieningen topzwaar werd, had het gezondheidscentrum een streepje voor. De landelijke overheidsregulering ging zich steeds meer

richten op kostenbeheersing en voor de zorg betekende dat budgettering, prijsregulering en rantsoenering. In dit kader zag men de gezondheidscentra als een substitutiemogelijkheid voor de kostbare verrichtingen in de tweede lijn om zo de rampzalig stijgende ziekenhuiskosten aan banden te leggen. De toverwoorden werden: terugbrengen van het aantal verwijzingen en overnemen van de zorg voor chronisch zieken. Onderzoek liet zien dat deze voordelen inderdaad van het gezondheidscentrum verwacht konden worden.

Rol van de gemeente

Op regionaal niveau maakten gemeentes op nieuwe bouwlocaties het verschil door centraal in nieuw te bouwen wijken ruimte voor maatschappelijke voorzieningen te bestemmen en zo hoge commerciële huurprijzen te voorkomen. De visie van de gemeente op gezondheidszorg was met andere woorden cruciaal. Dat verschilde overigens per gemeente. Er waren er die vonden dat het onderwerp niet hun pakkie-an was (mogelijk ook vanwege weerstand bij de bestaande vrijgevestigde praktijken). *“En dan was het bijna niet te doen, om een gezondheidscentrum op te richten. Dus de houding van ziekenfondsen en gemeentes was wel belangrijk...”*, aldus een huisarts. In bestaande wijken werden gezondheidscentra met medewerking van de gemeente vaak gevestigd in de wijkgebouwen van kruisverenigingen (destijds verantwoordelijk voor wijkverpleging en thuiszorg). Dit bleek een vruchtbare grond voor verdere ontwikkeling. Ook in de in zogeheten achterstandswijken werd met het oog op de beschikbaarheid van eerstelijnszorg vaker gekozen voor een gezondheidscentrum.

Overheidsregulering

Sinds de introductie heeft het gezondheidscentrum te maken gehad met een veelheid aan regelingen. Ze weerspiegelen hoe het gezondheidscentrum meebeweegt met de twee vormen van overheidsregulering die we sinds de vorige eeuw in Nederland hebben gezien. Eerst de periode waarin de overheid zich richtte op gelijke beschikbaarheid van voorzieningen (waaronder de zorg). Dit onttaardde in een wildgroei aan bureaucratie. In reactie daarop begint rond de eeuwwisseling de periode waarin de overheid op afstand stuurt op doelen door bepaalde ontwikkelingen te stimuleren.

- 1964 ____ Ziekenfondswet
- 1968 ____ AWBZ
- 1971 ____ Wet Ziekenhuisvoorzieningen
- 1974 ____ Voorlopige stimuleringsregeling
- 1979 ____ Samenwerkingsverbanden Eerstelijnsgezondheidszorg (VSSE)
- 1981 ____ Wet Tarieven Gezondheidszorg
- 1982 ____ Wet Voorzieningen Gezondheidszorg
- 1987 ____ Besluit Subsidiëring Gezondheidscentra (BSG)
- 1996 ____ Kwaliteitswet Zorginstellingen
- 2006 ____ Zorgverzekeringswet
- 2006 ____ Wet Marktordening Gezondheidszorg
- 2008 ____ Invoeren integrale bekostiging
- 2010 ____ Regeling voor Geïntegreerde Eerstelijnszorg (GEZ)

Financiering

In 1974 werd in het kielzog van de ontwikkelingen de *Voorlopige Stimuleringsregeling Wijkgezondheidscentra* in het leven geroepen en vier jaar later bij de AWBZ ondergebracht. De subsidie dekte de kosten van de extra tijdsinvestering (geschat op 15%) en de huisvesting. Desondanks kregen niet alle gezondheidscentra hun begroting sluitend, met name niet waar de zorgverleners in loondienst waren. Ze bleven bij de Ziekenfondsraad aandringen op extra financiering. Dit leidde in 1979 tot de *Voorlopige Subsidieregeling Samenwerkingsverbanden Eerstelijnsgezondheidszorg (VSSE)*. Hierin werden de subsidies opgesplitst naar type samenwerkingsverband. Gezondheidscentra waarin verschillende disciplines onder één dak werkten kregen het predicaat Zwaarder Gestructureerde Samenwerkingsverbanden. Andere centra, zoals hometeams, werden Lichter Gestructureerde Samenwerkingsverbanden. In 1987 werden hierin het herziene *Besluit Subsidiering Gezondheidscentra (BSG)* vinex- en aanloopcentra aan toegevoegd. Bij die gelegenheid werd ook het aantal toe te kennen subsidies gemaximeerd.

Schipperen

Zeker voor gezondheidscentra met een duidelijke visie en uitgesproken doelen was het soms schipperen met de financieringsvoorwaarden. Een subsidie op basis van de stimuleringsregeling bood veel vrijheid en was relatief makkelijk te verkrijgen, maar de VSSE kende hardere voorwaarden. Het kwam voor dat gezondheidscentra kozen voor de stimuleringsregeling, hoewel ze via de VSSE meer budget te verwachten hadden. Hoe dan ook waren de financieringsregelingen noodzakelijk voor het oprichten en voortbestaan van een gezondheidscentrum. *“Ik denk dat er zonder die financieringsregeling niet zulke gezondheidscentra geweest zouden zijn. Die financieringsregeling was echt nodig. Je had een aantal meerkosten [...]. En ja, je kunt wel wat improviseren, maar ik denk dat zonder die stimuleringsregeling, en de andere regeling, er niet veel gezondheidscentra geweest zouden zijn.”* Doordat de financiering veel ruimte gaf om de zorg en ondersteuning naar eigen inzicht in te richten, was de variatie in vorm en organisatie van gezondheidscentra groot.

In deze periode hebben gezondheidscentra veel tot stand gebracht en werden bijzondere projecten uitgevoerd: samenwerking met maatschappelijk werk en kruiswerk, betrokkenheid van inwoners, minder doorverwijzen, generiek voorschrijven, samenhangende zorg in achterstandswijken. Zaken die geleidelijk ook buiten de gezondheidscentra werden overgenomen.

CONSOLIDATIEFASE: 1990-2006

De focus van de landelijke overheid op het beperken van prijs en volume – met onder andere nieuwe wetten zoals de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (1971), de Wet Tarieven Gezondheidszorg (1981) en de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (1982) – bleek op zichzelf genomen een succesvolle strategie, maar had ook veel onvrede tot gevolg. Zorgaanbieders en patiënten protesteerden tegen de lange wachtlijsten en de ongewenste prikkels om gebudgetteerd geld uit te geven en zo het daaropvolgende jaar niet gekort te worden. Verder zouden de te lage vergoedingen van verpleegkundigen en vrije beroepsbeoefenaren leiden tot ‘verschraling van de zorg’ en gebrek aan innovatie. De vergoedingen voor ziekenfondspatiënten waren lager dan voor

particulier verzekerden die daardoor een voorkeursbehandeling kregen. Niet in de laatste plaats leidde de onvrede tot het zoeken naar wegen om het systeem te omzeilen met als gevolg dat de regelgeving steeds verfijnder en gedetailleerder werd.

In reactie op de onvrede schoof de landelijke discussie op naar doelmatigheid en daarmee ook naar de prijs/kwaliteit verhouding in de geleverde zorg. In 1996 trad de Kwaliteitswet Zorginstellingen in werking. Zorginstellingen (inclusief de gezondheidscentra) moesten voortaan kwaliteitscriteria benoemen en kwaliteitssystemen inrichten. Een jaarlijks openbaar verslag werd verplicht. De gewenste duidelijkheid bleef echter uit. Het resultaat was een veelheid aan meetmethoden, waardoor de data in feite niet te vergelijken waren. Anderen vonden het juist te vrijblijvend allemaal.

Stress

In later jaren zorgden plannen om te stoppen met de BSG voor veel stress. Als een zwaard van Damocles hing het boven de centra. De discussie binnen de centra over de financiering werd scherper. *“Er werd verwacht dat je steeds harder ging werken omdat er steeds meer patiënten op jouw naam werden gezet waarvoor je dan verantwoordelijk zou moeten zijn omdat het ook inkomsten waren voor de gezondheidscentra.”* Bovendien werkte de bekostiging soms goed practice tegen. In gezondheidscentra werd bijvoorbeeld al vroeg generiek voorgeschreven, maar omdat het ziekenfonds deze substitutie niet honoreerde, was dat voor de apotheek een financieel nadeel. Het spreekt vanzelf dat dit tot lastige interne discussie leidde. Apothekers brachten immers veel geld binnen.

De aanvankelijke vergoeding van de samenwerkingstijd verdween in latere versies van de subsidie-regelingen: een verarming. Maar veel gezondheidscentra ontwikkelden creatieve alternatieven. Zo dacht een centrum – zijn tijd vooruit – na over de mogelijkheid van één lumpsum bedrag per ingeschreven patiënt, een gedachte die nog steeds niet verlaten is. Het ministerie toonde destijds interesse, maar achtte het risico toch te groot: *“Door de scheiding van eerste en tweede lijn kon dat niet gerealiseerd worden.”*

Een oud-bestuurder, *“Ik vind eigenlijk dat de overheid het gezondheidscentrum altijd in de experimenteer-fase heeft laten zitten. Men heeft rond 1990 niet gezegd, oké, we hebben het nu 15 jaar gedaan en we vinden het een trend die je moet doorzetten in de eerste lijn, zó moeten we het gaan doen en daar zoeken we een financieringsregeling bij.”*

In weerwil van alle discussies over geld en regelgeving werd er op de centra gewoon geïnspireerd gewerkt, goede zorg verleend en samengewerkt. Ook in deze periode kwam het nodige tot stand. Zo groeide het gezondheidscentrum de Rubenshoek in de Haagse Schilderswijk uit tot een mooi voorbeeld waarin de eerstelijnsgezondheidszorg en de gemeentelijke voorzieningen multidisciplinair samenwerkten. Het centrum had een eigen innovatieve organisatie (STIOM) wat resulteerde in projecten die goed aansloten bij de multiculturele wijkpopulatie. Huisartsen werkten samen met politie, justitie en opbouwwerk en zij organiseerden taallessen en opvoedcursussen door zorgconsulenten met een migratieachtergrond.

FASE VAN DE MARKTWERKING: 2006-2015

Uiteindelijk werd duidelijk dat, ondanks de verwoede pogingen, de prikkels tot doelmatigheid in de zorg onvoldoende waren. Het kwam erop neer dat alleen de overheid zich verantwoordelijk voelde voor kostenbeheersing. Verder werden patiënten niet of nauwelijks in het zorgproces betrokken, met als onvermijdelijk resultaat dat mensen zich niet meer zélf verantwoordelijk voelden voor hun gezondheid en de kosten van de zorg. Medicalisering kreeg ruim baan. Het aantal medische zorgvragen nam sterk toe. Het besef groeide dat er een nieuwe sturingsfilosofie nodig was.

Op 1 januari 2006 trad de nieuwe Zorgverzekeringswet in werking, enkele maanden later gevolgd door de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg). Het onderscheid tussen particulier verzekerden en ziekenfondsverzekerden verdween, elke Nederlander kreeg dezelfde uitgangspositie. De overheid wilde komen tot een zoveel mogelijk vraaggestuurd systeem, waarin de patiënt een actievere rol speelt. Met regels voor marktordening en marktontwikkeling in het achterhoofd werd geprobeerd een markt te creëren met aan de ene kant de zorgverzekeraar en aan de andere zijde de patiënt. En daartussen de zorgverlener als linking pin. De zorgverzekeraars kregen een financieel belang bij het 'doelmatig' inkopen van zorg. Het staat hen vrij om hun eigen selectiecriteria voor prijs en kwaliteit te hanteren, en mogen in de contracten voorwaarden stellen op het gebied van kosten en kwaliteit. Het is in feite aan de zorgverlener om het belang en de behoefte van patiënten over het voetlicht te brengen.

Geen financiering meer voor organisatie

In 2004, voorafgaand aan de stelselwijziging, ondertekende de Landelijke Vereniging voor de Georganiseerde eerste lijn (LVG), de belangenvereniging voor gezondheidscentra, samen met andere eerstelijns beroepsverenigingen¹, VWS en Zorgverzekeraars Nederland de intentieverklaring Versterking Eerstelijnszorg. De eerstelijnszorg is, aldus de verklaring, de ruggengraat van de gezondheidszorg. De intentie werd uitgesproken om samen tot goede, wijkgerichte en geïntegreerde eerstelijnszorg te komen. Dit pakte echter niet helemaal uit zoals bedoeld.

Het nieuwe stelsel gaf de mogelijkheid om breed in de zorg de samenwerking rond wijkgericht en integraal werken te financieren. Een vooruitgang waarvoor het gezondheidscentrum de basis legde. Maar de bekostiging dekte niet langer de voor de gezondheidscentra noodzakelijke aanloopfinanciering voor nieuwe centra en vooral niet de tijd die nodig is om structureel samenwerking te organiseren. Dit had twee gevolgen.

1. In de eerste plaats, zegt een huisartsbestuurder, is in het nieuwe stelsel het waarborgen van de toegankelijkheid en de beschikbaarheid van passende zorg in het veld terecht gekomen, maar zónder bekostiging van de daarvoor noodzakelijke samenwerkingsruimte: *"[...] ik heb het aan mijn lijf gevoeld, dat ik problemen naar me toe krijg die ik wel wil oplossen, maar die ik niet kán oplossen, in ieder geval niet alleen. Problemen als ongezondheid door eenzaamheid, door*

¹ Verpleegkundigen & verzorgenden, fysiotherapeuten, apothekers, verloskundigen, eerstelijns psychologen, gezondheidscentra, thuiszorg, maatschappelijke ondernemers, patiëntenfederatie en oefentherapeuten.

schulden, door verslaving, door onmacht in populaties, door jeugd die ontspoorde. Maar nog veel belangrijker is – en dat speelt in het hele huisartsenland – dat de overheid de toegankelijkheid van de zorg en de beschikbaarheid bij het veld heeft neergelegd.”

2. Door de invoering van prestatie-indicatoren die zich vooral richten op ziekte en zorg en niet op preventie, laat staan maatschappelijke factoren, leidde het stelsel in de tweede plaats tot een verenging van het doel dat gezondheidscentra zich stelden, namelijk een werkelijk gezonde samenleving.

Ook de latere regeling voor Geïntegreerde Eerstelijnszorg (GEZ, vanaf 2010) maakte in de praktijk geen eind aan de financiële onzekerheid voor de gezondheidscentra. Een oud-bestuurder: *“De GEZ had goeie geïntegreerde eerstelijnszorg op het oog. Die stimuleerde dat er meer samen-gewerkt werd. Maar aan de vereiste randvoorwaarden werd gewoon niet voldaan. Dat maakt dat de bestaande gezondheidscentra die op de ‘ouderwetse’ manier werkten met samenwerking en minder schotten tussen de disciplines, het veel moeilijker kregen. Er werd veel meer op mono-disciplinaire indicatoren afgerekend en veel minder nagedacht of je ook multidisciplinaire indicatoren kon vinden.”*

De variatie in vorm en organisatie van gezondheidscentra maakte het voor zorgverzekeraars en gezondheidscentra niet makkelijker om tot een eenduidige inrichting van de GEZ-financiering te komen. Met als gevolg dat de verzekeraars elk een eigen invulling konden kiezen. De gezondheidscentra hebben hier te weinig een gezamenlijk beeld tegenover gesteld.

Prestatie-indicatoren

Om de gereguleerde marktwerking zijn werk te laten doen, zo werd geredeneerd, moeten zorgverzekeraars en patiënten informatie hebben over de kwaliteit van het aanbod. Alleen dan kunnen ze immers prijs en kwaliteit afwegen en keuzes maken. Er werd een systeem van centrale prestatie-indicatoren geïntroduceerd, waaraan gaandeweg ook behoorlijke nadelen bleken te kleven. De administratieve lasten voor de zorgverleners namen toe en de indicatoren bleken maar een beperkte maatstaf voor kwaliteit. Niet gemeten of niet meetbare aspecten vielen buiten beeld. Ook lag het gevaar op de loer dat zorgverleners strategisch gaan handelen om de kwaliteitsdoelen te halen. Resultaten zijn immers niet alleen afhankelijk van de zorgverlener, maar ook van de patiënt. Er ontstonden ongewenste prikkels die zorgverleners voor het dilemma stellen een goede score te krijgen op de ranglijst óf de beste zorg in een bepaalde situatie te leveren.

Op veel plaatsen werden de prestatie-indicatoren niet goed ontvangen. Omdat ze ongeschikt waren om de kwaliteit van een individuele hulpverlener te beoordelen, maar ook omdat ze de zorgverlener beperkten in zijn professionele autonomie. Een oud-bestuurder: *“Op een gegeven moment kreeg je een hele idiote financiering, vond ik, want je werd afgerekend op prestatie-indicatoren en die indicatoren kreeg je niet goed geformuleerd... daar kan ik een heel verhaal over schrijven. Je kreeg bijvoorbeeld indicatoren voor of je patiënten een goede bloeddruk hadden, weet ik veel. Terwijl ik zei: je haalt gewoon allemaal cijfers uit elkaar uit een dossier maar dat is natuurlijk helemaal niet interessant. Stel je hebt gemiddeld een goede bloeddruk, maar of per patiënt de bloeddruk goed is, of hoger of lager... allemaal van die rare dingen. Maar huisartsen werden afgerekend op die cijfers.”*

Gezondheidscentra zijn bij uitstek in staat om te werken met indicatoren. Ze hebben zicht op het resultaat en de impact van de zorg doordat zij beschikken over de benodigde (multidisciplinaire) data en organisatiekracht, zeker wanneer zij in koepelverband samenwerken met andere gezondheidscentra. De introductie van de vooral op ziekte en zorg gerichte indicatoren betekende echter dat de meerwaarde van multidisciplinaire samenwerking onder één dak in één organisatie juist uit beeld verdween. Deze meerwaarde is immers moeilijk meetbaar. De centra werden gedwongen besparingen en kostenbeheersing als hun *unique selling point* te presenteren om de extra bekostiging te rechtvaardigen. Er werd minder ruimte ervaren voor innovatie of om cliënten en bewoners te betrekken in de organisatie. Ook de multidisciplinaire samenwerking leed eronder.

Ondanks alles ontstonden in deze periode vernieuwende multidisciplinaire projecten, vaak gericht op specifieke doelgroepen. Denk aan jeugd, ouderen en ggz. In 2007 vonden veel Centra voor Jeugd & Gezin een plek in het gezondheidscentrum.

Steeds meer druk op de eerste lijn

Door de introductie van de programmatische chronische zorg in de eerste lijn en als gevolg daarvan de substitutie van grote groepen patiënten met chronische aandoeningen neemt de druk op de eerste lijn toe. Ook de decentralisering en de uitgebreide administratieve verplichtingen werkten hieraan mee. De huisarts krijgt nieuwe taken: eerst de chronische zorg voor mensen met diabetes, COPD en hart- en vaatziekten, gevolgd door de intrede van de praktijkondersteuner (POH) gericht op ggz en ouderenzorg. Dat zet nieuwe ontwikkelingen in gang: de zorggroep ontstaat, de taakdifferentiatie neemt toe. De nodige activiteiten die in het gezondheidscentrum werden uitgevoerd gaan naar de zorggroep.

Aanvankelijk is de zorggroep een kwaliteitsexperiment rondom diabeteszorg, maar al snel is deze huisartsenorganisatie niet meer weg te denken als het samenwerkingsverband waarin huisartsen de chronische zorg uitvoeren. De invoering van de integrale bekostiging in 2008 leidde tot een landelijk dekkend stelsel van zorggroepen. De praktijkondersteuner (POH) kreeg een plaats in de huisartsenpraktijk voor het – onder verantwoordelijkheid van de huisarts – monitoren en behandelen van patiënten met chronische aandoeningen. Al snel zijn er POH's voor diverse aandachtsgebieden en is ook de Verpleegkundig Specialist steeds vaker in de eerste lijn te vinden. Het inzetten van meer gespecialiseerde zorgverleners gaat gepaard met een toename van het evidence-based denken, dat uitgaat van één juiste, sterk geprotocolleerde behandeling voor één zorgvraag. Al deze ontwikkelingen laten weinig ruimte voor een eigen invulling door de generalist en betekenen in zekere zin een verarming van de per definitie generalistische huisartsenrol. Het zet ook de typische gelijkwaardige multidisciplinaire benadering van het gezondheidscentrum onder druk (en daarmee de wijkgerichte aanpak), andere disciplines werden 'onderaannemer' van de huisartsenorganisatie. Er ontstond een discussie over welke activiteiten door het gezondheidscentrum en welke door de zorggroep moeten worden georganiseerd.

Ook hier zien we de eerder genoemde variatie: sommige gezondheidscentra werden lid van een zorggroep, andere (met name de grotere koepels van gezondheidscentra) bleven zelfstandig en richtten een eigen zorggroep op. De variatie in organisatievormen werd daarmee verder vergroot.

Concreet betekende dit dat een deel van de ondersteuningsgelden, die voorheen via de GEZ voor chronische zorgprogramma's werden betaald, nu via de zorggroep gingen lopen. In de bekostiging onstonden er twee geldstromen die soms wel verweven waren en soms ook niet. Ook de sector zelf liet met andere woorden weinig eenduidigheid zien.

HERBEZINNING: 2015-TOT HEDEN

De ideologische uitgangspunten van het gezondheidscentrum kwamen ook onder druk te staan doordat de financiering rondom ketenzorg – ondanks andere intenties – huisarts-centraal werd ingestoken. Uiteindelijk werd ketenzorg opgenomen in de financiering van de huisartsenzorg. Dit bevestigde opnieuw de ongelijkwaardigheid van de disciplines en maakte het patiëntgerichte, multidisciplinaire denken, zoals het gezondheidscentrum dat voorstond, moeilijker. *“In een aantal gezondheidscentra drukten de huisartsen het mooi uit: het ketenzorgbedrag is het salaris van de huisarts min de kosten van de andere disciplines. Dat laat het mooiste zien hoe er gedacht werd. In plaats van nee, dat is het geld van de patiënt en we moeten gaan kijken hoe we zo optimaal mogelijk zorg inkopen.”* Het denken in termen van ondernemerschap en concurrentie ging de boventoon voeren; werken vanuit een maatschappelijke ideologie leek een steeds slechtere reputatie te krijgen: *“Ja, dat werd op een gegeven ogenblik haast vies”,* aldus een huisarts uit die tijd.

Budget en substitutie houden geen gelijke tred

Er kwam met de ketenzorg veel chronische zorg uit de tweede lijn over. Hiervoor werd ook extra geld uitgetrokken, al kostte het vaak moeite het budget op voldoende niveau te krijgen. In de tweede lijn werden de besparingen echter nauwelijks zichtbaar. Dit lijkt te duiden op een gebrek aan een samenhangend beleid en regie tussen eerste en tweede lijn. In elk geval lieten zorgverzekeraars lange tijd na gericht regie te voeren over de minderkosten bij de ziekenhuizen als gevolg van de substitutie. Iets waar de gezondheidscentra al jaren mee werden geconfronteerd. Een bestuurder: *“Als je het zou kunnen berekenen: we hebben de chronische zorg in de eerste lijn opgepakt. Dat hadden we ook niet kunnen doen, maar dan hadden we met ziekenhuiskosten gezeten die nog een keertje 10% hoger waren geweest dan nu. Dat hebben we in Nederland dus op een heel goede manier ingevuld in de eerste lijn. Maar zorgverzekeraars hebben natuurlijk ook een punt: zijn er dan minder internisten gekomen? Waar zien we dan terug in de ziekenhuiskosten dat dat tot kostenverlaging heeft geleid?”*

Ondanks de financiële onzekerheid bleef door de jaren heen de ideologie van het gezondheidscentra in zekere mate overeind. De centra toonden hun innovatie-potentieel met creatieve alternatieve oplossingen. Ze herverdeelde de opbrengsten van de ene discipline om tekorten op andere te compenseren en zo de multidisciplinaire samenwerking te blijven waarborgen. Bezuinigingen echter, zoals kortingen op de farmacie en de lage tarieven voor de fysiotherapie, trokken een wissel op de ideologie. *“[...] maar dit zijn voor gezondheidscentra waar de apotheker een basis, een financiële basis vormde onder het gezondheidscentrum, hele slechte jaren geweest. Vanaf 2013 zag je dat de apothekers flink gekort werden en dat gaf wel spanning. En dat is tot 2016, 2017 doorgegaan.”*

Wat is uw meerwaarde?

De veranderde financiering en de hoge werkdruk in de eerste lijn hebben voor de gezondheidscentra extra gevolgen. Het wordt moeilijker om artsen te vinden die in loondienst willen werken (mogelijk ook doordat het inkomen van vrijgevestigde huisartsen meer steeg dan dat van huisartsen in loondienst). Verder ervaren sommige centra dat zij hun aanjaagfunctie in de regio verliezen: *“Wij liepen echt voorop met allerlei verbeterprojecten en mooie projecten die ook regionaal aandacht kregen en wij waren echt koplopers. Na 2005 is dat veranderd.”* Gezondheidscentra moesten in het nieuwe stelsel in de gesprekken met de zorgverzekeraar en andere stakeholders, steeds opnieuw hun meerwaarde aantonen, waarbij meerwaarde steeds sterker neerkwam op ‘goedkoper’ en steeds minder op ‘meer zorgkwaliteit’. Een stakeholder: *“Je hebt twee pilaren, twee argumenten voor het gezondheidscentrum: de financiën en de kwaliteit. Kwaliteit is moeilijk meetbaar en financiën wél. Dus zowel voor- als tegenstanders gebruikten heel veel het financiële argument, omdat dat concreter was dan het kwaliteitsargument.”* Ook een andere meerwaarde op organisatieniveau raakt buiten beeld: *“Dat voortdurend hameren op wat het oplevert, verstikt de discussie. Want dan gaat men op de centimeter kijken. Maar wat het gezondheidscentrum in ieder geval oplevert – en dat zou voor de zorgverzekeraars en de overheid belangrijk moeten zijn – is een beheersbare structuur waar je afspraken mee kunt maken”,* aldus een oud-bestuurder.

Een andere bestuurder zegt: *“Er was toch een flinke emancipatie in het huisartsenvak geweest, in heel Nederland, ook door het standaarden-beleid. Het verwijsgedrag was veel beter, beter beargumenteerd, beter onderbouwd. En het voorschrijfbeleid ook. Tussen de 70-er jaren en 2010 heeft de eerstelijnszorg zich behoorlijk ontwikkeld. De verschillen tussen gezondheidscentra en niet-gezondheidscentra waren gewoon veel kleiner geworden wat die besparingen betreft. En dat leidde gewoon tot die discussies, dat je als het ware een kloof moest bewijzen, waarvan je intuïtief kon aanvoelen dat die kloof steeds kleiner was geworden.”*

Gezondheidscentra maken zich meer en meer zorgen over het voortbestaan van hun organisatie. In een enquête (2017) wordt aangegeven dat de zorgverzekeraar weliswaar bereid is om aan tafel te gaan zitten, maar dat er weinig discussie over bekostiging mogelijk is. Van de geënquêteerde gezondheidscentra en zorggroepen zegt 70% zich zorgen te maken over het voortbestaan. Onder gezondheidscentra maakt slechts 21% zich géén zorgen. Intussen zijn, dankzij de gezondheidscentra, zaken als multidisciplinaire samenwerking, organisatiegraad en populatie/wijkgericht werken gemeengoed geworden in de eerste lijn.

Nieuwe betaaltitel voor Organisatie en infrastructuur

Ondanks de gebrekkigheid van de GEZ-regeling bleven de gezondheidscentra zich verzetten tegen de afschaffing die voorzien was in de Wet Marktordening. Zij eisten een goed alternatief voor de dekking van de organisatie- en samenwerkingskosten die inherent zijn aan het gezondheidscentrum. Dit leidde uiteindelijk tot het grote O&I onderzoek onder leiding van Edwin Velzel. Met de nieuwe visie op organisatie en infrastructuur en de nieuwe betaaltitel O&I is een belangrijk deel van de uitgangspunten van het gezondheidscentrum erkend en in de financiering ondergebracht: samenwerking, regionale- en wijkgerichte zorg en een deugdelijke infrastructuur. Gezondheidscentra hebben bij deze vernieuwing van de bekostiging echter weinig baat.

De vertaling van het O&I beleid door de verzekeraars door de gemiddelde O&I wijkmiddelen beschikbaar te stellen voor wijkmanagement in de regio heeft een en ander verder onder druk gezet. De O&I-gelden verwateren als het ware naar een hele brede groep van regionaal opererende organisaties en praktijken. Het betekent dat bestaande gezondheidscentra, met gemiddeld meer wijkmanagementgelden, moeten inleveren en activiteiten stop moeten zetten. Zo worden de gevestigde gezondheidscentra, onder andere in achterstandswijken, opnieuw in hun voortbestaan bedreigd en komt de patientenzorg onder druk te staan door onvoldoende budget voor het realiseren van de kroonjuwelen en goede wijkgerichte activiteiten.



Gezondheidscentra: idealen en ambities

Hoewel gezondheidscentra onderling sterk kunnen verschillen in werkwijze en organisatie, delen ze een aantal wezenlijke basisprincipes. Anno 2021 klinken begrippen als multidisciplinaire samenwerking, kwaliteitsbeleid en integrale zorg ons vertrouwd in de oren, maar toen de gezondheidscentra ze introduceerden waren ze revolutionair. Wat waren de oorspronkelijke – vaak maatschappijkritische – idealen en hoe hebben ze zich ontwikkeld?

Het idealisme van de nieuwe garde huisartsen in de jaren 70 betrof in de eerste plaats het verlangen naar een betere kwaliteit van zorg voor de populatie waar men zich verantwoordelijk voor voelde. Niet alleen de kwaal, maar ook de oorzaak moest worden aangepakt, met een gezonde samenleving als einddoel. Gepleit werd voor multidisciplinaire samenwerking met de wijkverpleging en het maatschappelijk werk en een persoonsgerichte aanpak met een holistische benadering. Ook wijkgericht werken, betrokkenheid van inwoners en het scheppen van een kwaliteitscultuur stonden op de agenda. Zorgverleners in het gezondheidscentrum werden gezien als *“héél gemotiveerd volk”*. Het werken in een team, de mogelijkheid van informele relaties, de invloed op het organisatiebeleid en de innovatieve aanpak zagen zij als belangrijke faciliterende factoren. En, verwoordt een huisarts: *“[...] zeker in die tijd was ik er ook een overtuigd voorstander van dat je die zorg het beste met elkaar kon leveren als je gewoon in dienstverband werkte.”*

Context

Het idealisme moet ook worden gezien in de context van de toentertijd sterk versnipperde eerste lijn. In feite bestond de eerste lijn niet. Elke zorgverlener functioneerde apart op zijn eigen terrein in zijn eigen gebiedje, terwijl, vond de nieuwe generatie, meer regie en afstemming rond ingewikkelde problemen van patiënten onontbeerlijk is voor goede zorg. Met terugwerkende kracht vergelijkt een huisarts de situatie met het invoeren van één regisseur in de Jeugdzorg. “Daar zit dezelfde notie achter: dat volkomen gefragmenteerde hulpverlenersveld moet je op een of andere manier stratificeren, regisseren en organiseren. Dat is in wezen de basisnotie, naast andere dingen. Eigenlijk vertrokken alle initiatieven vanuit dit idee. Dat je verschillende competenties bij elkaar moet brengen en dat je daar enige samenhang en coördinatie in aanbrengt. En dat je daar uiteindelijk ook een beleid op moet zetten. Beleid per patiënt, en geleidelijk aan werd dat ook beleid per doelgroep.”

Met zijn witte jas had de huisarts destijds een prominente positie in de zorg en in de samenleving. In het gezondheidscentrum werkte hij samen met andere huisartsen en andere zorgverleners. De witte jas bleef aan de kapstok hangen en de huisarts bleek een voornaam te hebben, al voelde niet elke patiënt zich meteen prettig bij deze verkleining van de (machts-)afstand.

Ambities

Na vijftig jaar komen uit het onderzoek acht ambities naar voren:

1. Betere zorg door multidisciplinaire samenwerking
2. Laagdrempelig toegankelijke en wijkgerichte zorg
3. Onder één dak en in één organisatie stimuleert samenwerking
4. Innovatief met een kwaliteitsgerichte cultuur
5. Disciplines gelijkwaardig: betere samenwerking
6. Multidisciplinair bestuur en beleid
7. Eigenaarschap en commitment
8. Loondienst belangrijk

1. Betere zorg door multidisciplinaire samenwerking

Voorop stond en staat de ambitie om betere zorg te geven vanuit een maatschappelijke visie: een andere en betere manier van zorg verlenen (multidisciplinair, persoonsgericht, holistisch) vanuit een nieuwe organisatie van de eerste lijn, ofwel: niet-vrijblijvende multidisciplinaire samenwerking, onder één dak. Deze multidisciplinaire samenwerking is met name van belang bij (complexe) problematiek waarbij meerdere disciplines tegelijk betrokken zijn. Daarnaast blijft uiteraard ook de monodisciplinaire zorg bestaan.

2. Laagdrempelig en wijkgericht

Voor bezoekers en patiënten is het gezondheidscentrum een laagdrempelige en toegankelijke voorziening met verschillende eerstelijnszorgverleners op één plek. Dit verlaagt de drempel naar andere disciplines. Voorwaarde is wel, wordt gezegd, dat het centrum faciliterend is: centraal in de wijk, met een algemene ontvangstbalie en een wachtruimte, een laagdrempelige huiselijke sfeer.

3. Onder één dak en in één organisatie stimuleert samenwerking

Multidisciplinaire samenwerking vaart wel bij samenwerken in één organisatie. Het gedeelde doel van de organisatie en de visie verbinden de zorgverleners, die bovendien meer zorginhoudelijke informatie mogen delen. Digitale communicatie tussen zelfstandige praktijken, wordt gezegd, kan hier niet tegenop (al biedt digitale communicatie onder bepaalde voorwaarden zeker ook meerwaarde). *“Wat je zag was dat de huisarts sámen met de fysiotherapeut een patiënt kon zien, of dat de fysiotherapeut tegen de huisarts zei kun je even meekijken, of dat de huisarts de fysiotherapeut bij een consult vroeg: kun je even meedenken hierover? En ik zag ook dat huisartsen de apotheek binnenliepen: ik heb een patiënt met die en die vraag, hoe zal ik dat doen? Digitaal is écht anders.”*

Samenwerking onder één dak is bovendien minder vrijblijvend. Problemen kunnen niet zomaar aan de kant worden geschoven, maar moeten, met elkaar, worden opgelost. Minder vrijblijvend samenwerken vraagt echter een bepaalde mate van formalisering (statuten, richtlijnen, protocollen) die de autonomie van de zorgverleners ook beperken en bovendien de administratielast verhogen. Terwijl de informele contacten en de vrijelijke autonomie in de beginfase van het gezondheidscentrum samenwerken juist direct en snel maakte. *“Je zag dat als een wijkverpleegkundige bij een patiënt was geweest en ze het niet vertrouwde, ze in de pauze even naar de dokter liep en zei ik heb die en die patiënt gezien en daar moet je aandacht aan besteden. Of omgekeerd,*

dat de dokter belde en zei goh, ik ben bij die mevrouw geweest en wil je alsjeblieft even gaan kijken of even dit en dat doen. Zonder indicatiestellingen, zonder allemaal ingewikkelde procedures.”

4. Innovatief met een kwaliteitsgerichte cultuur

Werken onder één dak, in één organisatie én in loondienst biedt geen zekerheid op succes, daar is men het over eens. Maar zonder ondersteunende kwaliteitscultuur houdt het effect geen stand. Een sterke ondersteunende kwaliteitscultuur is bovendien een goede voedingsbodem voor innovatie, denk aan experimenten met verschillende vormen van samenwerking, zoals de introductie van de programmatische zorg, waarmee het gezondheidscentrum de bakermat was van de latere zorggroep. De gezondheidscentra hebben vooropgelopen bij innovaties die vandaag de dag normaal zijn. Van meet af aan wilden zij het accent in de eerstelijnszorg verleggen van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag, en mens en maatschappij. Een mooi voorbeeld daarvan is het bieden van samenhangende zorg in achterstandswijken. Hieruit is onder meer het breed gedragen concept Krachtige Basiszorg ontstaan. De aanpak Krachtige Basiszorg leidt tot meer tijd voor de patiënt. Door zorgmedewerkers anders in te zetten, huisartsen te ontzorgen en intensief samen te werken met belangrijke partners in de wijk en met de gemeente, is er voor patiënten met complexe problemen meer aandacht en tijd, waardoor zij passende zorg krijgen op de juiste plek.

5. Disciplines gelijkwaardig

Tot het originele gedachtegoed van het gezondheidscentrum behoort het principe van de gelijkwaardigheid van de disciplines. Samenwerken is dan makkelijker en intensiever, waardoor de kwaliteit van zorg verder toeneemt. Andere disciplines laten meebeslissen over een onderwerp dat binnen de eigen verantwoordelijkheden ligt, is echter niet eenvoudig. Na de eerste idealistische fase ging men het benoemen van de verantwoordelijkheden van de verschillende beroepsgroepen belangrijker vinden. Welke onderwerpen gaan echt de beroepsgroep aan en hoe werk je samen?

6. Multidisciplinair bestuur en beleid

In de beginfase werd op alle niveaus multidisciplinair samengewerkt (bestuur, organisatie, zorginhoudelijk). Zorgverleners hadden daarmee veel invloed op het beleid, wat leidde tot grote betrokkenheid. Maar het betekende ook een grote tijdsbelasting (*“Laat ik zo zeggen, toen ik begon in het centrum was er héél veel overleg, er waren vijftien medewerkers en het ging echt overal over. Dus ook over wie de koelkast schoon moest maken, dat soort dingen”*). Een proces van taakdifferentiatie kwam op gang. Een professioneel bestuur nam de organisatorische taken op zich en probeerde de zorgverleners daarbij te betrekken. Nu, vijftig jaar later, werken de meeste gezondheidscentra met een professioneel bestuur. Er is nog onvoldoende zicht op de mate waarin heden ten dage de multidisciplinaire samenwerking op bestuursniveau vorm krijgt.

7. Eigenaarschap en commitment

Eigenaarschap heeft te maken met de mate waarin vooral huisartsen het gezondheidscentrum ervaren als hun ‘eigen’ praktijk. Van belang daarvoor is de hoeveelheid zeggenschap bij belangrijke beslissingen en de invloed op de visie en het beleid van de organisatie. Sommigen vinden dat de centrale positie van huisartsen in de eerste lijn zich moet weerspiegelen in de hiërarchische positie in het gezondheidscentrum. In alle gevallen, zegt een huisarts, is het eigenaarschap van

huisartsen een belangrijke succesfactor. *“Ik ben ook een tijdje fulltime directeur geweest over twaalf gezondheidscentra maar ik heb altijd geprobeerd om een huisarts als de primus inter pares, degene eigenlijk die in de hiërarchische orde bovenin zou staan, verantwoordelijk te laten worden voor zijn gezondheidscentrum. Mijn ervaring was wanneer de huisarts het centrum zag als zijn gezondheidscentrum, zo’n centrum dan ook het beste liep.”*

Gezegd wordt dat het toenemende huisartsentekort ten koste ging van het (ervaren) eigenaarschap. Steeds vaker werd een beroep gedaan op waarnemers, voor wie het eigenaarschap, gezien hun tijdelijke status en positie, minder zwaar telt. Ook trok het huisartsenvak steeds meer vrouwen, die in het begin van hun carrière vaak kiezen voor parttime werken. Een huisarts: *“Veel huisartsen kozen voor een loondienstverband omdat je dan korter kon werken, niet een eigen praktijk hoefde te draaien, en dat had ook gevolgen voor de manier van samenwerken en de betrokkenheid en het commitment wat je kon vragen van mensen.”*

Overigens zijn er ook getuigenissen over parttime werkende huisartsen die zich wel degelijk ‘ouderwets’ committeerden, *“Ik had een collega die officieel twee dagen in de week bij ons in het gezondheidscentrum werkte en ook nog vrij ver van het gezondheidscentrum afwoonde. Hij kwam op een zondagmiddag binnen, terwijl ik dienst had. Toen ik vroeg wat hij kwam doen, bleek dat hij net had geschouwd bij een patiënt die terminaal was. Hij werkte parttime, maar het was toch zeven dagen zijn patiënt.”*

8. Loondienst belangrijk

Zeker in de begintijd werd werken in loondienst als belangrijk, zo niet cruciaal, ervaren: het stimuleert multidisciplinaire samenwerking, biedt duidelijkheid over salarissen, biedt bestaanszekerheid voor de zorgverlener en voorkomt de ongewenste prikkels die verbonden zijn met een salaris dat direct afhankelijk is van productie. Bovendien, zegt een oud-bestuurder van het eerste uur: *“Ik denk dat het een uitdrukking is van dat je je organiseerbaar opstelt als professional, dat je lid bent van een organisatie en daar ook medeverantwoordelijkheid voor draagt. En daarmee ook uitdrukt wat het basisidee van samenwerking is.”*

Er wordt ook anders over gedacht. Een oud-bestuurder: *“Ik geloof eigenlijk niet dat je de aantoonbaarheid van de toegevoegde waarde van loondienst op de balans kunt zetten. Ik kan wel zeggen wat de voordelen ervan zijn, maar als je voorstelt om dat als eis te gaan stellen, dan zeg ik doe dat maar niet. Het gedoe wat dat oplevert. Ik geloof niet dat je de toegevoegde waarde van loondienst hard kunt maken.”*

Het aantal huisartsen in loondienst liep tussen 1995 en 2002 op van 13% tot 34%. Daarna zette een daling in en de afgelopen vijf jaar ligt het aantal rond 10%. De daling heeft waarschijnlijk te maken met de onvrede over de beloning in vergelijking met de vrijgevestigde praktijkhouder en de grote toename van het aantal jonge huisartsen dat ervoor kiest de eerste jaren als waarnemer/zzp-er aan de slag te gaan.

Praktijkhouder in loondienst

Uit onderzoek van SSFG (2018) kwam naar voren dat huisartsen in loondienst bij gezondheidscentra die positie om verschillende redenen waarden: het multidisciplinaire karakter van het werk, de samenwerking met collega's, de mogelijkheid zich te verdiepen en te specialiseren en de flexibiliteit van hun inzet (werk/privé-balans). Het verschil in beloning met de vrijgevestigde praktijk door fiscale regels wordt wel als onrecht gezien. Huisartsen in loondienst bij een gezondheidscentrum moeten immers niet worden verward met de *hidha*, de huisarts in dienst van een huisarts. In tegenstelling tot een *hidha* werkt de huisarts in loondienst van een gezondheidscentrum met eigen op naam ingeschreven patiënten waarvoor hij of zij de volle verantwoordelijkheid draagt. Wellicht is een betere benaming dan ook: praktijkhouder in loondienst. Hoe dan ook dragen goede en marktconforme arbeidsvoorwaarden voor huisartsen in loondienst bij aan de vierde poot van quadrupple aim: geïnspireerde en tevreden professionals.

Hoewel loondienst ook hedentendage wordt gezien als een goed vertrekpunt voor gelijkwaardigheid van de disciplines, het ontbreken van productieprikkelers en het 'ontzorgen' van de professionals, ziet men het niet meer als doorslaggevend. Andere waarden en kenmerken overheersen vaak.

Cao en loondienst

In de jaren 70 en 80 ontstonden er cao's voor zorg en welzijn. Ook de gezondheidscentra kregen een cao die gelijke arbeidsomstandigheden in de gezondheidscentra realiseerde. Veel huisartsen waren echter niet tevreden omdat huisartsen niet in een 36-urige werkweek passen. Dit leidde tot een aparte regeling voor huisartsen: de Arbeidsvoorwaardenregeling Huisartsen in Gezondheidscentra (AHG). Maar het bleef passen en meten.

Gezondheidscentra werden voor huisartsenzorg gefinancierd volgens de bekostigingsregels voor de huisartsenzorg. Het vinden van een passende loondienstformule in de cao was een hele toer, alleen al door het verschil in fiscale behandeling tussen loondienstwerkgevers en vrijgevestigde huisartsen. Inmiddels is aangetoond dat de huisarts in loondienst de gezondheidscentra een fors financieel nadeel bezorgt. Door het verschil in fiscale en sociale lasten is jaarlijks per huisarts/normpraktijk bijna 24.000 euro extra nodig om een inkomen te realiseren dat vergelijkbaar is met dat van een vrij gevestigde praktijkhouder. Dat is ongeveer 11 euro per ingeschreven patiënt. Daarnaast heeft de tariefdruk voor de fysiotherapeut het voor de meeste gezondheidscentra nauwelijks meer mogelijk gemaakt om binnen de cao een fysiotherapeut rendabel te organiseren.

Uiteindelijk hebben de werkgevers de Cao Gezondheidscentra/AHG per 1 maart 2019 opgezegd. Het merendeel van de werknemers die rechtstreeks betrokken zijn bij de huisartsenzorg, ging over naar de Cao Huisartsenzorg. Over een collectieve regeling voor huisartsen en de andere zorgprofessionals wordt nog overlegd tussen InEen en LHV, en de vakbonden. Erkenning en waardering van de 'praktijkhouder in loondienst' als gelijkwaardige manier voor de beroepsuitoefening is immers belangrijk.

Zonder collectieve regeling vreest de vakbond voor zorgprofessionals FBZ ongelijkheid in arbeidsvoorwaarden en een negatieve invloed op de multidisciplinaire samenwerking. Vooral fysiotherapie kan, aldus FBZ, in gezondheidscentra niet kostendekkend geleverd worden. Anderen zien het afschaffen van de cao als een afbrokkeling van het collectieve gedachtegoed. Een bestuurder: *"Iedereen moet zijn eigen broek ophouden. Terwijl voorheen... ik kan me herinneren dat de ruimtes binnen het gezondheidscentrum, toen we dat aan het bouwen waren, allemaal wat kleiner werden omdat de fysiotherapeut een oefenzaal nodig had. En de winst van de apotheek schoof ook door naar de andere disciplines. Nu heeft vooral de fysiotherapeut moeite om binnen de cao de exploitatie rond te krijgen. Dan denk ik, je bent toch met elkáár het gezondheidscentrum ..."*

III Inzichten uit 50 jaar gezondheidscentrum: de kroonjuwelen

In de afgelopen 50 jaar zijn in het gezondheidscentrum waardevolle inzichten opgedaan. In zes kroonjuwelen klinken de idealen van de pioniers uit de jaren 70 nog luid en duidelijk door. In dit hoofdstuk presenteren we de principes, de mechanismen die de ontwikkeling ervan bepalen en de kroonjuwelen.

PRINCIPES, MECHANISMEN EN KROONJUWELEN

De kroonjuwelen vormen met elkaar de weg naar de gezonde samenleving die het gezondheidscentrum voor ogen heeft: het gedachtegoed dat de meerwaarde uitmaakt van niet-vrijblijvende multidisciplinaire samenwerking onder één dak. De kroonjuwelen zijn zonder uitzondering speerpunten voor de hele eerste lijn. Anders gezegd: in de afgelopen jaar heeft de hele zorg de uitgangspunten van het gezondheidscentrum in de armen gesloten.

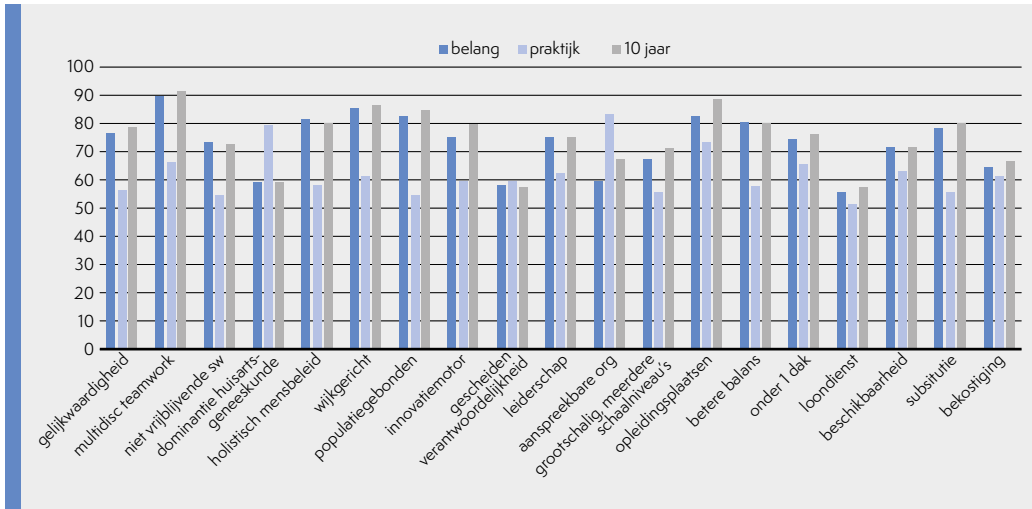
De kroonjuwelen komen voort uit het werken volgens de principes (idealen en ambities, zie hoofdstuk II) van het gezondheidscentrum. De werking van deze principes wordt bepaald door mechanismen. Dat zijn de (vaak niet zichtbare) omstandigheden en mogelijkheden die zich in de praktijk voordoen en die mede bepalend zijn of werken volgens de principes van het gezondheidscentrum ook daadwerkelijk leidt tot het beoogde doel. De mechanismen zijn geïdentificeerd op basis van een kwalitatieve analyse van de uitkomsten van gesprekken, focusgroepen en literatuurstudie.

In een schema ziet de samenhang tussen principes, mechanismen en kroonjuwelen er als volgt uit:



Principes

De principes zijn gedestilleerd uit gesprekken met meer dan honderd (oud)zorgverleners, (oud)bestuurders en stakeholders. Vervolgens zijn ze voorgelegd aan zorgverleners, managers en bestuurders van gezondheidscentra. Onderstaande tabel laat zien hoe het met de principes gesteld is en welk belang zij eraan hechten (nu en in de toekomst).



DE BASIS: BESTAANSZEKERHEID

Vóór alles is bestaanszekerheid een randvoorwaarde voor succes. Alleen dan kan worden gewerkt volgens de principes van het gezondheidscentrum. Zonder een redelijke zekerheid over de financiën krijgen ongewenste mechanismen een kans.

Tijd voor samenwerking en organisatie

Het werken volgens de principes van het gezondheidscentrum vraagt om tijd voor samenwerking en organisatie. Ondersteunende diensten zijn onmisbaar (HR, ICT, enzovoorts) en de financiering moet daarop toegesneden zijn. Zeker in de afgelopen decennia heeft de strijd om deze noodzakelijke gelden altijd als een zwaard van Damocles boven de centra gehangen. Heel vreemd, zegt een bestuurder: *“Het heeft me altijd gefraspeerd dat het voor thuiszorginstellingen en ggz-instellingen allemaal vanzelfsprekend is. Daar is het sinds jaar en dag al zo dat zo’n 15-25% organisatie is. En in het klein heet dat onduidelijk management. Terwijl het in elk vak logisch dat je een afdeling P&O hebt, is het logisch dat je een afdeling ICT hebt, is het logisch dat je een juridische afdeling hebt, is het logisch dat je een innovatie-afdeling hebt. Maar de eerste lijn moet elke euro eerst verdienen voordat ze het kunnen uitgeven. Dat is eigenlijk mijn jarenlange strijd om tot een adequate bekostiging te komen.”*

Tanende motivatie

Een onvermijdelijk gevolg van het ontbreken van bestaanszekerheid is het tanen van de motivatie van zorgverleners. Immers, naast de intrinsieke motivatie voor het vak, wordt motivatie ook beïnvloedt door andere omstandigheden. Denk aan succes, erkenning, interessant werk, verantwoordelijkheid en groei. Maar ook beleid, toezicht, salaris en veiligheid. Ofwel factoren die voor lief worden genomen als ze in orde zijn, maar worden gemist als er iets mee aan de hand is. Disbalans tussen de intrinsieke en extrinsieke motivatie maakt dat zorgverleners minder snel kiezen voor het gezondheidscentrum, zeker wanneer er bij schaarste op de arbeidsmarkt veel keuze is. In het laatste geval gaat ook het hogere inkomen van waarnemers of vrijgevestigde zorgverleners een rol spelen. Overigens is intrinsieke motivatie sterker dan extrinsieke motivatie. Veel zorgverleners blijken bereid te zijn minder goede arbeidsvoorwaarden te accepteren om te kunnen blijven werken volgens hun ideologie. Dat zorgt voor een buffer, maar iedere zorgverlener heeft zijn eigen breekpunt.

DE AANJAGERS: MECHANISMEN

Werken volgens de principes van het gezondheidscentrum activeert bepaalde mechanismen. Er kunnen op basis van het onderzoek (zie bijlagen 2 en 3) zeven mechanismen benoemd worden. In bijlage 1 zijn tabellen opgenomen die per mechanisme de werking ervan laten zien, ofwel meer in detail de samenhang tussen context, aanbod, gedrag en resultaat.

1. Hoeveel tijd en ruimte ervaren de zorgverleners om naar eigen inzicht een niet-pluis-gevoel te onderzoeken? Kunnen zij – uitgaande van een holistisch mensbeeld – op zoek gaan naar de oorzaak van problemen (professionele autonomie)?

Ruimte krijgen om dit te doen bevestigt de generalistische kennis van eerstelijns zorgverleners en gaat medicalisering tegen. Als het goed gaat hebben zorgverleners een open houding, durven zij zich op elkaars vakgebied te begeven en voelen zij in het beleid de ruimte om te innoveren. Het helpt als de organisatie ruimte maakt door ondersteunende taken op zich te nemen. Ook loondienst werkt faciliterend. Het geeft zorgverleners bijvoorbeeld meer ruimte om te bepalen hoeveel tijd ze nemen per patiënt voor diagnose en behandeling. Het werken in één organisatie en onder één dak stimuleert bovendien de gezamenlijke verantwoordelijkheid.

Een bestuurder: *“Dáár zit volgens mij de meerwaarde van ons soort organisaties, organisaties met net wat meer organisatiekracht om mensen te ontlasten die dat willen, maar die tegelijkertijd ruimte bieden om op ál die onderwerpen wél in te stappen en te zeggen: dat project digitalisering of beeldbellen? Daar stap ik in. Innovatie rondom ggz? Daar stap ik in.”*

Een huisarts: *“Ik denk meer dat het te maken heeft met de ruimte die iemand voelt. Ben je niet in loondienst, dan moet je het zelf doen en daarvoor moet je ruimte hebben, in je hoofd en in je agenda. Het zit hem misschien niet zo zeer in het geld, maar meer in het hoofd en in de agenda. Bij loondienst is dat eigenlijk wel geregeld en is er gewoon iemand die dat voor je kan uitwerken.”*

2. Hoe betrokken voelen de zorgverleners zich bij de organisatie?

Als het goed gaat luisteren bestuurders naar de zorgverleners en betrekken zij hen bij beslissingen. Wat helpt is werken in één organisatie. Andere factoren van belang zijn het wel of niet vastleggen van de hiërarchische relaties, de mate van formalisering en de schaal van de organisatie. Wanneer de organisatie ruimte geeft om invloed te hebben op de organisatie van het werk en het beleid, kunnen zorgverleners deze invloed gebruiken om aan te geven wat zij wel of niet nodig hebben om de kwaliteit van hun werk te waarborgen. Een hoge betrokkenheid van zorgverleners zorgt voor coherente beleidsvoering en minder (afwijkend) solistisch gedrag, en versterkt bovendien de kwaliteitscultuur.

Een bestuurder: *“Het is grappig om één van onze huisartsen te quoten. Die zegt: ik vind het heel prettig om te weten dat ik inspraak heb bij allerlei grotere of kleinere beslissingen, dat ik me dan kan melden, maar ik hoef het besluit niet te nemen. Jullie nemen het besluit. Ik ga ervan uit dat jullie dingen goed wegen, en dat betekent soms dat er een besluit wordt genomen waarvoor ik andere input had geleverd, en soms is het helemaal in lijn met wat ik vind. Dat is oké. Ik denk dat de meeste huisartsen bij ons dat zo ervaren en we proberen dat zo goed mogelijk te borgen.”*

3. Hoe gelijkwaardig voelen zorgverleners uit verschillende disciplines zich om hun eigen inbreng te leveren?

Gelijkwaardigheid wordt gefaciliteerd wanneer alle disciplines in loondienst zijn en samenwerken onder één dak en in één organisatie. Een te strakke hiërarchie heeft echter de neiging om ongelijkheid te creëren. Optimaal is een cultuur waarin een open houding tussen de zorgverleners, disciplines en domeinen standaard is en waarin iedereen zich, ongeacht de discipline, gerespecteerd kan voelen. Dat legt een basis voor een gezonde kwaliteitscultuur waarin zorgverleners zich laten aanspreken. De diversiteit aan zorgverleners en denkwijzen vergroot de kans op creatieve en effectieve beslissingen.

Een huisarts: *“Eén toegang voor heel veel problemen, ook in relatie tot het sociaal domein. Ik denk dat dat concept nog steeds super waardevol is. Alleen moet je het aan de achterkant zo organiseren dat mensen zich voldoende ontlast voelen en het idee hebben dat ze hun ei kwijt kunnen binnen het eigen team.”*

4. Hebben de zorgverleners het gevoel deel uit te maken van een team en organisatie met éénzelfde publiek doel?

Wanneer de zorgverleners toegewijd zijn aan gedeelde principes, ervaren zij eigenaarschap en gezamenlijke verantwoordelijkheid. Dat leidt tot coherente zorgverlening voor de wijkpopulatie, waarin de zorg vanuit verschillende disciplines op elkaar aansluit. Door in één organisatie te werken kunnen zij zich committeren aan een gezamenlijke missie en visie en doelen.

Een huisarts: *“De meerwaarde van het gezondheidscentrum is dat je eigenlijk met een stel mensen die de neuzen dezelfde kant op hebben voor de patiënt aan het werk bent. Zo heb ik dat altijd ervaren. Eenzelfde visie, eenzelfde missie. Patiënt centraal, en kijken hoe je persoonsgerichte zorg kunt inzetten, kijken hoe je dat voor déze patiënt kunt realiseren.”*

5. In welke mate kunnen zich informele relaties ontwikkelen?

Informele relaties versterken het commitment aan een collectief doel en bevorderen de gelijkwaardigheid tussen zorgverleners en disciplines. Niet in de laatste plaats versterken informele relaties het afstemmen van aanpak en behandeling van patiënten. Het spreekt vanzelf dat het werken in één organisatie onder één dak het ontstaan van informele relaties bevordert, ook omdat de zorgverleners de patiëntenpopulatie delen. Te strakke hiërarchische relaties hebben een negatief effect op de ontwikkeling van informele relaties.

Een oud-bestuurder: *“Het was een leuk team met een soort natuurlijke werkwijze en teamoverleg. Je werkte in één gebouw en de dagelijkse onderlinge contacten waren minstens zo belangrijk als het officiële beleid. Je kon elkaar gewoon heel snel aanspreken, van goh, mevrouw Jansen, wil jij eens langs gaan, dat soort dagelijkse dingen. Dat zag er zó vanzelfsprekend uit en dat was voor mij als psycholoog ook een ideale werkomgeving.”*

6. Kan zich vloeibare kennis ontwikkelen?

Vloeibare kennis is een product van open multidisciplinaire samenwerking, een samenwerking waarin ruimte is voor innovatie en waarin de bereidheid bestaat om verder te kijken dan de eigen discipline. Een team van zorgverleners dat beschikt over vloeibare kennis herkennen patiënten die er niet uitkomen sneller, kunnen hen meer adequaat van dienst zijn en voorkomen dat deze patiënten gaan ‘zwemmen’ in het systeem.

7. Ontwikkelt zich een aanspreekbare organisatie die bijdraagt aan meer coördinatie in de eerste lijn als geheel?

Er zijn voorbeelden van samenwerking tussen het ziekenhuis en het gezondheidscentrum. Voor een ziekenhuis is het makkelijker om nazorg over te dragen aan een multidisciplinair team dat zichzelf coördineert om tot de best passende hulp voor de patiënt te komen, zeker als de patiëntenpopulatie van beide organisaties overlapt. Het resultaat is beter afgestemde hulp voor patiënten en meer kwaliteit van zorg. Het ziekenhuis krijgt in zo’n samenwerking minder te maken met complicaties.

HET RESULTAAT: KROONJUWELEN VOOR EEN GEZONDE SAMENLEVING

Zoals gezegd: de kroonjuwelen vormen het gedachtegoed dat de meerwaarde uitmaakt van niet-vrijblijvende multidisciplinaire samenwerking onder één dak. De kroonjuwelen zijn inmiddels ook speerpunten voor de hele eerste lijn, die de uitgangspunten van het gezondheidscentrum heeft overgenomen.

Kroonjuweel 1

Publieke verantwoordelijkheid voor een gezonde samenleving

Het zit in de genen van het gezondheidscentrum om de publieke verantwoordelijkheid te nemen voor de gezondheid van de wijk die zij bedienen. Dat wil zeggen dat het gezondheidscentrum zich niet alleen verantwoordelijk voelt voor mensen die op de spreekuren komen, maar ook voor de bewoners die niet komen. Aangesloten wordt op de behoefte, zowel op individueel niveau als op wijkniveau (gezondheidsbevordering). Daarbij hoort de holistische aanpak die onnodige zorg voorkomt omdat de totale context van een patiënt en zijn woonomgeving in ogenschouw wordt genomen.

Het betrekken van patiënten en bewoners bij het beleid van het centrum is een belangrijke bron van informatie, naast de samenwerking met andere in de wijken gevestigde zorgverleners en organisaties, zowel binnen als buiten het medische domein.

Het betaalbaar houden van het zorgsysteem is een wezenlijk aspect van de publieke verantwoordelijkheid. De eerste lijn, zo verwoordt de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving in 2017, speelt een belangrijke rol in het tegengaan van het medicaliseren van maatschappelijke verschijnselen. Hiervoor is samenwerking met het sociale domein noodzakelijk. Ook vraagt het om een kritische kwaliteitscultuur, waarin zorgverleners zich gezamenlijk verantwoordelijk voelen voor hun patiënten.

Kroonjuweel 2

Niet-vrijblijvende multidisciplinaire samenwerking

Multidisciplinaire samenwerking verbetert de kwaliteit van zorg en is daarom nooit vrijblijvend.

Het gezondheidscentrum faciliteert deze niet-vrijblijvende vorm van samenwerken. Dit is het sterkst wanneer de betrokken hulpverleners onder één dak en liefst ook in één organisatie werken (de essentie is elkaar persoonlijk kennen, formeel en informeel). Belangrijke factoren zijn de overlappende patiëntenpopulatie, de informele contacten, multidisciplinaire teambesprekingen en het gedeelde patiëntendossier. Een gezondheidscentrum heeft daarnaast de mogelijkheden om ook samenwerking met niet bij het centrum aangesloten zorgverleners te organiseren.

Kroonjuweel 3

Domein overstijgende kruisbestuiving

Het gezondheidscentrum biedt kruisbestuiving op verschillende niveaus. De zorgverleners durven zich op elkaars terrein te begeven en leren van elkaar. Zo ontwikkelen ze 'vloeiende' kennis. Dit maakt innovatieve en holistische oplossingen mogelijk. Koepels van gezondheidscentra hebben een aanjaagfunctie in de regio waaruit ook weer een impuls tot samenwerken en innovatie voortkomt. Zo kan er zelfs een regionale kwaliteitscultuur ontstaan.

Kroonjuweel 4

Innovatieve kwaliteitscultuur

De innoverende kwaliteitscultuur zit in het DNA van het gezondheidscentrum waar ongewenste productieprikkelers ontbreken. Zorgverleners voelen zich verantwoordelijk voor de organisatie waarvan zij een onderdeel zijn. Ze spreken elkaar aan op taken en verantwoordelijkheden. De gezamenlijke verantwoordelijkheid voor een patiënt stimuleert het zoeken naar de oorzaken van problemen en te komen tot vernieuwende holistische oplossingen. De gezonde kwaliteitscultuur werkt als buffer voor ongewenste systeemprikkels en vergroot ook de gezondheidsvaardigheden van patiënten.

Kroonjuweel 5

Aanspreekbare organisatie

Met meerdere disciplines en domeinen onder één dak zorgde het gezondheidscentrum voor het eerst voor een aanspreekpunt in de eerste lijn. Ineens werden er afspraken mogelijk over bijvoorbeeld de coördinatie van zorg en kosteneffectiviteit. Inmiddels is het denken in termen van 'de eerste lijn' gemeengoed en het werken aan organisatie en samenwerking een speerpunt, eerst in de wijk en vervolgens in de regio. Koepelvorming zorgt voor een betere onderhandelingspositie met de zorgverzekeraar en andere stakeholders.

Kroonjuweel 6

Gelijkwaardigheid en gemeenschappelijke beleidsvorming

Het gezondheidscentrum staat niet alleen voor gelijkwaardige multidisciplinaire en domein-overschrijdende samenwerking bij de behandeling van de patiënt, maar ook over gelijkwaardige gemeenschappelijke beleidsvorming. Gezondheidscentra zijn zeer ervaren in het aansturen van professioneel autonome zorgverleners in een zorgorganisatie waarin zorg en ondersteuning zijn gescheiden. Dienend leiderschap en democratische beleidsvoering gaan ervan uit dat zorgverleners en management, beiden, de beste zorg voor de patiënt voor ogen hebben. De betrokkenheid van inwoners/patiënten is op een gelijkwaardige manier gerealiseerd.

IV Lessons learned: naar een nieuw perspectief

De idealen zoals deze vanaf de jaren 70 zijn nagestreefd door professionals en bestuurders in gezondheidscentra zijn nog springlevend. Het gezondheidscentrum kan worden gezien als de bakermat van principes die anno 2021 breed omarmd worden in de zorg. Het zou mooi zijn als er de komende jaren stappen gezet kunnen worden om de kroonjuwelen beter tot hun recht te laten komen, zowel binnen het gezondheidscentrum als daarbuiten, breed in de eerstelijnszorg. Wat is het nieuwe perspectief?

Vanaf dag één ontpopte het gezondheidscentrum zich als een belangrijke vernieuwingsmotor voor de eerste lijn. Er was in de centra drive én ruimte om te experimenteren en dat leverde zes waardevolle en breed erkende kroonjuwelen op, die zich – als levend erfgoed – nog steeds verder ontwikkelen en in veranderende omstandigheden ook steeds opnieuw vorm krijgen. Tegelijkertijd laat de geschiedenis zien hoe het gezondheidscentrum voortdurend wordt afgerekend op aantoonbare meerwaarde die, door de focus op rationaliteit en doelmatigheid, in geld moet worden uitgedrukt. In feite een ondoenlijke opgave omdat een inherent deel van de kwaliteit van gezondheidscentra – publieke verantwoordelijkheid en multidisciplinair samenwerken voor meer gezondheid – niet in financiële parameters te vangen valt. Gaan we het kind met het badwater weggooien of creëren we nieuwe mogelijkheden?

Multidisciplinaire samenwerking is here to stay

Maar eerst is het de moeite waard om in te zoomen op hoe de kroonjuwelen voet aan de grond hebben gekregen (en krijgen) in de zorg. Om te beginnen zal het zeer waarschijnlijk niet lukken om in Nederland nog een praktijk of project te vinden waar niet op de een of andere manier multidisciplinair wordt samengewerkt, soms heel kleinschalig, soms voluit in de breedte, steeds vaker ook met andere domeinen, zoals het sociale domein of de ggz. Multidisciplinaire samenwerking is here to stay. Een groot aansprekend voorbeeld is het initiatief van twee gezondheidscentra in Nijkerk, waarin zo'n tweehonderd huisartsen, apothekers, fysiotherapeuten en longartsen van twee ziekenhuizen persoonsgerichte longzorg verlenen aan patiënten met COPD. Ook Krachtige Basiszorg is een goed voorbeeld: een multidisciplinaire domein overstijgende en persoonsgerichte aanpak van patiënten in een veelal kwetsbare positie. Het is een aanpak waarmee in gezondheidscentra én reguliere praktijken in de vier grote steden belangrijke successen worden geboekt.

Wat beide voorbeelden laten zien (en nog veel andere voorbeelden ook) is dat samenwerken niet vanzelf gaat. Naast visie en drive vraagt samenwerken domweg tijd voor coördinatie en is er ondersteuning nodig, zaken die gezondheidscentra eveneens nodig hebben voor hun functioneren en waarvoor – ook sinds O&I – vaak onvoldoende budget beschikbaar is. Terwijl onder één dak werken met overlappende patiëntenpopulaties een belangrijke basis is voor niet-vrijblijvende samenwerking. De genoemde projecten leren ook, dat andere samenwerkingsvormen, bijvoorbeeld

digitale, denkbaar zijn, al blijft elkaar persoonlijk kennen (formeel en informeel) de kern. Hier is met andere woorden ruimte voor doorontwikkeling. Hoe kan persoonlijke betrokkenheid gecreëerd worden? Helpt het als samenwerking contractueel verplicht wordt (en dan natuurlijk ook gefaciliteerd)?

Van ziekte en zorg naar gedrag en gezondheid

Nog zo'n onderwerp dat binnen en buiten de zorg volop in discussie is: positieve gezondheid. De holistische benadering van de 70-er jaren was zijn tijd ver vooruit. De publieke verantwoordelijkheid die de gezondheidscentra destijds voelden, vertaalde zich vanuit het holistische gedachtegoed in een wijkgerichte aanpak, waarbij zij zich niet alleen verantwoordelijk voelden voor de patiënt die het spreekuur bezocht, maar voor de gezondheid van alle bewoners in de wijk. Nu, vijftig jaar later, wordt gediscussieerd over de ontwikkeling van ziekte en zorg, naar gedrag en gezondheid en tenslotte naar mens en maatschappij. Gezondheidsbevordering staat nadrukkelijk op de agenda. Op meerdere plaatsen in Nederland nemen huisartsen en andere zorgprofessionals hierin een rol door te wandelen met patiënten of door rook- en voedingscampagnes in de wijk of het dorp. Vermeldenswaard zijn regionale initiatieven als de GROZ-fieldlabs en de Kavels. Daarin werken burgers, gemeente, provincie, instellingen voor zorg en welzijn, onderwijs zorgverzekeraars, werkgevers en ondernemers gelijkwaardig samen om doelen op bijvoorbeeld het gebied van leefstijl, dementie of chronische zorg te realiseren. Een samenwerking die al in de jaren 70 door de gezondheidscentra werd gepropageerd.

Kwaliteitsbeleid op maat

De gezondheidscentra namen het voortouw in het realiseren van vernieuwend kwaliteitsbeleid, waarin professionals uit verschillende disciplines elkaar toetsten en bevroegen. Hoewel kwaliteitsbeleid nu in elke praktijk of organisatie wordt uitgevoerd, moet gezegd worden dat de gezamenlijke (multidisciplinaire) verantwoordelijkheid voor kwaliteit te wensen overlaat. Buiten de gezondheidscentra wordt kwaliteit vooral nog in de eigen kolom georganiseerd. Voor de toekomst is de hoop gevestigd op het 'Kwaliteitsbeleid op Maat' dat de drie grote belangenorganisaties (InEen, LHV en NHG) recent hebben ontwikkeld. De boodschap luidt: organiseer het kwaliteitsbeleid niet top down, zoals in ketenzorg aanvankelijk gebeurde, maar sluit aan op gemotiveerde professionals en faciliteer hen. Maak de indicatoren niet belangrijker dan ze zijn: zie de uitkomsten als spiegelinformatie, als een manier om te reflecteren op eigen handelen, en betrek daarbij nadrukkelijk ook de professionals uit andere disciplines. In het verlengde daarvan begint nu ook het interprofessioneel leren op te komen, waardoor domein overstijgende kruisbestuiving vorm kan krijgen.

Onderscheid de zorg en de ondersteunende organisatie

De administratieve en facilitaire ondersteuning die gezondheidscentra bieden – van huisvesting, ICT en HRM tot en met de contractonderhandeling met de zorgverzekeraar – is een pluspunt waar tot op de dag van vandaag veel zorgprofessionals graag voor kiezen. Het biedt immers de ruimte om zich voluit te wijden aan de patiëntenzorg, het vak waarvoor gekozen is. Met daarnaast overigens de mogelijkheid om deels óók – afhankelijk van de eigen belangstelling en talenten – te kiezen voor specialisatie, onderzoek of management. Gaandeweg ontstaat deze scheiding tussen zorg- en organisatie taken ook buiten de gezondheidscentra. In de grotere vrijgevestigde praktijken is de praktijkmanager een normale verschijning geworden en meer en meer nemen regionale

organisaties facilitaire taken voor hun rekening. De gedachte dat de ontzorgde zorgprofessional, die zich voluit aan zijn vak kan wijden, betere zorg kan bieden uit zich ook in de ontwikkeling van triple aim naar quadruple aim. Het trio méér ervaren zorgkwaliteit, méér gezondheid en minder kosten wordt daarin aangevuld met: verbeteren van het werkende leven van de zorgprofessionals. De genoemde ontwikkelingen leiden ook tot een groeiende aandacht voor leiderschap, met name dienend, verbindend leiderschap (tussen systeem/organisatie en professional/patiënt). Op dit terrein hebben de gezondheidscentra vijftig jaar ervaring en kennis te bieden.

Organisatie en infrastructuur

Kortom, de kroonjuwelen van de gezondheidscentra vinden breed toepassing in de eerstelijnszorg, soms met andere woorden of in een ander jasje, maar onmiskenbaar. Voor al deze innovaties en projecten geldt evenzeer als door de jaren heen voor het gezondheidscentrum, dat vaste en domein overstijgende financiering ontbreekt en hooguit op projectbasis beschikbaar komt. Organisatie en infrastructuur die kwaliteit en innovatie blijvend mogelijk maken ontbreken nog steeds.

Een bestuurder van het eerste uur constateert terugkijkend dat de overheid het gezondheidscentrum altijd in de experimenteer-fase heeft laten zitten: *“Men heeft rond 1990 niet gezegd, oké, we hebben het nu 15 jaar gedaan en we vinden het een trend die je moet doorzetten in de eerste lijn, zó moeten we het gaan doen en daar zoeken we een financieringsregeling bij.”* Daarmee vat hij in een notendop samen hoe het de afgelopen vijftig jaar is gegaan. Diverse financieringsvormen volgden elkaar op, zonder dat ooit werkelijk de waarde van het gezondheidscentrum als een belangrijke vorm van zorg verlenen werd erkend en gewaardeerd met een sluitende bekostiging. Het is wrang dat ook de nieuwe visie en betaaltitel O&I, die voor een belangrijk deel de uitgangspunten van het gezondheidscentrum erkent, voor datzelfde gezondheidscentrum onvoldoende soelaas biedt. En dat terwijl andere zorginstellingen normaal aanspraak kunnen maken op 15-25% van het budget voor infrastructuur, organisatie en innovatie. Een deugdelijke vaste basis voor de organisatie geeft mentaal en materieel de ruimte om de kroonjuwelen beter tot hun recht te laten komen en steeds opnieuw aan de eisen van de tijd aan te passen.

Aanpassing financieringssysteem nodig

Met de invoering van de bekostigingsregels voor O&I (als vervanging van de GEZ-gelden) is een stap gezet in de erkenning van het belang van organisatie en infrastructuur als basis voor goede zorg. De O&I-beleidsregel is primair huisartsenzorg gebonden. Voor een *level playing field* in de eerste lijn en grotere gelijkwaardigheid tussen de disciplines misschien een gemiste kans. Bovendien wordt hierdoor een zware verantwoordelijkheid gelegd bij de beroepsgroep van huisartsen, zonder dat de integrale verantwoordelijkheid voor multidisciplinaire eerstelijnszorg gedragen kan worden. In de gezondheidscentra is vandaag de dag te zien dat apothekers en fysiotherapeuten door bezuinigingen en tarievendruk steeds minder een financieel dragend onderdeel van het gezondheidscentrum kunnen zijn. Tegelijkertijd krijgt de huisarts geen prikkels om de multidisciplinariteit te verstevigen. De middelen voor multidisciplinaire samenwerking op wijkniveau moeten over meerdere locaties worden verspreid. Bovendien kunnen gezondheidscentra hun huisartsen in loondienst door fiscale verschillen met de vrijgevestigde huisarts nauwelijks een gelijkwaardig inkomen bieden.

Kortom, bij elkaar opgeteld zetten deze omstandigheden de bestaanszekerheid van het multidisciplinaire gezondheidscentrum flink onder druk. Het wordt tijd voor een nieuwe, domein overstijgende financieringssysteem, die uitgaat van de gelijkwaardigheid van disciplines en deze versterkt. Dan hebben de kroonjuwelen een kans om door te groeien, zowel binnen als buiten het gezondheidscentrum. Mogelijk is een vorm van populatiebekostiging in de eerste lijn een wenkend perspectief. In de zijlijn zij nog opgemerkt dat in de belangenbehartiging door LHV en VPHuisartsen het accent altijd vooral heeft gelegen bij de vrijgevestigde huisarts en minder bij de praktijkhouder in loondienst. De discussie over de fiscale aspecten zijn wellicht een goede aanleiding hierin meer evenwicht te brengen.

Health for all

Ook internationale ontwikkelingen onderstrepen het belang van de kroonjuwelen. In de Verenigde Staten en Groot-Brittannië zien we momenteel een enorme opkomst van *patiënt-centered-medical-homes*. Daar werken huisartsen, wijkverpleging, paramedische zorgprofessionals en het sociale domein samen onder één dak. Soms zijn zelfs administratieve functies als verzekering en gemeentelijke dienstverlening aangesloten. Te zien is dat waar de schotten tussen eerste en tweede lijn minder hoog zijn, de eerste lijn méér en beter multidisciplinair samenwerkt rondom de patiënt, een verschijnsel dat in Nederland in pilots ook zichtbaar is. Dit alles is ook volledig in lijn met de oproepen van WHO en OECD om juist de eerstelijnsgezondheidszorg in brede zin, dus inclusief maatschappelijk werk en wijkverpleging, te stimuleren, onder het veelzeggende motto *Health for All*. Bij deze beweging hoort een populatiegerichte organisatie van de gezondheidszorg, ofwel de vorming van regionale organisaties die aanspreekbaar zijn voor de gezondheid, kwaliteit van zorg en de kosten van de zorg lijkt het nieuwe organisatieprincipe te worden, onafhankelijk van het gekozen systeem (marktwerking, sociale verzekeringsstelsel, overheidssturing). In deze organisaties zijn de schotten tussen de verschillende echelons gebaseerd op een sterke eerstelijnsgezondheidszorg waarin de kroonjuwelen worden omarmd. Ook in Nederland kunnen gezondheidscentra zich samen met andere spelers in de eerste lijn ontwikkelen tot vergelijkbare regionale samenwerkingsverbanden.

Nieuwe vormen

En daarmee komen we aan het slotakkoord. Het bestaansrecht van het klassieke gezondheidscentrum is ruimschoots bewezen. Echter, mensen veranderen, normen veranderen, nieuwe inzichten doen zich voor. Het is heel wel denkbaar dat zich rondom de kroonjuwelen nieuwe vormen van samenwerking en nieuwe organisaties ontwikkelen. Zo werken in Eindhoven de koepel van gezondheidscentra SGE en de zorggroepen DOH en PoZob intensief samen. In de Amsterdamse Bijlmer zoeken de zorggroep Medzzo en de koepel van gezondheidscentra GAZO elkaar steeds vaker op. In de Haarlemmermeer zijn de zorggroep en gezondheidscentra inmiddels nauw verbonden met elkaar.

In de regio Amstelland is er een multidisciplinaire regio-organisatie ontstaan, met name gestimuleerd door de verschillende gezondheidscentra in Uithoorn, Aalsmeer en Amstelveen. In al deze voorbeelden op weg naar multidisciplinaire regio-organisaties spelen de gezondheidscentra een dominante rol. Al veel langer werkt bijvoorbeeld de Stichting Georganiseerde eerstelijnszorg Zoetermeer (SGZ) met een hybride organisatie van tien gezondheidscentra waarin zowel vrijgeves-

tigde huisartsen, als huisartsen in loondienst werken. Een historisch gegroeide, maar zeer werkzame situatie, aldus de directeur. Zijn stip op de horizon is voor elke regio een organisatie die zowel de samenwerking in de wijk, tussen de eerstelijns disciplines, als de samenwerking met de gemeente, het ziekenhuis, de VVT-instellingen en de ggz-instellingen ondersteunt: *“Die datgene wat er in de wijk moet gebeuren aan infrastructuur biedt en ondersteunt, en datgene wat er op grote schaal nodig is in de regio biedt. Het zou mij heel erg behulpzaam zijn, als het inkoopproces van de zorgverzekeraars ook op die twee samenhangen gericht is. Ik heb nog altijd het geloof dat we daarnaar onderweg zijn, maar ik denk wel dat het nu tijd is om drastisch te versnellen.”*

Bijlage 1 - DE MECHANISMEN

1. Hoeveel ruimte ervaren de zorgverleners om naar eigen inzicht een niet-pluis-gevoel te onderzoeken of – uitgaande van een holistisch mensbeeld – op zoek te gaan naar de oorzaak van problemen (professionele autonomie)?

Context	Aanbod	Gedrag	Resultaat
Cultuur Zorgverleners hebben een open houding naar elkaar. Ze durven op elkaars vakgebied te gaan en ervaren ruimte om te innoveren.	Ruimte om op zoek te gaan naar de oorzaak van problemen, en zo nodig te innoveren.	Zorgverleners gebruiken de ruimte om een niet-pluis-gevoel te onderzoeken en zo nodig een niet-reguliere oplossing te vinden, samen met andere zorgverleners en disciplines.	1. Hoge betrokkenheid van zorgverleners 2. Klinische kwaliteitsverbetering 3. Kennisverbreding zorgverleners
Principes - Loondienst - Eén organisatie en onder één dak			

2. Hoe betrokken voelen de zorgverleners zich bij de organisatie?

Context	Aanbod	Gedrag	Resultaat
Cultuur Bestuurders luisteren naar zorgverleners en betrekken hen bij beslissingen.	Ruimte om invloed te hebben op de organisatie van je werk.	Zorgverleners gebruiken deze invloed om aan te geven wat zij wel/niet nodig hebben om de kwaliteit van hun werk te waarborgen.	1. Hoge betrokkenheid van hulpverleners 2. Kwaliteitscultuur 3. Kwalitatieve beleidsvoering
Principes - Gescheiden verantwoordelijkheid - Werk/privé-balans - Schaal organisatie			

3. Hoeveel ruimte voelen zorgverleners om hun eigen inbreng te geven in een discussie? Hebben zij de indruk dat er naar hen wordt geluisterd wanneer er collectieve beslissingen genomen moeten worden?

Context	Aanbod	Gedrag	Resultaat
<i>Cultuur</i> Zorgverleners luisteren met een open houding naar elkaar wanneer er collectieve beslissingen genomen worden. <i>Principes</i> - Loondienst - Eén organisatie en onder één dak - Hiërarchische relaties	Ruimte om eigen inbreng te geven in een discussie en voelen dat er geluisterd wordt.	Zorgverleners gebruiken deze ruimte om inbreng te geven en samen tot een effectief zorgplan te komen.	1. Hoge betrokkenheid van hulpverleners 2. Kwaliteitscultuur 3. Meer creatieve en effectieve beslissingen

4. Hebben de zorgverleners het gevoel deel uit te maken van een team en organisatie met éénzelfde doel?

Context	Aanbod	Gedrag	Resultaat
<i>Cultuur</i> Mensen voelen zich verantwoordelijk voor de organisatie. <i>Principes</i> - Eén organisatie en onder één dak - Overlappende patiëntenpopulatie - Informele relaties	Toewijding om deel uit te maken van een team en organisatie met éénzelfde doel.	Zorgverleners gebruiken deze toewijding in hun manier van werken en zorgen dat de geleverde zorg aansluit op die van de andere betrokken zorgverleners.	1. Hoge betrokkenheid van zorgverleners 2. Eigenaarschap 3. Coherente zorgverlening

5. In welke mate kunnen zich informele relaties ontwikkelen?

Context	Mechanisme	Resultaat
- Eén organisatie en onder één dak - Overlappende patiëntenpopulatie - Hiërarchische relaties	Ontwikkeling van informele relaties tussen hulpverleners.	1. Versterkt gelijkwaardigheid en collectief doel 2. Informatie delen en coördineren van aanpak 3. Beter afgestemde zorg.

6. Kan zich vloeibare kennis ontwikkelen?

Context	Mechanisme	Resultaat
- Multidisciplinaire samenwerking - Ruimte voor innovatie - Ruimte en bereidheid om verder te kijken dan eigen discipline	Ontwikkeling van vloeibare kennis.	1. Herkennen van patiënten die er niet uitkomen 2. Voorkomen dat patiënten gaan 'zwemmen' 3. Betrokkenheid zorgverleners

7. Ontwikkelt zich een aanspreekbare organisatie die bijdraagt aan meer coördinatie in de eerste lijn als geheel?

Context	Mechanisme	Resultaat
- Eén organisatie met meerdere disciplines - Multidisciplinaire samenwerking - Overlappende patiëntenpopulatie - Gelijkwaardigheid	Ontwikkeling van coördinatie in de eerste lijn.	1. Beter aansluitende hulp voor patiënten. 2. Coherente en kwalitatieve zorg 3. Minder complicaties na ziekenhuisopnames, potentie voor substitutie

Bijlage 2 - METHODISCHE VERANTWOORDING

Het Onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Stichting Sociaal Fonds Gezondheidscentra (SSFG) door het Jan van Es Instituut onder leiding van dr Marc A. Bruijnzeels.

Het onderzoek is begeleid door een stuurgroep onder leiding van Maarten Klomp, huisarts, waarin verder participeerden Jolanda Buwalda, bestuurder Omring en oud-bestuurder SAG, Jan Frans Mutsaerts, directeur van Het Huisartsenteam, Judith van Duren, programmamanager InEen, Hansmaarten Bolle, bestuurder SSFG en Dite Husselman, adviseur eerstelijns governance. Dit onderzoek is een *mixed methods*, exploratieve studie naar de ontwikkeling, meerwaarde en toekomst van de gezondheidscentra. Het bestaat uit vijf opeenvolgende stappen: literatuuronderzoek, kwalitatieve analyse, enquête, Delphistudie en triangulatie. In het schema hieronder is het studieprotocol visueel in kaart gebracht.



Stap 1: Literatuuronderzoek

Gestart is er met een literatuuronderzoek naar de manier van openbaar bestuur, de manier waarop het zorgsysteem was ingericht en de politieke en economische factoren die hier invloed op hebben gehad en de ontwikkelingen van de gezondheidscentra in dit systeem. Dit is gebruikt voor de chronologische beschrijving, waarbij er een selectie is gemaakt van de meest relevante ontwikkelingen en hun implicaties voor de gezondheidscentra. Dit is een narratieve analyse en heeft als doel om de aspecten te beschrijven die de meeste invloed hebben gehad op de gezondheidscentra en hun zorgverleners. De resultaten van het literatuuronderzoek zijn leidend geweest voor de hiernavolgende stappen.

Stap 2: Kwalitatieve analyse

Dataverzameling

Data zijn verzameld door middel van twaalf individuele, semigestructureerde interviews van 60 tot 90 minuten. De interviews zijn telefonisch of digitaal afgenomen van september tot november 2020. Verder zijn er drie focusgroepen gehouden van 120 minuten in november en december 2020, die een focus hadden op de thema's die speelden in de volgende tijdperken: 1970-2005, 2006-2015 en 2016 – heden. Deze tijdperken zijn geïdentificeerd aan de hand van het literatuuronderzoek van stap 1. Sommige participanten hebben in meerdere sessies geparticipeerd. De focusgroepen werden geleid door twee moderatoren, tevens ook medeauteurs van dit rapport, B.N.J. de Koeijer & M. Bruijnzeels. De topiclijsten van zowel de interviews als de focusgroepen staan in bijlage 2.

Populatie

De participanten voor zowel de interviews als de focusgroepen zijn geselecteerd door de stuurgroep, ook wel purposive sampling genoemd. Daarbij werd er variëteit nagestreefd op het gebied van de volgende factoren: sekse, leeftijd, tijdperk actief geweest bij ontwikkeling gezondheidscentra, verspreiding over het land, perspectief (zorgverlener, bestuurder en/of stakeholder) en positie (beleidsmaker, werkgever en/of werknemer). De gekozen betrokkenen voor de interviews zijn vervolgens door de interviewer uitgenodigd via email om te participeren aan een telefonisch interview. Alle 12 betrokkenen gingen meteen in op de uitnodiging om te participeren. De interviews zijn gedaan door een ervaren redacteur die bekend is met het onderwerp. *Informed consent* is gevraagd ten aanzien van de te publiceren verslagen.

Er zijn 49 betrokkenen uitgenodigd voor de focusgroepen, en 27 hebben toegezegd om mee te doen. Niet beschikbaar zijn op de voorgelegde datum en het gevoel geen waardevolle informatie te kunnen toevoegen waren de meest voorkomende redenen om niet mee te doen. *Informed consent* is gevraagd bij de start van de sessies.

Thematische analyse

Het doel van deze analyse is om de ontwikkeling van de gezondheidscentra in de tijdperken in kaart te brengen. Omdat een organisatie zich niet ontwikkelt in een isolement, wordt er één niveau hoger namelijk het systeemniveau en een niveau lager namelijk het zorgverleners niveau ook beschreven. Het is belangrijk om te beseffen dat de niveaus niet te onderscheiden lagen zijn maar dat ze in elkaar overlopen en effect op elkaar hebben. Alleen de relevante thema's die de organi-

satie beïnvloeden zijn hierin meegenomen. Door de verschillen in types respondenten, was er een vertaalslag nodig in niveau van conceptualisatie om een eenduidig verhaal te schrijven.

De interviews en focusgroepen zijn opgenomen en getranscribeerd ad verbatim. De data zijn vervolgens thematisch geanalyseerd met behulp van NVivo 1.4®.

De thematische analyse is een methode voor het identificeren, analyseren en rapporteren van patronen in de data. De methode organiseert de data op een minimale manier met behoud van context. Dit helpt om de gevarieerde aspecten van het fenomeen te interpreteren en daarvan een 'rijke' beschrijving te bieden. De methode bestaat uit vijf stappen (Braun & Clarke, 2006). De eerste stap is bekend worden met de data door het doorlezen van de transcripten en documenten. Vervolgens wordt in de tweede stap de initiële codering ontwikkeld en in de derde stap wordt er naar thema's gezocht die het beste de inhoud reflecteren van de dataset. In stap vier worden de thema's opnieuw beoordeeld en stap vijf bestaat uit het definiëren en onderling relateren van de thema's (Braun & Clarke, 2006).

Omkadering voor de lezer

Voor diegenen die niet bekend zijn met kwalitatief onderzoek, dit draait niet om het generaliseren van de resultaten, het aantal mensen die bereikt wordt met interviews en focusgroepen is immers beperkt en niet representatief voor de bevolking. De meerwaarde moet gezocht worden in de generalisatie van de concepten vanuit de variëteit van reacties en perspectieven op een fenomeen, in dit geval de gezondheidscentra. De data-verzameling, analyse en rapportering zijn geen lineaire stappen in kwalitatief onderzoek, en mogen door elkaar lopen. De rapportering van kwalitatief onderzoek wordt gedaan aan de hand van de overliggende thema's. Hierbij vindt zich een vertaling naar een hoger abstractie level plaats.

Stap 3: Enquête

Op basis van de literatuur, de focusgroepen en de inzichten vanuit de interviews is een aantal thema's gerangschikt die in de vragenlijst als continuüm worden voorgelegd in termen van belang en voorkomen. De volgende thema's zijn aan bod gekomen.

Multidisciplinair teamwork

Een belangrijke reden voor diverse professionals om samen te werken in een gezondheidscentrum is de multidisciplinariteit. Het samenwerken met professionals van diverse disciplines vergroot de samenwerking door korte lijnen, het elkaar kennen en samen verantwoordelijkheid voelen.

Wijkgericht

Gezondheidscentra kennen een werkwijze die zich verder uitstrekt dan de eigen (huisarts) praktijkpopulatie. Veel gezondheidscentra voeren projecten uit die zich richten op de knelpunten die zich in de wijk voordoen. Voorbeelden hiervan zijn de meer structurele samenwerking met andere organisaties voor de zorg- en dienstverlening en meer afspiegeling in het personeelsbestand.

Opleiding

Gezondheidscentra zijn door hun omvang en grotere teams prettige opleidingsplekken voor zorgpersoneel en de ondersteunende professionals zoals assistenten.

Populatiegebonden aanpak

Vanuit de visie van de gezondheidscentra wordt in de zorgverlening aangesloten bij de behoeften en problematiek van de populatie. Met name, maar niet uitsluitend, zijn vanuit de positionering in zogenaamde achterstandswijken veel maatschappelijk relevante activiteiten ontplooid.

Aanspreekbare (gebiedsgerichte) organisatie

De gezondheidscentra werden veelal gezien als een belangrijk aanspreekpunt voor de eerstelijns in een bepaald gebied. Door de organisatievorm konden er gemakkelijk afspraken worden gemaakt die tevens nageleefd werden.

Holistisch mensbeeld wordt beter bediend door samenwerking meerdere disciplines

Gezondheidscentra zijn gestart vanuit een behoefte om nadrukkelijker het holistische mensbeeld te waarderen. Zij staan zich erop voor dat dit holistische mensbeeld door het bredere perspectief vanuit meerdere disciplines beter wordt bediend dan vanuit een solistische huisartspraktijk.

Balans tussen werk en privé

In de gezondheidscentra wordt, als gevolg van de scheiding van de verantwoordelijkheid en uitvoering van zorg en organisatie, door de zorgprofessionals een betere balans tussen werk en privé gepercipieerd. De zorgprofessionals ervaren daardoor meer ruimte om zorgvernieuwing te ontwikkelen en implementeren.

Meer armslag voor substitutie

In de loop der jaren zijn de gezondheidscentra meer gezien als organisaties waar de substitutie van 2e naar 1e lijn beter kon worden geïmplementeerd als gevolg van de extra organisatie mogelijkheden.

Gelijkwaardigheid van disciplines

Een belangrijke reden voor diverse professionals om samen te werken in een gezondheidscentrum is de gelijkwaardigheid tussen de disciplines. Alle disciplines waren even belangrijk voor het zorginhoudelijke beleid en hadden een even grote inbreng in het zorginhoudelijke beleid van het centrum.

Innovatiemotor

Vanuit de gezondheidscentra is veel vernieuwing wat betreft de huisartsgeneeskunde en de multidisciplinaire eerste lijn geïnitieerd. Dit heeft tot vooruitgang van o.a. de huisartsgeneeskunde, multidisciplinaire aanpak van de chronische zorg, zorg voor specifieke doelgroepen en ouderen gezorgd.

Professionele aansturing

De eerste gezondheidscentra werden aangestuurd door gedreven professionals, die gezamenlijk het volledige beleid bepaalden. In de latere jaren zijn in veel gezondheidscentra managers aangesteld die nadrukkelijk een beleidsvormende en -uitvoerende rol spelen.

Onder één dak

Het werken onder één fysiek dak wordt gezien als een belangrijke stimulerende voorwaarde voor de samenwerking tussen disciplines.

Inbreng van de inwoners

In de oorspronkelijke opzet van veel gezondheidscentra is de participatie van de inwoners van de wijk waar het gezondheidscentrum gevestigd is een belangrijk onderscheidend kenmerk. In de afgelopen jaren wordt door veel gezondheidscentra met cliëntenraden of op andere wijzen de inbreng van de inwoners vormgegeven.

Niet-vrijblijvende karakter van de samenwerking

Binnen het gezondheidscentrum worden gezamenlijk protocollen en afspraken gemaakt, waar gezamenlijk consequenties van worden ervaren. De samenwerking kent daardoor een verplichtend karakter.

Beschikbaarheid als meerwaarde

Gezondheidscentra zijn op veel plaatsen ontstaan als antwoord op de schaarste van beschikbare huisartsen of als belangrijke voorziening in een zich ontwikkelend gebied (Vinexlocaties). Deze invulling past bij de beschikbaarheidsfunctie van de eerstelijns.

Grootschalige organisatie acterend op meerdere schaalniveaus

Een belangrijk aandeel van de gezondheidscentra is georganiseerd in koepelorganisaties over een grootschaligere regio. Hiermee werd het maken van afspraken met ketenpartners op verschillende schaalniveaus makkelijker en ondersteunende taken efficiënter georganiseerd.

Uitsluitend bekostiging per ingeschreven patiënt

In de exploitatie van de gezondheidscentra leidt een bekostiging met een productieprikkel per zorgverlener af van de gemeenschappelijke focus van het gezondheidscentrum.

Dominantie van de huisartsgeneeskunde

In veel gezondheidscentra neemt de huisarts veelal een zeer centrale positie in. Vanuit deze positie is vaak de huisarts zeer bepalend in het zorginhoudelijke beleid van het gezondheidscentrum, waarmee een duidelijke dominantie van de huisartsgeneeskunde wordt ervaren.

Gescheiden verantwoordelijkheid over zorg en organisatie

In veel gezondheidscentra is de verantwoordelijkheid en eigenaarschap tussen zorg en organisatie gescheiden. Hiermee wordt de zorginhoudelijke professional gevrijwaard van allerlei organisatorische/management taken. Deze zijn dan in de organisatie bij andere medewerkers belegd.

Loondienst

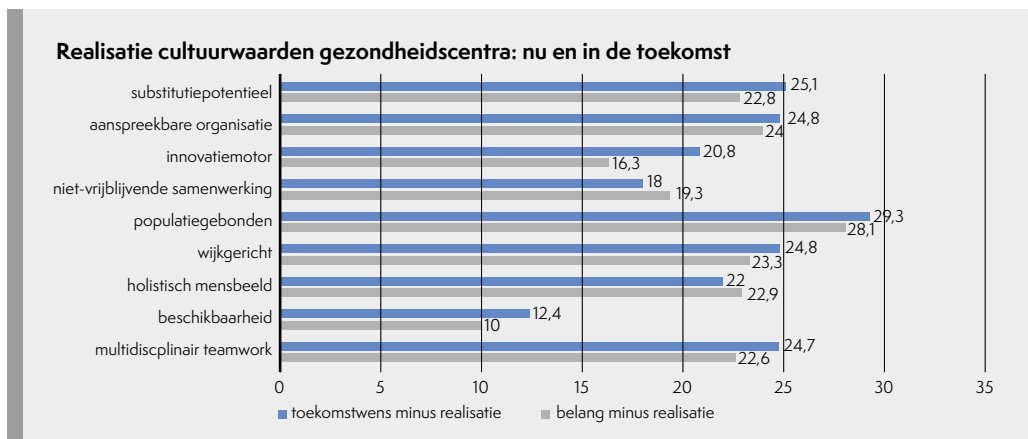
De loondienstconstructie faciliteert de gelijkwaardigheid tussen de disciplines en is een belangrijke stimulans voor het realiseren van de niet-vrijblijvende samenwerking. Tevens wordt hiermee elke productieprikkel vermeden.

Ter empirische validering van deze thema's zijn deze door middel van een schriftelijke vragenlijst in een open uitnodiging via de nieuwsbrieven van InEen en JVEI in de periode oktober tot en met december 2020 onder de aandacht gebracht. Tevens zijn vertegenwoordigers van de zorgverzekeraars en de werkgeversorganisaties direct gemaild met het verzoek de vragenlijst in te vullen. De vragenlijst bestond uit drie vragen per thema waarbij de respondent op een balk van 0-100 een cijfer kon aanklikken:

1. Hoe belangrijk vindt u dit thema?
2. Hoe vaak komt dit thema in de praktijk voor?
3. Hoe belangrijk vindt u het dat dit thema over 10 jaar nog steeds aanwezig is?

Uiteindelijk hebben 130 mensen de vragenlijst ingevuld. De verdeling over de verschillende werkgebieden van deze 130 respondenten is als volgt. 73 zorgverleners waarvan 35 huisartsen en 22 fysiotherapeuten. 46 leidinggevend en/of coördinerend in een gezondheidscentrum en 10 respondenten kunnen worden gekwalificeerd als werkzaam in organisaties rondom de gezondheidscentra (in het systeem).

Indien we vervolgens nagaan welke van deze themas ook daadwerkelijk in de afgelopen jaren voldoende gerealiseerd zijn en welke van deze thema's de komende jaren nog de moeite waard zijn om te realiseren ontstaat het volgende beeld:



Stap 4: Triangulatie

In deze stap combineren we de data van alle stappen hiervoor om een beter zicht te krijgen op het onderwerp van onderzoek, in dit geval de gezondheidscentra. Hiervoor hebben we gebruik gemaakt van meerdere theoretische perspectieven, methodologische aanpakken en meerdere

databronnen. Dit zorgt ervoor dat de betrouwbaarheid van de resultaten wordt verhoogd, innovatieve manieren om het onderwerp te beschrijven ontstaan en de kans op unieke resultaten groter wordt zodat er een duidelijke beschrijving komt van hoe de meerwaarde van de gezondheidscentra tot stand komt en welke factoren deze ontwikkeling faciliteren of belemmeren (Thurmond, 2001).

Identificeren van mechanismen

Na het beschrijven van de structuur en manier van werken van de gezondheidscentra, konden we de mechanismen identificeren. Hiervoor konden we bouwen op het realist paradigma waar de centrale vraag luidt: wat werkt, voor wie, in welke context? (Emmel, Greenhalgh, Manzano, Monaghan, & Dalkin, 2018). We maken daarbij onderscheid tussen eigen regie en structuur en gaan op zoek naar de interactie tussen 'datgene wat de structuur biedt' (resource) en redeneringen (reasoning) van de actoren in een bepaalde context, waardoor dit leidt tot bepaalde uitkomsten (Shaw, et al., 2018). Dit vraagt een grondig proces van teruggaan naar, onder of achter geobserveerde patronen om te ontdekken wat ze veroorzaakt, ook wel retrospectie genoemd (Lewis-Beck, Bryman, & Liao, 2003). In lijn met het gedachtegoed van realisme zullen we gebruik maken van formele theorie, ook wel middlerange theory genoemd om een brug te slaan tussen de data en bestaande kennis (Emmel, Greenhalgh, Manzano, Monaghan, & Dalkin, 2018).

Mechanismen worden vaak gepresenteerd als een tabel met met Context, Mechanismen en Outcome, maar zijn niet altijd precies in de formulering van de verschillende onderdelen en hoe het mechanisme werkt. Daarom is het van belang dat we een meer theoretisch en pragmatisch correcte verklarende data-analyse uitvoeren. We volgen daarbij het voorbeeld van Dalkin et al. (2015), zie onderstaand figuur. De figuur is aangepast aan de gezondheidscentra, en laat een voorbeeld zien van een individueel mechanisme, geconceptualiseerd als 'resources and reasoning'. In dit onderzoek worden er ook proces mechanismen geïdentificeerd, dit zijn mechanismen die op groepsniveau ontwikkelen. De mechanismen die gepresenteerd worden zijn gelimiteerd tot mechanismen die eigen zijn aan het werken volgens de principes van de gezondheidscentra en tot mechanismen die leiden tot ontwikkeling van kroonjuwelen.



Context, Mechanism, Outcome configuration adapted from Dalkin et al. (2015)

Identificeren van kroonjuwelen

De ontwikkeling van de kroonjuwelen zijn het resultaat van verschillende mechanismen die geactiveerd worden. Deze zullen geïdentificeerd worden op organisatie niveau en zullen worden omschreven als de meerwaarde van de gezondheidscentra in de eerste lijn. Deze worden geïdentificeerd aan de hand van de beschrijving van de ontwikkeling van de gezondheidscentra die gedaan is in stap 2. In deze omschrijving is er gezocht naar holistische concepten die de resultaten en potentie van de gezondheidscentra omvatten. Ook in dit geval is het van belang dat deze kroonjuwelen eigen zijn aan de manier van werken van de gezondheidscentra. Het ontwikkelen van de kroonjuwelen kost tijd, en kan op creatieve manieren ingevuld worden. Het zal echter mettertijd duidelijk worden welke strategieën effectiever zijn dan anderen om de kroonjuwelen te kunnen verzilveren.

Stap 5: Delphi studie

Na de triangulatie en de formulering van de kroonjuwelen zijn deze voorgelegd voor een laatste check bij de deelnemers van de focusgroepen en de interviews. Uiteindelijk hebben 16 van de 27 deelnemers gereageerd en heeft 1 respondent een aantal suggesties gedaan voor de formulering van de kroonjuwelen.

Bijlage 3 - VRAGENLIJST INTERVIEWS EN TOPICLIJST FOCUSGROEPEN

Vragenlijst interviews

1. Introductie, hoe betrokken geraakt?
 - a. Hoe in aanraking gekomen met het concept gezondheidscentrum?
 - b. Had dit meer ideologische of meer praktische gronden?
2. Meerwaarde
 - a. Wat is de meerwaarde van het gezondheidscentrum?
 - b. Hoe heeft dat zich dat in de loop van de jaren ontwikkeld?
 - c. De vorm: hoe werd er gewerkt in de gezondheidscentra; hoe werden huisartsen betrokken; hoe was de verhouding tussen huisartsen en andere zorgverleners; wat vonden patiënten; Welk effect had de financiering?
3. Toekomst
 - a. Ziet u toekomst voor het gezondheidscentrum? Op welke manier?

Topiclijst focusgroepen

1. Introductie Bente en Marc (5 min)
Het doel van de focusgroep wordt uitgelegd. Daarna kort de huisregels.
2. Korte introductie deelnemers (15 min)
De deelnemers worden gevraagd om zichzelf kort voor te stellen: naam, professionele achtergrond en relatie tot gezondheidscentrum.
3. Bespreken thema's (90 min)
Onderstaande thema's zijn gerangschikt naar mate van importantie. Er kan en mag echter overlap plaatsvinden. Doel is om een discussie op gang te brengen tussen de deelnemers over de thema's:
 - Kernwaarden en motivatie
 - Organisatie en samenwerking
 - Bekostiging
 - Financiering
 - Epidemiologie en zorg
 - Locatie
4. Afsluiting (10 min)
De deelnemers worden geïnformeerd over het verdere verloop van het onderzoek. Ook is er gelegenheid tot vragen en opmerkingen.

Enquête

<https://drive.google.com/file/d/1ltsKlJpimQbZfqGhOBqMNo32-mblUw4z/view?usp=sharing>

Demografische tabel participanten focusgroepen

Focusgroep (F1, F2 of F3) of Interview (I) + nr. participant	M/V	Perspectief
I.1	M	Bestuurder gezondheidscentra
I.2	M	Zorgverlener – huisarts
I.3	M	Bestuurder gezondheidscentra, stakeholder – ziekenfonds/zorgverzekeraar
I.4	M	Stakeholder – ziekenhuis; stakeholder – ziekenfonds /zorgverzekeraar
I.5	M	Bestuurder gezondheidscentra, stakeholder zorggroep
I.6	V	Zorgverlener – huisarts
I.7	M	Zorgverlener – huisarts
I.8	M	Stakeholder – beroepsvereniging
I.9	V	Zorgverlener – psycholoog, bestuurder gezondheidscentra
I.10	M	Zorgverlener – psycholoog, stakeholder - brancheorganisatie
I.11	M	Bestuurder gezondheidscentra
I.12	M	Zorgverlener - huisarts
F1.1	M	Zorgverlener - huisarts
F1.2 ¹⁾	M	Bestuurder gezondheidscentra, stakeholder – ziekenfonds/zorgverzekeraar
F1.3	M	Bestuurder gezondheidscentra, stakeholder – zorgautoriteit
F1.4	M	Zorgverlener – huisarts
F1.5	M	Zorgverlener – huisarts
F1.6	M	Bestuurder gezondheidscentra
F1.7	V	Bestuurder gezondheidscentra; Stakeholder – regionale organisatie
F1.8 ²⁾	V	Zorgverlener – psycholoog, bestuurder
F1.9	V	Zorgverlener – huisarts
F1.10	M	Zorgverlener – huisarts, bestuurder
F1.11	M	Stakeholder – werknemersorganisatie
F1.12	M	Zorgverlener – huisarts
F2.1	M	Stakeholder vakbond
F2.2	V	Zorgverlener – huisarts, bestuurder
F2.3	M	Zorgverlener – huisarts, bestuurder
F2.4	V	Stakeholder – ziekenfonds /zorgverzekeraar
F2.5	V	Stakeholder – zorggroep
F2.6	V	Stakeholder – brancheorganisatie
F3.1	V	Zorgverlener – verpleegkundige, stakeholder – ziekenfonds/zorgverzekeraar

**Focusgroep
(F1, F2 of F3)
of Interview (I)
+ nr. participant**

	M/V	Perspectief
F3.2	V	Stakeholder – brancheorganisatie
F3.3	V	Stakeholder – brancheorganisatie
F3.4	V	Bestuurder gezondheidscentra
F3.5	M	Zorgverlener – fysiotherapeut, bestuurder wijksamenwerkingsverband
F3.6	M	Stakeholder – brancheorganisatie & zorggroep, bestuurder gezondheidscentra
F3.7 ³⁾	M	Bestuurder gezondheidscentra
F3.8 ⁴⁾	M	Stakeholder – zorgautoriteit, bestuurder gezondheidscentra
F3.9	V	Zorgverlener – huisarts

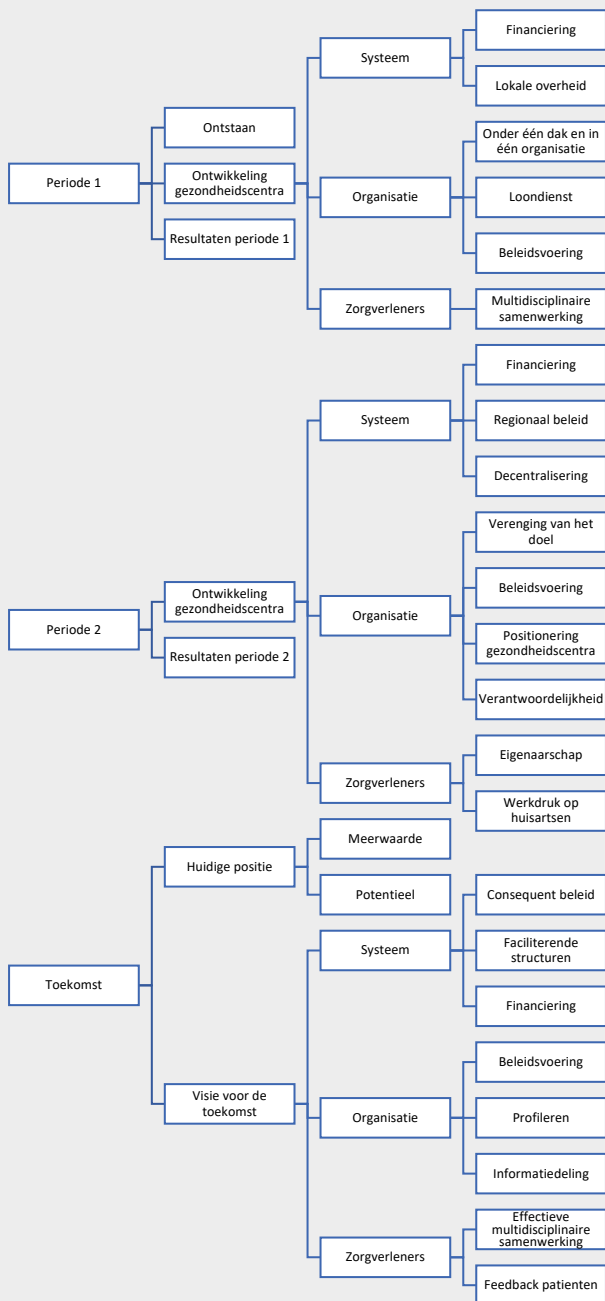
¹⁾ Zelfde participant als I.3

²⁾ Zelfde participant als I.9

³⁾ Zelfde participant als I.11

⁴⁾ Zelfde participant als F1.3

Coderingsboom



Bijlage 4 - LITERATUURLIJST

- Almekinders, F. (2006, mei). De ontstaansgeschiedenis van het Gezondheidscentrum Rhenen. Oud Rhenen, 2, pp. 39-46.
- Batenburg, R. S., & Kalf, R. R. (2010). Zorgaanbod, organisatie en strategie van gezondheidscentra in Nederland. Verschillen, trends en bekostiging. Utrecht: NIVEL.
- Bauer, T., & Erdogan, B. (2015). Organizational behavior 2.0. Washington: Flat World Knowledge.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. Qualitative research in psychology, 3(2), 77-101.
- Coppen, R., De Jong, J. D., & Friele, R. D. (2009). De Wmg en de versterking van de positie van de consument door keuze-informatie. In R. D. Friele, Evaluatie Wet Marktordening Gezondheidszorg (pp. 87-119). Den Haag: ZonMw.
- Curry, N., & Ham, C. (2010). Clinical and Service Integration: The route to improved outcomes. London: The King's Fund.
- Dalkin, S. M., Greenhalgh, J., Jones, D., Cunningham, B., & Lhussier, M. (2015). What's in a mechanism? Development of a key concept in realist evaluation. Implementation Science, 10(49).
- De Eerstelijns. (2017, september). Verleden, heden en toekomst van organisaties in de eerstelijnszorg. Opgeroepen op april 2021, van De eerstelijns: www.de-eerstelijns.nl/wp-content/uploads/2017/09/DEL-nr6_2017_InEen-Tweedaagse_LR.pdf
- De Melker, R. A. (1980, juni). De eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid en ziekte. idee'66, 2(1), 55-62.
- De Widt, R. A. (1973). Gezondheidscentra. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut.
- Eijkenaar, F., & Schut, E. (2015). Uitkomstbekostiging in de zorg: een (on) begaanbare weg? Rotterdam: Erasmus universiteit.
- Emmel, N., Greenhalgh, J., Manzano, A., Monaghan, M., & Dalkin, S. (2018). Doing Realist Research. London: SAGE.
- FBZ. (2018, november 20). Factsheet FBZ: Ontmanteling Cao Gezondheidscentra/AHG. Opgeroepen op april 2021, van Ambtenarensalaris: ambtenarensalaris.nl/wp-content/uploads/2018/11/Factsheet-Cao-Gezondheidscentra.pdf
- Ham, C., & Walsh, N. (2013). Making integrated care happen at scale and pace. London: The King's fund.
- Heijmans, M., Brabers, A., & Rademakers, J. (2019). Hoe gezondheidsvaardig is Nederland? Utrecht : Nivel.
- Hermans, H., & Friele, R. D. (2009). Kostenbeheersing. In R. Friele, Evaluatie Wet Marktordening Gezondheidszorg (pp. 49-85). Den Haag: ZonMw.

- Hingstman, L., & Hoekstra, J. (1998). Gezondheidscentra peiling 1997: gezondheidscentra in Nederland op gemeenteniveau. Utrecht: NIVEL.
- Hoogervorst, J. (2006, juli 7). Wet marktordening gezondheidszorg. Opgehaald van Overheid.nl: wetten.overheid.nl/BWBR0020078/2020-03-19
- Hopman, E., Batenbrug, R., & De Bakker, D. (2009). Organisatorische samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn – een inventarisatie. Utrecht: NIVEL.
- Husselman, D. (2020). Goed Bestuur als Werkwoord. Enschede: Husselman Advies.
- Hutschemaekers, G. (2014, mei). Het verschil maken. Over het onderscheid tussen generalistische en specialistische zorg. Opgeroepen op april 2021, van Researchgate: www.researchgate.net/publication/269572665
- Huygens. (n.d.). Statistische gegevens ziekenfondsen. Opgehaald van Huygens: resources.huygens.knaw.nl/zorgverzekeraars/additionele_bestanden/Statistische_geg._ziekenfondsen
- Jackson, G. L., Powers, B. J., Chatterjee, R., Prvu Bettger, J., Kemper, A. R., Hasselblad, V., . . . Williams, J. W. (2013). The patient-centered medical home: a systematic review. *Annals of internal medicine*, 169-178.
- Kappelhof, T. (2005). Onderzoeksgids Zorgverzekeraars 1870-1968. Den Haag: Instituut voor Nederlandse Geschiedenis.
- KHZ. (n.d.). Aantallen en soorten fondsen. Opgehaald van Kenniscentrum Historie Zorgverzekeraars: www.kenniscentrumhistoriezorgverzekeraars.nl/bronarchief/erfgoed/Aantallenfondsen.html
- KHZ. (n.d.). KHZ brochure. Opgehaald van Kenniscentrum Historie Zorgverzekeraars: www.kenniscentrumhistoriezorgverzekeraars.nl/pdfs/KHZbrochure.pdf
- Klijn, E. H., & Koppenjan, J. (2016). *Governance Networks in the Public Sector*. New York: Routledge.
- Leach, B., Morgan, P., Strand de Oliveira, J., Hull, S., Østbye, T., & Everett, C. (2017). Primary care multidisciplinary teams in practice: a qualitative study. *BMC Fam Pract*, 18(115).
- Legemaate, J. (1992). Kwaliteit van beroepsuitoefening: het ontwerp Kwaliteitswet Zorginstellingen en het wetsvoorstel Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg in onderling verband. *NTVG*, 2380-2384.
- Lewis-Beck, M., Bryman, A., & Liao, T. F. (2003). *The Sage encyclopedia of social science research methods*. Sage Publications.
- Marshall, M., Sheaff, R., Rogers, A., Campbell, S., Halliwell, S., Pickard, S., . . . Roland, M. (2002). A qualitative study of the cultural changes in primary care organisations needed to implement clinical governance. *British Journal of General Practice*, 52, 641-645.
- Minddistrict. (n.d.). Netwerkworg: wat zijn de voorwaarden? Opgeroepen op mei 2021, van Minddistrict: www.minddistrict.com/nl-nl/wat-is-netwerkworg
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2007, januari 4). Geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie - CV-7000-2.0.-1. Opgehaald van Nederlandse Zorgautoriteit: puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_20169_22/

- NRC. (2020, juni 11). Artsen maak de zorg fors eenvoudiger. Opgehaald van NRC: www.nrc.nl/nieuws/2020/06/10/artsen-maak-zorg-fors-eenvoudiger-a4002481
- Out, K. E., & De Jong, J. D. (2017). Het perspectief van zorggroepen en gezondheidscentra op onderhandelingen en contracten met zorgverzekeraars. Utrecht: Nivel.
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (2017). Recept voor maatschappelijk probleem. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
- Radar Extra, (Regisseur). (2016). Risicoverevening [Film].
- Raghunath, A. S., & Innes, A. (2004). The case for multidisciplinary research in primary care. *Primary Health Care Research & Development*, 5(3), 264-273.
- Saint-Pierre, C., Herskovic, V., & Sepúlveda, M. (2018). Multidisciplinary collaboration in primary care: a systematic review. *Family Practice*, 35(2), 132-141.
- Schilder, L. (2013). Leren dat maatschappelijk werkt. Delft: Eburon.
- Scholte, M. (2010). Oude waarden in nieuwe tijden, over de kracht van maatschappelijk werk in de 21ste eeuw. Haarlem: Hogeschool INHolland.
- Schut, F. T., & Van de Ven, W. (2009). Maken en bewaken van markten. In R. D. Friele, *Evaluatie Wet Marktordening Gezondheidszorg* (pp. 25-48). Den Haag: ZonMw.
- Shaw, J., Steele Gray, C., Ross Baker, G., Denis, J.-L., Breton, M., Gutberg, J., . . . Wodchis, W. (2018, December 27). Mechanisms, contexts and points of contention: operationalizing realist-informed research for complex health interventions. *BMC Medical Research Methodology*, 18(178).
- Shaw, S., Rosen, R., & Rumbold, B. (2011). What is integrated care? London: The Nuffield Trust
- Studentenverzekeringen. (n.d.). Historie veranderingen zorgstelsel. Opgeroepen op mei 2021, van Studentenverzekeringen: www.studenten-zorgverzekeringen.nl/veranderingen-in-de-zorg.html
- Thurmond, V. A. (2001). The Point of Triangulation. *Journal of Nursing Scholarship*, 253-358.
- Valentijn, P. P., Schepman, S., & Bruijnzeels, M. A. (2012, March 22). Understanding integrated care: A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*(13).
- Van der Ven, W. (2015). Het beste zorgstelsel? Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Van Hassel, D., & Batenbrug, R. (2015, juni 3). Huisartsen in loondienst nader onderzocht. Opgeroepen op april 2021, van Huisarts en Wetenschap: www.henw.org/artikelen/huisartsen-loondienst-nader-onderzocht
- Van Leeuwen, F. (2012). Medisch specialisten in de ban van prestatie-indicatoren. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Van Loef, G. (2018, oktober 17). Nederlandse zorg valt van haar voetstuk. Opgeroepen op april 2021, van Medisch Contact: www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/nederlandse-zorg-valt-van-haar-voetstuk.htm
- Van Wijk, D. (1986). Samenwerken en verwijzen. Utrecht: NIVEL.
- Velzel, E. (2016). Doelgerichte versterking van de Organisatie en Infrastructuur van de eerste lijn. Utrecht, In Een e.a.

- Velzel, E. en Lenssen, M. (2017). Rapport Impactanalyse O&I. Utrecht, InEen e.a.
- Visser, G. J., & Kersten, D. (1985). Maatschappelijk werk en eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht: NIVEL.
- Willcoxson, L., & Millet, B. (2000). The management of organisational culture. *Australian Journal of Management and Organisational Behaviour*, 3(2), 91-99.
- Wollersheim, H., Faber, M. J., Grol, R. P., Dondorp, W., & Struijs, A. J. (2006). Vertrouwen in verantwoorde zorg? . Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid.
- Worren, N. (n.d.). What is organizational design? Opgeroepen op 2021 april, van Organization (re)design: www.organizationdesign.net/whatisorganizationdesign
- Zorginstituut Nederland. (n.d.). Historie. Opgeroepen op april 2021, van Zorginstituut Nederland: www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/organisatie/historie
- Zorgverzekering Informatie Centrum. (n.d.). Ontstaan zorgverzekering Nederland. Opgeroepen op mei 2021, van Zorgverzekering: www.zorgverzekering.org/algemene-informatie/ontstaan/
- Zorgwijzer. (2019, november 13). Zorgverzekering 2020: alle premies bekend (overzicht). Opgeroepen op april 2021, van Zorgwijzer: www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2020/zorgverzekering-2020-alle-premies-bekend-overzicht

50 JAAR GEZONDHEIDSCENTRUM IN 12 INTERVIEWS

Ambities, principes en ervaringen

Aan het woord komen:

- Nico Bernts
- Jan-Peter Eusman
- Marijke 't Hart
- Pieter van den Hombergh
- Erik Kramer
- André Louwen
- Han van Oosterbos
- Johan Reesink
- Jacqueline van Riet
- Arno Timmermans
- Eeke van der Veen
- Pascale Voermans

Als onderdeel van het afsluitende project 50 Jaar Gezondheidscentrum heeft Karen Voors op verzoek van SSFG twaalf mensen geïnterviewd over hun ambities voor het gezondheidscentrum, hun principes en hun ervaringen.



Nico Bernts

Je zou kunnen zeggen dat voordat er gezondheidscentra waren de eerste lijn niet bestond

Op aanraden van een docent koos psychologiestudent Nico Bernts in 1975 voor een stage bij het toenmalige gezondheidscentrum Withuis in Venlo, een van de eerste die in Nederland werd opgericht. Samen optrekken met andere disciplines in een team leek hem een “natuurlijke” werkwijze, vooral bij complexere vragen. Hij vond het bovendien interessant dat de oprichters van het centrum, alle vier vrijgevestigde huisartsen, bewust kozen voor loondienst. Na de stage was Bernts verkocht voor het gezondheidscentrum. Hij werkte er als psycholoog, bekwaamde zich in het begeleiden van eerstelijnssteams en werd in 1986 gevraagd als eerste directeur van de Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra. “De LVG heeft het gezondheidscentrum salonfähig gemaakt”, zegt hij nu.

Bernts: “Het gezondheidscentrum was niet een bedacht concept. Het was wat de pioniers in de jaren 70 en 80 ervan maakten. De verschillen tussen de initiatieven waren dan ook groot, pas in de loop van de tijd is er convergentie ontstaan. Maar het basisidee was samenwerking. Het idee dat je patiënten, zeker patiënten met meervoudige problemen, niet vanuit één discipline, moet willen behandelen. Dus het bij elkaar brengen van kennis en ervaring in een structureel multidisciplinair zorgaanbod. Hoe dat moest, moest nog uitgevonden worden.”

Convergentie

“In de beginperiode ging een teamvergadering overal en nergens over. Ik herinner me periodes waarin dat geweldig stimulerend was, maar op den duur werd het ook een geweldige belasting, want het kostte heel veel tijd zonder dat altijd even duidelijk was wat het opleverde. Werkenderwijs ontstond de behoefte om kaf en koren te scheiden. In de jaren 80 gingen we als LVG werkafspraken maken, bijvoorbeeld over dementie of ouderenzorg. Daarmee ontstond ook een rationalisering van de ideeën over samenwerking en dat droeg bij aan convergentie.”

Zorgde de financiering voor convergentie?

“Dat was de tweede factor. De Stimuleringsregeling van VWS was niet zo streng, zoals hoort bij een stimuleringsregeling. De belangrijkste eis was, meen ik, dat er drie disciplines moesten zijn. Daarna kreeg je in de jaren 80 een veel strengere subsidieregeling van de Ziekenfondsraad, met vooral bedrijfsmatige voorwaarden, denk aan praktijkgrootte, coördinatiemanagement, huisvesting. Dat droeg zeker bij aan de convergentie.”

“Achteraf vind ik dat de financiering in een aantal opzichten niet goed heeft uitgewerkt. Begin jaren 80 lag er een Nivel-onderzoek waaruit bleek dat de gezondheidscentra beduidend minder verwezen naar het ziekenhuis en minder medicijnen voorschreven. Dat werden toen de grote argumenten voor de financiering. Als LVG-directeur was ik geweldig blij met dat onderzoek. Maar gaandeweg werd het een molensteen. Want sindsdien ging en gaat de dialoog met de overheid en de ziekenfondsen, en later de zorgverzekeraars, altijd over die besparingen. Dat leidde tot een

soort reductie van de meerwaarde. De kracht van het gezondheidscentrum zit immers in iets anders, namelijk de kwaliteit van leven die je toevoegt door op een gecoördineerde en samenhangende manier te werken.”

Tijdgeest

“Ook de tijdgeest veranderde. Het huisartsenvak en de eerste lijn maakten een flinke emancipatie door. Als je alleen naar de besparingen keek, werden de verschillen tussen gezondheidscentra en niet-gezondheidscentra kleiner. Dat leidde tot vreemde discussies waarbij we als het ware een kloof moesten bewijzen tussen het gezondheidscentrum en de vrijgevestigde praktijk, terwijl die kloof er op dat punt juist niet meer was, of veel minder werd. De gezondheidscentra waren wel klaar met de verwijscijfers en wilden méér. Ze wilden aan de slag met complexe problemen, preventie, het sociaal domein, de ggz, maar dat viel allemaal buiten het gezichtsveld van de Ziekenfondsraad die alleen naar de verwijscijfers bleef kijken. In feite heeft de overheid het gezondheidscentrum altijd in die aanvankelijke experimenteerfase laten zitten. Men had rond 1990 moeten zeggen: ‘OK, we zien hier iets in en dat gaan we doorzetten in de eerste lijn, en zoeken daar een passende financieringsregeling bij’. Of desnoods: ‘Het experiment is mislukt, we stoppen ermee’. Nu is het altijd een vrijblijvend particulier initiatief gebleven.”

Waarom werd de knoop niet doorgehakt?

“Daar hebben we eigenlijk nooit goed de vinger op kunnen krijgen. De lobby uit de beroepsgroepen speelde zeker een rol. Het was voor de LHV problematisch om te moeten zeggen dat 10% van de huisartsen meerwaarde leverden, tegenover de andere 90%. Ze wilden alleen in neutrale termen over het gezondheidscentrum praten, het woord ‘meerwaarde’ hoorde daar niet bij. Ook klonk de oude gildecultuur door: een dokter is een dokter en alle dokters zijn even goed. Als de overheid het gezondheidscentrum wilde financieren: prima, maar dat stond los van meerwaarde. Gewoon jongens met een dure hobby. En, dat zeker ook, het urgentiegevoel was niet enorm. Nederlanders zijn van oudsher altijd heel tevreden over hun huisarts. Politiek en financiers hebben de versnippering in de eerste lijn heel lang, en misschien nog wel, niet als een zwaarwegend probleem gezien.”

Wat zijn randvoorwaarden voor een gezondheidscentrum?

Loondienst? Onder één dak?

“Randvoorwaarden, nee. Maar beiden vergemakkelijken het samenwerken wel. Persoonlijk kies ik voor loondienst, het is een goed concept. Het drukt uit dat je je organiseerbaar opstelt, dat je lid bent van een organisatie en daarvoor ook medeverantwoordelijkheid draagt, maar een toegevoegde waarde ervan is lastig aantoonbaar. Huisvesting onder één dak is buitengewoon facilitair. Elkaar tegenkomen bij de lunch en de koffieautomaat is handig, dat wordt vaak gebagatelliseerd. Verder moet je natuurlijk een aantal dingen goed regelen. Het werkgeverschap, toetsing, loopbaanontwikkeling. De facilitaire voorzieningen. Het financiële management. Afspraken over kwaliteit. Dat vraagt om een vorm van coördinatiemanagement en daarbij speelt de organisatiecultuur een grote rol. Een essentieel kenmerk is wat mij betreft of het huisartsendteam de houding aanneemt dat ze elkaar aanspreken op afspraken, huisartsen en niet-huisartsen. In de pioniersfase verschilden teams op dit punt enorm van elkaar. Sommige teams waren buitengewoon vrijblijvend en lieten elkaar helemaal vrij. Eigenlijk gewoon een soort huisvestingsprojecten, dachten we toen bij de LVG.”

Koepels

"Ook organisatiegrootte is een belangrijke randvoorwaarde. Als werkeenheid is een gezondheidscentrum met 10.000 patiënten groot genoeg. Gaandeweg zijn koepels van gezondheidscentra ontstaan en dat biedt een grote meerwaarde. Je zou kunnen zeggen dat de eerste lijn niet bestond voordat er gezondheidscentra waren. Er waren alleen duizenden eenmans- of eenvrouwsbedrijven die los van elkaar stonden. De eerste lijn was eigenlijk een virtueel begrip. Gezondheidscentra zorgden er destijds voor dat de eerste lijn vindbaar en aanspreekbaar werd. Organisatie is essentieel voor de ontwikkeling van de eerste lijn. Daarbij hoort dat je er als huisartsen, als hulpverleners, mee akkoord bent dat één of twee collega's namens jou gaan praten, de cultuur waarover ik sprak. Responsiveness is ook noodzakelijk voor de samenwerking met andere domeinen. Anders roept voor je het weet de ziekenhuisdirecteur dat hij het zelf gaat doen."

Wat is de rol van de LVG geweest in de convergentie?

"Er was zeker in de beginperiode veel behoefte aan een platform om ervaringen en kennis uit te wisselen. Bijna alle gezondheidscentra in Nederland waren lid. Met het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid en kwaliteitskenmerken, van onderop en vastgesteld door leden, heeft de LVG sterk bijgedragen aan de convergentie. Op andere punten lieten we zaken in het midden, omdat daar binnen de LVG verschillend over werd gedacht. Wel of geen loondienst bijvoorbeeld. Of de koepelvorming. Naast het profileren van het kwaliteitsbeleid hebben we de financiering vanuit de overheid en later de zorgverzekeraars in leven gehouden. En wat we zeker goed hebben gedaan is om als kleine partij altijd een goede verstandhouding te onderhouden met de anderen. VWS, de Ziekenfondsraad, de zorgverzekeraars, de beroepsgroepen. Door zo te werken heeft de LVG het gezondheidscentrum – laat ik dat woord maar eens gebruiken – salonfähig gemaakt."

Heeft het gezondheidscentrum toekomst?

"Wat in elk geval toekomst heeft is een goede organisatie van de eerste lijn. Dat is een historisch juiste keuze geweest van de pioniers in de jaren 70. Het is nu ondenkbaar dat een huisarts nog kan zeggen: 'ik kan het prima in m'n eentje'. Dus organisatie, aanspreekbaarheid en teamvorming zijn blijvertjes."

Nico Bernts (1948)

1986-2008 _____ Directeur Landelijke Vereniging Gezondheidscentra (LVG)
 1980-1986 _____ Coördinator Samenwerkingsverbanden EersteLijns gezondheidszorg (SOSEL) Amsterdam
 1977-1980 _____ Psycholoog gezondheidscentrum Diemen



Jan-Peter Eusman

Het huisartsenvak is een “identiteit”, dat vraagt zeggenschap

Huisarts Jan-Peter Eusman werd eind jaren 70 tijdens zijn studie geneeskunde in Amsterdam gegrepen door de beweging die zich sterk maakte voor samenhangende en multidisciplinaire eerstelijnszorg. “Ik was er destijds van overtuigd dat samenwerking in de eerste lijn de zorg verbetert, en dat ben ik nog steeds”, zegt hij nu. Voor zichzelf en zijn gezin koos hij daarom – zo mogelijk – ook altijd voor een huisarts in een gezondheidscentrum. Eusman werkte na een korte waarneemperiode 32 jaar in Gezondheidscentrum Beverwaard waar hij naast zijn werk als huisarts managementtaken vervulde (medisch adviseur). In 2017 nam hij afscheid. Tot september 2020 was hij betrokken bij de huisartsopleiding aan het ErasmusMC, eerst als opleider en vanaf 2003 als huisartsdocent. “Ik vind het leuk om, terugkijkend, te kunnen zeggen dat heel veel van mijn aios uiteindelijk huisarts zijn geworden in een gezondheidscentrum.”

Kroonjuwelen genoeg. Maar, zegt Eusman, de essentie van het gezondheidscentrum is samenwerking, met elkaar als huisartsen en met andere disciplines. “Dat je met een stel zorgverleners die de neuzen dezelfde kant op hebben, voor de patiënt aan het werk bent. Dat je vanuit eenzelfde visie en met eenzelfde missie persoonsgerichte zorg levert, waarbij het er niet toe doet wie de hoofdbehandelaar is. Je voelt je met een open houding met elkáár verantwoordelijk.”

Eigen patiënten op naam

In de visie van Eusman bood en biedt het gezondheidscentrum een goede basis om bovenstaande visie te realiseren: een goed geoutilleerd gebouw, gekwalificeerd (ondersteunend) personeel, en de mogelijkheid om organisatorische zaken uit te besteden, denk aan ICT, HRM, administratie en contractering. “Wij konden ons helemaal richten”, zegt hij, “op de zorg voor onze eigen patiënten op naam, onze eigen praktijk, waarvoor we autonoom verantwoordelijk waren.” Bovendien was door de samenwerking een breder aanbod van geneeskundige zorg mogelijk (“De een deed chirurgische ingrepen, de ander anticonceptie op alle mogelijk manieren”). Dat de samenwerking plaats vond onder één dak was zowel voor de patiënt als voor de zorgverlener een voordeel. “Het geeft de zorg een duidelijke positie in de wijk. Het is ook een succes van de huisartsenpost, dat ze op één locatie zitten zodat de patiënten altijd weten waar ze naartoe moeten. Wijzelf gingen soms aan het eind van de dag even bij elkaar zitten. Wat was jouw laatste patiënt, vroeg je dan. Niet per se een ingewikkelde casus, maar gewoon een betrokken gesprek.” Hoe belangrijk dat persoonlijke contact is, zegt Eusman, zie je in deze tijd, waarin mensen door de Covid-maatregelen thuis werken en deze betrokkenheid moeten missen.”

Identiteit belangrijker dan loondienst

Loondienst hoort wat hem betreft niet per se bij de kroonjuwelen. “Ik heb zelf altijd in loondienst gewerkt, maar dat was geen bewuste keuze, ik wilde in een samenwerkingsverband werken en of dat nou een eigen praktijk was of in loondienst vond ik minder belangrijk.” Hij legt uit dat het huisartsenvak in zijn beleving een “identiteit” is, veel méér dan een spreekuur doen en salaris

krijgen. Huisartsen in loondienst en vrijgevestigde huisartsen verschillen in dat opzicht niet van elkaar, zegt hij. Beiden zijn gedreven om iets voor hun patiënten te betekenen, ook buiten kantooruren, ook als daar niet meteen financiering voor is. Eusman: "Dat betekent dat je zeggenschap wil hebben. In hoe je omgaat met je patiënten, wie je medewerkers worden en hoe je praktisch georganiseerd is. Ik heb bestuurders gezien die dat onvoldoende begrepen."

Te strakke kaders bij schaalvergroting

In de beginjaren van het gezondheidscentrum in Beverwaard kreeg zeggenschap vorm in een vrijwillig bestuur, een kerngroep van disciplines. Iedereen was vertegenwoordigd en het beleid werd samen gemaakt. Eusman: "Later kwam er een coördinator en toen een bestuurder. De organisatie werd steeds groter. Nu is het Zonboog met negen centra. Natuurlijk werden de huisartsen betrokken bij het beleid, maar ik merkte toch dat de zeggenschap minder werd, het werd algemener." Anders gezegd: met het groeien van de afstand tussen bestuur en werkvloer werd de grootste gemene deler de norm. Eusman ziet daarin een trend in de zorg, waarbij het individualiserende marktdenken een belangrijke rol speelt. "Het tien-minuten-spreekuur bijvoorbeeld is geen uitvinding van de zorgverzekeraar, maar van huisartsen. Er waren huisartsen die in plaats van het inloopspreekuur liever zes patiënten per uur wilden doen. Dat werd uitprobeerde en sommigen gingen het ook doen. Maar plotseling werd dat een wet van Meden en Perzen en een verrichtingennorm, terwijl sommigen liever vijf patiënten doen en anderen juist iets meer. Zo worden de kaders, waarbinnen huisartsen hun eigen keuzen kunnen maken, strakker. Nog zo iets: je hebt een idee, je doet met wat extra geld een pilot en plotseling is het normaal dat iedereen het doet, vervolgens hoort het zonder extra geld bij je vak. Marktdenken hoort niet in de zorg, het maakt discussie lastiger, je moet nou eenmaal een bepaalde hoeveelheid geld opbrengen."

Vooroordelen

Was het gezondheidscentrum in de jaren 70 en 80 een modern en vooruitstrevend instituut, na de eeuwwisseling veranderde het imago. Als huisartsdocent kwam Eusman in aanraking met vooroordelen. In het gezondheidscentrum heb je geen ruimte om zelf te bepalen hoe je wil werken, luidt een veelvoorkomend misverstand. Financieel adviseurs stellen het vrije ondernemerschap boven alles. Aios worden opgeleid als zelfstandigen, stelt hij met lede ogen vast. "De managementuren tijdens de opleiding gaan over welke verzekeringen je moet hebben, wat je moet investeren en hoe je een begroting opzet. Vaak gaan ze die dure verzekeringen meteen afsluiten en investeren ze in zelfstandigheid, niet beseffend wat de voordelen zijn van het loondienstverband."

Financiering verkaveld

In de opleiding is de aandacht voor samenwerking een ondergeschoven kindje. "Dat ligt", zegt Eusman, "óók aan de aios zelf. Als je een aios vraagt wat hij wil, krijg je als antwoord: medisch inhoudelijk onderwijs. Graag toch nog een keer de cursus harttonen. Terwijl ik denk: daar gaat het toch niet om? Je hebt een hele geneeskunde-opleiding achter de rug. Nu gaat het om hoe je met patiënten omgaat en hoe je samenwerkt met andere professionals." Ook het zorgstelsel bevestigt de grote nadruk op vakbekwaamheid en de eigen discipline. "Als je kijkt naar de koepels van gezondheidscentra dan zie je voor elke discipline een eigen pijler. Iedereen moet de eigen broek ophouden. Ik herinner me dat onze spreekkamers allemaal iets kleiner werden omdat er een oefenzaal voor de fysiotherapie moest komen. Je bent tenslotte met elkáár het gezondheidscentrum."

trum. En nu zie je dat de fysiotherapeut moeite heeft om binnen een centrum de exploitatie rond te krijgen. Het zorgstelsel kijkt niet naar samenwerking, maar naar disciplines die allemaal zelf hun geld moeten opbrengen.”

Andere vormen van samenwerking

Hoe lastig ook, samenwerking in de zorg is vanzelfsprekend geworden. Het leidt tot samenhangende en dus betere zorg. Die notie is door de gezondheidscentra gezaaid, zegt Eusman. Rondom het thema samenwerking zijn nieuwe praktijk- en werkvormen ontstaan. Naast de klassieke multidisciplinaire centra waarin zorgprofessionals in loondienst werken met op naam ingeschreven patiënten, zijn er de groepspraktijken van vrijgevestigde huisartsen en de HOED'en. Ook gaan huisartsen aan de slag in ZZP-samenwerkingsconstructies of als hidha. “We hebben dus diverse soorten huisartsen gekregen die allemaal met dezelfde intentie huisarts willen zijn. Ik vind dat eigenlijk een heel mooi iets, dat je kunt kiezen”, zegt Eusman die als docent ontdekte dat er ook huisartsen zijn die niet in het klassieke gezondheidscentrum gedijen. “Allemaal willen ze autonomie in de uitoefening van hun vak, maar de vorm verschilt per persoon. Mijn advies aan aios is dan ook altijd: denk voor je automatisch waarnemer wordt na over hoe je je vak wilt doen, wat je belangrijk vindt.”

Zorgvernieuwing als kroonjuweel

De vraag of het gezondheidscentrum anno 2021 nog een bestaansgrond heeft, brengt Eusman op nog een belangrijk kroonjuweel: de ruimte voor zorgvernieuwing. Door het wegvallen van tijdrovende organisatorische verplichtingen is er meer ruimte voor pilots en onderzoek, meer ruimte voor experiment. “In Beverwaard was ons centrum destijds een van de eerste centra die de diabetescontroles systematisch oppakte en daar ook scholing voor organiseerde. Iedereen in het Rijnmondgebied, die over diabeteszorg ging, is langs geweest. Ook andere behandelprotocollen hebben we opgepakt, generiek voorschrijven was voor ons toen al gewoon, we hebben een mooi multidisciplinair programma gemaakt voor terminale zorg, enzovoort. En dat kon allemaal omdat we met veel disciplines bij elkaar zaten en omdat één iemand zich daarvoor sterk ging maken.”

Jan-Peter Eusman (1952)

2018-heden _____ Hoofd-auditor NPA Praktijkaccreditatie
 2003-2020 _____ Huisartsdocent Huisartsinstituut ErasmusMC
 1985-2017 _____ Huisarts in Gezondheidscentrum Beverwaard (Zonboog)
 2008-2017 _____ Medisch adviseur MT Zonboog



Marijke 't Hart

Huisartsen in gezondheidscentra denken echt anders

Marijke 't Hart studeerde midden jaren 70 psychologie in Groningen. Zij en haar studiegenoten geloofden dat ook exogene factoren psychisch leiden kunnen veroorzaken, een toentertijd vernieuwende opvatting. In het verlengde daarvan raakte ze betrokken bij een studiegroep over de geïntegreerde eerste lijn. "We vonden dat je moest samenwerken om de héle mens te zien", aldus 't Hart. Ze maakte zich sterk voor een organisatie van de zorg waarin zowel de medische, als de psychische én de welzijnsaspecten worden afgestemd. De hoge werkloosheid na haar afstuderen brachten haar eerst naar de verslavingszorg, maar na tien jaar greep ze haar kans toen er een vacature voorbijkwam voor directeur in een gezondheidscentrum. In 1990 begon ze in de Haarlemmermeer. Bij haar afscheid in 2017 had de Stichting Gezondheidscentra Haarlemmermeer drie locaties. "Mensen gaan niet zómaar samenwerken", aldus 't Hart.

Haar sterke ideologische drijfveer is met de jaren alleen maar sterker geworden, zegt 't Hart. Ze is ervan overtuigd dat het gezondheidscentrum waar de zorgverleners onder één dak werken en in loondienst zijn, een andere vorm van samenwerking stimuleert, dan wanneer iedereen dat vanuit zijn eigen onderneming oppakt. "Huisartsen in gezondheidscentra denken echt anders dan hun vrijgevestigde collega's. En de patiënten zijn dan beter af, dat bleek ook uit de patiëntenenquête." Ze vervolgt: "Er moet gewoon géén voordeel zijn voor de ene of de andere zorgverlener bij het kiezen van een behandeling. De constructie van huisartsen en fysiotherapeuten in loondienst in één organisatie maakt dat je samen voor de patiënt zorgt en samen het bedrag voor die patiënt verdeelt."

Je vindt loondienst dus belangrijk. Hoe belangrijk is onder één dak samenwerken?

"Ja, loondienst is een randvoorwaarde en dat is werken onder één dak absoluut ook. Vroeger hadden we de wijkverpleegkundigen in huis. De huisartsen werkten snel en zonder ingewikkelde procedures met hen samen. Dat is helaas nu anders georganiseerd en moeten de huisartsen samenwerken met verschillende thuiszorgorganisaties en dus verschillende verpleegkundigen. Allebei komen ze bij de patiënt thuis, maar – en dat vind ik heel ernstig – de digitale systemen sluiten niet aan, er kan dus nul komma nul uitgewisseld worden! Er wordt in kokers gedacht in plaats van integraal. Maar ook als het wel zou kunnen, kan digitaal samenwerken het onder één dak zitten niet volledig vervangen. Onder één dak betekent dat de huisarts en de fysiotherapeut samen een patiënt zien, samen besluiten wat er nodig is. En hetzelfde gebeurde met de apotheek, je loopt bij elkaar binnen. Digitaal is écht iets anders. Bovendien leert de praktijk dat huisartsen hun digitale post niet altijd goed lezen. Ze zijn overbelast en lezen alleen als ze denken dat het urgent is en anders pas als ze de patiënt zien. Onder één dak werken leidt tot een andere motivatie en méér samenwerking. In de Haarlemmermeer hebben we bijvoorbeeld ook allerlei protocollen ontwikkeld, bijvoorbeeld voor lage rugklachten. Het NHG heeft veel voordeel gehad van deze nauwe samenwerking tussen de disciplines."

Iedereen vindt samenwerken belangrijk. Waarom is het zo moeilijk?

“Dat begint al op de opleiding, waar huisartsen over het algemeen niet leren om samen te werken, dus geen communicatieve vaardigheden, ruimte geven, dat stuk ontbreekt. Ook is de werkdruk voor huisartsen enorm hoog geworden met alle protocollering en verantwoording. Die hoge werkdruk maakt mensen afhoudend. En naast deze individuele factoren hebben we een financieringssysteem die, ondanks de goede bedoelingen, samenwerking niet stimuleert. Neem de idiote financiering die afrekent op prestatie-indicatoren. Hoe formuleer je die indicatoren? Cijfers uit de dossiers bij elkaar optellen is helemaal niet interessant. Als je patiënten een gemiddeld goede bloeddruk hebben, zegt dat niets over de bloeddruk van die ene patiënt. Het gaat allemaal weinig over het welbevinden van een patiënt en het werkt monodisciplinair werken in de hand. De meerwaarde van samenwerking wordt uiteindelijk niet beloond.”

Zorgverleners hechten sterk aan autonomie in de uitoefening van hun vak. Heeft dat er ook iets mee te maken?

“Dat is een wijd verbreid misverstand. Ook huisartsen in loondienst zijn natuurlijk gewoon autonoom in hoe ze hun vak uitoefenen. Tenzij ze zelf afspraken maken binnen de beroepsgroep, bijvoorbeeld over het voorschrijven van bepaalde middelen. Met dat soort beroepsinhoudelijke afspraken heb ik me in elk geval nooit bemoeid. Ik denk wél dat ze het zichzelf makkelijker zouden maken als ze méér zouden delen. Huisartsen dragen veel in hun eentje. Maar dat terzijde.”

Wat is er nodig voor zeggenschap?

“Als je het hebt over zeggenschap, moet je het hebben over schaal. Hoe grote organisatie heb je nodig? In de begintijd in Almere is er met gebruikmaking van de overheidssubsidie één systeem dominant gemaakt, namelijk het gezondheidscentrum. Er werd geen vrije vestiging toegelaten. Daardoor is er een rigide structuur ontstaan, met alle respect voor iedereen die zich daar heeft ingezet. Alles werd centralistisch aangestuurd en efficiënt georganiseerd. Daarmee haal je de eigenheid van de zorgverleners en het persoonlijke van samenwerken eruit. Teams werden uit elkaar geplukt of anders samengesteld, zonder oog voor wat dat betekent voor de samenwerking. Dus aanvankelijk werkte het goed daar, maar uiteindelijk werd het te groot en begon het te stagneren. Er is te weinig nagedacht over wat deze sector vraagt.”

Kiezen voor de menselijke maat

“In de Haarlemmermeer groeiden we van een gezondheidscentrum met 15 medewerkers naar drie centra met 75 medewerkers. Toen de vraag kwam voor een vierde centrum hebben we dat niet gedaan. Het had betekend dat er een directeur bij moest, nog meer staf en dus nog meer afstemmingsvraagstukken. Ik denk – en daar is ook over geschreven – dat een organisatiegrootte van maximaal 100 man de menselijke maat is. Dan kun je elkaar nog leren kennen en kun je de zeggenschap van de zorgverleners lokaal in de wijk houden. De thuiszorgorganisaties die eendeloos fuseerden, zijn molochs geworden. Daar is de betrokkenheid van de professionals verdwenen.”

Hoe ziet multidisciplinair samenwerken eruit?

“Daarin valt nog veel te leren. Ik heb veel organisaties gezien die zeggen dat ze multidisciplinair samenwerken of dat willen doen. Maar ik denk dat we schrikken als we echt goed gaan kijken. Dan zien we bijvoorbeeld samenwerkingsafspraken met een thuiszorgorganisatie, maar de huisartsen

weten niet welke thuiszorgorganisaties er zijn en overleggen er nooit mee. Hoe check je de samenwerkingsafspraken? Hoe vul je de goede intenties in? Op dit moment zijn er weinig financiële prikkels om beter met elkaar te gaan samenwerken. Ik heb bij alle vergaderingen over de O&I-financiering gezeten, de bedoelingen zijn heel goed. Maar het ontbreekt aan controle op hoe het geld wordt gebruikt. Ik vermoed dat er ondanks de toegenomen financiële mogelijkheden, minder wordt samengewerkt. Er wordt wel meer vergaderd en, waarschijnlijk, ook meer ruzie gemaakt. Maar ik vrees dat als het verplicht wordt om een accountant de cijfers te laten controleren, veel huisartsengroepen gewoon stoppen met al die samenwerkingsprojecten.”

Eén financieringsstroom

“Ik geloof heel erg in samenwerking en heb gezien hoe goed het kan gaan als dat gebeurt. Ik heb samengewerkt met fantastische huisartsen. Maar mensen gaan niet zómaar samenwerken. Destijds werd in het Besluit Subsidiëring Gezondheidscentra voor de gezondheidscentra de constructie bedacht met een onafhankelijke manager. Dat werkte goed. Maar nu zie ik managers die gewoon in dienst zijn bij de huisarts en dus hun baas moeten aansturen. Dat gaat gewoon niet, hoe goed die manager ook is. Ik weet uit ervaring dat je knopen moet kunnen doorhakken, dit wél, dat niet. Ja, ik denk dat het gezondheidscentrum een heel goede vorm is, maar of we er nu de goede kant mee opgaan? Ik heb ooit wel eens gedacht om alle financiering van de eerste lijn bij de gemeente onder te brengen. Ik zeg niet dat dat ideaal is, maar je zou voor én de thuiszorg én de huisartsenzorg én de apotheekzorg én de fysiotherapie één financieringsstroom moeten hebben. En dan heb je kans om het beter op elkaar af te stemmen. Het zou voor de patiënten zo fijn zijn als er een geïntegreerd pakket is, en het zou de zorg veel besparingen opleveren.”

Marijke 't Hart (1953)

2017-heden _____ Zelfstandig adviseur eerstelijnszorg

1990-2017 _____ Directeur/bestuurder Stichting Gezondheidscentra Haarlemmermeer

1979-1990 _____ Behandelcoördinator, psycholoog, hulpverlener en staffunctionaris in de verslavingszorg: CAD Limburg en Jellinek Amsterdam



Pieter van den Hombergh

Patiënten willen een huisarts die samenwerkt. Zo simpel is het.

Na drie jaar als tropenarts in Kenya solliciteerde huisarts Pieter van den Hombergh in 1984 bij het gezondheidscentrum dat op dat moment in Almere-Buiten van de grond werd getild. Hij bleef zestien jaar in Almere, acht jaar in Almere-Buiten en acht jaar in gezondheidscentrum Almere-Haven. Ook daarna bleef hij “heilig” geloven in multidisciplinaire samenwerking. Uiteindelijk koos hij voor een zelfstandige praktijk in Hilversum, om meer tijd te hebben voor beleidsmatige activiteiten. Hij werkte al bij het NHG en stopte vervolgens helemaal met praktiseren om naar de LHV te gaan, waar hij onder andere aan de wieg stond van de M&I-bekostiging. Over gezondheidscentra: “Ik ben tot de conclusie gekomen dat voor huisartsen ownership een cruciale factor is.”

Van den Hombergh: “Het was de tijdgeest. We wilden ons afzetten tegen de gevestigde praktijk van geldboerende huisartsen die met hoge goodwills hun pensioen veilig stelden. Mijn vader was ook huisarts en had ruzie met collegae over het afpakken van patiënten, dat soort dingen. Ik zat in de opleiding in een groep huisartsen, allemaal van linkse origine, en voor ons was het evident om bij een gezondheidscentrum te willen werken, niet solo, maar samenwerken met andere disciplines en daar hoorde ook loondienst bij. In Almere-Buiten, waar toen nog nauwelijks huizen stonden, zochten ze een pionier en door mijn tropenjaren vonden ze dat ik dat was.”

Samenwerkingsformule

Hun bestaansrecht, vindt Van den Hombergh, ontlene gezondheidscentra aan de samenwerkingsformule. Multidisciplinair samenwerken, ook met andere domeinen zoals de gemeente en de ggz, is een must voor goede, laagdrempelige en eerlijke zorg. Het gezondheidscentrum heeft, zegt hij, het grote efficiëntie-voordeel van in één gebouw zitten. “Je loopt bij elkaar binnen voor overleg en leert elkaar kennen. Je schiet elkaar aan en vraagt hoe het met mevrouw Jansen is. Ook probeer je samen nieuwe dingen uit. Destijds hadden we bijvoorbeeld een hele samenwerking met de GGD rond gezondheidsvoorlichting en voorlichting over voeding, want we wisten precies hoe het zat in de wijk. Toen al stond de patiënt voor ons centraal, ze hadden veel inbreng, ook in de sollicitatiecommissies voor nieuwe artsen, en we hadden een patiëntenkrant. Het is waardevol om patiënten te betrekken. Je had toen in Almere bijvoorbeeld veel ‘groene weduwen’. Met het RIAGG deden we samenwerkingsprojecten over depressie, hyperventilatie en opvoeding. Ook de consultatiebureaus vond ik prettig. Daarmee kreeg je als huisarts de ontwikkeling van kinderen op je netvlies. En zo zijn er talloze voordelen. De samenwerkingsformule is het kroonjuweel van het gezondheidscentrum.”

Corrigerend

Van den Hombergh ziet het gezondheidscentrum als een goede manier om zorg neer te leggen waar die hoort en onnodige zorg te voorkomen. Hij herinnert zich discussies met de toenmalige ggz over het gemak waarmee mensen in psychologische behandeling werden genomen. “Zulke gesprekken over behandeldoelen werken over en weer corrigerend.” Het Almeerse model, zegt

hij, maakte ook een einde aan ongewenste verdienmodellen. “De fysiotherapeut bijvoorbeeld en de apotheker waren gewoon bij ons in dienst en voerden behandelingen uit. Daar spraken we dingen over af. Zodat er zinnig werd verwezen naar de tweede lijn en zinnig werd voorgeschreven. De fysiotherapeut ging meer evidence based werken en minder masseren. Met de apotheker kwamen we tot een goed formulairum en de kosten voor medicatie daalden spectaculair. Ook hadden we bijvoorbeeld geen problemen bij medicatie voor euthanasie.” Met de tandarts bleek de samenwerking minder urgent, al liet Van den Hombergh hem graag even snel een foto maken van een gebroken vinger.

Ziekenhuis

Dat het ziekenhuis uiteindelijk niet is opgenomen in de organisatie noemt hij een gemiste kans. “Als we daar een gezamenlijke bedrijfsunit hadden kunnen creëren, was dat een belangrijke incentive geweest om de zorg neer te leggen waar die hoort.” Patiënten blijven, constateert hij, nu vaak onnodig lang in de tweede lijn hangen. “Toen ik begon in Almere was er een halve cardioloog beschikbaar. En x-jaar later zijn het er vijf en ze hebben het allemaal druk. Alle patiënten die ooit pijn op de borst hadden, of dat nou was omdat ze hyperventileerden of om iets anders, blijven eindeloos in het ziekenhuis onder controle. Ik had het interessant gevonden om te ontdekken hoe dat zou zijn geweest in één en dezelfde organisatie.”

Ownership

Maar er is meer nodig dan onder één dak zitten. Het “bijna communistische model”, aldus Van den Hombergh, voorzag destijds in loondienst en centrale sturing. De eerste huisartsen waren zwaar gemotiveerd en ondanks de loondienst voelde hij zich champion van zijn eigen praktijk en samen met de anderen baas over het centrum. “Loondienst vond ik gewoon praktisch. Heerlijk om niet bij elke bloeddrukmeting na te hoeven denken over hoeveel dat in het laatje brengt. Het salaris was bovendien niet verkeerd en we zaten in het huisartsenpensioenfonds.” Toch kwam de klad erin. Er kwam een huisartsentekort, er was sprake van mismanagement en het gezondheidscentrum verloor zijn aantrekkingskracht. Dat kwam doordat, zoals hij zegt, het ownership verminderte. Zeggenschap en ook loondienst waren daarbij factoren van belang.

Wat is ownership voor u?

“Ownership is dat je je als huisarts verantwoordelijk, gecommiteerd – intrinsiek gemotiveerd voelt om de organisatie optimaal te laten functioneren, waarbij de glans afstraalt op de professionals. Natuurlijk kun je een manager inhuren die de dagelijkse leiding op zich neemt, maar dan onder jouw verantwoordelijkheid. Het is raar, maar zo werkt ownership. We hadden in Almere invloed op het beleid en veel inbreng bij hoe de zorg werd geregeld. Ergens hadden we geen klagen, maar toch ontstaat er een mindere situatie, zodra het ownership wordt verlegd.”

Subtiel

In de pioniersjaren voelden Van den Hombergh en zijn collega-huisartsen 100% ownership. “De eerste frustratie ontstond toen de centrummanager zijn intrede deed. Dat doorkruiste allerlei bestaande informele lijnen. Ik herinner me een conflict rond het overplaatsen en hergroeperen van huisartsen. Dat liep hoog op. Zelfs de patiënten bemoeiden zich ermee.” Het ligt subtiel, zegt hij, en het kan snel misgaan als de professionals zeggenschap verliezen. Ownership is in zijn visie

een voorwaarde voor geïnspireerde zorg en vernieuwing. In dat opzicht heeft het gezondheidscentrum zijn glans verloren, zegt hij. Het in zijn ogen teveel losgezongen management deed een hiërarchische organisatie ontstaan die in combinatie met loondienst aantrekkelijk werd voor huisartsen voor wie het zelfstandig praktijkhouderschap geen aantrekkingskracht had. “Goede huisartsen, zonder twijfel, maar niet met dezelfde gedrevenheid om het anders en beter te doen. Het moeizame imago van nu komt naar mijn idee doordat het ownership onvoldoende serieus is genomen.” Dat volledig gelijkwaardig samenwerken tussen disciplines met sterk uiteenlopende inkomens een enigszins naïef ideaal was, hielp ook niet mee, aldus Van den Hombergh.

Hoe zou ownership gewaarborgd kunnen worden?

“Op dit moment lijkt een franchise-constructie me de beste optie. Geef het centrum in handen van de huisartsen en de andere professionals. Zij kunnen samen de productiecijfers analyseren en beleid maken. En ze hebben ook de keuze in hoe ze door het centraal bureau gefaciliteerd willen worden of deze ondersteuning ergens anders betrekken. Zo stel je de samenwerkingsformule veilig en is het ownership gewaarborgd. Zelfs als de zorg geen markt meer is, zou ik daar vóór zijn. Als je vanuit de patiënt redeneert, is dat ook wat hij het liefste wil: een huisarts die samenwerkt met al die anderen en dichtbij elkaar. Zo simpel is het.”

Pieter van den Hombergh (1950)

Tropenarts, huisarts, huisartsopleider

- 2002-2013 _____ Senior beleidsadviseur LHV
- 1994-2016 _____ Diverse opleidingsfuncties (o.a. docent huisartsenopleiding AMC)
- 1991-2000 _____ Huisarts gezondheidscentrum Almere-Haven
- 1984-1991 _____ Huisarts en centrummanager gezondheidscentrum Almere-Buiten
- 1980-1984 _____ Tropenarts in Kenya



Erik Kramer

De kleine vrijgevestigde praktijk is aan het eind van de rit gekomen

Erik Kramer werkte lang bij het AMC als hoofd bedrijfsvoering. Daarna volgde een periode interim management en toen “spoelde hij aan” (zijn eigen woorden) bij een zorgverzekeraar. “Mijn collega’s destijds zeiden: je gaat naar de vijand toe. Maar ik heb dat nooit zo ervaren. Ook bij de zorgverzekeraar is het mijn drive dat mensen nu, maar ook mijn kinderen straks een duurzaam zorgstelsel hebben.” Als het ligt aan Zorg & Zekerheid, waar Kramer nu al tien jaar eerstelijns samenwerkingsverbanden inkoop, is multidisciplinariteit de basis van deze duurzaamheid. “In alle opzichten, ook als het gaat om de aansturing van organisaties. Het baart mij zorgen dat veel huisartsen nog denken dat hun manier van organiseren voorlopig nog wel blijft bestaan.”

Kramer: “In de kern zie ik het gezondheidscentrum als een organisatie waarin meerdere disciplines samenwerken. De huisarts, de apotheker, paramedici en het liefst ook de wijkverpleging. Dat zijn de kernpartijen. Daarbij merken we dat onder één dak zijn de samenwerking erg bevordert. Bij losse partijen zien we dat de samenwerking veel meer in richtlijnen en geformaliseerde afspraken gaat zitten; onder één dak verloopt dat proces natuurlijker omdat men elkaar ook ongepland tegenkomt op de gang of bij de koffie.”

Onder één dak

“We hopen voor onze verzekerden op meer ontschotte zorg. De bewijslast is lastig, maar we denken dat onder één dak de horizontale samenwerking makkelijker gaat. De apotheker die snel kan schakelen met de huisarts. De huisarts die weet waar de fysiotherapeut goed in is. Dit nog los van de service en bereikbaarheid die in een gezondheidscentrum vaak beter is dan in een reguliere praktijk. We sturen als Zorg & Zekerheid al heel lang op ruime openingstijden. In de reguliere zorg moet ik in veel gevallen eerst een bandje inspreken als ik een huisarts wil spreken.”

Welke eisen stellen jullie aan samenwerking?

“Nog niet zo lang geleden hebben InEen en de LHV een richtlijn uitgegeven voor samenwerking in de wijk. Daarin werkt de huisarts als spil van een gezondheidscentrum samen met andere disciplines. Zorg & Zekerheid heeft een heel ander beeld. Wij vinden dat om brede multidisciplinaire samenwerking te waarborgen het bestuur van een samenwerkingsverband multidisciplinair moet zijn. Wij zijn niet enthousiast over monodisciplinaire regio-organisaties en huisartsgedreven samenwerking.”

Schotten

“Zorg & Zekerheid streeft naar brede eerstelijnszorg. Disciplines moeten nauw en naadloos samenwerken en dat vraagt om nauwe betrokkenheid en multidisciplinair opgestelde zorgprogramma’s, dat wil zeggen niet geschreven vanuit de huisarts die aangeeft met wie hij samenwerkt. De rol van alle partijen moet beschreven zijn en ook de aansturing moet vervolgens een multidisciplinair karakter hebben. Als je het monodisciplinair blijft organiseren, houd je de schotten tussen de

disciplines in stand. De aansturing moet multidisciplinaire samenwerking ondersteunen. Dat kan ook zijn een huisarts-bestuurder met een sterke multidisciplinaire deelnemersraad die niet-vrijblijvend adviseert.”

Is het sturen van deze ontwikkelingen een taak van de zorgverzekeraar?

“Absoluut. De medische inhoud ligt bij de professional, maar in de vormgeving van de zorg hebben we als zorgverzekeraar niet dé rol, maar wel een belangrijke rol. Er zijn absoluut witte raven, maar in het algemeen vind ik dat huisartsen onvoldoende zicht hebben op het onderscheid tussen medisch leiding geven en organisatorisch leiding geven. Vanuit die expertise en ook als financier hebben we een zekere sturingsmacht, waarbij Zorg & Zekerheid alleen O&I financiert als er sprake is van partijen die voldoen aan de voorwaarden die ik net schetste.”

Zie je het gezondheidscentrum als een geschikt format?

“In feite vind ik het niet doorslaggevend of een samenwerkingsverband zichzelf gezondheidscentrum noemt, zo lang het voldoet aan onze eisen voor multidisciplinair samenwerken, namelijk level playing field en multidisciplinaire aansturing. En bovendien, dat heb ik nog niet genoemd: ten bate van de wijk of een duidelijk omschreven verzorgingsgebied. Dat heeft te maken met de samenwerking met de gemeente, het WMO-domein. Ook daar is idealiter een naadloze samenwerking nodig. Voor nieuwe wijksamenwerkingsverbanden zeggen we daarom dat het verzorgingsgebied overeen moet komen met het verzorgingsgebied van het sociaal domein. We hanteren voor lokale samenwerkingsverbanden meestal 10-15.000 inwoners. Voor afspraken met bijvoorbeeld ziekenhuizen en het opschalen van vernieuwingen, komen de regio-organisaties in beeld, of zo je wilt de koepels van gezondheidscentra. Het gezondheidscentrum 2.0 waar huisartsen en andere professionals onder één dak werken en zich al dan niet in loondienst kunnen richten op het zorg verlenen, vind ik nog steeds een heel mooi model. De kleine vrijgevestigde praktijk is, zeker in de grotere steden, echt aan het eind van de rit gekomen.”

Heb je een stip op de horizon?

“In mijn droom koopt Zorg & Zekerheid over enige tijd alléén integrale zorg in, voor een gemeente of een wijk, en is de samenhang tussen het medisch domein en het sociale domein ook in de financieringsvorm geborgd. En dan doel ik op populatiemanagement en populatiebepooring. Hoe dat moet, gaat nog een complexe puzzel worden. De kern is financieren van de door het multidisciplinaire netwerk gerealiseerde uitkomsten. Dat zorgt voor de prikkel om niet-vrijblijvend samen te werken.”

“Ik roep zorgverleners op om écht werk te gaan maken van multidisciplinariteit, van digitalisering, van samenwerken met het sociale domein. Maak gebruik van data. Wat zie ik in mijn dashboard en hoe kan ik daar actief op sturen? Als ze dat niet gaan doen, verzuipen ze. Sommigen zeggen dat er meer tijd voor de patiënt moet zijn en pleiten voor kleinere praktijken. Maar zoveel huisartsen hebben we niet. Je moet het dus slimmer organiseren, denk aan taakherschikking. Voor kleine praktijken is dat nauwelijks te organiseren, maar wel voor organisaties die met grotere staffels werken. Daar komt bij: ook patiënten veranderen. Zelf ben ik gezond en als ik iets mankeer wil ik een huisarts spreken specifiek dáárover, het liefst op een tijd die mij uitkomt. Ik heb nog geen behoefte aan een vaste huisarts die mij volgt op alle levensgebieden, maar wél aan een medisch

dossier dat ik met me mee kan nemen. Voor ouderen ligt dat weer anders. Deze verschillen moet je organiseren. Neem daarin de regie en pas op dat je niet wordt ingehaald door commerciële partijen die de kerntaak van de huisarts gaan overnemen. Het baart mij zorgen dat veel huisartsen nog denken dat hun manier van organiseren voorlopig nog wel blijft bestaan. De LHV zegt dat elke dokter gelijk is en dat elke dokter op zijn eigen manier de wereld kan organiseren, daar ben ik het mordicus mee oneens. Eerlijk gezegd denk ik dat het vijf voor twaalf is.”

Obees

“De cruciale factor is leiderschap, medisch leiderschap én organisatorisch leiderschap. Huisartsen gedragen zich soms als obese kinderen. Aan de ene kant pakken ze alles wat op hun bord komt aan, aan de andere kant klagen ze – terecht – dat ze te dik worden. Het zou niet moeten gaan om de vraag ‘wat hoort bij mij en moet dus gefinancierd worden’, maar om te kijken welke partijen iets het beste kunnen doen voor de patiënt. Hoe organiseer je dat? En daarmee zijn we weer bij samenwerken, elkaar kennen en vertrouwen. Dat blijven de kernwoorden.”

Erik Kramer (1961)

2009-heden ____ Senior inkoper eerste lijn Zorg & Zekerheid

2008 ____ Projectleider en interim-management

2004-2008 ____ Hoofd bedrijfsvoering/verpleegkundig bestuurder AMC

1985-2004 ____ (Hoofd)verpleegkundige



André Louwen

Goede kwaliteit van zorg is niet monodisciplinair in te vullen

35 jaar geleden was de toenmalige Stichting Gezondheidscentra Zoetermeer (SGZ) op zoek naar een jonge jurist om het stelsel van statuten en afspraken in de stichting onder de loep te nemen en zodoende de samenwerking in de eerstelijnszorg te verbeteren. De net afgestudeerde André Louwen, met specialisaties in gezondheids- en patiëntenrecht, reageerde. “Ik vond de juridische opdracht interessant”, zegt hij nu, “maar echt gegrepen werd ik door de contacten met huisartsen, apothekers en andere hulpverleners, hun enthousiasme en hun enorme intrinsieke motivatie.” Op dat pad wilde Louwen graag verder en in 1986 zegt hij ja op het aanbod om de SGZ uit te bouwen; vanaf 1988 vormt hij samen met zijn collega de directie. In de daaropvolgende jaren groeit SGZ uit tot een organisatie die de hele Zoetermeerse eerste lijn omvat, alle huisartsen, apothekers en andere zorgprofessionals, in nauwe samenwerking met twee grote thuiszorginstellingen. De afkorting SGZ staat nu voor Stichting Georganiseerde eerstelijnszorg Zoetermeer.

In de tien gezondheidscentra van SGZ werken zowel vrijgevestigde huisartsen, als huisartsen in loondienst. Een historisch gegroeide, maar zeer werkzame situatie, aldus Louwen. Het begon in de tweede groeifase van wat toen nog een dorp was. Het was halverwege de jaren 70 en naar de trend van die tijd wilde de gemeente Zoetermeer de benodigde nieuwe gezondheidsvoorzieningen invullen met gezondheidscentra. Twee vrijgevestigde huisartsen en een apotheek pakten de handschoenen op. De SGZ zag het licht. “Een majeure prestatie”, zegt Louwen terugkijkend. In minder dan vijf jaar werden vier gezondheidscentra opgericht, waarin een kwart van de Zoetermeerse huisartsen werkte.

Pragmatisch

Louwen: “Onze loondienstpoot ontstond in de daaropvolgende groeifase. De gemeente wilde opnieuw gezondheidscentra, maar de beroepsverenigingen vonden de eerstvolgende nieuwe wijk te klein. En omdat de Ziekenfondsraad destijds een subsidieregeling had voor loondienstcentra, besloten we om daarmee te experimenteren. Ik herinner me een hele bipolaire discussie, waarbij de zelfstandige beroepsbeoefenaren vreesden voor huisartsen die als ambtenaren alleen van negen tot vijf zouden willen werken, en aan de andere kant, met name het Kruiswerk, wilde men graag af van het gedoe om geld. We hebben het uiteindelijk pragmatisch opgepakt om toch in drie wijken een multidisciplinair gezondheidscentrum te kunnen realiseren. Ons motto was: laten we kijken hoe het werkt. Uit de evaluatie bleek dat voor de kwaliteit van het samenwerken de persoon van de huisarts een veel invloedrijkere factor is dan de structuur of praktijkvorm waarin zij werken. Met andere woorden, de verschillen binnen de groepen zijn veel groter dan de verschillen tussen de groepen.”

Is dat omdat beide groepen evenveel eigenaarschap ervaren?

“Ja, dat denk ik wel. We hebben het van meet af aan zo ingericht dat huisartsen in loondienst net zo goed praktijkeigenaar zijn als zelfstandige huisartsen. Daarbij hebben we de bevoegdheden laag

in de organisatie gelegd. De huisarts beslist over alles wat zijn eigen praktijk aangaat. Hij neemt zijn eigen assistenten aan en bepaalt wat er met de omzet van zijn praktijk gebeurt. Kortom, de zeggenschapsverhoudingen in de organisatie geven de huisarts, en dat geldt ook voor de andere disciplines, een heel hoge mate van regelruimte. Verder hebben we er altijd op aangedrongen dat de loondienstprofessionals en de zelfstandige professionals op gelijke titel lid zijn van hun beroepsvereniging, met een gelijke mate van stemrecht en inbreng.”

Bovengemiddeld

“Ook heeft SGZ het eigenaarschap van de professionals formeel in de samenwerkingsovereenkomst met de beroepsverenigingen vastgelegd. In de overeenkomst met de Huisartsenvereniging Zoetermeer staat dat de SGZ zich als opdrachtnemer gedraagt in Zoetermeerse huisartsenzaken, ofwel zaken waar wij als SGZ betekenis kunnen hebben voor huisartsen. Daarmee blijft SGZ een organisatie ‘van en voor’ professionals. Hun vertrouwen in de organisatie blijkt uit een hoog tevredenheidscijfer. Ik durf te zeggen dat het ons bovengemiddeld goed is gelukt om te komen tot een goede balans tussen het meegaan met de maatschappelijke doelen van zorgverzekeraars en overheid enerzijds en ontzorging en ondersteuning anderzijds.”

Wat is het geheim van SGZ?

“Samengevat: maximale bestuurlijke hygiëne, zorgvuldigheid en transparantie, en gemotiveerde professionals. SGZ staat voor collectief leiderschap. Dat betekent dat de hulpverleners onze opdrachtgever zijn. Als het gaat om het aanvaarden van maatschappelijke opdrachten, gaan we nooit verder dan wat de meest gemotiveerde van onze hulpverleners aanvaardbaar acht. En als een aanzienlijke minderheid er niet voor voelt, dan beginnen we er niet aan, hoe mooi het van buitenaf ook klinkt. En soms moet je daarin schipperen, door bijvoorbeeld tempoverschillen te aanvaarden. Gelijkheid is de dood in de pot. Anderzijds is het collectieve mandaat iets wat de hulpverleners, de huisartsen, zelf moeten invullen door zich meer als eigenaar op te stellen, dan als afnemer. Ik pleit voor een situatie van wederzijdse afhankelijkheid tussen huisartsen en de organisatie. En dan zeg ik tegen de huisartsen: neem de macht die u toekomt en draag de verantwoordelijkheid die daarbij hoort. Voor apothekers en andere beroepsbeoefenaren geldt hetzelfde.”

Inspectie

“Uiteindelijk is het ons gelukt om alle Zoetermeerse huisartsen, apotheken, verloskundigen, fysiotherapeuten, diëtisten en andere eerstelijnsbuitenshuisverleners, en ook de belangrijkste thuiszorg- en VVT-instellingen te verenigen in een constellatie die je een organisatie kunt noemen. Het is een mooi compliment dat de Inspectie de uitzondering die de wet maakt voor de gegevensuitwisseling in ziekenhuizen, voor 100% ook op SGZ van toepassing vindt. Zij zien in de Zoetermeerse eerste lijn zoveel lijnen van verbinding – op acute zorg, huisvesting, ICT, visie – dat zij het beschouwen als één eerstelijnsorganisatie.”

Sommigen vinden de samenwerking in de eerste lijn teveel huisartsgedreven...

“Die mening deel ik helemaal niet. Ik zie de huisarts als de spil van de samenwerkende eerste lijn. Natuurlijk moet de samenwerking van twee kanten komen, maar je moet geen afbreuk willen doen aan de betekenis van de huisarts. De huisarts is de plek waar de patiënt binnenkomt en waar-

mee hij een vertrouwensrelatie heeft. Ik zie de inschrijving op naam bij de huisarts als een groot goed in de huisartsenzorg.”

Hoe zorg je dat de samenwerking van twee kanten komt?

“Leg mij uit welke prikkels de andere hulpverleners hebben om samen te werken met de huisarts. Die prikkels zijn er gewoon niet of in ieder geval onvoldoende. De zorgverzekeraar koopt de farmacie, de VVT en alle paramedie als landelijke koker in. Het is aanbodgedreven inkoop, er wordt helemaal niet gekeken naar hoe goed er wordt samengewerkt. Mijn ideaal is dat ook voor deze hulpverleners een inschrijving op naam geldt, zodat je een team krijgt dat dedicated werkt voor dezelfde populatie, met alle noodzakelijke samenwerking, samenhang, doelmatigheid en patiëntgerichtheid. Huisarts en fysiotherapeut moeten tot elkaar veroordeeld zijn om samen te werken en dat bereik je niet door het los van elkaar in te kopen en te organiseren.”

Hoe kijk je aan tegen de financiering van het gezondheidscentrum?

“Er is sprake van een soort versmalling in de blik waarmee de overheid en de laatste 15 jaar de zorgverzekeraars, kijken naar gezondheidscentra. Ze kijken in de eerste plaats naar doelmatigheid, terwijl de opgave veel breder is. Bovenaan moet een goede kwaliteit van zorg staan en die goede kwaliteit is niet monodisciplinair in te vullen. Het is een maatschappelijke noodzaak om de lijnen in de eerstelijnszorg te verbinden. De structurele aandacht die daarvoor nodig is, is méér dan waar de professionals tijd en de expertise voor hebben. Dat vergt organisatie en infrastructuur. Het heeft me altijd gefraspeerd dat dit voor de thuiszorg en de ggz vanzelfsprekend is. Daar is 15-25% organisatiekosten sinds jaar en dag normaal. Maar voor de eerste lijn moet elke euro aan organisatie zich vertalen in gelijktijdige besparingen elders in de zorg.”

Winst

“Op de weg naar meer doelmatigheid zijn zeker mooie dingen gerealiseerd, maar het causaal koppelen van activiteiten en financiële opbrengst is een verduiveld lastige exercitie gebleven, zonder dat ik daarmee zeg dat die winst er niet is. De winst is er voor de patiënt, maar ook in financieel opzicht. Alleen de financiële effecten verdrinken in de totale hoeveelheid financiële effecten en zijn niet meer als een aparte opbrengst aanwijsbaar. We hadden de chronische zorg ook niet kunnen oppakken in de eerste lijn. Dan waren de ziekenhuiskosten nóg 10% hoger geweest. Zonder de georganiseerde eerste lijn, zonder de uitbreiding van de huisartsenzorg had de BV Nederland er nog veel slechter voorgestaan qua zorgkosten, dan mét de investeringen die dat vraagt. We hebben een belangrijke bijdrage aan de kostenbeheersing geleverd.”

André Louwen (1960)

1988-heden _____ Voorzitter raad van bestuur SGZ

2014-heden _____ Bestuurslid InEen

2011-2016 _____ Lid Raad van Toezicht Jan van Es Instituut

1988-2009 _____ Bestuurslid LVG



Han van Oosterbos

Gezondheidszorg is primair een publieke zaak

Ooit maakte hij samen met Guus Schrijvers, beide kende elkaar vanuit de Utrechtse PvdA, een schets van hoe buurtgezondheidszorg eruit zou moeten zien. Jaren later, in 1986, greep Han van Oosterbos de “ongelooflijke kans” om in Almere aan de slag te gaan in de eerstelijnsgezondheidszorg. Het was de tijd van de maakbare samenleving. De overheid had oor voor de gedachte dat méér samenhang de zorgkwaliteit ten goede zou komen en Almere, dat grotendeels alleen nog op papier bestond, was de uitgelezen plek voor een experiment: het Experiment Gezondheidszorg Almere. Van Oosterbos verscheen kort na de start op het toneel.

Van Oosterbos ziet eind jaren 70 twee ontwikkelingen. Allereerst stelden jonge bevlogen huisartsen de traditionele manier waarop huisartsenzorg werd bedreven ter discussie, met het idee van de maakbare samenleving als voedingsbodem voor hun idealen. Zij bepleitten een holistische benadering. Een patiënt is meer dan een zak organen, stelden ze vast, andere hulpverleners en ook de sociale omgeving van de patiënt zijn nodig bij de behandeling. Vanuit dit idealisme richtten zij hun blik op plekken waar veel huisartsen niet wilden werken, zoals de achterstandswijken en op de nieuwbouwwijken in de grote steden. Zo ontstonden de eerste gezondheidscentra. Tegelijkertijd, zegt Van Oosterbos, begon men voor het eerst na te denken over de kostenkant van de zorg. De ziekenhuiszorg groeide en ook de overheid zag aankomen dat de zorg almaar duurder zou worden. Men zag kortom kansen in een sterke samenwerkende eerste lijn die niet alleen op behandeling, maar ook op preventie is gericht en onnodige zorg in de tweede lijn voorkomt.

Blauwdruk

Waren de eerste gezondheidscentra particuliere initiatieven van huisartsen, in Almere werd het gezondheidscentrum onderdeel van de blauwdruk voor de nieuwe stad: het Experiment Gezondheidszorg Almere dat tot 1992 zou lopen. Geen vrijevestigde huisartsen maar laagdrempelige centraal aangestuurde wijkvoorzieningen met hulpverleners in loondienst, die vanuit één organisatie en onder één dak integrale zorg leveren. In dezelfde organisatie zou ook de tweedelijnszorg een plek moeten krijgen. “Dat was waanzinnig interessant”, aldus Van Oosterbos die, zoals hij zegt, tot op de dag van vandaag wordt gedreven door het ideaal van een samenhangende en persoons-gerichte aanpak in de eerste lijn. Bij zijn aantreden in 1986 telde de Stichting Maatschappelijke Gezondheidszorg Almere (later de Stichting Eerstelijns Voorzieningen Almere) zes gezondheidscentra die samen 35.000 inwoners bedienden. In 2004 liet hij twintig gezondheidscentra voor ruim 170.000 inwoners achter. Ook de intramurale ouderenzorg en verpleeghuiszorg waren toen ondergebracht bij wat inmiddels Zorggroep Almere was gaan heten.

Loondienst

Het grote doel was om in het nieuwe Almere te komen tot een breed regionaal samenwerkingsmodel. “Een samenhangend systeem”, aldus Van Oosterbos, “voor uiteindelijk zo’n 200-300.000 inwoners waar alle sectoren bij betrokken waren, de eerste lijn, het ziekenhuis, de ggz, de GGD,

de verslaafdenzorg, het sociaal domein. Zo wilden we een beheersbare structuur creëren waarbinnen je makkelijk afspraken met elkaar kunt maken.” Aan de basis van dit model stond het gezondheidscentrum, elke wijk zijn eigen centrum. Hoewel Van Oosterbos loondienst in zijn algemeenheid niet als een vóórwaarde voor goede samenwerking beschouwt, is het in zijn ogen wel “een heel erg bevorderende factor”. Loondienst, vat hij samen, haalt een perverse prikkel weg en het creëert een level playing field. Bovendien geeft het de mogelijkheid om tijd vrij te maken voor het organiseren en onderhouden van samenwerking. Veel crucialer is wat hem betreft de huisvesting onder één dak, simpelweg omdat de verschillende zorg- en hulpverleners elkaar dan tegenkomen en samenwerking op een natuurlijke manier ontstaat. Een open en centraal in de wijk gelegen gebouw maakt de zorg bovendien laagdrempelig en toegankelijk. “Mijn keuze is altijd kleinschalig geweest. Ik denk dat rond de 10.000 patiënten de ideale maat is. Wordt het groter, dan krijg je de problematiek van het ziekenhuis. Je komt elkaar niet meer tegen. Dus moet je méér organiseren.”

Professionalisering

Natuurlijk bracht de centrale sturing discussies over de professionele autonomie, maar in het algemeen zag men in dat enige vorm van coördinatie onvermijdelijk was. Van Oosterbos: “Men had moeite met managers. En ik denk ook, nog steeds, dat je de inzet daarvan zoveel mogelijk moet beperken.” Het oorspronkelijke idee van een wijkmanager (3-5 gezondheidscentra) werd ingeruild voor een huisarts die twee dagen per week werd vrijgemaakt als meewerkend voorman. Gaandeweg deed ook de praktijkmanager zijn intrede, omdat de huisartsenzorg en de andere disciplines zich verder professionaliseerden met kwaliteitseisen en protocollen. Bovendien kwamen er in het spoor van de idealisten hulpverleners die goede arbeidsvoorwaarden op prijs stelden. Parttime werken raakte in zwang en de groep die gemanaged moest worden werd bijgevolg steeds groter. Er ontstonden meerdere lijnen waarlangs werd gestuurd. De disciplinelijnen waar elke discipline eigen beleid maakte rond kwaliteit en dienstverlening. De algemene managementlijnen vanuit het centrale bestuur gericht op visie en strategie, huisvesting, arbeidsvoorwaarden, administratie, automatisering en het geld.

Ziekenhuis

Een derde sturingslijn was die van de Stichting Almeerse Gezondheidszorg (SAG), voortkomend uit het eerder genoemde ideaal van het brede regionale samenwerkingsmodel. Alle instellingen in Almere waren daarin vertegenwoordigd, waaronder het ziekenhuis. Het idee van de beginfase, namelijk om het ziekenhuis ook op te nemen in de integrale zorgorganisatie, was toen al losgelaten. “Met name het punt van de loondienst was voor dit bestaande ziekenhuis (het Burgerziekenhuis uit Amsterdam) een brug te ver”, zegt Van Oosterbos. In plaats daarvan ontstond een gemotiveerde en intensieve samenwerkingsrelatie tussen eerste en tweede lijn in de SAG, die maandelijks bijeen kwam.

Moeizaam

Anno 2020 stelt Van Oosterbos vast dat, hoewel nadrukkelijk wél beleden in de beleidsnota's, de overheid nooit echt serieus werk heeft gemaakt van het gezondheidscentrum, met een door de jaren heen moeizame financiering als gevolg. De overheid richt zich, vindt Van Oosterbos, veel teveel op de budgettaire kant. Het ontbreekt aan een samenhangende en inhoudelijke visie voor

de langere termijn op hoe de gezondheidszorg ingericht en bedreven moet worden. Bovendien, zegt hij, maakte in de jaren 90 het idee van de maakbare samenleving plaats voor het neoliberale denken, gericht op zelfstandigheid en marktwerking. "Er was geen plek in Nederland waar mensen méér keuze hadden in huisartsen en hulpverleners dan in Almere, maar we kregen te maken met een andere opvatting over de samenleving." Professionals en hun ideeën over zinnige en zuinige zorg worden onvoldoende meegenomen. "Van een fase waarin er vertrouwen was in de zorgverlener, zijn we nu beland in een fase waarin het draait om de grip van de accountant, met een afrekeningssystematiek waarin je je over werkelijk álles moet verantwoorden. Flauwekul en weggegooid geld." En: "De overheid zal moeten vaststellen dat samenwerken een wezenlijk en inherent onderdeel is van de zorg. Dat zal dus ook in de tarieven gewoon betaald moet worden, niet af en toe een beetje voor een project, waar vervolgens weinig mee wordt gedaan, maar structureel."

Publieke zaak

Van Oosterbos: "Gezondheidszorg is primair een publieke aangelegenheid en in een publieke aangelegenheid moet je vooral samenwerken. Dat is de enige mogelijkheid. Dat begint langzaam nu wel te dagen. Want we beginnen aan het eind van de rit te komen. De kosten vliegen de pan uit. Dat aanspreekbaarheid en beheersbaarheid de kern vormen, zien we nu rond corona. Zonder samenwerking, zonder integraal concept werkt het maar nauwelijks. Dus ik verwacht dat de kansen voor gezondheidscentra, voor integrale zorg, weer zullen stijgen de komende jaren. Als is het wel lastig dat we inmiddels een zorgverzekeringssysteem hebben opgetuigd, wat dit ingewikkeld maakt. Mijn ideaalbeeld is nog steeds een regionaal samenhangend systeem, waarin gezondheidscentra de key-factor zijn, een voordeur in de wijk waar patiënten terecht kunnen met hun vragen. Met áchter de voordeur afspraken met alle disciplines om hen zo goed mogelijk te kunnen helpen. Daarvoor heb je een georganiseerd geheel nodig en moet je als eerste lijn een aanspreekbare partner zijn. In die structuur kun je ook de patiënten betrekken, die worden – terecht – ook steeds mondiger."

Han van Oosterbos (1944)

Opgeleid in sociaal cultureel werk en verder gespecialiseerd in management en organisatie
 2010- heden ____ Onder meer Voorzitter district Oost Humanitas
 2005-2010 ____ Zelfstandig adviseur, onder meer initiatiefnemer en kwartiermaker
 Landelijk Kenniscentrum voor de Geïntegreerde Eerstelijnsgezondheids-
 zorg, het Jan van Es Instituut 1983-1987 _ Directeur/bestuurder Huma-
 nitas Amsterdam,
 1987-2005 ____ Voorzitter raad van bestuur Zorggroep Almere



Johan Reesink

Huisartsen voelen zich vrij om mee te werken

Huisarts Johan Reesink stond aan de wieg van het multidisciplinaire Eerstelijns Centrum Tiel (ECT). Al in de jaren 90 – hij was toen bestuurder bij de LHV – werd het hem duidelijk dat er, kijkend naar de demografische ontwikkelingen, véél meer samengewerkt moest gaan worden, met elkaar en met andere disciplines. “Maar toen was dat eigenlijk nog vloeken in de kerk van huisartsgeneeskundig LHV-land”, zegt hij terugkijkend. Pas rond 2004 ontstond in Tiel de “common sense” om serieus met samenwerking aan de slag te gaan. Het huisartsentekort was groot, het aantal mensen zonder huisarts rees de pan uit. Reesink: “Méér en beter samenwerken was eigenlijk de enige manier om daar iets aan te doen, en achterliggend hadden we de gedachte zo de stap te zetten naar een toekomst met meer samenwerking. Nú is de tijd, zeiden we.” Anno 2021 zijn nagenoeg alle huisartsen in Tiel aangesloten.

Gezondheidscentra zijn er in soorten en maten. De intensieve samenwerking met andere disciplines en domeinen hebben ze gemeen, en vaak is er sprake van loondienst. Dat laatste is in Tiel echter niet het geval. “Het ECT is”, zegt de inmiddels gepensioneerde Reesink, “een gezondheidscentrum, maar niet in de klassieke zin, zoals de centra die in bijvoorbeeld Almere ontstonden.” De organisatie telt vijftien vrijgevestigde huisartsen die hun praktijkpopulatie delen en samen vier maatschappen vormen. Zo bestaat het ECT uit vier kleinere organisaties die opereren onder één vlag. Ook de andere disciplines zijn elk op eigen wijze georganiseerd en aangesloten. Op de twee locaties van het ECT zijn nu 24 ketenpartners te vinden, ook uit het sociale domein.

Eén visie

De koepel heeft een multidisciplinair bestuur (twee huisartsen, een apotheker en een fysiotherapeut). Ontzorgen en faciliteren is een belangrijke taak (ICT, HRM), maar de bemoeienis gaat veel verder. In het ECT werken de professionals vanuit één gezamenlijke visie en één gezamenlijk kwaliteitsbeleid. Ook de contractering gebeurt vanuit de koepel. Zorgvernieuwing staat hoog in het vaandel. Voor de doorontwikkeling van zorgprogramma's en speciale projecten functioneren tal van multidisciplinaire werkgroepen. Wat de financiering betreft wordt vanaf de start gebruik gemaakt van de GEZ-gelden. De huisartsen en andere professionals dragen vanuit hun eigen onderneming bij aan de huur en de overheadkosten (op basis van het patiëntenaantal). Reesink: “Aanvullende financiering is een must. Als het GEZ-geld wegvalt gaan we 30 jaar terug in de tijd.”

Leveren jullie in het ECT een betere kwaliteit van zorg?

“Het antwoord daarop is volmondig ja. Vlak voor de start, met praktijken aan huis of kleine duo-praktijken, was het cijfer voor patiënttevredenheid iets van 6,8 en na twee jaar zaten we al boven de 8. De patiënten zijn blij dat we in één gebouw zitten, óók de waarnemer in de vakantie en óók de fysiotherapeut en de anderen. En de telefoon wordt altijd opgenomen. Maar ook kwalitatief doen we het beter, gevoelsmatig en objectief meetbaar. Als je kijkt naar de uitkomst-

indicatoren in de chronische zorg is er een enorme sprong gemaakt. Hetzelfde geldt voor de procesindicatoren. We monitoren continu. Niemand ervaart spiegelinformatie als bedreigend.”

Wat zijn de succesfactoren?

“Men blijft baas in eigen praktijk, dus behoud van eigen patiënten en continuïteit. De relatie huisarts-patiënt is sterk, en we kennen weinig onrust en weinig verloop. Dat maakt dat huisartsen zich vrij voelen om mee te werken. Verder is men ontzorgd. Veel tijdrovende organisatorische zaken worden voor je gedaan. Een succesfactor is ook dat men geen onroerend goed in bezit heeft. Het onroerend goed is van een investeerder in zorgvastgoed, waarvan de huisartsen voor een fatsoenlijke prijs kunnen huren. En heel belangrijk is dat we met één mond kunnen spreken. Dat we voor de zorgverzekeraar, voor de gemeente, voor het ziekenhuis een aanspreekbare partij zijn. Men kan niet meer om ons heen. De tijd dat we in de krant lezen wat er aan de hand was, is voorbij. We worden in een vroeg stadium bij plannen betrokken en zeker in een stad als Tiel, met een lage SES, is dat belangrijk.”

Baas in eigen praktijk. Zijn de praktijken verschillend van karakter?

“Iedere dokter heeft de populatie die bij hem past. Dat is boeiend om te zien. Je ontdekt dat als je voor elkaar waarneemt in vakanties. Fascinerend ook dat patiënten liever naar waarnemer A gaan omdat die meer lijkt op de eigen huisarts. Toch staan we allemaal voor dezelfde zorg. De huisartsen werken met volle overgave en dat geldt ook voor de waarnemers. Veel van hen zijn ook bij ons opgeleid. Er zijn nooit problemen met de opvolging.”

Pleit je voor samenwerking in deze vorm?

“Het is een vorm. Kijkend naar de ontwikkeling van de beroepsgroep en de zorg, denk ik dat je ernaar moet streven, ook als overheid, om dit soort samenwerkingsverbanden te faciliteren. Ik formuleer dat expres breed. Je moet kiezen voor de vorm die bij je past, dat kan ook populatie-afhankelijk zijn. Je kunt het doen zoals wij, met ondernemers die goede afspraken maken met elkaar, of volgens het model Almere, met loondienst, of een hybride vorm. Maar onder de streep is de outcome van vergaande multidisciplinaire samenwerking dermate groot en goed voor de patiënt, dat je daarnaar moet streven. One size fits all bestaat niet.”

Onder één dak

“Het onder één dak zitten bijvoorbeeld vind ik heel prettig. Veel ruimte, korte lijnen, lage drempels. Ook de patiënten vinden het een voordeel. Maar je kunt er geen randvoorwaarde van maken. Er zijn regio's waar dit niet mogelijk is. Ik ben nu toezichthouder bij Dokterszorg Friesland. Daar hebben 300 huisartsen zich verenigd. Ze zijn nu aandeelhouder in de holding die alle huisartsenzorg in Friesland ondersteunt en regelt. Dat is ook een mogelijkheid. Je kunt digitaal met elkaar communiceren en afspraken maken, je kunt praktijkmanagement ook delen als je 50 km van de ander afzit.”

Kan de overheid beter faciliteren?

“Dat is een lastige vraag. Als ik kijk naar de lokale overheid, dan zie ik dat die bij nieuwbouw de zorgvoorzieningen wel eens ‘vergeet’ tussen aanhalingstekens. Als de gemeente alle grond

verkoopt aan de projectontwikkelaar krijgen we te maken met een vierkante meterprijs die voor huisartsen onbetaalbaar is. De landelijke overheid zou vanuit een visie de gemeenten kunnen stimuleren van de zorg geen sluitpost te maken maar daarop te anticiperen.”

“Verder geldt dat als je als overheid regionale samenwerkingsverbanden wil, je die moet faciliteren. In Velp en nu ook in Tiel loopt al zes of zeven jaar een project met de specialisten ouderengeneeskunde. Patiënten zijn tevreden, er worden tonnen bespaard, maar de zorgverzekeraars zijn niet in staat het structureel te maken, want het zit in twee compartimenten en die communiceren niet met elkaar. Veel innovatie wordt daardoor gesmoord. Daar is nog wel wat te winnen. Een andere is zorgen dat zorgprofessionals eenduidig met elkaar kunnen communiceren.”

Schaduwen

“Het gaat natuurlijk om de inhoud. Huisartsen en de andere aanbieders houden van hun vak. Het is belangrijk om het respect voor elkaars vakkundigheid te benadrukken. Duidelijk te maken dat je daarop niks hoeft in te leveren als je gaat samenwerken. In Tiel hebben we het alleen maar drukker gekregen, maar het bevalt zo goed dat het uitstraalt. Je gaat steeds meer dingen doen waar patiënten blij van worden. Als je dát kunt stimuleren, ben je een heel eind. We hebben ooit gekeken hoe we de LHV, het NHG en de – toen nog – LVG verder met elkaar konden laten samenwerken. Hoe je de verschillende vormen van huisartsgeneeskunde beter kunt integreren en vandaaruit de samenwerking met andere zorgaanbieders kunt effectueren. Daar moet het heen. In Friesland is men over schaduwen heengestapt en zijn én de Kring, én de zorggroep én de huisartsenpost onder één dak gebracht.”

“De huisartsopleiding is veel te weinig gericht op samenwerking, te weinig op hoe je functioneert in een organisatie of als ondernemer. In de drie jaar van de opleiding krijgen aijs daar alleen in de kantlijn iets over te horen. Dat vind ik ernstig, daar moeten we als discipline zelf iets aan doen.”

Johan Reesink (1951)

2019-heden _____ Lid Raad van Commissarissen Dokterszorg Friesland
 2013-2019 _____ Voorzitter Stichting Pensioenfonds Huisartsen
 2012-2018 _____ Lid Raad van Toezicht Raedelijm
 1984-2018 _____ Huisarts in Tiel
 2002-2009 _____ Bestuurslid LHV



Jacqueline van Riet

Huisarts, pak een actieve rol!

Vertrekkend huisarts Jacqueline van Riet staat pal voor integraal denken en werken. Samen met de zorg- en welzijnspartners in de wijk werd Krachtige Basiszorg ontwikkeld, een integrale en proactieve aanpak die voorkomt dat mensen belanden op een “glijbaan van ongezondheid”. Krachtige Basiszorg voorziet in een ander gezondheidsgesprek en solide integrale zorg & ondersteuning, verleend door verschillende disciplines en het sociaal domein. In dit proces, dat zich voltrekt in Utrecht Overvecht, de wijk waar Van Riet 40 jaar huisarts was, is het gezondheidscentrum als het ware opnieuw uitgevonden. Beschikbaarheid, toegankelijkheid, integraliteit en populatiegerichtheid zijn voor haar kernbegrippen die horen bij het gezondheidscentrum 2.0. “Mensen krijgen te maken met én ziekte én ongezondheid door contextfactoren. Dáár zijn huisartsen goed in. Als je alleen vanuit ziekte blijft denken en financieren, ben je niet goed bezig.”

Van oudsher zijn klassieke gezondheidscentra met alle huisartsen in loondienst niet dik gezaaid in de stad Utrecht. Tellend op haar vingers komt Van Riet tot vijf, waarvan eentje in Overvecht. Dat was een gezondheidscentrum light, zegt ze. De fysiotherapeut en andere paramedici zaten wel in het gebouw, maar niet in de organisatie. Het was meer een medisch bedrijfsverzamelgebouw, weliswaar gevestigd midden in de wijk, maar zonder een echte wijkrol. Die wijkrol werd pas in 2007 opgepakt met de komst van de GEZ financiering. Twee vrijgevestigde praktijkhouders tilden samen met het gezondheidscentrum een GEZ van de grond, de Stichting Overvecht Gezond. Van Riet, één van de praktijkhouders, werd bestuurder. In de GEZ kreeg het integrale denken vorm, met Krachtige Basiszorg als resultaat.

Virtueel

Een belangrijk onderdeel van het proces is de juridische vormgeving. Het gezondheidscentrum bracht als eerste haar vastgoed onder in een aparte faciliterende stichting, de Stichting Maatschappelijk Vastgoed Overvecht, die zich ten doel stelt de gezondheid in de wijk te bevorderen en de integrale aanpak te faciliteren. De huisartsenpraktijk werd ondergebracht in een tweede stichting. Ook Van Riet vormde haar praktijk om tot een stichting en, zegt ze, voor de zorgverzekeraar ben je dan een gezondheidscentrum.

Inmiddels heeft ook de andere oprichter van de GEZ zijn praktijk in een stichting ondergebracht. De volgende stap wordt dat het vastgoed van beide praktijken ook wordt ingebracht in de Stichting Maatschappelijk Vastgoed Overvecht. Als dat is gebeurd telt Overvecht drie afzonderlijke loondienstcentra met elk hun eigen couleur locale en één vastgoedtak, een virtueel gezondheidscentrum. Van Riet: “Wat je ziet is dat het vastgoed een faciliterende rol krijgt in het vormgeven van de maatschappelijke opgave in deze achterstandswijk. De vastgoedbeheerder vindt zijn weg naar de gemeente. In het vernieuwbouwde pand zitten nu bijvoorbeeld naast de medische disciplines ook de Werkwinkel, de Geldzaak en andere gemeentelijke projecten. Ook de JGZ zit in het pand. Zo ontstaan er buiten de spreekkamers hele korte lijntjes met het sociaal domein.”

Slagvaardig

Het bovengeschetste proces was geen vooropgezet plan. "We zijn er organisch en zoekenderwijs gekomen, in een zoektocht naar een gezondere wijk", zegt Van Riet. Ze gelooft in kleine slagvaardige centra in de wijk. "Die organiseren echt rondom het koffiezetapparaat. Daar vliegen de buurtteams in. Ze hebben helaas vaak hun eigen locaties, maar drinken bij ons koffie mee en bespreken en passant de complexe patiënten die we in de Krachtige Basiszorg samen begeleiden." Ze vervolgt: "Centra dus waar het andere gesprek wordt gevoerd, waar de coördinatie van het zorgnetwerk rond een patiënt wordt afgesproken, waar via de POH de MDO's worden georganiseerd. Waar we op de werkvloer integraal werken. Mijn idee is dat huisartsen een actievere rol moeten pakken in dat integrale denken en doen, maar zover is het nog niet overal. De beweging in huisartsenland is nu nog dat huisartsenzorg vooral medisch generalistisch is, dus naar binnen gericht medisch. Terwijl we, voor goede zorg die ook betaalbaar blijft, met alle partners in de regio en de wijk moeten gaan samenwerken rondom maatschappelijke thema's."

Loondienst

"Iedereen is bij ons in loondienst", zegt Van Riet. Deze positieve keuze hangt samen met het scheiden van de praktijken en het vastgoed. "Huisartsen willen, anders gezegd, geen bedrijfsrisico lopen, maar wel goede zorg leveren en aangesproken worden op hun maatschappelijke verantwoordelijkheid. In de governance zijn de huisartsen in de lead, er komt een bestuursoverlegorgaan met het formele bestuur. Mijn idee is: laat het gewoon los als bestuurders, spiegel en adviseer ze gevraagd en ongevraagd, maar laat de professionals de zorg zelf organiseren. De drie centra ontdekken nu bijvoorbeeld zelf dat ze beter samen één praktijkmanager kunnen hebben. Het is steeds samen zoeken naar wat nú op deze plek werkt."

Context

De context is volledig anders dan in de jaren 70 en 80, stelt Van Riet vast. "Toen voelde de overheid zich verantwoordelijk voor de zorg en waren er subsidies voor de gezondheidscentra. Nu heeft de overheid zich teruggetrokken en het zorgen voor de eigen gezondheid neergelegd bij de burger. Die is verzekerd voor zorg bij ziekte, maar gaat ook bij niet medische gezondheidsproblemen nog steeds eerst naar de huisarts, die dat steeds minder kan oppakken door de almaar verder oplopende werkdruk. Ik heb het aan den lijve gevoeld, dat ik problemen op me af krijg die ik wel wil oplossen, maar die ik niet kan oplossen, in ieder geval niet alleen." Ze noemt ongezondheid door eenzaamheid, door schulden, door verslaving, door onmacht, door het ontbreken van perspectief. Met de gescheiden regelgeving in de WMO en de zorgverzekeringswet moeten zorgverzekeraar en gemeente het samen uitzoeken en waar ze in gebreke blijven ("vaak" zegt Van Riet) belandt de problematiek vanzelf bij de huisarts die het dan toch maar probeert op te lossen voor 'zijn' of 'haar' patiënt.

Krachtige Basiszorg

Van Riet: "Op papier heeft Nederland het goed geregeld, maar in de praktijk heeft een kwetsbare patiënt soms nog steeds te maken met 20 hulpverleners en instanties en denkt men dat hij er zelf wel uitkomt. Dat is echt niet zo en de droesem van ongezondheid zakt steeds verder naar beneden. Steeds meer mensen lopen vast en glijden weg op een glijbaan van ongezondheid." Ze noemt Krachtige Basiszorg in dit verband "een rode knopconstructie". De methodiek werkt met een

speciaal ontwikkeld 4D-model dat de situatie van een patiënt in vier levensgebieden (lichaam, geest, sociaal, maatschappelijk) met elkaar verbindt. In het gesprek daarover wordt duidelijk welke patiënt veel aandacht nodig heeft en welke met minder toekan. "Tien tot vijftien procent van de mensen heeft véél gestapelde problemen en maakt véél kosten. Als je dat goed in de gaten hebt, kun je dat samen met je partners opvangen en verdere medicalisering voorkomen."

Gezondheid van professionals

Gevraagd naar de kroonjuwelen van het jonge virtuele gezondheidscentrum, noemt Van Riet als eerste Krachtige Basiszorg. Maar zegt ze meteen: "dat mag je niet aan het gezondheidscentrum toeschrijven. We waren misschien de oorspronkelijke kartrekkers, maar het is echt een product van de wijk." Een ander kroonjuweel is in haar ogen de gezondheid van de professionals. Een huisarts die lekker werkt, staat open voor de rode knop en staat open voor samenwerking. Het bestuur van Stichting Maatschappelijk Vastgoed Overvecht houdt daaraan vast: een gezonde professional, levert goede zorg en zorgt voor samenwerking en dat zorgt voor minder kosten. Van Riet lacht: "Gezonde professionals krijg je door ze in elk geval niet dwars te zitten in wat zij vinden dat goede zorg is. Zelf heb ik de huisartsen in 2008 al standaard en uit eigen zak een kwartier tijd gegeven, praktijkverkleining dus."

Ze gaat verder: "Ten derde: populatiegericht werken. Kijk periodiek naar hoe je populatie er uit ziet. Als je dat doet kun je gericht beleid maken en dat houdt het werk leuk." Hybride gezondheidsdenken, zoals Van Riet het noemt, is het combineren van individuele gezondheidszorg met bredere maatschappelijke factoren. "Als je kijkt naar de maatschappelijke omgeving, levert dat informatie op en die informatie kun je weer vertalen in beleid voor die ene patiënt." Ze noemt nog een vierde juweel: het samen organiseren van de toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg en ondersteuning. Met gezonde professionals, die integraal samenwerken met het sociale domein, die de maatschappelijk omgeving in het vizier hebben en een rode knopconstructie hanteren met partners, kan het gezondheidscentrum laagdrempelig zijn en elke patiënt de tijd geven die hij of zij nodig heeft.

Jacqueline van Riet (1952)

2010-2020 _____ Bestuurder Stichting Overvecht Gezond
Vanaf 1980 _____ Huisarts in Utrecht Overvecht.



Arno Timmermans

Er was nooit discussie over wie de regie had

In de jaren 80 van de vorige eeuw waren gezondheidscentra synoniem aan vernieuwing. Met volle overtuiging – “Ik geloof stevig in multidisciplinaire samenwerking” – koos de jonge huisarts Arno Timmermans aan het begin van zijn carrière voor een van de centra in het nieuwe Almere. Hij begon in 1987 en nam in 2012 afscheid van de praktijk toen hij voorzitter werd van de raad van bestuur van het nieuw te vormen Dijklanderziekenhuis in Hoorn (en was in de tussentijd naast zijn huisartspraktijk achtereenvolgens directeur en voorzitter van het NHG). Timmermans: “In het gezondheidscentrum werd de huisartsgeneeskunde op een vooruitstrevende, moderne manier ingevuld. Veel van wat we toen deden, proberen we nu met heel veel moeite weer terug te krijgen.”

Timmermans hoorde destijds bij de huisartsen die een sterke eerste lijn nastreefden. “Dat was een, zou je kunnen zeggen, emancipatoire beweging in de huisartsgeneeskunde. We wilden laten zien dat wij bepaalde dingen goed konden in de eerste lijn. Dat leidde óók tot een zekere profileringsdrang ten opzichte van de tweede lijn, in de overtuiging dat een intensieve samenwerking tussen eerste en tweede lijn beter is voor de kwaliteit van zorg en dus beter voor de patiënt.” Zo kreeg de eerste lijn onder meer contouren in de discussies die het gezondheidscentrum aanging met de medisch specialisten: over intern doorverwijzen, de langdurige controles of de noodzaak dat vrouwen voor een uitstrijkje naar de gynaecoloog gingen.

Multidisciplinair samenwerken

“Ik geloof stevig in multidisciplinaire samenwerking”, zegt Timmermans. Op de vraag hoe deze samenwerking destijds georganiseerd was, zegt hij: “Naar mijn gevoel draaide het destijds vooral om het collectief. We maakten onze keuzes als collectief. De huisartsgeneeskunde had daarbij wel een centrale rol. Dat had te maken met de omvang van het ‘verkeer’, want de meeste patiënten komen voor en bij de huisarts. Huisartsen speelden daardoor ook een centrale rol in de cultuur van het centrum.” Wezenlijk vindt hij dat de multidisciplinaire samenwerking is gericht op de wijk, waarbij het werken onder één dak zeer helpend is. “Ik wil niet zeggen dat het concept van destijds, ook in deze tijd nog het beste past, maar het onder één dak werken van verschillende disciplines was toen héél belangrijk. Je komt elkaar tegen en attendeert elkaar op patiënten, je werkt sámen voor de wijk. De populatiegebonden aanpak is wat mij betreft het kroonjuweel van het gezondheidscentrum. Het brengt samenhang in de geboden zorg én in de praktijk.” Toen waren het de huisarts, de wijkverpleegkundige, de apotheker, het maatschappelijk werk en de fysiotherapeut, maar, zegt hij, welke combinatie van disciplines nodig is, kan in de loop der tijd anders zijn. Zo worden tegenwoordig in de huisartspraktijk veel praktijkondersteuners ingezet, die er destijds nog niet waren.

Maatschappelijke veranderingen

Het elan van toen is minder geworden. Timmermans formuleert voorzichtig. In elk geval, zegt hij, is het eigenaarschap van huisartsen dat nodig is om het gezondheidscentrum verder tot ontwikkeling te brengen, met de tijd minder geworden. De voorwaarde daarvoor is wat hem betreft de gelijkgerichtheid van alle professionals in het gezondheidscentrum om te komen tot een gezamenlijke integrale aanpak, waar natuurlijk ook een deugdelijke financiering bij hoort. Sinds de tachtiger jaren ziet hij echter een samenspel van ontwikkelingen – maatschappelijk, bij de overheid en in de beroepsgroep – die het eigenaarschap bij de zorgprofessionals in het gezondheidscentrum hebben doen afbrokkelen. Dat is geen oordeel, zegt hij erbij. Onder meer noemt hij de verschuiving naar concurrentie en marktwerking, een verschuiving die samenhangt met individualisering en de behoefte aan keuzevrijheid. Ook de waarde van werk veranderde, vrije tijd en de zorg voor het gezin werden belangrijker; parttime werken kwam op. Op zoek naar doelmatigheid werden functies versnipperd.

Wijkverpleging

Hij geeft de veranderingen in de wijkverpleging als voorbeeld. “Dat heeft écht iets betekend voor hoe er in het gezondheidscentrum werd samengewerkt. Toen ik begon waren de wijkverpleegkundigen er voor de wijk. Met hen deed ik alles van het consultatiebureau tot en met de palliatieve zorg. Deze vrouwen kenden de wijk en er was nooit discussie over wie de regie had. Ja, misschien dronken ze af en toe iets te lang thee of koffie bij iemand, maar vervolgens moesten ze minuten gaan schrijven, elk handeling werd beschreven. Er kwamen aparte mensen voor verschillende stukjes van de zorg. We mochten als huisarts geen consultatiebureaus meer doen, enzovoort. De zorg werd steeds minder wijkgericht georganiseerd. Door deze factoren hebben we de samenhang en de integrale aanpak verloren laten gaan.”

Is er een verband tussen eigenaarschap en loondienst?

“Nee, wat mij betreft is er geen directe relatie. Er kan heel goed eigenaarschap zijn in de loondienst-situatie. Het eigenaarschap gaat over professionele zelfstandigheid en ontwikkelingsmogelijkheden én om de mogelijkheid om zelf invloed te hebben op de organisatie van je werk. In een fraai essay uit de zestiger jaren heeft Querido mooi beschreven dat voor een vrij beroep loondienst een beter model is dan vrije vestiging, omdat bij dat laatste je inkomen direct afhankelijk is van je handelen. Bij loondienst, of honorarium – geregeld om het goede te doen en het goede goed te doen – ben je dus ‘vrij’ om het goede te doen.”

Wat is de invloed geweest van de opeenvolgende financieringen voor de ontwikkeling van de gezondheidscentra?

“Laat me die vraag anders beantwoorden. De overheid en de verzekeraars hebben de ontwikkeling van gezondheidscentra vanaf het begin niet full hearted gesteund. In de eerste jaren draaiden de gezondheidscentra op de inkomsten van de apotheken. Toen is de financiering van de apotheek en de huisarts veranderd en draaiden de gezondheidscentra jarenlang op de inkomsten van de huisartsgeneeskunde. Dus niet omdat het zo goed gefaciliteerd werd, in elk geval niet full hearted. Het geld moest bij elkaar geschaapt worden vanuit losse financieringen. In Almere ging de gemeente toen ook nog het maatschappelijk werk terugtrekken uit de centra. Natuurlijk waren er redenen, maar bij elkaar heeft het de gezondheidscentra niet tot de ontwikkeling gebracht die ze

volgens mij hadden kunnen hebben, want we hebben die eerste jaren een aantal dingen goed gezien: het belang van een duidelijke positie van de eerste lijn, van samenhangende zorg en van de noodzaak om daarin gelijkgericht te zijn. Veel van wat we toen deden, proberen we nu met heel veel moeite weer terug te krijgen.”

Purpose

Wat staat het gezondheidscentrum te doen? Timmermans herhaalt de factoren die hij eerder noemde. Zorg dat je in het gezondheidscentrum weer een gezamenlijk gedachtegoed krijgt. “Een purpose waar alle professionals in het centrum voor willen gaan. Waartoe zijn wij op aarde? Willen we gezamenlijk de verantwoordelijkheid nemen voor de populatie in de wijk? Belangrijk is om de toegevoegde waarde van een centrale organisatie goed inzichtelijk te maken. Voorkom het mogelijk onterechte gevoel dat 30% van wat er binnenkomt wordt opgemaakt door mensen die achter hun bureau zitten koffie te drinken, bij wijze van spreken.” Purpose is nodig om de zorgverzekeraar te overtuigen dat de voorgestelde aanpak en zorg bijdragen aan de gezondheid van de bevolking en – als resultaat daarvan – het in de hand houden van de zorgkosten per verzekerde. “Dat moeten de gezondheidscentra zelf doen”, besluit Timmermans.

Arno Timmermans (1954)

2012-2020 _____ Bestuursvoorzitter van achtereenvolgens het Westfriesgasthuis,
Westfriesgasthuis/Waterlandziekenhuis en het Dijklanderziekenhuis
2000-2012 _____ Directeur en bestuursvoorzitter (vanaf 2004) van het NHG
1987-2012 _____ Huisarts Zorggroep Almere (huidige naam)



Eeke van der Veen

De eerste lijn is nog steeds een redelijk loshangend geheel

In 1978 kocht Eeke van der Veen – hij werkte toen bij de Nationale Kruisvereniging – een huis in Nieuwegein. In zijn brievenbus vond hij een flyer van twee jonge huisartsen die in de nieuwe wijk een gezondheidscentrum voor ogen hadden. Aangestoken door hun idealisme meldde Van der Veen zich samen met een aantal medebuurtbewoners aan voor het bestuur en ontdekte aan den lijve dat het opzetten van een multidisciplinair gezondheidscentrum bepaald niet meeviel. Deze belangrijke ervaring nam hij mee naar de Ziekenfondsraad waar hij betrokken raakte bij het Besluit Subsidiëring Gezondheidscentra. Jaren later werd hij als lid van de Tweede Kamer een pleitbezorger van meer samenhang en organisatie in de zorg: “Nog steeds wordt er té vrijblijvend gesproken over regelgeving die hoort bij niet-vrijblijvend georganiseerde multidisciplinaire zorg.”

Van der Veen: “Destijds in Nieuwegein liepen we op tegen een muur van weerstand, bijvoorbeeld bij de reguliere huisartsen. Die voelden er niets voor. Zelfs de LHV vond het maar modern gedoe. Aan de andere kant was er, zou je kunnen zeggen, een muur van sympathie. De gemeente, het ziekenfonds, ze vonden het een leuk idee, maar verder deden ze niet veel. De gemeente vond het dan goed dat er vanuit een woonhuis praktijk werd gevoerd. Maar de huisartsen werkten in de eerste tijd zonder subsidie en verwierven het nodige extra geld via bijbaantjes. Het gezondheidscentrum is er uiteindelijk gekomen, met veel moeite en na een ingewikkeld traject. Dus toen ik bij de Ziekenfondsraad ging werken, wilde ik dat graag beter organiseren.”

Ziekenfondsraad

“Het Besluit Subsidiëring Gezondheidscentra werd in 1987 van kracht en was een reactie op de grote financieringsverschillen die er op dat moment bestonden. De vrijblijvendheid die ik in Nieuwegein zelf ook had ervaren, werkte willekeur in de hand. Veel ziekenfondsen bijvoorbeeld deden weinig, maar in Amsterdam was het ziekenfonds juist heel makkelijk met subsidiëren, zonder dat dat gelegitimeerd was vanuit de Ziekenfondsraad. Als je iets wilt, moet je over grenzen heen durven stappen, leken ze te denken. In elk geval slokten de gezondheidscentra daar gigantisch veel subsidie op: de ideologie won het van de zakelijkheid. We hebben toen als Ziekenfondsraad een aantal grote saneringen moeten doen. Het nieuwe subsidiëringsbesluit moest herhaling voorkomen en zorgen voor duidelijke criteria.”

Moetje

“Ik denk, eerlijk gezegd, dat voor veel leden van de Ziekenfondsraad het besluit overwegend bedoeld was om de kosten in de hand te houden. De eisen waaraan een centrum moest voldoen, moesten zo precies mogelijk omschreven worden. De nadruk lag daarbij op de vorm en veel minder op wat er inhoudelijk bereikt zou moeten worden. Het besluit was, denk ik achteraf, voor veel leden een ‘moetje’, ook voor de leden-huisartsen. Het kwaliteitsaspect kreeg weinig aandacht. Daar werd verschillend over gedacht, maar de algemene ondertoon was dat gezondheidscentra te duur waren voor wat ze opbrachten. Omdat kwaliteit moeilijk meetbaar is, gebruikten zowel

voorstanders als critici graag de concrete financiële argumenten. Ook omdat – naar mijn mening – de besparingen nooit echt overtuigend zijn aangetoond, won met de jaren het kwaliteitsargument aan belang. In elk geval is het tegenwoordig erg ongebruikelijk om als huisarts solistisch te werken. Fenomenen als onderling overleg, multidisciplinair samenwerken, afstemmen met de gemeente en de tweede lijn, zijn gemeengoed geworden. Uiteindelijk heeft dat allemaal zijn basis in het idee van het gezondheidscentrum. Dat hebben we dus te danken aan de idealisten van toen.”

Burgerinvloed

“Tot ik in Nieuwegein bij het gezondheidscentrum betrokken raakte, had ik me er nooit echt in verdiept, al werkte ik al wel bij de zorg, bij de Nationale Kruisvereniging. Maar het werken met die huisartsen heeft me voor altijd overtuigd van de waarde van multidisciplinaire samenwerking, in een team, op een niet-vrijblijvende manier. Belangrijk vind ik ook het accepteren van burgerinvloed, het betrekken van burgers bij wat er in een wijk aan zorg nodig is. Bij elkaar levert het betere zorg op, patiënten worden kwalitatief beter bediend en ik denk bovendien dat de zorg zo efficiënter wordt en goedkoper. Later bij Agis zagen we de gezondheidscentra als aanjager en vervolgens onderdeel van een sterke regionale eerstelijnsorganisatie met een goede aansluiting op de tweede lijn. Een mengeling van idealisme en pragmatisme, zou je kunnen zeggen.”

Stuurbaarheid

“Wat mij stoort is dat er heel veel is nagedacht, maar dat er nooit een betere stuurbaarheid van de eerste lijn is gerealiseerd. In de ongeveer 50 jaar dat ik nu ervaring heb met de zorg, is de eerste lijn ondanks alle bestuursmodellen – overheid, markt, maatschappelijk ondernemend, enzovoort – en ondanks alle financiële middelen om meer samenhang tot stand te brengen, nog steeds een redelijk loshangend geheel. Hoe kun je de zorg minder vrijblijvend organiseren? Dat is na al die jaren nog steeds de vraag. Daar zijn echt missers gemaakt, die we nu ook terugzien bij de bestrijding van Covid-19.”

“Naar mijn mening waren gezondheidscentra een uiting van de wens om het op een andere manier te organiseren. De gelijkwaardigheid tussen alle professionals speelde een grote rol. Maar in de huidige regiobenadering worden toch vooral de huisartsen in de lead gezet. Zij doen – kort door de bocht – vaak ten onrechte een beroep op de professionele autonomie. Dat staat een niet-vrijblijvend georganiseerde multidisciplinaire organisatie in de weg. Huisartsen zouden moeten accepteren dat zij goed zijn als arts, maar niet per se ook als manager of beleidsfunctionaris.”

Baasjes

“De zorg wordt nu aangestuurd door een veelheid aan baasjes. Zonder aan hun goede intentie te twijfelen, denk ik dat zij regelgeving en financiering nastreven die de eigen overtuiging en positie versterkt. Ook de huidige regiovorming is naar mijn mening vooral geld- en machtgedreven. Kijkend naar waar het gezondheidscentrum ooit voor stond – multidisciplinaire benadering, het accepteren van burger-invloed, enzovoort – vind ik dat teleurstellend. De realiteit is dat of huisartsen wel of niet ergens aan meewerken in hoge mate vrijblijvend is. We blijven maar discussiëren over multidisciplinair werken in plaats van de zorg niet-vrijblijvend multidisciplinair te organiseren.”

“Terugblikkend is er ondanks alles wel wat veranderd. De zorgketens zijn daar een voorbeeld van. Ook wordt er in toenemende mate beter samengewerkt tussen eerste en tweede lijn. Maar ik constateer dat er nog steeds te vrijblijvend gesproken wordt over regelgeving die hoort bij een niet-vrijblijvend georganiseerde multidisciplinaire zorg. Het beleid van zorgverzekeraars en overheden is onvoldoende in staat gebleken om wat 40 jaar geleden voor veel centra als uitgangspunt gold, daadwerkelijk te realiseren.”

Eeke van der Veen (1946)

- 2006-heden ____ Verschillende toezichhoudende functies op het terrein van zorg, welzijn en cultuur 1970-1975. Sociologie RU Groningen en Erasmus Universiteit
- 2006-2012 ____ Tweede Kamer woordvoerder volksgezondheid PvdA
- 1989-2006 ____ Directeur ZAO Zorgverzekeringen
en na fusies voorzitter raad van bestuur Agis zorgverzekeringen
- 1983-1989 ____ Afdelingshoofd Ziekenfondsraad
- 1975-1983 ____ Beleidsmedewerker Nationale Kruisvereniging



Pascale Voermans

Nabijheid zal er straks anders uitzien dan nu

Gezondheidswetenschapper Pascale Voermans is een relatieve nieuwkomer in de wereld van het gezondheidscentrum. In de aanloop daarnaartoe was ze onder meer directeur van de Limburgse ROS Beyaert en manager inkoop bij Menzis. In 2017 koos ze voor SGE en werd ze benoemd als bestuursvoorzitter van de Eindhovense eerstelijnsorganisatie. SGE omvat elf gezondheidscentra en de BV SGE Werkt, die inzet op vitaal aan het werk. SGE zet eveneens flink in op zorg- en organisatievernieuwing. Voermans voelt zich bij SGE als een vis in het water. “Ik geloof heel erg in een sterke eerste lijn en in mijn visie gaat dat hand in hand met een georganiseerde eerste lijn.” Naast het belang van organisatiekracht benadrukt ze ook de noodzaak om aan te sluiten bij de wensen van deze tijd. “SGE organiseert gezondheidszorg op brede schaal vanuit verschillende disciplines, dicht bij waar mensen wonen en werken. Dat is voor mij de kern.”

Ooit zette Philips een eigen medische dienst op volgens het toen opkomende model voor gezondheidscentra. De zorg werd door verschillende disciplines verleend, uiteraard ondersteund door de nieuwste technologie. Begin tachtiger jaren volgde verzelfstandiging en ontstond SGE, met aanvankelijk een sterke groeiwens waar niet elke zorgverlener blij mee was. Gaandeweg keerde het tij. Nu gooien samenwerking en zorgvernieuwing hoge ogen in de Lichtstad.

Welke rol speelt de ideologie van de pioniersfase anno 2020 bij SGE?

Voermans: “Toevallig is dat nu ook onderwerp van gesprek binnen onze organisatie, die ideologie van ooit. Vooruitlopend daarop: ik zie stuk voor stuk mensen bij ons werken met een – misschien wel bovengemiddelde – maatschappelijke betrokkenheid. Het sámen met andere disciplines werken, onder één dak, in de wijk, dicht bij de mensen, dat zit in de haarvaten van onze organisatie. Maar je moet mee veranderen met de tijdgeest. De kunst is om de krachtige dingen van ooit uit te dragen in een nieuwe jas, met daarbij de taken die anno 2020 horen bij onze kernwaarden.”

Superwaardevol

“De focus van onze zorgprofessionals ligt vooral op zórg, op kwalitatief goede zorg, en wat minder op het draaien van een business. We vinden het waardevol om zichtbaar te zijn in de wijk, een plek waar allerlei disciplines samenwerken en er gewoon zijn. Een toegang voor veel vragen en problemen, ook in relatie tot het sociaal domein. Dat concept is nog steeds superwaardevol. Maar de basis moet op orde zijn en passen bij deze tijd, financiën, business intelligence, informatievoorziening, digitalisering. Dus alles wat anno nu van een zorgorganisatie wordt gevraagd. Dáár zit onze meerwaarde. We hebben de organisatiekracht om deze onderwerpen op te pakken. We ontlasten onze professionals en hebben ook de ruimte om een project digitalisering te doen of innovatie rondom ggz aan te pakken. Hetzelfde geldt voor de verbinding met al die andere partijen in de regio, we kunnen samenwerken met een grote groep professionals als achterban.”

"Regionalisering is ook een belangrijke. Als je het landschap nu opnieuw zou intekenen zou je in een regio als Zuidoost Brabant niet zeven huisartsenorganisaties en vier zorggroepen bedenken. Maar dat is wel zo gegroeid. Inmiddels werken SGE, DOH en PoZoB heel veel samen rondom de chronische zorg, arbeidsmarkt, ICT, JZOJP, et cetera. Met DOH verkennen we nu een nog intensievere samenwerking. De uitdagingen die er zijn om continuïteit van zorg te garanderen, vaart te maken met digitalisering, vernieuwing breed te implementeren, dat zijn thema's waarvan ik denk: dat gaan we toch niet allemaal in ons eentje zitten oplossen? Ja, daar zit wel heel erg onze drive als SGE."

Hoe belangrijk is loondienst tegenwoordig?

"De one million dollar question. De mogelijkheid van loondienst is belangrijk als er behoefte aan is en blijft. Uit onderzoek weten we dat loondienst richting de toekomst een waardevol model kan zijn, er is een toenemende groep huisartsen die geen praktijkhouder wil zijn. Wellicht wil een deel van deze groep uiteindelijk in loondienst van een organisatie als SGE omdat ze zich aangesproken voelen door de voordelen: wél de verantwoordelijkheid voor een eigen patiënten populatie en de ruimte om op het gebied van bijvoorbeeld kwaliteit of organisatie zaken op te pakken, waarbij de zaken rondom huisvesting, HRM, administratie, contractering et cetera voor je worden geregeld. Alleen zien wij deze nieuwe huisartsen nog niet in rijen van tien voor de deur staan." Een toenemende groep huisartsen, constateert Voermans, blijft langer waarnemen. Natuurlijk, zegt ze, zijn er in de eerste lijn verschillen tussen vrije ondernemers en huisartsen in loondienst. "In het traject met DOH, wat vrijgevestigde huisartsen zijn, komen we die verschillen ook tegen. Met oog voor deze verschillen, kijken we toch vooral naar de overeenkomsten. Het is mooi te zien, in een klankbordgroep met huisartsen van beide organisaties, dat er verschillen zijn in ondernemerschap, maar niet op de inhoud en kwaliteit van zorg. Het zijn allemaal huisartsen en op de zorginhoud zit veel verbinding. Dus ja, ik vind loondienst een mooi en passend model, zo lang het ook blijft voorzien in een behoefte van huisartsen." In de visie van Voermans combineert loondienst professionele autonomie op de inhoud van zorg met ondersteuning op de organisatie van zorg. Naar de toekomst toe ziet ze een mengvorm van praktijkhouders in loondienst, vrijgevestigde praktijkhouders, waarnemers en hidha's.

Financiering

"Over de prestaties en bedragen die we aan de betaaltitel O&I hangen, kunnen we onderhandelen, maar er zijn dingen die het lastig maken. Dat eerstelijnsorganisaties middelen nodig hebben om samenwerking te ontwikkelen, is duidelijk. Echter, ik merk in de gesprekken met zorgverzekeraars in de regio dat ze bij bepaalde ontwikkelingen, bijvoorbeeld ouderenzorg of digitalisering, willen weten wanneer het 'klaar' is. Maar veel onderwerpen zijn nooit 'klaar'. Dat vraagt een meerjarenperspectief, meerjarenafspraken en een meerjarenfinanciering. Dat gebeurt nu nog onvoldoende. Verder valt me op dat wij als relatief kleine organisatie regelmatig opnieuw moeten aantonen dat we meerwaarde hebben. Aan ziekenhuizen of de thuiszorgorganisaties wordt dat in mijn beleving nooit gevraagd. Ik vind dat we als zorgorganisatie kritisch moeten zijn en blijven op de stappen die we zetten en de resultaten die we boeken. Het helpt als dat een soort basisvertrouwen is, oog voor de soms complexe dynamiek waarin we opereren. Een stevige eerste lijn als onderdeel van regionale samenwerking met alle zorgpartners is nu en in de toekomst hard nodig.

Wat is je stip op de horizon met SGE?

"Onderdeel van onze meerwaarde is dat we ook verantwoordelijk willen zijn voor de regionale problematiek en daarin een verbindende rol willen spelen. Willen we dat uitbouwen, dan moeten we ook niet willen vasthouden dat het onze organisatie blijft, dan gaan we misschien met behoud van onze waarden, onze kennis en onze expertise op in een groter geheel. Maar of dit gaat gebeuren hangt ook af van onze professionals in de verschillende organisatieonderdelen. Het gaat erom dat ook zij ervan overtuigd zijn dat ze de uitdagingen in de zorg straks beter aankunnen met meer samenwerking in de regio, met ondersteuning vanuit een regionale organisatie. Dat is mijn stip."

Onder één dak

"De ontwikkelingen kunnen ook betekenen dat we straks toegaan naar een meer hybride model van fysiek en digitaal. Als we meer digitaal gaan, zoals we nu met corona al doen, dan moeten we onze nabijheid in de wijk op een andere manier gaan organiseren. Want er is dan simpelweg minder plek nodig om de zorgvrager die je wél moet zien te ontvangen of te onderzoeken. Het zou dus kunnen dat we over een aantal jaren niet meer al die plekken in de wijk nodig hebben."

Toch noemde je eerder het hebben van een zichtbare plek in de wijk belangrijk...

"Ja, dat is ook zo. Het is een onderwerp waarover we in de organisatie veel praten. Naar de toekomst toe wordt zichtbaarheid digitaal en fysiek, dat kan niet anders, kijkend naar de schaarseste qua menskracht en middelen die alleen maar toeneemt. Digitale zorg kan ook dichtbij zijn. Als bestuurder moet ik, samen met de professionals in onze organisatie, deze ontwikkelingen onderzoeken. Want de wereld om ons heen verandert. Als we zouden zeggen 'nee hoor, dat past niet in het concept dat we ooit hebben neergezet' dan bestaan we straks niet meer. Kijk, ik pleit niet voor alléén digitale zorg. Het gaat mij in het contact met onze patiënten om nabijheid, digitaal en fysiek. En die nabijheid zal er in een stad als Eindhoven straks anders uitzien dan nu."

Pascale Voermans (1969)

2017-heden _____ Voorzitter raad van bestuur SGE
 2009-2017 _____ Manager zorginkoop (eerstelijnszorg, medisch specialistische zorg)
 2005-2008 _____ Directeur Beyaert (ROS) (inmiddels onderdeel van de Zuid-Nederlandse ROS Robuust)
 1990-1996 _____ Gezondheidswetenschappen, Maastricht University

