

Uit de praktijk

Voor uit de praktijk, kunnen we de verschillende interviews van Karen Voors gebruiken. Bij voorkeur worden de eerste twee interviews er gelijk op gezet en uitgelicht op de pagina van het onderzoek (zoals ook te zien is in de mock up). De andere interviews kunnen dan verspreid over de weken daarna gepubliceerd worden, bijvoorbeeld elke week 1 interview, om elke keer weer even een nieuwe 'prikkel' te geven aan mensen, om de publicatie te gaan bekijken. Wie gelijk alle interviews wil lezen, kan de bundeling van interviews al in de slider vinden.

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 huisartsvak 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 nóg 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 huisartsteam 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)

1977-1980 Psycholoog gezondheidscentrum Diemen

1980-1986 Coördinator Samenwerkingsverbanden EersteLijns gezondheidszorg (SOSEL) Amsterdam

1986-2008 Directeur Landelijke Vereniging Gezondheidscentra (LVG)

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, vanaf 2003 als huisarts-docent. “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 praktijk 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 uitgetoetst 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 zoiets: 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. 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 ándere 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 sámen voor de patiënt zorgt en sámen 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 sámen een patiënt zien, sámen 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 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 dossier 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 thuiszorgorganisatie die eindeloos 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 Subsiëring Gezondheidscentra voor de gezondheidscentra de constructie bedacht met een onafhankelijke manager. Dat werkte goed. Maar wat 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 moeten 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 hebben. En dan heb je kans om het beter op elkaar af te stemmen. Het zou voor de patiënten zo fijn zou 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 goodwill 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, ontleen 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 efficiëntievoordeel 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 formularium 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 de 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 verminderde. 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

1980-1984 Tropenarts in Kenya

1984-1991 Huisarts en centrummanager gezondheidscentrum Almere-Buiten

1991-2000 Huisarts gezondheidscentrum Almere-Haven

1994-2016 Diverse opleidingsfuncties (o.a. docent huisartsenopleiding AMC)

2002-2013 Senior beleidsadviseur LHV

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 ontschotter 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 populatiebeposting. 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 dáároveň, 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)

1985-2004	(Hoofd)verpleegkundige
2004-2008	Hoofd bedrijfsvoering/verpleegkundig bestuurder AMC
2008	Projectleider en interim management <jaartallen + functie>
2009- heden	Senior inkoper eerste lijn Zorg en Zekerheid

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 praktijk eigenaar 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, zélf 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 eerstelijns hulpverleners, 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 eerstelijns organisatie.”

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 WVT 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 gefrasseerd 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 vrijgevestigde 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 persoonsgerichte 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 beleid 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 zorgverzekeringsstelsel 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 te 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

1983-1987 Directeur/bestuurder Humanitas Amsterdam,

1987-2005 Voorzitter Raad van Bestuur Zorggroep Almere

2005-2010 Zelfstandig adviseur, onder meer initiatiefnemer en kwartiermaker Landelijk Kenniscentrum voor de Geïntegreerde Eerstelijnsgezondheidszorg, het Jan van Es Instituut

2010- heden onder meer Voorzitter district Oost Humanitas

Johan Reesink

Huisartsen voelen zich vrij om mee te werken

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.

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 uitkomstindicatoren 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 lasen 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 populatieafhankelijk 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 AIOS 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 Raedelijk
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 ándere 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 zélf dat ze beter samen één praktijkmanager kunnen hebben. Het is steeds samen zoeken naar wat nú op déze 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 uitziet. 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 maatschappelijk 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)

Vanaf 1980 Huisarts in Utrecht Overvecht.

2010-2020 Bestuurder Stichting Overvecht Gezond

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 geschraapt 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 ontorechte 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)

1987-2012 Huisarts Zorggroep Almere (huidige naam)

2000-2012 Directeur en bestuursvoorzitter (vanaf 2004) van het NHG

2012-2020 Bestuursvoorzitter van achtereenvolgens het Westfriesgasthuis, Westfriesgasthuis/
Waterlandziekenhuis en het Dijklanderziekenhuis.

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 praktisch 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)

1970-1975 Sociologie RU Groningen en Erasmus Universiteit

1975-1983 Beleidsmedewerker Nationale Kruisverenigingen

1983-1989 Afdelingshoofd Ziekenfondsraad

1989-2006 Directeur ZAO Zorgverzekeringen

en na fusies voorzitter RvB Agis zorgverzekeringen

2006-2012 Tweede Kamer woordvoerder volksgezondheid PvdA

2006-heden Verschillende toezichhoudende functies op het terrein van zorg, welzijn en cultuur

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 geórganiseerde 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-zorg 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 ónze organisatie blijft, dan gaan we misschien met behóud 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 schaarste 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