

Sleutelitems/ Principles

Mechanismen



De kroonjuwelen van de gezondheidscentra

Gezondheidscentra worden steeds meer uitgedaagd door beleidsmakers en stakeholders om hun meerwaarde te bewijzen. Om inzicht te geven in deze meerwaarde en een onderbouwde discussie te kunnen voeren, zijn op basis van het onderzoek, 6 kroonjuwelen van het werken in gezondheidscentra geformuleerd. Deze kroonjuwelen zijn tevens de speerpunten voor de eerste lijn, waaraan de gezondheidscentra voor het eerst invulling hebben gegeven. In dit hoofdstuk leggen we de kroonjuwelen stuk voor stuk uit en laten we je een aantal praktijkvoorbeelden zien, waar je deze kroonjuwelen terug kunt vinden. Daarnaast bieden we bij elk kroonjuweel, een advies naar de toekomst.

Figuur x: De kroonjuwelen van gezondheidscentra





Publieke Verantwoordelijkheid



Wijkgericht en holistisch

De GZC kennen een [populatiegerichte wijkgerichte](#) focus, die zich verder uitstrekt dan de eigen ingeschreven patiënten en betrokken zorgverleners. De zorgverleners binnen gezondheidscentra voelen zich met elkaar verantwoordelijk om de best passende zorg te verlenen aan de mensen die in hun regio wonen. Dit wilden zij bereiken door beter aan te sluiten op behoeften in de wijk en door een holistische manier van werken te hanteren. Ze kijken vanuit het [holistische mensbeeld](#) naar de mens en de totale context. Dat gaat breder dan de verantwoordelijkheid die zorgverleners geacht worden te nemen, namelijk om zorg te bieden. GZC benadrukken dat onnodige zorg moet worden voorkomen. Ze dragen ook zorg voor de mensen die niet met een probleem naar hun praktijk komen. Daarnaast werden [bewoners/patiënten betrokken](#) in de organisatie door middel van zeggenschap in bewoners-/cliëntenraden.

Om wijkgericht en holistisch te kunnen werken, [werken ze samen met verschillende stakeholders](#) in de regio. Denk hierbij bijvoorbeeld aan ziekenhuizen, verpleeghuizen en individuele zorgverleners, maar ook aan sociale diensten, zoals de politie, gemeente en juridische hulpverlening. In sommige gezondheidscentra zaten er zelfs sociale diensten in het gebouw of waren die betrokken in het bestuur.



Betere onderhandelingspositie

Door zich te organiseren in een gezondheidscentra, zorgen zorgverleners voor een betere onderhandelingspositie ten opzichte van stakeholders en kunnen ze een grotere impact hebben op de regio. Dit maakt het mogelijk om de publieke verantwoordelijkheid te nemen voor de regio en vervolgens [aanspreekbaar](#) te zijn op deze verantwoordelijkheid ([zie kroonjuweel 2: aanspreekbare organisatie](#)).

Betaalbaarheid

Het betaalbaar houden van het zorgsysteem voor de bevolking is ook onderdeel van de publieke verantwoordelijkheid. De eerste lijn speelt een belangrijke rol in het tegengaan van [medicalisering](#). Wanneer medische zorgverleners samenwerken met het sociale domein, kunnen ze tot [mogelijke oplossingsrichtingen komen](#), waar de meeste mensen baat bij hebben. Een kritische kwaliteitscultuur, waarin zorgverleners elkaar aan durven te spreken en zich gezamenlijk verantwoordelijk voor hun patiënten voelen, is hiervoor noodzakelijk ([zie kroonjuweel 3: kwaliteitscultuur](#)).

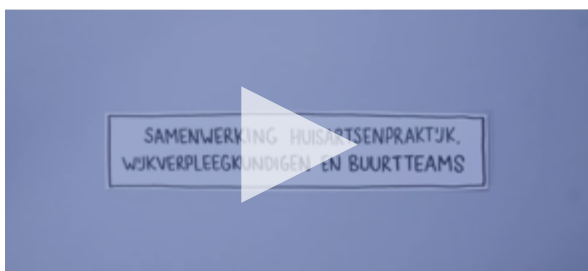
“GZC kijken dus, zowel op individueel als op populatieniveau, met een bredere blik dan uitsluitend naar de eigen ingeschreven patiënten en de eigen betrokken zorgverleners. In combinatie met de verantwoordelijkheid voor de betaalbaarheid van de zorg, vormen de GZC, bij uitstek, dé organisatievorm die zich juist verantwoordelijk voelt voor de brede opdracht van de eerstelijns als onderdeel van het grotere geheel. Momenteel is er geen andere organisatie binnen de gezondheidszorg die deze verantwoordelijkheid op zich neemt. Met de toenemende schaalvergroting is het geboden dat deze gemeenschappelijke verantwoordelijkheid niet verloren gaat.”

~ Marc Bruijnzeels, directeur Jan van Es Instituut

Publieke verantwoordelijkheid in de praktijk

[Krachtige Basiszorg](#) is een integrale aanpak, waarbij hulpverleners uit de zorg en het sociaal domein, de gemeenschappelijk publieke verantwoordelijkheid nemen voor de 15-20% inwoners met hoge gezondheidsrisico's en/of hoge zorgkosten in een bepaalde wijk. De bovenliggende gedeelde principes zorgen voor [domeinoverstijgende kruisbestuiving](#) tussen de verschillende hulpverleners. Ook de [democratische beleidsvoering](#) speelt een belangrijke rol binnen Krachtige Basiszorg: gezonde professionals zijn een randvoorwaarde.

Krachtige basiszorg, samenwerking buurtteams, wijkverpleging en huisartsenpraktijken





Aanspreekbare organisaties



Eén aanspreekpunt en één doel

Wanneer de organisatie de publieke verantwoordelijkheid op zich neemt, wordt het ook mogelijk de organisatie aan te spreken op die verantwoordelijkheid. Doordat de gezondheidscentra verschillende zorgverleners bundelden, zorgde dit voor [één aanspreekpunt](#). Dit maakte het mogelijk om afspraken te maken met de eerste lijn over o.a. de coördinatie van zorg en kosteneffectiviteit. Het is hiervoor wel van belang dat de betrokken zorgverleners zich rondom één doel organiseren en nastreven, anders biedt het geen meerwaarde ten opzichte van zelfstandige zorgverleners.

Eén aanspreekpunt en één doel

Doordat de zorgverleners en -organisaties zich in één organisatie en [onder één dak](#) gingen organiseren, werd het, zowel juridisch als praktisch, een stuk makkelijker om medische informatie met elkaar te delen.



Dekkende patiëntpopulatie

Vaak als je aparte organisaties laat samenwerken, hebben de zorgverleners andere patiënten. De huisarts moet daardoor bijvoorbeeld schakelen met meerdere fysiotherapeuten van verschillende praktijken. Wanneer de verschillende hulpverleners hun diensten als één organisatie en onder één dak aanbieden, zullen de patiënten van de huisarts, eerder naar dezelfde fysiotherapeut gaan, namelijk de fysiotherapeut die aangesloten is bij het gezondheidscentrum. De patiëntenpopulatie van de hulpverleners overlapt hierdoor meer. Deze dekkende patiëntenpopulatie maakt samenwerking tussen de verschillende hulpverleners gemakkelijker.

Kwaliteit van beleidsvoering

De aanspreekbaarheid van de organisatie is afhankelijk van de kwaliteit van beleidsvoering. Het is belangrijk dat de bestuurders hun boodschap goed over kunnen brengen, anders ontstaat er een te grote afstand tussen het beleid en de werkvloer en kan de aanspreekbaarheid niet gegarandeerd worden. Tegelijkertijd moet er niet gestreefd worden naar hiërarchische relaties. Zorgverleners hechten erg veel waarde aan hun professionele autonomie en hebben een ethische verantwoordelijkheid om de beste zorg te leveren, zoals zij dit geschikt achten. Wanneer zij het gevoel hebben onvoldoende professionele autonomie te kunnen uitoefenen, kunnen zij strategisch gedrag gaan vertonen om deze autonomie te behouden.

Kwaliteitsvolle beleidsvoering betekent een dynamische beleidsvoering in constant overleg met de zorgverleners. Het zijn de zorgverleners die het beste weten wat nodig is voor welke patiënt en in welke situatie, maar het is wel noodzakelijk om hen te betrekken bij organisatievraagstukken als de kosteneffectiviteit. Het is belangrijk dat ze ook bewust gemaakt worden van de kosten van de behandelingen en daarin afwegingen gaan maken. We kunnen niet eindeloos de meest dure behandelingen gaan voorschrijven.

“Stúren, echt sturen in de zorg zonder dat je de mensen meeneemt die het betreft, werkt niet.”

~ Bestuurder GZC

Betere onderhandelingspositie

Afhankelijk van de grootte van het gezondheidscentrum (en haar eventuele koepel) en welke positie het had in de regio, zorgde de organisatie van eerstelijnszorgverleners ook voor een [betere onderhandelingspositie](#) ten opzichte van zorgverzekeraars en andere stakeholders.

In het onderzoeksrapport van Eijkenaar en Schut (2015) naar [uitkomstbekostiging](#) raden zij met klem aan om multidisciplinaire uitkomstindicatoren te formuleren waar zorgverleners gezamenlijk verantwoordelijk voor zijn en die niet alleen van toepassing zijn op de patiëntenpopulatie maar op de gehele populatie waar zij verantwoordelijk voor zijn. Het gezondheidscentrum faciliteert dit omdat de patiëntenpopulatie van de zorgverleners vaak overlappen en zij de publieke verantwoordelijkheid nemen voor de gehele populatie die zij bedienen door [wijkgericht](#) werken.



“GZC kennen van oudsher een aanspreekbare multidisciplinaire organisatievorm. Hiermee gaven ze antwoord op de gebreken van het monodisciplinaire kleinbedrijf, zoals de meerderheid van de eerstelijnszorgverleners is georganiseerd. De laatste jaren zorgt o.a. de O&I voor een druk om tot een duidelijker aanspreekbare eerstelijnsorganisatie te komen. Dit kan worden gezien als een logisch vervolg op de pogingen van de pioniers van GZC uit de vorige eeuw. De noodzaak om één multidisciplinaire aanspreekbare eerstelijnsorganisatie te hebben, wordt nog steeds door vele betrokkenen en beleidsmakers gevoeld.

De GZC hebben aangetoond dat het lastig is om binnen grotere verbanden, de eigen visie op de multidisciplinaire zorgverlening in de eerstelijns overeind te houden. Dit is zeker het geval als de organisatievorm niet actief wordt gestimuleerd door de overheid en zorgverzekeraars. Opvallend is wel dat in de huidige periode, dezelfde idealen worden nagestreefd op een regionaal schaalniveau door de O&I beleidsregels. Opgepast dient te worden dat met deze opwaardering van het schaalniveau, de verbinding met de wijk en de populatiegerichte focus niet verkwanseld wordt. Tevens dient men het multidisciplinaire karakter van de organisatie te waarborgen. Indien dit niet gebeurt, komen de andere kroonjuwelen onder druk te staan.

Dat de GZC reeds 50 jaar geleden deze idealen nastreefden is zeer vooruitstrevend te noemen. In de internationale literatuur worden recent de Patient-Centered Medical Homes in de US en de Person-centered Medical Homes in de UK nadrukkelijk gestimuleerd. De principes van deze beide typen ‘homes’ lijken verdacht veel op de principes waarop de GZC zijn geschoeid. het is zeer interessant om te zien hoe deze verbinding wordt gelegd.”

~ Marc Bruijnzeels, directeur Jan van Es Instituut

Aanspreekbare organisatie in de praktijk

De [Stichting georganiseerde eerstelijnszorg Zoetermeer \(SGZ\)](#) is een mooie hybride organisatie die zowel gezondheidscentra, apothekers, fysiotherapeuten, huisartsen in loondiensten heeft, als dat ze een serviceorganisatie zijn voor de vrijgevestigde eerstelijns professionals. Daarmee zijn ze voor zowel de eerstelijns professionals en inwoners als voor andere betrokkenen, de aanspreekbare organisatie voor de eerstelijns gezondheidszorg in Zoetermeer en kunnen ze ook de gemeenschappelijke [publieke verantwoordelijkheid](#) dragen. Daarmee creëert men ook een [innovatieve kwaliteitscultuur](#), blijkend uit de vele projecten die jaarlijks worden opgestart, zoals recent de implementatie van Welzijn op Recept en de specifieke aanpak voor hotspotters.





Innoverende kwaliteitscultuur



In de GZC was er sprake van een [innoverende](#) kwaliteitscultuur, waarin hulpverleners steeds op zoek waren naar manieren om de zorg te verbeteren. Aan de ene kant door zelfevaluatie en een lerende houding. Aan de andere kant door kritisch te zijn naar elkaar. Vroeger had [de huisarts een dominante positie](#), maar in de GZC was er een [gelijkwaardigheid van disciplines](#). Door de cultuur van gelijkwaardigheid en betrokkenheid, durfden hulpverleners, ongeacht hun positie, elkaar aan te spreken op elkaars gedrag en/of verantwoordelijkheden. Ook voelden zij zich onderdeel van de organisatie en gedeeltelijk verantwoordelijk voor de organisatie.



De innoverende kwaliteitscultuur zorgde voor een buffer op twee niveaus:

- **Doordat de kwaliteit van zorg bovenaan staat, zullen zorgverleners niet snel toegeven aan eventuele perverse systeemprikkels.**

Een voorbeeld van zo'n systeemprikkel, was de druk om meer mensen in een bepaalde tijd te moeten behandelen. Door de kwaliteitscultuur gingen de zorgverleners in gezondheidscentra hier minder in mee. Zij zagen de kwaliteit van zorg hier namelijk door in het gedrang komen.

- **Het faciliteerde patiënten die over onvoldoende vaardigheden beschikken die nodig zijn om zorg te begrijpen en coördineren, en te navigeren in het zorgsysteem.**

Deze vaardigheden worden gezondheidsvaardigheden genoemd. Dit hangt o.a samen met de dekkende patiëntenpopulatie en informatiedeling tussen de zorgverleners. Wanneer de huisarts bijvoorbeeld merkte dat een patiënt meer tijd nodig heeft voor uitleg en dit in zijn dossier schrijft, kan de fysiotherapeut onder hetzelfde dak dit gelijk zien en de zorg die hij levert aan dezelfde patiënt hierop aanpassen.

De kwaliteitscultuur werd ook gewaarborgd door de [verplichte samenwerking](#), wanneer hulpverleners dezelfde patiënt in behandeling hadden, en ook in de ruimte die de gezondheidscentra boden om op zoek te gaan naar de oorzaak van het probleem.

“De GZC tonen al vele jaren aan, door hun publieke verantwoordelijkheid met focus op de populatie en doelmatigheid van de zorg, een bron van vernieuwende projecten te zijn. In verbinding met de wijkverpleging, de gemeenten en andere eerstelijnszorgverleners, zijn vele vernieuwende projecten geïnitieerd. Ondanks de telkens wisselende beleidscontexten hebben de GZC de focus op vernieuwing gehouden.

Naar de toekomst toe zijn dit type wijkgerichte publiek verantwoordelijke organisaties meer dan noodzakelijk om de uitdagingen van dubbele vergrijzing en tekort aan personeel aan te grijpen. Met innovaties waarin de kracht van de multidisciplinaire eerstelijns wordt uitgenut en niet wordt beknot omdat een beetje extra geld naar de gezondheidscentra ‘onvoldoende’ zou opleveren. De principes waarop de GZC zijn gestoeld, leveren een innovatieve kwaliteitscultuur op. Dit is ook terug te zien in de enorme reeks aan projecten, die de afgelopen 50 jaar vanuit de GZC zijn ontwikkeld. Deze innovatieve kwaliteitscultuur dient ook naar de toekomst toe te worden gewaarborgd.”

~ Marc Bruijnzeels, directeur Jan van Es Instituut



Innoverende kwaliteitscultuur in de praktijk

Een mooi voorbeeld is de ontwikkeling van de PsyScan door onderzoekers in samenwerking met huisartsen, patiënten, POHs en psychologen van [Stichting Gezondheidscentra Eindhoven \(SGE\)](#). De Psyscan is een instrument voor een vroegtijdige scan op psychische problematiek. Door vanaf het begin zorgverleners en patiënten te betrekken bij het onderzoek, wilden de onderzoekers ervoor zorgen dat de innovatie zo goed mogelijk zou aansluiten bij hun behoeften en ook daadwerkelijk gebruikt zal worden.

PsyScan: effectief hulpmiddel bij psychische klachten



Lees hier het artikel





Domeinoverstijgende kruisbestuiving



Stimuleren van domeinoverstijgende kruisbestuiving

Het vierde kroonjuweel is domeinoverstijgende kruisbestuiving. Dit gebeurde binnen en tussen gezondheidscentra, maar ook buiten gezondheidscentra, door [samenwerking](#) met zelfstandige zorgverleners, gemeenten en andere zorgorganisaties. De kruisbestuiving wordt gestimuleerd door informele contacten en samenwerking. Ook het durven begeven op elkanders vakgebied en een [gelijkwaardigheid tussen de disciplines](#) stimuleert het leren van elkaar.

Vloeibare kennis

Door te leren van elkaar ontwikkelen zorgverleners vloeibare kennis. Deze vloeibare kennis draagt bij aan de kwaliteit van zorg. Wanneer iedereen gefocust blijft op zijn eigen vakgebied, houd je 'gaten' in de zorg. Wanneer hulpverleners meer 'naar elkaar toe' leren, kunnen er holistische oplossingen gevonden en geboden worden, die deze 'gaten' kunnen dichten. Bovendien kunnen hulpverleners, met deze vloeibare kennis, samen tot de meest creatieve en effectieve [innovaties](#) komen.



Aanjaagfunctie

De innoverende kwaliteitscultuur en kruisbestuiving, zorgden ervoor dat verschillende gezondheidscentra een aanjaagfunctie in de regio kregen. Daarmee stimuleerde ze zelfstandige hulpverleners en stakeholders om met hen samen te werken en ook te innoveren. Dit kan er zelfs voor zorgen dat er een regionale kwaliteitscultuur ontstaat. Dankzij de aanjaagfunctie zijn er bepaalde aspecten van het werken volgens de principes van de gezondheidscentra speerpunten geworden in het hedendaagse beleid zoals: [samenwerking](#), [integrale en persoonsgerichte aanpak](#), en [wijkgericht](#) werken.

“De ideologie van het gezondheidscentrum, zoals we het er nu over hebben, past wonderwel op ontwikkelingen die we heden ten dage zien in de zorg, denk aan termen als integraal, persoonsgericht en wijkgericht. Zaken waar het gezondheidscentrum in de zeventiger [jaren] al mee bezig was.”

~ Bestuurder GZC

“Samenwerken buiten de gezondheidszorg, met de gemeenten, met de tweede lijn, met de inwoners uit de wijk, maar ook samen met de detailhandel, sportclubs, ouderenbonden, woningbouwverenigingen, etc., dat is de kern van domeinoverstijgende kruisbestuiving. Vanaf de oorsprong, hebben op vele momenten getoond, deze verbindingen te hebben gelegd. Vanuit de wetenschap dat de gezondheid van een populatie voor maximaal 10% wordt beïnvloed door de gezondheidszorg, en veel meer door de fysieke en sociale omgeving en het gedrag van de mensen, is een brede integrale aanpak noodzakelijk.

De huidige regionaliseringstendens vraagt om deze bredere blik op gezondheid. De GZC hebben deze bredere blik in de genen van de organisatie. Dit kroonjuweel is dus wederom een voorbeeld van een kroonjuweel dat zeker niet tot volle wasdom is gekomen in de afgelopen jaren, maar zeer veel potentie heeft. Vele projecten op vele plaatsen in het land tonen deze potentie.”

~ Marc Bruijnzeels, directeur Jan van Es Instituut

Domeinoverstijgende kruisbestuiving in de praktijk

“In ons centrum maken wij gebruik van gezamenlijke consulten huisarts en fysiotherapeut. Daar worden complexere patiënten gezien. Het gezamenlijke consult brengt meer plezier bij de zorgverleners, meer tevredenheid bij de patiënten, minder aanvullende diagnostische kosten.”

~ Respondent Delphi Studie





Democratische beleidsvoering



Van vrijwilliger bestuur van hulpverleners naar management

In de gezondheidscentra werd er op verschillende manieren samengewerkt. In de beginfase was er een vrijwillig bestuur van hulpverleners. Zij maakten gezamenlijke beslissingen over zorginhoud, maar ook alle beslissingen in de organisatie. Toen de gezondheidscentra groter werden en de organisatietaken teveel tijd in beslag namen, werd er management ingevoerd. Dit zorgde echter voor een grotere afstand tussen beleid en de werkvloer.

Management en professionele autonomie

Zoals eerder genoemd is professionele autonomie (vanuit hun overtuiging en plicht om de beste zorg te bieden aan de patiënt) erg belangrijk voor zorgverleners. Niet iedere manager wist hier goed mee om te gaan. Zo ontstonden er conflicten met de zorgverleners wanneer de managers zich met de zorginhoud gingen bemoeien, of wanneer managers regels af wilde dwingen.



Dienend leiderschap en democratische beleidsvoering

Een gehele scheiding tussen organisatie en zorg is niet mogelijk, aangezien effectieve organisatie het doel heeft om de praktijk te ondersteunen en te sturen indien nodig. De succesvolle bestuurders van gezondheidscentra hanteerde daarom een vorm van dienend leiderschap en democratische beleidsvoering. Dit betekende dat wanneer de meerderheid van de zorgverleners het niet eens waren met een voorgestelde wijziging in het beleid, dat het werd aangepast of afgeschaft. Dit geeft hulpverleners het gevoel dat zij invloed hebben op het beleid, en dat de beslissingen eerlijk en transparant genomen worden. Wanneer de afstand tussen beleid en vloer te groot wordt, kan dit buitensporig gedrag stimuleren, en voelen zij zich niet verantwoordelijk voor noch de organisatie noch haar resultaten.

“We hebben als uitgangspunt dat we onze visie laten bepalen door wat hulpverleners een goede visie vinden. Top-down werkt niet. De kunst die wij hebben bedreven is altijd geweest om als ondergrens voor het beleid te nemen datgene wat de helft plus 1 acceptabel vindt en als bovengrens de gemotiveerde hulpverleners die voor verandering, vernieuwing en verbetering gaan.”

~ Bestuurder GZC

“De gelijkwaardigheid tussen disciplines door een democratische besluitvorming tussen de disciplines, al dan niet samen met de wijkbewoners, is in de beginjaren een belangrijk streven geweest. De professionele autonomie van de individuele disciplines werd hieraan ondergeschikt. In de loop van de jaren is dit kroonjuweel sterk van invulling veranderd. De dominantie van de huisartsgeneeskunde heeft de overhand gekregen en is in zeer veel situaties overheersend geworden. De komst van managers sloot aan bij deze dominantie, doordat vele managers (veelal coördinatoren) deze dominantie als een gegeven beschouwde. Naar de toekomst toe is de gelijkwaardigheid tussen disciplines zeer noodzakelijk omdat de huisartsgeneeskunde zich sterk heeft ontwikkeld aan de hand van het biomedische model. De holistische blik is daarmee verengd, terwijl juist de complexiteit van de zorgvragen is toegenomen. Deze ontwikkeling van de laatste jaren is versterkt onder invloed van Evidence Based Medicine. De klinische kennis is hierdoor nog dominanter geworden in de spreekkamers van de gezondheidscentra. De huidige trend in de richting van valuebased en meer gelijkwaardigheid tussen de verschillende uitkomstdomeinen (klinisch, psychisch en sociaal) vraagt om een heroriëntatie op de gelijkwaardigheid van de disciplines in de eerstelijns. De huisartsgeneeskunde zou zich op een gelijkwaardig niveau kunnen laten bijstaan door andere eerstelijns professionals (op medicatie, bewegingsapparaat, voeding, psychologie, sociaal domein). Dit biedt zeer waarschijnlijk veel ruimte binnen de reeds overbelaste huisartsenzorg. De GZC bieden juist deze organisatievorm om dat te realiseren. Hiermee kan ook weer de balans tussen werk en privé voor veel zorgverleners worden beïnvloed.”

~ Marc Bruijnzeels, directeur Jan van Es Instituut



Democratische beleidsvoering in de praktijk

Dit kroonjuweel heeft door de jaren heen meest onder druk gestaan en is daardoor het minst goed tot wasdom gekomen. In de jaren 80 en 90 is dit ideaal van de gelijkwaardige positie tussen de eerstelijns zorgprofessionals en om met de inwoners van het gebied het beleid te kunnen bepalen, enige jaren gerealiseerd. Dit was bijvoorbeeld te zien in de beginjaren van de GZC in Almere. Momenteel is het eigenlijk nergens meer zichtbaar.





Niet vrijblijvende multidisciplinaire samenwerking



Een GZC zorgt voor [verplichte multidisciplinaire samenwerking](#), wanneer de patiënt bij meerdere disciplines in behandeling is. Dit wordt ook gefaciliteerd door het gedeelde patiëntendossier en een overlappende patiëntenpopulatie in de gezondheidscentra. Hierdoor zijn de hulpverleners op de hoogte van wat de andere hulpverleners hebben gezegd of hebben gedaan, en hoeft de patiënt zijn verhaal niet steeds opnieuw te vertellen. De verplichte multidisciplinaire samenwerking zorgt ervoor dat het team samen inventariseert of de patiënt enkel voor zijn aangegeven klachten geholpen moet worden, of dat er meer aan de hand is. Ze kunnen ook besluiten om de patiënt helpen met het begrijpen en uitvoeren van handelingen en/of coördinatie van zijn zorg. Ook kan het ontvangst van de GZC, de patiënt helpen met het plannen van de afspraken, met het bewaren van het overzicht en met uitleg. De patiënten ontvangen daardoor meer coherente en kwalitatieve zorg. De multidisciplinaire samenwerking wordt gestimuleerd wanneer zij [onder één dak](#) en in één organisatie werken. Dit komt door de informele contacten die de hulpverleners vormen in het gezondheidscentrum, en doordat inter-organisatorische samenwerking meer uitdagingen vormt. Het gedrag van werknemers wordt immers bepaald door organisatie afspraken, procedures en regels van hun werkgever, waardoor het een extra laag van complexiteit geeft aan de samenwerking.



“Dit kroonjuweel omvat de kern op professioneel samenwerkingsniveau. De oorsprong van de GZC kwam voort uit de nog immer bestaande vrijwillige (en daarmee vrijblijvende) samenwerking tussen eerstelijns professionals in het monodisciplinaire kleinbedrijf. Na 50 jaar is de eerstelijns meer en meer gaan samenwerken. Dit is, niet in de laatste plaats, gestimuleerd door de principes van de GZC. Het ziekenhuis is dé aanspreekbare organisatie voor alle specialistische zorg over alle disciplines heen. Hierdoor zijn de diverse specialismen onder één organisatie beland. Het lijkt logisch een vergelijkbare counterpart voor de multidisciplinaire eerstelijns te organiseren. Ook hier moet de vrijblijvendheid in multidisciplinaire samenwerking door één aanspreekbare organisatie worden voorkomen. De organisatievorm van GZC dwingt, in het belang van de patiënt, deze samenwerking af. Uit de afgelopen 50 jaar is het duidelijk geworden dat deze samenwerking niet vanzelf gaat. Daar is nadrukkelijk een richting vanuit de overheid en bekostigers van zorg voor nodig.”

~ Marc Bruijnzeels, directeur Jan van Es Instituut

Niet-vrijblijvende multidisciplinaire samenwerking in de praktijk

Een mooi voorbeeld is de brede focus van GZC De Roerdomp op het thema Laaggeletterdheid. Deelname aan het kwaliteitstraject is voor de hulpverleners in het GZC verplicht gesteld. Dit was een;

“wens vanuit de professionals zelf. Er is een diepgevoeld verantwoordelijkheidsgevoel om dit samen op te moeten pakken.”

“Onze huidige centrum brede focus (huisartsenteam, fysiotherapie, apotheek) op het thema Laaggeletterdheid is er een goed voorbeeld van. Actueel en veel voorkomend in onze populatie. Groot verband met gezondheidsvaardigheden en welzijn.

We investeren bij alle disciplines d.m.v. scholing, actieve workshops en beschrijven van werkprotocollen in het herkennen en registreren van laaggeletterdheid. De professionals hebben hierdoor een gedeeld kader en stimuleren en ondersteunen elkaar in de zorg voor de laaggeletterde patiënt. We leren op een begrijpelijke manier communiceren met de patiënt. Dit verbetert de gezondheidsvaardigheden en verhoogt de kwaliteit van zorg. Samenwerking tussen disciplines zal hierdoor verder verbeteren.

De centrumbrede aanpak waarborgt dat de patiënt in het hele centrum deze aandacht krijgt en als meerdere professionals betrokken zijn, er afstemming en overdracht is op dit vaak onbesproken en onderbelichte thema. We voelen in de Roerdomp door deze gezamenlijke aanpak ook echt gezamenlijke verantwoordelijkheid. De cliëntenraad wordt betrokken bij dit project om mee te denken en advies te geven.”

~ Respondent Delphi Studie

