



De Kroonjuwelen van de Gezondheidscentra

50 jaar gezondheidscentra:
Wat heeft het ons gebracht?

Auteurs: T.A. Haakma¹, B.N.J. de Koeijer¹ & M. Bruijnzeels¹
In opdracht van Stichting Sociaal Fonds Gezondheidscentra (SSFG)²

¹ Jan van Es Instituut, Vorenbroekstraat 65, 2242 NV Wassenaar
² SSFG, Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht

Voorwoord

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

“De toekomst kan niet zonder geschiedenis”, luidt het gezegde. De geschiedenis van gezondheidscentra is hier nu uitgebreid beschreven. Toch is geschiedschrijving zelf niet het hoogste doel. Te lang blijven hangen in de geschiedenis is zelfs ongewenst. Het gaat erom welke lessen je eruit kunt trekken voor de toekomst. Die lessen, de “kroonjuwelen”, zijn nu geformuleerd. Ze blijken nog springlevend en worden inmiddels breed omarmd, ook buiten de gezondheidscentra. De uitdaging wordt om ze breed toe te passen in de context van nu. Dat vraagt van huisartsen en alle andere eerstelijns zorgprofessionals om ze te integreren in hun praktijkvoering, ongeacht de setting waarin zij werken. Van de systeempartijen vraagt het om wet- en regelgeving en een financieringsstructuur die dat mogelijk maakt. En van de gezondheidscentra vraagt het om flexibiliteit om mee te bewegen in de veranderende omgeving van nu. Het verleden leert dat zij die flexibiliteit kunnen opbrengen. Ik spreek de wens uit dat we de kroonjuwelen structureel gaan inbedden in de eerstelijns zorg. Dan is dit rapport een heel mooi cadeau van de SSFG aan onze gezondheidszorg en onze samenleving.

Namens de stuurgroep,
Maarten Klomp, voorzitter



Inleiding

Iedereen is ervan overtuigd dat samenwerking meer oplevert, maar het gebeurt nog weinig in de zorg. De potentie van samenwerkingsprojecten is vaak groot, maar verschillende factoren zorgen er nog te vaak voor dat projecten niet opgezet worden of in korte tijd weer afgebroken worden. Toch bestaat er al 50 jaar een samenwerkingsverband die de eerstelijnszorg heeft gevormd en steeds op zoek is naar een betere kwaliteit van zorg: de gezondheidscentra (GZC).

Ook al bestaan de GZC inmiddels 50 jaar, hun bestaan wordt sinds de oprichting bediscussieerd door beleidsmakers en stakeholders met de dominante vraag: 'Wat biedt het centrum wat individuele zorgverleners niet kunnen bieden?'. Om een onderbouwd antwoord te kunnen geven op deze vraag heeft het Jan van Es Instituut, ter ere van het 50-jaar van de Stichting Sociaal Fonds Gezondheidscentra, een wetenschappelijk onderzoek naar de kroonjuwelen van gezondheidscentra uitgevoerd.



Inhoud

05 - Samenvatting

06 - De Kroonjuwelen

23 - Mechanismen en processen die de
ontwikkeling van kroonjuwelen
faciliteren/belemmeren

25 - Werken volgens de principes
van gezondheidscentra

27 - Principes

30 - Mechanismen

38 - Ontstaan en ontwikkeling
van gezondheidscentra

46 - Reflectie op 50 jaar gezondheidscentra



Samenvatting

De GZC zijn opgericht door een groep idealisten die de zorg anders wilden organiseren. Deze verschillende zorgverleners organiseerden zich samen in één organisatie en onder één dak. Zij brachten twee revolutionaire ideeën:

- 1) het invoeren van verplicht multidisciplinair samenwerken om de kwaliteit van zorg te verbeteren;
- 2) het vormen van een organisatie in de eerstelijns ter ondersteuning hiervan.

In hun 50-jarige bestaan zijn de GZC substantieel beïnvloed door ontwikkelingen in het zorglandschap. De GZC kregen te maken met financiële onzekerheid, die hun activiteiten hebben ingeperkt. De ideologie bestaat echter, in meer of mindere mate, nog steeds.

Faciliterende structuren en financiering zijn nodig om de GZC bestaanszekerheid te bieden. Zo kunnen zij weer gaan werken volgens de principes van de GZC en hun kroonjuwelen verder ontwikkelen. Er zijn zeven mechanismen geïdentificeerd die getriggerd kunnen worden door het werken volgens de principes van GZC. Deze mechanismen stimuleren de ontwikkeling van de kroonjuwelen.

[Het overzicht](#) laat de 6 verschillende kroonjuwelen zien. Door met je muis over een kroonjuweel te gaan, zie je welke mechanismen en principes horen bij het kroonjuweel. Voor meer informatie over een kroonjuweel, mechanisme of principe, klik je op het betreffende item of blader je door deze publicatie. Daarnaast bieden we bij elk kroonjuweel, een advies naar de toekomst.

[De ontwikkeling van GZC](#) vormt de grondslag van het onderzoek. Op basis van een literatuurstudie, diepteinterviews met diverse prominenten, focusgroepen met personen uit 'de wereld van gezondheidscentra' van de afgelopen 50 jaar, en input van de stuurgroep, zijn het ontstaan en de ontwikkeling van GZC in kaart gebracht. Hieruit zijn 20 principes van het werken volgens GZC naar voren gekomen, welke zijn gevalideerd door middel van een enquête. Daarnaast is met deze data inzicht verkregen in de factoren die nodig zijn voor de principes om tot de ontwikkeling van de kroonjuwelen te komen. De belangrijkste principes komen terug in de kroonjuwelen. De kroonjuwelen zijn gevalideerd door middel van een delphi studie.



Sleutelitems/ Principes

Mechanismen



De kroonjuwelen van de gezondheidscentra

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

Figuur x: De kroonjuwelen van gezondheidscentra





Publieke Verantwoordelijkheid



Wijkgericht en holistisch

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

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



Betere onderhandelingspositie

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

Betaalbaarheid

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

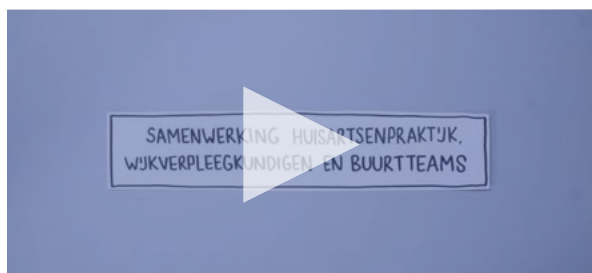
“GZC kijken dus, zowel op individueel als op populatieniveau, met een bredere blik dan uitsluitend naar de eigen ingeschreven patiënten en de eigen betrokken zorgverleners. In combinatie met de verantwoordelijkheid voor de betaalbaarheid van de zorg, vormen de GZC, bij uitstek, dé organisatievorm die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

~ Marc Bruijnzeels, directeur Jan van Es Instituut

Publieke verantwoordelijkheid in de praktijk

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

Krachtige basiszorg, samenwerking buurtteams, wijkverpleging en huisartsenpraktijken





Aanspreekbare organisaties



Eén aanspreekpunt en één doel

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

Eén aanspreekpunt en één doel

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



Dekkende patiëntpopulatie

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

Kwaliteit van beleidsvoering

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

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

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

~ Bestuurder GZC

Betere onderhandelingspositie

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

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



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

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

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

~ Marc Bruijnzeels, directeur Jan van Es Instituut

Aanspreekbare organisatie in de praktijk

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





Innoverende kwaliteitscultuur



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



De innoverende kwaliteitscultuur zorgde voor een buffer op twee niveaus:

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

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

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

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

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

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

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

~ Marc Bruijnzeels, directeur Jan van Es Instituut



Innoverende kwaliteitscultuur in de praktijk

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

PsyScan: effectief hulpmiddel bij psychische klachten



Lees hier het artikel





Domeinoverstijgende kruisbestuiving



Stimuleren van domeinoverstijgende kruisbestuiving

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

Vloeibare kennis

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



Aanjaagfunctie

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

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

~ Bestuurder GZC

“Samenwerken buiten de gezondheidszorg, met de gemeenten, met de tweede lijn, met de inwoners uit de wijk, maar ook samen met de detailhandel, sportclubs, ouderenbonden, woningbouwverenigingen, etc. dat is de kern van domeinoverstijgende kruisbestuiving. Vanuit de wetenschap dat de gezondheid van een populatie voor maximaal 10% wordt beïnvloed door de gezondheidszorg, en veel meer door de fysieke en sociale omgeving en het gedrag van de mensen, is een brede integrale aanpak noodzakelijk. De huidige regionaliseringstendens vraagt om deze bredere blik op gezondheid. De GZC hebben deze bredere blik in de genen van de organisatie. Dit kroonjuweel is dus wederom een voorbeeld van een kroonjuweel dat zeker niet tot volle wasdom is gekomen in de afgelopen jaren, maar zeel veel potentie heeft. Vele projecten op vele plaatsen in het land tonen deze potentie.”

~ Marc Bruijnzeels, directeur Jan van Es Instituut

Domeinoverstijgende kruisbestuiving in de praktijk

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

[Samenwerken binnen de zorg- en dienstverlening / Rubenshoek](#)

~ Respondent Delphi Studie





Gemeenschappelijke beleidsvoering



Van vrijwilliger bestuur van hulpverleners naar management

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

Management en professionele autonomie

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



Dienend leiderschap en democratische beleidsvoering

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

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

~ Bestuurder GZC

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

~ Marc Bruijnzeels, directeur Jan van Es Instituut



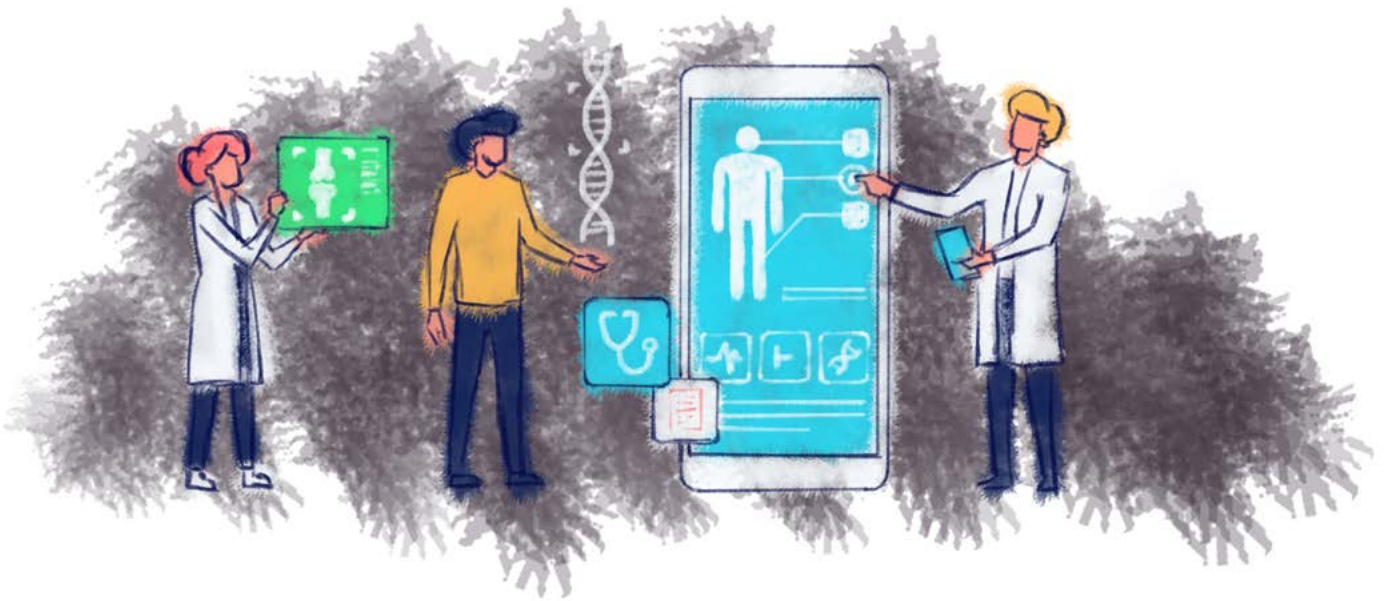
Democratische beleidsvoering in de praktijk

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





Niet vrijblijvende multidisciplinaire samenwerking



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



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

~ Marc Bruijnzeels, directeur Jan van Es Instituut

Niet-vrijblijvende multidisciplinaire samenwerking in de praktijk

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

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

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

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

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

~ Respondent Delphi Studie



Mechanismen en processen die de ontwikkeling van kroonjuwelen faciliteren/ belemmeren

Bestaanszekerheid als basis voor ontwikkeling kroonjuwelen

Bestaanszekerheid als randvoorwaarde

Bestaanszekerheid is een randvoorwaarde voor gezondheidscentra om te kunnen werken volgens de principes van gezondheidscentra, waardoor er mechanismen getriggerd kunnen worden. De mechanismen zorgen vervolgens voor de ontwikkeling van de kroonjuwelen, die dan verzilverd moeten worden. Indien er echter niet voldaan gedaan wordt aan de randvoorwaarde van bestaanszekerheid, kunnen er negatieve mechanismen optreden, die afbreuk doen aan het werken volgens de principes van gezondheidscentra en de ontwikkeling van de kroonjuwelen belemmert.



*Indien niet voldaan aan bestaanszekerheid leidt dit tot negatieve mechanismen die afbreuk doen aan het werken volgens de principes van de GZC, waardoor de kroonjuwelen niet of in beperkte mate bereikt zullen worden.



Vormen van zekerheid

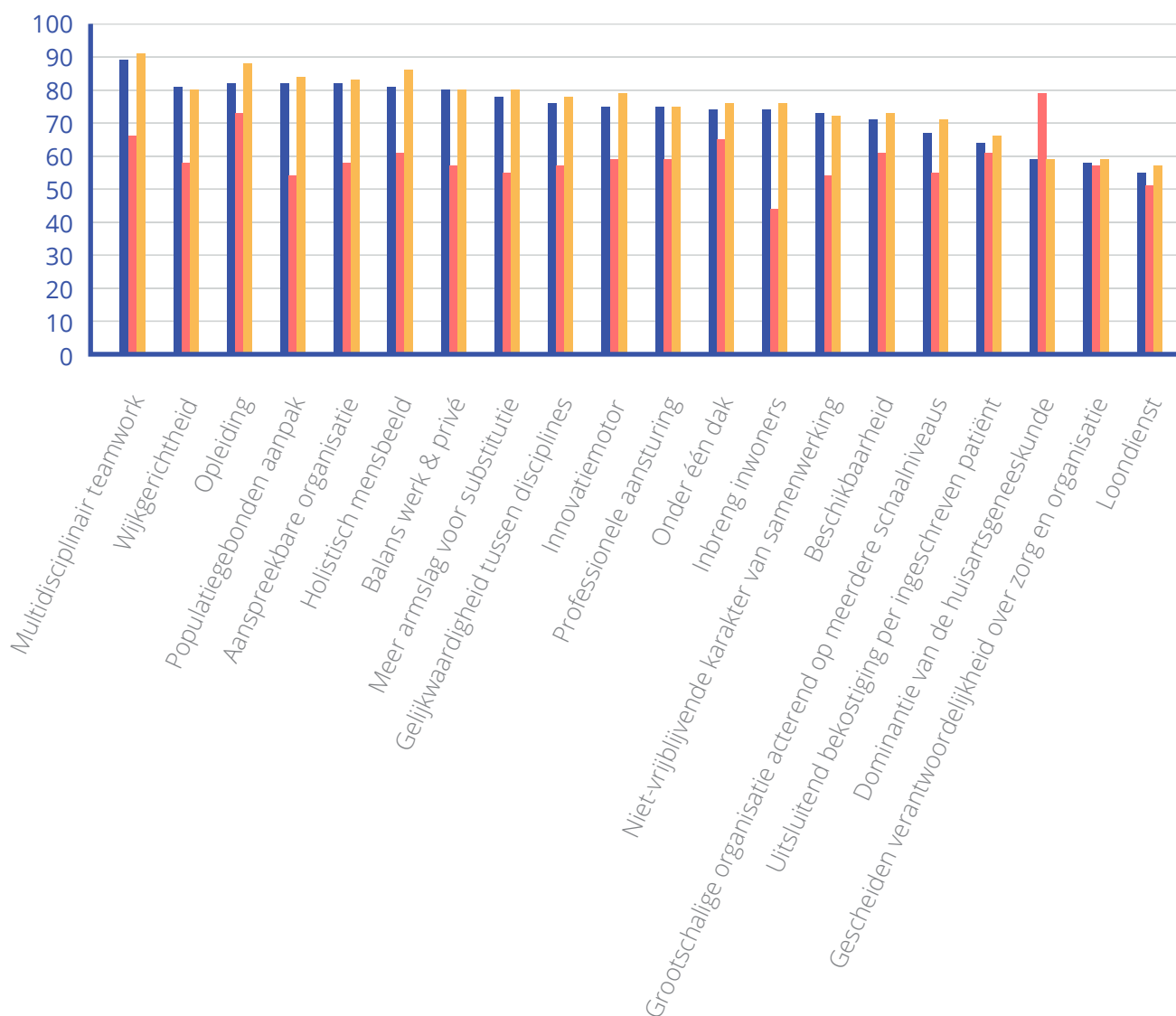
De bestaanszekerheid houdt allereerst in dat de gezondheidscentra financiële zekerheid krijgen om het voortbestaan van de organisatie en haar manier van werken te waarborgen. De plannen en activiteiten en dus ook de resultaten van de GZC worden op belangrijke wijze beïnvloed door het beschikbare budget. Daar waar in de beginjaren met name extra budget is ingezet op het realiseren van de voorziening (gebouw en overlegtijd), is dit sinds 2005 verschoven naar een verantwoording van de ingezette middelen in termen van extra doelmatigheid. Het dominante bekostigingssysteem is daarnaast ingericht op zelfstandige hulpverleners, wat knelpunten voor het werken in gezondheidscentra oplevert. Hiermee staat de gelijkwaardigheid van disciplines en de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid onder de druk. In de laatste 10 jaar is de bestaanszekerheid bij verschillende gezondheidscentra in gevaar gebracht door de financiële onzekerheid. Dit werd veroorzaakt door de opeenvolgende invoering en afschaffing van financieringsregelingen voor de gezondheidscentra.

De gemeente zou ook een rol kunnen spelen, wat betreft de locatiezekerheid, wanneer de gemeente of een andere eigenaar van het gebouw bijvoorbeeld zijn bestemmingsplan wijzigt. Ook schaarste in de arbeidsmarkt kan de bestaanszekerheid bedreigen.



Werken volgens de principes van gezondheidscentra

Op basis van een literatuurstudie, diepte-interviews met diverse prominenten, focusgroepen met personen uit 'de wereld van gezondheidscentra' van de afgelopen 50 jaar, en input van de stuurgroep zijn 20 principes van het werken volgens GZC geïdentificeerd. Door middel van een enquête is vervolgens onderzocht welke principes de respondenten belangrijk vinden, hoe vaak deze principes momenteel voorkomen bij de gezondheidscentra en hoe belangrijk ze het vinden dat deze thema's in de toekomst aanwezig blijven. Deze enquête is breed uitgezet onder personen in 'de wereld van multidisciplinair wijk- en regiogericht samenwerken in de zorg'. Onderstaand figuur laat de principes en bijbehorende resultaten zien:



Met de enquête is gevalideerd of de geformuleerde principes ook inderdaad het belangrijkste zijn. Alle principes worden door de meerderheid van de respondenten belangrijk gevonden. Wel zien we een duidelijke volgorde. De belangrijkste principes komen terug in de kroonjuwelen. Tevens blijkt dat alle thema's ook voor over 10 jaar nog steeds belangrijk worden geacht. Dit resultaat geeft de meerwaarde van GZC voor de toekomst weer.

We zien dat de principes in de praktijk niet overal volledig zijn geïmplementeerd. Er zit een discrepantie in wat er ervaren wordt in de praktijk en hoe belangrijk men de principes vindt. De principes 'dominantie van de huisartsgeneeskunde' en 'aanspreekbare organisatie' vormen een uitzondering. Deze worden vaker waargenomen, dan dat men ze belangrijk vindt. De gezondheidscentra zijn dus gestart als een prachtig idee, maar nog niet volledig tot wasdom gekomen in de praktijk. De enquêteresultaten geven hiermee inzicht in de ruimte voor verbetering.

In het volgende hoofdstuk lees je meer over de mechanismen. Die vertellen je wat er achter deze principes zit en hoe het werken volgens deze principes de ontwikkeling van de kroonjuwelen kan stimuleren.



De Principes

1.

Multidisciplinair teamwork

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

2.

Wijkgericht

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

3.

Opleiding

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

4.

Populatiegebonden aanpak

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

5.

Aanspreekbare (gebiedsgerichte) organisatie

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

6.

Holistisch mensbeeld wordt beter bediend door samenwerking meerdere disciplines

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



7. **Balans tussen werk en privé**

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

8. **Meer armslag voor substitutie**

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

9. **Gelijkwaardigheid van disciplines**

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

10. **Innovatiemotor**

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

11. **Professionele aansturing**

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

12. **Onder één Dak**

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

13. **Inbreng van de inwoners**

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



14.

Niet-vrijblijvende karakter van de samenwerking

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

15.

Beschikbaarheid als meerwaarde

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

16.

Grootschalige organisatie acterend op meerdere schaalniveaus

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

17.

Uitsluitend bekostiging per ingeschreven patiënt

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

18.

Dominantie van de huisartsgeneeskunde

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

19.

Gescheiden verantwoordelijkheid over zorg en organisatie

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

20.

Loondienst

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



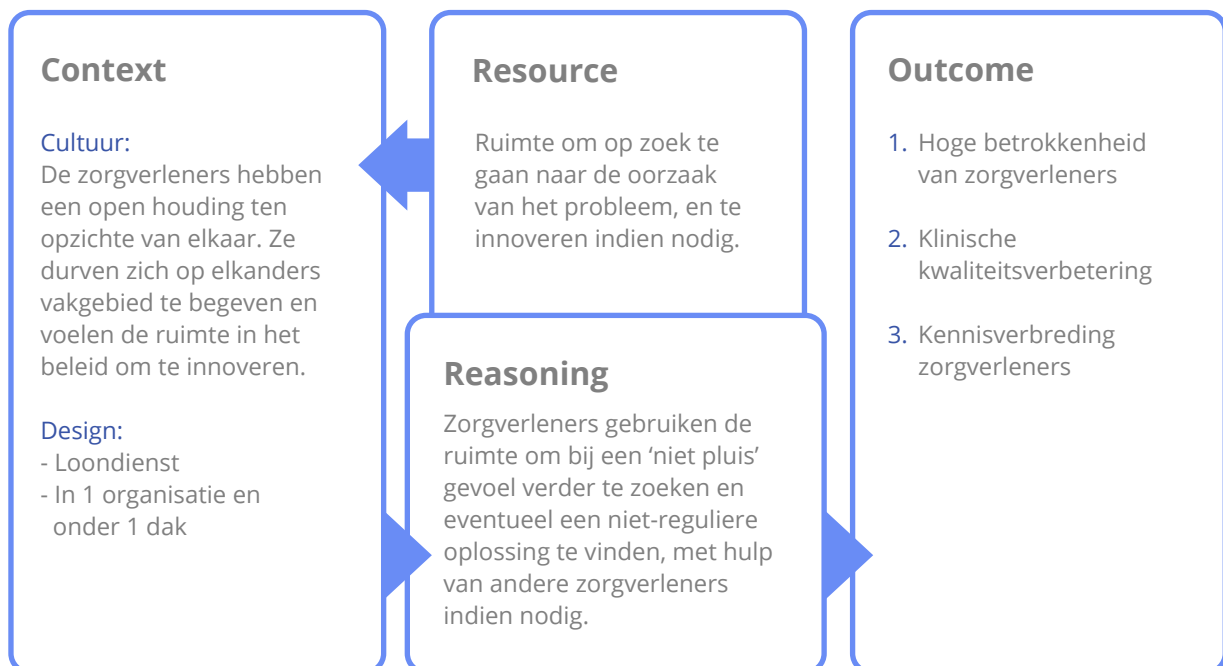
Mechanismen

Door het werken volgens de principes van de GZC worden er mechanismen geactiveerd. Wanneer de organisatie de juiste resources biedt in de juiste context leidt dit tot een bepaald gedrag van zorgverleners, en een resultaat op organisatieniveau. De mechanismen zullen een versterkend effect hebben, wanneer de hygiënefactoren in de GZC voor een bepaalde tevredenheid zorgen. Hiervoor is bestaanszekerheid cruciaal. Intrinsieke motivatie is echter sterker dan extrinsieke motivatie. Uit de data kwam naar voren dat hulpverleners bereid zijn om slechtere werkomstandigheden te accepteren om te blijven werken volgens hun ideologie. Dit zorgt voor een bepaalde buffer, maar iedere zorgverlener zal zijn eigen breekpunt hebben. In dit hoofdstuk worden 4 individuele mechanismen en 3 procesmechanismen beschreven.



Mechanisme 1: Professionele autonomie

Zorgverleners hechten veel waarde aan hun professionele autonomie. Zij krijgen meer ruimte om op zoek te gaan naar de oorzaak van problemen. Indien nodig zoeken zij, met hulp van andere zorgverleners, naar innovatieve oplossingen. Dit mechanisme zorgt voor een hoge betrokkenheid van zorgverleners. Dit bevordert de duurzaamheid van de arbeidsmarkt in de zorg. Het proces om verder te zoeken, zorgt voor klinische kwaliteitsverbetering en kennisverbreding. Het helpt ook medicalisering tegen te gaan.



Mechanisme 2: Organisatie invloed

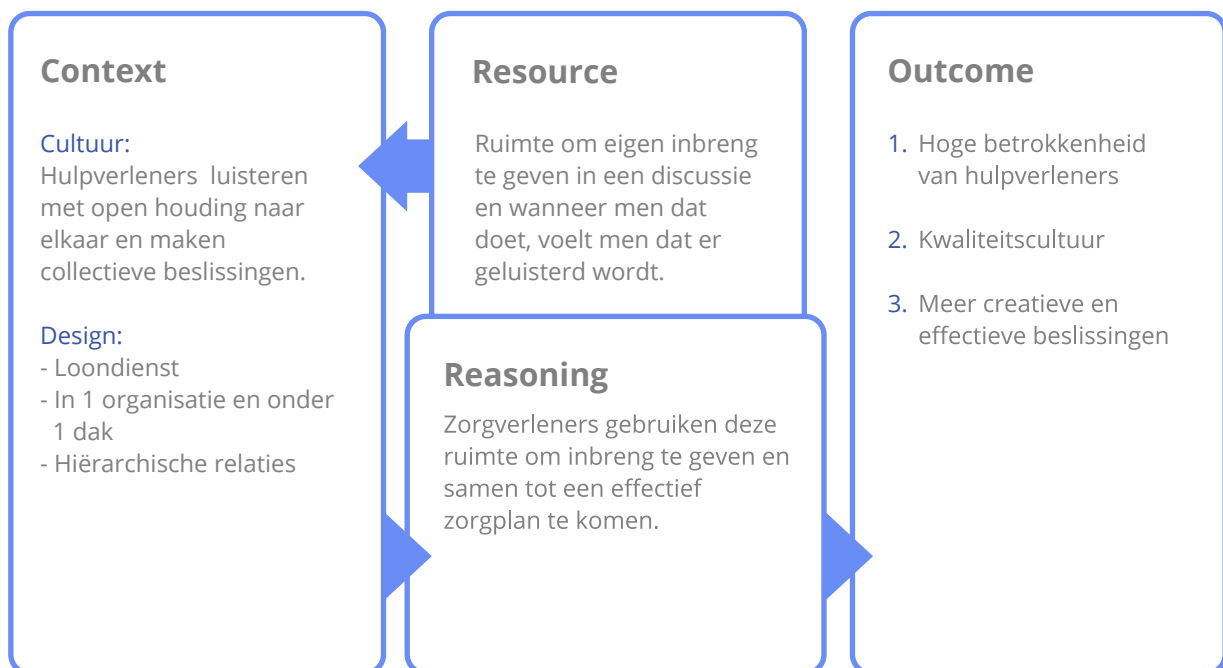
Wanneer de organisatie groter wordt, wordt het moeilijker om de zorgverleners betrokken te houden. Het mechanisme organisatie invloed refereert daarom aan het gevoel invloed te hebben op de manier waarop je werk georganiseerd is. Die invloed is nodig om je onderdeel te voelen van de organisatie ([zie mechanisme 4: toewijding aan gedeelde principes](#)).

Een hoge betrokkenheid van zorgverleners is goed voor de duurzaamheid van de arbeidsmarkt in de zorg. Het zorgt ook voor organisatorische kwaliteitsverbetering en kwalitatieve beleidsvoering. Het betrekken van de hulpverleners zorgt namelijk voor een coherente beleidsvoering en minder buitensporig gedrag. Bovendien maakt het de hulpverleners gedeeltelijk verantwoordelijk voor de organisatie en dat komt ten goede aan de kwaliteitscultuur.



Mechanisme 3: Gelijkwaardigheid van disciplines

Er is een gelijkwaardigheid van disciplines. Hulpverleners voelen de ruimte om hun eigen inbreng te geven in een discussie en anderen op hun gedrag en/of verantwoordelijkheden aan te spreken. Wanneer zij dat doen, voelen ze dat er naar hen geluisterd wordt. Dit mechanisme vormt hiermee een basis voor de kwaliteitscultuur en zorgt voor een hoge betrokkenheid van zorgverleners. Door de diversiteit van hulpverleners met verschillende achtergronden en denkwijzen, leidt het ook tot meer creatieve en effectieve beslissingen.



Mechanisme 4: Toewijding aan gedeelde principes

De zorgverleners hebben het gevoel deel uit te maken van een team en organisatie met eenzelfde doel. Doordat ze op één lijn zitten, kunnen ze een coherente zorgverlening bieden. Het mechanisme zorgt ook voor een hoge betrokkenheid van zorgverleners. Dit komt de duurzaamheid van de arbeidsmarkt in de zorg ten goede. Daarnaast zorgt de verantwoordelijkheid die zij voelen voor hoge eigenaarschap.



Mechanisme 5: Ontwikkeling van informele relaties

Het werken in 1 organisatie en onder 1 dak genereert contact tussen de zorgverleners. Datzelfde geldt voor de dekkende patiëntenpopulatie. Op deze manier kunnen er informele relaties tussen de zorgverleners ontstaan. Deze faciliteren een collectief doel en gelijkwaardigheid onder hulpverleners. Er wordt meer informatie gedeeld, interventies worden gecoördineerd en de hulpverlening sluit beter aan bij de patiënten. Hiërarchische relaties kunnen een negatief effect hebben op de ontwikkeling van informele relaties.

Context

- In 1 organisatie en onder 1 dak
- Dekkende patiëntenpopulatie
- Hiërarchische relaties

Mechanisme

Ontwikkeling van informele relaties tussen hulpverleners

Outcome

1. Faciliteert collectief doel en gelijkwaardigheid
2. Informatie delen en coördineren van interventies
3. Beter aansluitende hulp voor patiënten.



Mechanisme 6: Ontwikkeling van vloeibare kennis

Multidisciplinaire samenwerking, de ruimte voor innovatie en de ruimte en bereidheid om verder te gaan dan hun eigen discipline, zorgen ervoor dat zorgverleners vloeibare kennis ontwikkelen. Met deze kennis kunnen hulpverleners patiënten die moeite hebben met het vinden, begrijpen en toepassen van informatie over gezondheid en zorg sneller herkennen. Ook kunnen ze hen faciliteren met informatie en de coördinatie in het zorglandschap, zodat zij beter de weg weten te vinden in het zorgsysteem. Deze kennisontwikkeling en uitdaging vergroot de betrokkenheid van zorgverleners en kan hun focus verscherpen.

Context

- Multidisciplinaire samenwerking
- Ruimte voor innovatie
- Ruimte en bereidheid om verder te gaan dan eigen discipline

Mechanisme

Ontwikkeling van vloeibare kennis

Outcome

1. Herkennen van patiënten die er niet uitkomen, faciliteren met informatie en coördinatie
2. Voorkomen van patiënten die 'zwemmen' in het systeem
3. Betrokkenheid hulpverleners



Mechanisme 7: Ontwikkeling van coördinatie in eerstelijns

Dit mechanisme refereert aan het proces van ontwikkeling van coördinatie in de eerstelijns. Voor een ziekenhuis, bijvoorbeeld, is het makkelijker om de nazorg over te dragen aan 1 multidisciplinair team, dat zichzelf coördineert om de best passende hulp voor de patiënt te dragen. Een dekkende patiëntenpopulatie is daarbij faciliterend. De gelijkwaardigheid van disciplines en verplichte multidisciplinaire samenwerking zorgen ervoor dat zorgverleners elkaar makkelijker aanspreken op hun verantwoordelijkheden.

De coördinatie zorgt voor beter aansluitende hulp voor patiënten, meer coherente en kwalitatieve zorg en, in het geval van het ziekenhuis, minder complicaties na opnames. Dit biedt ook potentie voor substitutie, door de nazorg in sommige gevallen onder te brengen in de eerstelijns.

Context

- 1 organisatie, meerdere disciplines
- Multidisciplinaire samenwerking
- Dekkende patiëntenpopulatie
- Gelijkwaardigheid

Mechanisme

Ontwikkeling van coördinatie in de eerstelijns






Outcome

1. Beter aansluitende hulp voor patiënten
2. Coherente en kwalitatieve zorg
3. Minder complicaties na ziekenhuisopnames, potentie voor substitutie



Ontstaan en ontwikkeling van gezondheidscentra



	Periode 1 ca. 1960 - 2004		Periode 2 ca. 2005 - heden/toekomst	
Algemene ontwikkelingen in de zorg	Traditional public management		New public management	
	1970 - 1989	1990 - 2004	2005 - 2014	2015 - heden
Focus	Idealistisch	Beschikbaarheid	Doelmatigheid	Netwerkgang
Omgeving	<p>Eind jaren '90 professionaliseerden de wijkverpleging en maatschappelijk werkers zichzelf verder.</p> 	<p>Lokale overheden stimuleerden de komst van nieuwe GZC's. Elke nieuwe wijk moest een GZC krijgen. Ook in oude stadswijken en Vinex Locaties ontstonden veel GZC's.</p> 	<p>De komst van de zorggroepen zorgde voor concurrerende organisatievormen.</p> <p>De fusie van de jeugdzorg en kruisverenigingen zoals de thuiszorg, heeft ervoor gezorgd dat de wijkverpleging de gezondheidszorg is uitgegaan.</p> 	<p>Houdbaarheid systeem door meer samenwerking</p> 
Wat betekent de focus?	Het holistische mensbeeld komt om de hoek kijken. Dit was ook de innovatie voor de huisartsgeneeskunde.	Inspelen op kansen en witte vlekken in het zorgaanbod-landschap.	Meer een ziektespecifieke benadering	Meer aandacht voor multimorbiditeit
Sturingsinstrument	Adhoc subsidies	Subsidiebeleid	Beleidsregel binnen de ZWW	Onderdeel van O&I
				
Implicaties voor GZC	<ul style="list-style-type: none"> - Ruimte om te experimenteren en te groeien - Continue discussie over structurele bekostiging - Betaald voor organisatorische randvoorwaarden, zoals overlegtijd en gebouw - Gelijkaardigheid tussen eerstelijns disciplines - als gevolg van de holistische benadering 		<ul style="list-style-type: none"> - Moesten in een keer toegevoegde waarde gaan bewijzen t.o.v. andere organisatievormen - Betaald voor directe patiëntuitkomsten - Dominantie van de huisartsgeneeskunde komt op - als gevolg van de ziektespecifieke benadering 	
Netwerk Perspectief	Zelfsturende professionele organisatie van professionals	Stichtingen met eigen bestuur	Organisatie met bestuur van buitenaf en toezicht	Onderdeel van een regionaal huisartsennetwerk
Hoe zag de focus eruit voor GZC?	Verspreid over het land gingen zorgprofessionals hun idealen nastreven, experimenteren en vormden ze GZC's.	Groei van GZC mede door ondersteuning van de lokale overheden	GZC worden afgerekend op ziektespecifieke indicatoren.	GZC gaan op in grootschalige netwerken.
Aanvullen	In 1992 waren er ca. 161 GZC's			In 2010 waren 197 GZC's lid van de LVG



Periode 1:

Op weg naar toegankelijke zorg (1960 - 2005)

Algemene ontwikkelingen in vogelvlucht:

- 1. Van nachtwakersstaat naar verzorgingsstaat**

Tot 1900 bemoeide de overheid zich zo min mogelijk met haar burgers. Daarna ging de overheid, door middel van wetgeving en financiële middelen, steeds meer zorgen voor het sociaal economische welzijn van al haar burgers.
- 2. Van zelfregulerende naar contractplichtige ziekenfondsen**

Met het ziekenfondsbesluit (1941) werden alle inwoners onder de loongrens verplicht om zich aan te sluiten bij een ziekenfonds. Ziekenfondsen waren nu contractplichtig, waarmee er een einde kwam aan het selectief contracteren.
- 3. Overheidsregulering werd gericht op kostenbeheersing**

Toenemende werkloosheid en de daardoor aflopende belastinginkomsten, zorgden ervoor dat overheidsregulering vanaf de jaren 70 steeds meer gericht werd op kostenbeheersing. Er werden verschillende wetten geïntroduceerd gericht op het beperken van de prijs en volume van zorg.
- 4. Onvrede over de kostenbeheersing zorgde in de jaren 80 voor discussies over de doelmatigheid van het systeem**

De kostenbeheersing zorgde o.a. voor lange wachtlijsten, onvrede over vergoedingen van verpleegkundigen en vrije beroepsbeoefenaren, en een gebrek aan innovatie. De onvrede stimuleerde ondermijning van het systeem, waardoor de regelgeving steeds verfijnder werd. Halverwege de jaren '80 ontstond er consensus dat dit niet de oplossing was.
- 5. Steeds meer aandacht voor kwaliteit en kwaliteitsbeheersing in de jaren 90**

De invoering van de wetten Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) in 1992 en Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZ) in 1996 moesten de kwaliteit van zorg gaan waarborgen. Het resultaat van de KZ was echter dat er veel verschillende meetmethoden gebruikt werden, waardoor de data niet vergelijkbaar viel. Ook zou het te vrijblijvend zijn.



Tot 1900	<p>De ziekenfondsen rustten op zelfregulering</p> <p>Nederland was een typische nachtwakerstaat. De overheid bemoeide zich zo min mogelijk met haar burgers. De ziekenfondsen rustten tot deze tijd op zelfregulering.</p>
1913	<p>Eerste koepel van ziekenfondsen</p> <p>De Nederlandse Maatschappij voor Geneeskunde richtte de eerste koepel van ziekenfondsen op en vormde een landelijk beleid.</p>
1941	<p>Het ziekenfondsbesluit</p> <p>Alle inwoners onder loongrens werden verplicht om zich aan te sluiten bij een ziekenfonds. Ziekenfondsen waren nu contractplichtig, waarmee er een einde kwam aan het selectief contracteren.</p> <p>1949: Invoering van toezicht door de ziekenfondsraad</p>
1956	<p>Wet op ziekenfondsverzekering voor bejaarden (1956)</p>
1964	<p>De ziekenfondswet</p> <p>De ziekenfondswet verving het ziekenfondsbesluit zonder grote wijzigingen, de vernieuwingen waren beperkt tot het beroepsrecht en de samenstelling van de ziekenfondsraad.</p>
Rond 1970	<p>Introducering van de eerste gezondheidscentra</p>
1974	<p>Subsidie 'Voorlopige Stimuleringsregeling Wijkgezondheidscentra'</p>
1978	<p>Subsidie 'Voorlopige Stimuleringsregeling Wijkgezondheidscentra' ondergebracht bij de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten</p>
1979	<p>Onder de Voorlopige Subsidieregeling Samenwerkingsverbanden Eerstelijnsgezondheidszorg (VSSE) werden subsidies opgesplitst naar type samenwerkingsverband: zwaarder en lichter gestructureerd</p>
1981	<p>Wet tarieven gezondheidszorg</p>
1987	<p>Herziene Besluit Subsidiëring Gezondheidscentra (BSG) - subsidie voor lichter gestructureerde samenwerkingsverbanden stopte</p>
2000	<p>BSG integraal opgenomen in de Ziekenfondswet Regeling subsidies AWBZ</p>
2004	<p>Intentieverklaring Versterking eerstelijnszorg</p>



Implicaties voor GZC:

De GZC werden rond 1970 opgericht door een groep pioniers als een reactie op de versnippering van de eerstelijns en de dominantie van de huisartsgeneeskunde. Zij geloofden dat o.a. multidisciplinaire samenwerking, persoons- en wijkgerichte aanpak en een holistische benadering nodig waren voor het verbeteren van de zorg.

De overheid zag potentie in de GZC om de stijging van zorgkosten af te remmen. Vanwege de potentiële gezondheidswinst voerde de overheid subsidies in die hielpen GZC's op te zetten en te groeien, en organisatorische randvoorwaarden, zoals samenwerkingstijd en onderpand vergoedden. Na verloop van tijd werd de subsidie voor GZC beperkt, waardoor de groei van het aantal GZC ook stopte. De aanloopfinanciering zorgde voor veel GZC in nieuwe groeikernen.

Met de groei van de GZC trad ook schaalvergroting in het bestuur van de GZC op. Zo zijn sommige GZC van een vrijwillig bestuur met hulpverleners van de kerndisciplines veranderd tot meerdere GZC onder één koepel.

In de eerste jaren na oprichting hadden de GZC een aanjaagfunctie op vele terreinen. Niet alleen op huisartsgeneeskundig of organisatiekundig gebied, maar ook wat betreft wijkgericht werken en patiëntenparticipatie. Dit heeft de hele eerstelijnszorg gevoed in dit tijdperk, waardoor de verschillen tussen GZC en niet-GZC steeds kleiner werden. Echter de grote verschillen in implementatie zorgden voor onduidelijke resultaten. Hierdoor bleef de discussie over de waarde van de ideologie.



Periode 2: Op weg naar doelmatige zorg (2006 - heden)

Algemene ontwikkelingen in vogelvlucht:

1. Van subsidies naar leveringscontracten

De aanloopfinanciering voor beginnende GZC liep in 2007 over in de Beleidsregel 'Geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie' (Nederlandse Zorgautoriteit, 2007).¹ Deze nieuwe regel stelde dat samenwerkingsverbanden voor geïntegreerde zorg, werden gefinancierd door zorgverzekeraars middels contracten, via de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) (Hoogervorst, 2006).²

2. Introductie van marktwerking

De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is het sluitstuk van een serie wetten die de gereguleerde marktwerking in de zorg introduceerde. De introductie van concurrentie zou een positief effect moeten hebben op de prijs en/of kwaliteit van de zorg. Daarnaast zou het moeten leiden tot een verandering van het aanbodgestuurde systeem naar een vraaggestuurd systeem.

3. Van ziekenfondsen naar zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars kopen zorg in bij zorgaanbieders en geven hiermee hun zorgpolis vorm. Ze kunnen hun eigen selectiecriteria betreft prijs en kwaliteit, toepassen op de aangeboden zorg. Ook hebben ze de macht om zorgaanbieders te beïnvloeden, door randvoorwaarden te stellen, betreft kostenbeheersing en kwaliteit, in de contracten die zij sluiten met zorgaanbieders (Out & De Jong, 2017).³

4. Ontstaan van zorggroepen

Tussen 2005 en 2008 ontstond er in snelle tijd een landelijk dekkend netwerk van zorggroepen. Dit zijn collectieve organisaties van huisartsen met als doel om de chronische zorg uit de tweede lijn te substitueren (De Eerstelijns, 2017).⁴ De intentie was dat deze zorggroepen multidisciplinair van aard zouden zijn, echter in de praktijk waren de huisartsen de dominante discipline in de zorggroepen.



5. **Overwaardering van specialistische kennis en onderwaardering van generalistische kennis**

Het evidence-based denken heeft een dominante positie gekregen bij zowel beleidsmakers als hulpverleners. Dit gaat uit van één juiste behandeling voor het gegeven probleem en de meest effectieve interventie. Dit werd ook steeds duidelijker te zien in de financiële beloning. Dit beperkte de ruimte voor eigen invulling van de generalist.

6. **Netwerkgang: complexiteit van zorgprocessen maakt samenwerking noodzakelijk**

Vanwege de toenemende specialisaties in de zorg, en het toenemend aantal chronisch zieken en multimorbiditeit, groeit de complexiteit van de zorgprocessen. Tegelijkertijd groeit het tekort aan zorgverleners, en moeten mensen langer thuis blijven wonen en bouwen op hun sociale netwerk.

Zorgverleners en organisaties in de eerstelijns moeten met elkaar samenwerken om deze mensen en hun omgeving goed te kunnen begeleiden en faciliteren.

7. **Macht van zorgverzekeraars**

Veel zorgverzekeraars zijn inmiddels met elkaar gefuseerd, waardoor er vier grote instellingen zijn ontstaan. Ca. 86 procent van de Nederlandse bevolking is bij deze instellingen verzekerd (Zorgwijzer, 2019)⁵. Dit geeft deze partijen enorm veel macht. Hierdoor was er weinig discussie mogelijk over de bekostiging van zorg.

1 | Nederlandse Zorgautoriteit. (2007, januari 4). Geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie - CV-7000-2.0.-1. Opgehaald van Nederlandse Zorgautoriteit: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_20169_22/

2 | Hoogervorst, J. (2006, juli 7). Wet marktordening gezondheidszorg. Opgehaald van Overheid.nl: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0020078/2020-03-19>

3 | Out, K. E., & De Jong, J. D. (2017). Het perspectief van zorggroepen en gezondheidscentra op onderhandelingen en contracten met zorgverzekeraars. Utrecht: Nivel.

4 | De Eerstelijns. (2017, september). Verleden, heden en toekomst van organisaties in de eerstelijnszorg. Opgeroepen op april 2021, van De eerstelijns: https://www.de-eerstelijns.nl/wp-content/uploads/2017/09/DEL-nr6_2017_InEen-Tweedaagse_LR.pdf

5 | Zorgwijzer. (2019, november 13). Zorgverzekering 2020: alle premies bekend (overzicht). Opgeroepen op april 2021, van Zorgwijzer: <https://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2020/zorgverzekering-2020-alle-premies-bekend-overzicht>





Implicaties voor GZC

Door de komst van de gereguleerde marktwerking moesten de GZC telkens de extra financiële middelen onderbouwen. In de leveringscontracten kregen de indicatoren van het ziektespecifieke denken de overhand kregen. De GZC werden steeds meer vergeleken met de concurrerende zorggroepen van monodisciplinaire huisartspraktijken. GZC kregen niet langer meer financiering voor hun organisatorische randvoorwaarden, maar alleen voor meetbare patiëntuitkomsten. Na een periode met een aparte beleidsregel (GEZ) heeft deze ontwikkeling uiteindelijk geleid tot het onderbrengen van de bekostiging van de GZC in de monodisciplinaire huisartsbekostiging O&I. De GZC ervoeren en ervaren, minder ruimte om te innoveren, minder ruimte om cliënten en bewoners te betrekken in de organisatie en minder multidisciplinaire samenwerking.

Door de financiële druk en de toegenomen werkdruk werd het steeds minder aantrekkelijk om in een GZC te gaan werken. De intrinsieke motivatie verdween langzamerhand en werd overschaduwd door een negatieve extrinsieke motivatie. Door de genoemde ontwikkelingen en de kost van meer managementlagen binnen de GZC, ervoeren de zorgverleners ook geen eigenaarschap meer. De idealen zoals genoemd in de eerste fase kwamen steeds meer onder druk te staan.

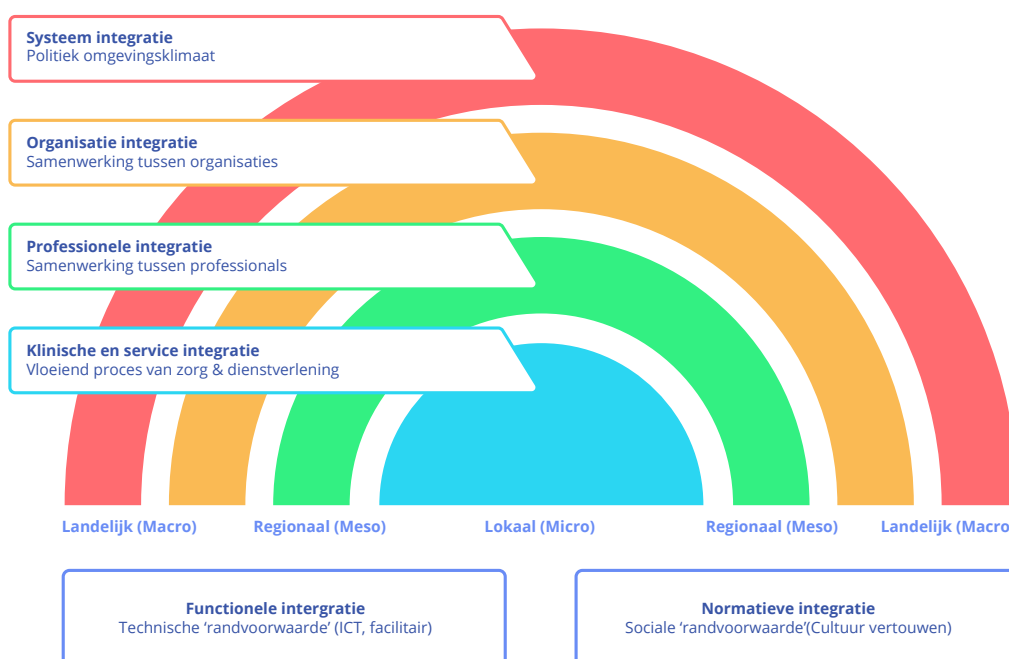


Reflectie op 50 jaar gezondheidscentra

Het onderzoek naar de kroonjuwelen van de GZC, op basis van de ervaringen van de afgelopen 50 jaar, biedt een mooie inblik in de ontwikkeling van de geïntegreerde eerstelijnszorg in Nederland.

De belangrijkste conclusie is dat de GZC de principes op grond waarvan men 50 jaar geleden gestart is, nog steeds huldigen. Deze principes kwamen en komen voort uit de motivatie om de zorg aan een specifieke populatie, meer in samenhang met andere domeinen dan uitsluitend de huisartsgeneeskunde, gezamenlijk aan te bieden. Om deze motivatie te realiseren was en is een meer geïntegreerde organisatievorm noodzakelijk. Ofwel: de vertaling van deze motivatie en ervaringen van de afgelopen 50 jaar via de geïdentificeerde mechanismen in de zes kroonjuwelen (publieke verantwoordelijkheid, niet-vrijblijvende multidisciplinaire samenwerking, domeinoverstijgende integratie van zorg, aanspreekbare organisatie, gelijkwaardige besluitvorming en ruimte voor innovatie). De discussie over de wijze waarop de eerstelijnszorg zich moet ontwikkelen is nog steeds springlevend getuige de recente ontwikkelingen op het gebied van Organisatie en Infrastructuur.

Als we deze ontwikkeling afzetten tegen twee theoretische principes (het Regenboogmodel van Geïntegreerde Zorg en het Adoptiemodel vanuit de diffusie van innovatietheorie van Rogers) dan ontstaat een duidelijker beeld. Het Regenboogmodel gaat er vanuit dat integratie van zorg succesvol uitpakt indien op alle dimensies van integratie stappen worden gezet. De dimensies zijn van micro naar macro: op klinisch en service niveau tussen de arts en patiënt, op professioneel niveau tussen de verschillende disciplines, op organisatieniveau tussen de verschillende organisatievormen en op systeemniveau door de stimulering van beleid in de vorm van bekostiging en wet- en regelgeving. Belangrijke drivers voor de stimulering op alle dimensies zijn de normatieve dimensie (o.a. visie, vertrouwen, leiderschap) en de functionele dimensie (o.a. geld, personeel, ICT gebouwen). Als we de thema's en kroonjuwelen plotten in de Regenboog dan ontstaat het volgende beeld:



Gebaseerd op: Valentijn et al. (2013 & 2015)

De GZC hebben zich met name ontwikkeld vanuit een professionele ideologie om de samenwerking tussen professionals de wijkgerichtheid en het holistisch mensbeeld mogelijk te maken. De voorlopers hadden het goed gezien, daar heb je organisatiekracht voor nodig. dat gaat helaas niet vanzelf. De subsidies en beleidsregels bleken noodzakelijk. Echter de systeemwereld heeft deze organisatie vorm nooit volledig geaccepteerd en telkens weer ter discussie gesteld. De GZC op hun beurt hebben onvoldoende ingespeeld op verduurzaming van de integratie door meer functionaliteit daarin te brengen. Onder 1 dak is heel goed, maar blijkt onvoldoende. ICT of samen personeel hebben kan de boel versterken

kortom, GZC zijn deels doorontwikkeld in andere vormen, maar niet zoals oorspronkelijk bedoeld.

