

Op één lijn

Schetsen
voor
een betere
eerste lijn

Op één lijn



ZonMw

Op één lijn

Op één lijn

Schetsen voor een
betere eerste lijn

Voorwoord

Zorg is nooit een doel op zich. Integendeel. Kwaliteit van leven, daar gaat het om. Steeds vaker stellen mensen zich deze vraag: hoe kan ik het leven blijven leiden dat ik graag leef, op een manier die bij mij past? En – als het even kan – ook zo lang mogelijk op mijn eigen, vertrouwde stek? Het is een prettige gedachte dat er goede zorg en ondersteuning beschikbaar is als iemand het niet meer helemaal zelf redt, ook niet met hulp vanuit de omgeving. En dat er professionele zorgverleners klaar staan als de nood aan de man is.

Het realiseren van goede zorg die de kwaliteit van leven bevordert is een grote uitdaging voor ons allemaal. De wereld verandert immers in een hoog tempo. Er komen bijvoorbeeld meer ouderen en het aantal mensen met meerdere aandoeningen groeit. Om goede, toegankelijke en betaalbare zorg te kunnen blijven garanderen, zullen we de zorg heel anders moeten organiseren. Slimmer, meer in samenhang én dichter bij de mensen. Een geïntegreerde eerste lijn – waarin preventie, zorg en welzijn bij elkaar komen – speelt daarbij een cruciale rol.

Dat er in de eerste lijn veel innovatieve kracht bestaat, blijkt wel weer uit de boeiende reportages in dit boek. Met deze bundel laat het ZonMw-programma Op één lijn een mooi en inspirerend slotakkoord klinken. Als bevlogen professionals en bestuurders vanuit een duidelijke visie hun krachten bundelen, kun je stappen zetten. Maar dat de totstandkoming van een écht geïntegreerde eerste lijn niet vanzelf gaat, blijkt intussen óók uit diezelfde verhalen. Professionele ‘eigenwijsheid’ staat samenwerking soms in de weg, zoals de deelnemers aan de rondetafel in het openingsverhaal vaststellen. Maar belangrijker nog is de vertragende – en soms regelrecht frustrerende – uitwerking van het bekostigings-systeem. Té veel vernieuwers in de zorg doen hun pionierswerk noodgedwongen voor een groot deel in hun eigen tijd. En té veel kansrijke ideeën dreigen vroegtijdig in schoonheid te sterven, omdat er na de ontwikkelfase geen ‘potje’ te vinden is om het experiment om te smeden tot een structurele werkwijze.

In deze bundel wordt regelmatig een appèl gedaan op de zorgverzekeraars. Terecht, wat mij betreft, en ik ga de uitdaging van harte aan. Juist nu zie ik ook veel kansen, met de decentralisaties van zorg en ondersteuning. Wij proberen die in elk geval al zo veel mogelijk te pakken, in nauwe samenwerking met de gemeenten, de zorgverleners en niet te vergeten de cliënten en patiënten – de klanten – zelf. Mijn oproep luidt: laten we met zijn allen groot durven denken op een kleine schaal. Ik ben ervan overtuigd dat we dan over een paar jaar een herziene editie van dit boek kunnen uitbrengen, met daarin nóg meer mooie verhalen over betere, integrale zorg.

Diana Monissen

Voorzitter raad van bestuur De Friesland Zorgverzekeraar

ZonMw stimuleert gezondheidsonderzoek en zorginnovatie

Vooruitgang vraagt om onderzoek en ontwikkeling.

ZonMw financiert gezondheidsonderzoek én stimuleert het gebruik van de ontwikkelde kennis – om daarmee de zorg en gezondheid te verbeteren.

ZonMw heeft als hoofdpdrachtgevers het ministerie van VWS en NWO.

Voor meer informatie over het programma Op één lijn kunt u contact opnemen met het secretariaat via e-mail opeenlijn@zonmw.nl of telefoon 070 349 52 24.

Laan van Nieuw Oost-Indië 334
2593 CE Den Haag
Postbus 93245
2509 AE Den Haag
070 349 51 11
info@zonmw.nl
www.zonmw.nl

Inhoud

Te eigenwijs om samen te werken? 9

Een rondetafelgesprek over integratie, gezondheidswinst en leiderschap op lokaal niveau

Pionieren op aangeplempte eilanden 16

Geïntegreerde zorg op IJburg

MSM: de sprong van mono naar multi 24

Maasgouw: samenwerken in een virtueel gezondheidscentrum

Van zorgprogramma's naar brede samenwerking 32

Denken vanuit de cliënt in Nieuwegein

Basis voor groeiende professionele samenwerking 42

Zaanstad: multidisciplinair ggz-overleg in de huisartsenpraktijk

Bezoek uw specialist in de stadspoli! 52

Anderhalvelijnszorg in Heuvelland

De Friese kunst van het samenwerken 60

Praktijkverpleegkundige als vooruitgeschoven post

De kwaliteit van een stoommaaltijd 70

Dennis Duiker

Creatief schakelen, anders ordenen 84

Erik Dannenberg

Van dokters naar ondernemen 98

Robbert Huijsman

Dromen van zorg achter de voordeur 112

Wilna Wind

De mens voorop, niet de systemen 122

Dick Herfst

Het feestje van de burger 134

Lex Maussart

Open brief aan de wethouder 142



Rien Meijerink (1943) was secretaris-generaal bij het ministerie van OCW. Later werd hij bestuursvoorzitter van het Erasmus MC en voorzitter van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). Binnenkort wordt hij voorzitter van de raad van commissarissen van 's Heeren Loo Zorggroep.

Drs. **Esther Talboom-Kamp**, MBA (1968) is bestuursvoorzitter van diagnostisch centrum Saltro. Begonnen als huisarts, bekleedde ze verschillende functies in de zorg. In 2010 kreeg ze een prijs als meest talentvolle jonge zorgmanager. Ze zit in het bestuur van InEen en Zelfzorg Ondersteund.

Te eigenwijs om samen te werken?

Door Marc van Bijsterveldt

Een rondetafelgesprek over integratie, gezondheidswinst en leiderschap op lokaal niveau

Drs. **Hans Simons** (1947) is voorzitter van de ZonMw-programmacommissie Op één lijn. Tussen 1989 en 1994 was hij staatssecretaris met de portefeuille volksgezondheid en gehandicaptenbeleid. Later werd hij wethouder van Rotterdam. Hij vervult uiteenlopende bestuursfuncties in de zorg.

Prof. dr. **Pauline Meurs** (1953) is voorzitter van ZonMw en beoogd voorzitter van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS), een fusie van RVZ en RMO. Ze is hoogleraar Bestuur van de gezondheidszorg. Tot 2013 zat ze voor de PvdA in de Eerste Kamer.

Lopen professionals in de eerste lijn met al hun goede – integrale! – bedoelingen nog steeds met hun neus tegen die eeuwige ‘schotten’ aan? Of zijn ze gewoon te eigenwijs om goed met elkaar samen te werken? Wie krijgt de kruiwagen met kikkers veilig aan de andere kant? In een rondetafelgesprek onder leiding van Pauline Meurs geven enkele kritische deskundigen alvast een zetje.

‘Als huisarts neem je de hele dag in je eentje beslissingen, elke tien minuten één. Dan is het bijna onnatuurlijk om samen te werken.’ Voor Esther Talboom, zelf ooit huisarts, is het niet zo gek dat een geïntegreerde eerste lijn bijna nergens vanzelf tot stand komt. Een huisarts hecht aan zijn eigenheid, dat zit vervlochten in het beroep. Rien Meijerink herkent het beeld: ‘Er is inderdaad veel professionele eigenwijsheid. Zorgverleners in de eerste lijn zijn erop getraind om er zélf iets van te vinden, en niet om het een ander te vragen.’ Hij schetst de sfeer van jaarlijkse congressen over samenwerking, die elke editie weer hetzelfde laten zien: veel inspirerende praktijkvoorbeelden, maar amper structurele vooruitgang. Hans Simons, de derde spreker aan tafel, kan zich die verzuchting voorstellen. Vanuit de programmacommissie Op één lijn ziet hij dat samenwerking nog ‘verrekte moeizaam’ van de grond komt. Maar toch, zegt hij er meteen bij, zijn er juist nu veel kansen voor serieuze doorbraken. ‘Er is echt iets aan het veranderen, alleen al vanuit de zorg voor mensen met chronische aandoeningen en kwetsbare ouderen. Je ziet vakinhoudelijk een veel bredere oriëntatie ontstaan. En er komt een nieuwe generatie huisartsen aan. Met de traditionele solopraktijk is het binnenkort gedaan.’

Gespreksleider Pauline Meurs gooit de knuppel in het hoenderhok: ‘Wil de eerste lijn eigenlijk wel georganiseerd zijn? Of blijft men liever los van elkaar, dus binnen de veilige eenheid van de eigen praktijk? Zijn al die eigenwijze professionals niet gewoon te bang om hun eigenheid kwijt te raken?’ Talboom gelooft niet dat die angst de grootste belemmering vormt. Wel vindt ze dat er te weinig oog is voor een onderling gesprek over waarden. ‘Er is in projecten rond samenwerking vaak veel aandacht voor de ‘harde kant’, de organisatie, de infrastructuur. Maar juist de belangrijkste succesfactor – de zachte kant, de cultuur, de kernwaarden van waaruit je wilt werken – wordt veel te weinig geëxpliciteerd.’ Simons ziet wat dat betreft overigens wel een beweging. ‘We durven in de zorg toch steeds meer over die schotten heen te kijken, juist vanuit het gedeelde belang van goede zorg. Kijk naar de ziekenhuiswereld, met die hele herschikkingsdiscussie over concentratie, specialisatie en aantoonbare kwaliteit. Het gaat moeizaam en het is soms veel duwen en wrikken, maar er ontstaat een debat, juist ook over de professionele kernwaarden. Daar zitten kansen voor de eerste lijn.’

Calimero-reactie

Meurs weet het nog niet zo zeker. Om te kunnen samenwerken moeten zorgverleners op zoek naar gemeenschappelijke kernwaarden. En die komen weer voort uit een besef dat er een overlap is tussen ieders cliëntengroep. ‘Als je huisartsen, wijkverpleegkundigen of maatschappelijk werkers er bijvoorbeeld naar vraagt, zien ze verbazingwekkend weinig overlap. En daarmee ontgaat ze dus ook de noodzaak tot samenwerking. Ik heb de indruk dat de professies die gemeenschappelijkheid minder voor ogen hebben dan in het beleidsdiscours wordt aangenomen.’ Talboom: ‘Ik zie vooral een gebrek aan leiderschap op dit vlak. We formeren de multidisciplinaire teams steeds rond de huisarts. Die zegt zelf ook dat hij die spilfunctie wil hebben. Maar tegelijkertijd zie je bij hen vaak ook een Calimero-reactie, zeker tegenover de medisch specialisten. De huisartsen maken zich veel te klein en durven het leiderschap niet te claimen. Oké, het wordt ze zeker niet altijd gegund, maar toch... Ik denk niet dat het ‘m zit in een onvoldoende bewustzijn van het belang van samenwerking, maar eerder in een gebrek aan leiderschap en duidelijkheid.’



‘Er is veel professionele eigenwijsheid in de eerste lijn’

Meijerink wijst erop dat die duidelijkheid er niet vanzelf is. Het bekostigingssysteem staat nogal in de weg, vindt hij. 'We zijn zó gewend om in hokken te denken, daar kom je moeilijk uit. De zorg is versnipperd, terwijl iemands probleem dat niet is. Dit is vooral gekomen door de bekostiging; voor elke verrichting weer een ander potje. Dus wie moet er nu voorop gaan lopen om een cliënt in samenhang te begeleiden?' Daarbij komt, stelt Meijerink vast, dat medici zich vanuit de bekostiging heel sterk als zelfstandig ondernemer moeten opstellen, gedreven door de manier waarop ze worden afgerekend. Hij vindt weerstand tegen samenwerking helemaal niet zo raar. 'Je kunt niet tegen mensen zeggen: we gaan met zijn allen samenwerken, en dat gaat ten koste van uw omzet. Uw salaris lijdt er dus onder, maar dat moet maar even voor de goede zaak! Ik wil maar zeggen: geld is een belangrijke oorzaak van de toestand die we hier waarnemen.'

Preventie als kerntaak

En dat brengt het gesprek op de noodzaak tot een ander systeem, een stelsel dat doelmatigheid, gezondheidswinst en samenwerking beloont. Meijerink doet meteen maar een radicaal voorstel: 'Houd onmiddellijk op met het bekostigen van verrichtingen en maak er een abonnementstarief van. Met een bonus als de gezondheidstoestand van de populatie omhoog gaat. Het eerste wat er dan gaat gebeuren is dat een dokter in de gaten krijgt dat hij écht punten kan pakken door het aantal rokers in zijn praktijk terug te dringen. Zoiets levert hem onmiddellijk geld op.'

Simons ziet het voorstel wel zitten: 'Het is makkelijker gezegd dan gedaan, maar laat dokters inderdaad werken aan gezondheidswinst. Dan moeten we ze wel faciliteren om minstens een uur per dag aan preventie te kunnen besteden. Dat kan inderdaad met een vast inkomen. Ik zou ze dan vooral willen laten focussen op de oudere patiënt. Met name de kwetsbare oudere vormt binnenkort een groot deel van de populatie. Zo'n focus biedt meteen de beste kans op samenwerking.' Volgens Simons wordt het draagvlak voor preventie sowieso steeds groter. 'Ook de burger zelf is steeds meer geïnteresseerd in gezondheidswinst. Die zal er dus ook mee kunnen instemmen dat preventie de core business van de huisarts wordt.'

Meurs vraagt zich af of huisartsen wel meer willen doen dan 'dokteren in de engere zin'. Preventie is immers ook 'ingrijpen in het leven van mensen'? Wil de huisarts dat echt, en dus ook verder kijken dan het consult van tien minuten? Talboom denkt dat de huidige veranderingen in financiering wel eens een goede prikkel in die richting kunnen geven. 'In de nieuwe huisartsenbekostiging zitten verschillende segmenten, met afspraken over kwaliteit en ketenzorg. Dat gaat dus in de richting van afrekenen op gezondheidswinst.' Meijerink is minder optimistisch op dit punt. Volgens hem moeten de zorgverzekeraars namelijk eerst nog een grote stap zetten en hun terughoudendheid laten varen. Meurs ziet het probleem: 'Ik was eens betrokken bij een advies over het hoofdbehandelaarschap in de ggz. In een gesprek met alle betrokkenen kwamen met name de verzekeraars heel strak uit de hoek: in de Zorgverzekeringswet staat dat het gaat om geneeskundige zorg! Het denken is gecompartmenteerd in afzonderlijke behandelingen en stukjes geneeskundige zorg. Terwijl – zeker in de ggz – de meeste winst wordt gerealiseerd met preventie, met cursussen. En juist daarbij kan de huisarts heel goed volop in business blijven.' Zo draaien we uiteindelijk dus in rondjes, constateert de gespreksleider: het gecompartmenteerde denken zit de financiering op basis van gezondheidswinst in de weg, en de financiering belemmert het integraal denken in termen van gezondheidswinst.

Beroerde business case

Die cirkel is niet zomaar te doorbreken, constateren de gespreksdeelnemers. Meurs vat de uitdaging samen: 'Stel: je doet je werk goed en voorkomt een doorverwijzing naar de twee lijn. Macro gezien is dat doelmatig, maar zelf zie je er niets van terug. Iedereen moet er dus lol aan beleven om samen te werken aan betere kwaliteit.' Meijerink: 'Dat is inderdaad cruciaal. Ik realiseer me heel goed dat ook in een abonnementstarief perverse prikkels zitten. Als je als huisarts een 'moeilijke patiënt' doorstuurt naar de tweede lijn, ben jij er vanaf. Maar je incasseert intussen toch je beloning. We moeten er dus voor zorgen dat alle inspanningen goed zijn voor de patiënt, voor de gehele gemeenschap én voor ieders eigen portemonnee.' Talboom wijst erop dat juist dat laatste voor de huisarts lang niet altijd vanzelfsprekend is in



‘Je ziet een oeverloze discussie over wie de baas moet zijn’

samenwerkingsprojecten. 'Ik denk aan Zelfzorg Ondersteund, een initiatief van de zorgverzekeraars rond zelfmanagement in de eerste lijn. Daar is bekeken wie nu welke winst kan pakken. Voor de patiënt en de zorgverzekeraar pakt de business case al binnen een jaar positief uit, maar voor de huisarts duurt het vijf jaar voordat die winst gaat zien. Logisch dat hij niet meteen enthousiast wordt.' Meurs: 'Het moet dus in de eigen uurtjes. Dat werkt natuurlijk niet. We zullen die uren dus toch moeten financieren, totdat de business case positief is voor álle betrokkenen. Investeren dus, bijvoorbeeld door de zorgverzekeraar.'

Of zit de oplossing in het veel geroemde 'ondernemerschap' in de zorg zelf? Meurs schetst drie vormen daarvan, met dank aan het proefschrift van SCP-directeur Kim Putters. De eerste is 'slim organiseren', dus projectmatig efficiënter werken. De tweede is het starten van commerciële activiteiten om letterlijk winst te maken. Een derde invulling gaat over zorginhoudelijke innovaties. Volgens Talboom zit het ondernemen in de eerste lijn veel op het beter organiseren. De andere twee vormen zijn wel aanwezig, zie het ontstaan van de zelfstandige behandelcentra, en er is veel innovatie. Maar het ontbreekt aan organisatiekracht, constateert Talboom. 'Ik zie veel mooie dingen ontstaan – ook in de reportages in deze bundel – maar ik denk er altijd bij: fantastisch wat mensen in hun eentje of met een paar collega's voor elkaar krijgen, maar hoe komt het nu vóórder?' Meijerink vindt het onderscheid van Putters belangrijk. Maar hij heeft 'een hekel' aan het woord ondernemerschap. 'Zitten we daar echt op te wachten? Ik kom toch liever weer terug bij dat leiderschap. Vroeger was de overheid die leider, vervolgens de beroepsorganisaties en nu dachten we de zorgverzekeraars die rol te kunnen geven. Maar je ziet te veel verzet tegen de verzekeraars als regisseurs. En bij de verzekeraars zelf zie ik te veel concentratie op hun business. Ik vestig mijn hoop daarom op de gemeenten.'

Wie is de baas?

Maar nog los van welke partij het initiatief neemt in de grotere veranderingen – zeg maar het niveau van het stelsel – houden we volgens Meijerink op het niveau de werkvloer het

probleem van het leiderschap. 'Vanuit mijn RVZ-tijd herinner ik me allerlei adviezen over drempelloze inloopcentra in de wijk, waar mensen met hun probleem terechtkonden bij een multidisciplinair team. Bijna iedereen vindt zo iets prachtig, maar het loopt vast op wie er dan de baas moet zijn. Huisartsen zeggen bijvoorbeeld: je meent toch niet serieus dat de wijkverpleegkundige de zaak hier gaat coördineren? Of de eerstelijnspsycholoog zegt: je denkt toch niet dat de huisarts de baas kan worden over de ggz hier in huis?' Talboom herkent het beeld: 'Het punt is dat het een oeverloze discussie kan zijn welke professie er de baas zou moeten zijn. Heel goede dokters worden vaak de leiders, maar kunnen die eigenlijk niet beter doorgaan met heel goed dokteren? Als een leider duidelijk laat zien dat hij dienend is, dus jou als professional helpt om je werk goed te doen, dan speelt het geruzie niet meer. Dat kun je ook vertalen naar de andere niveau waar Meijerink net over begon. Zijn het straks de gemeenten die de leiding nemen? Wat mij betreft kan dat prima. Maar ze zullen in die rol pas geaccepteerd worden als ze zorgverleners laten merken dat die echt door de gemeente gefaciliteerd worden. Ik ben ervan overtuigd dat de professionele eigenwijsheid ineens een stuk minder wordt als een gemeente laat zien: ik help jou.'

Halfslachtig decentraliseren

En daarmee belandt het gesprek bij de sturende rol van het lokale bestuur. Hoe komen gemeenten tot de beoogde nieuwe wijze van belonen, waarin gezondheidswinst geldt als doel én maatstaf? Meijerink: 'Ik zie wel een soort wenkend perspectief – hoewel velen me er waarschijnlijk voor gek om zullen verklaren... Maar stel dat alle medici, alle behandelaars – in de eerste én tweede lijn – in dienst zouden zijn van de gemeente? Dus van een instantie die de autoriteit heeft om de gewenste samenwerking voor elkaar te krijgen? Dan is die autoriteit degene die beloond wordt voor het realiseren van de gezondheidswinst.'

Simons vindt het een goede suggestie. Hij zou zelfs nog wel een stap verder willen gaan om samenwerking als het ware af te dwingen: kijk serieus naar de gewenste aantallen specialisten, huisartsen en andere zorgverleners. 'Als we echt



‘Maak van preventie de
core business van de huisarts’

willen bewegen naar meer preventie en substitutie naar de eerste lijn, zou het zeer helpen als er uiteindelijk minder specialisten en juist meer eerstelijnsprofessionals zijn.' Zorgvolume verplaatsen naar de eerste lijn is deels ook een kwestie van gerichte menskrachtplanning, stelt Simons. Zeker nu de huisartsen toch al overbelast zijn, is er volgens hem ook veel te zeggen voor grotere aantallen in deze beroepsgroep. Die menskrachtplanning is overigens iets wat de gemeenten niet kunnen, stelt Simons vast. 'Ik denk dat we zoiets gewoon topdown moeten laten opleggen door het rijk. Zo'n ingreep zou de ontwikkeling naar een geïntegreerde eerste lijn wel eens een grote slinger kunnen geven.'

Voor de gemeente is bij uitstek de rol van zorginkoper in de eerste lijn weggelegd, vinden de gespreksdeelnemers, doordenkend op het scenario van Meijerink. Dat plaatst de gemeente nadrukkelijk naast de zorgverzekeraar als het gaat om het realiseren van goede zorg dichtbij. Maar dan, zo oppert Meurs, moet de schaal van het lokale bestuur wel groter worden. Zoals in Denemarken, licht ze toe, waar gemeenten zijn gefuseerd tot een schaalgrootte van minimaal 50 tot 70 duizend inwoners. Meurs: 'Dat is een schaal waarop je echt wat kunt doen, ook in combinatie met de ziekenhuizen.' Overigens gaat het om meer dan een fusiebeweging, benadrukt de gespreksleider, in Denemarken wordt inmiddels ook zo'n 65 procent van de belastingen lokaal geïnd. 'Kijk, dan kun je als gemeente ook echt wat doen. Zo beschouwd zijn we in ons land eigenlijk op een halfslachtige manier aan het decentraliseren...'

Simons is het met haar eens. Voor duidelijk leiderschap kan een stevige uitvoeringsmacht inderdaad geen kwaad. 'Met zo'n fusiebeweging zie ik een veel duidelijker besef ontstaan van een werkbare regio als concentratiepunt voor herstructurering en vernieuwing van de zorg. Als de gemeenten een serieuze rol op dat niveau kunnen gaan spelen, verwacht ik ook een regionale heroriëntatie van de grote verzekeraars, dus in hun geval juist terug naar een kleinere schaal. Ik zie ze die *move* overigens al maken. Verzekeraars worden steeds vaker medefinanciers van initiatieven waar gemeenten een centrale rol in spelen.'

Meijerink onderkent dat een regionaliseringsslag een goede prikkel kan geven. Maar ook in onze huidige situatie ziet hij veel mogelijkheden. 'Er liggen ook nu al grote kansen voor gemeenten om autoriteit te ontwikkelen. Ik was een keer te gast bij Eric van der Burg, wethouder van Amsterdam. In een zaaltje in het AMC waren alle Amsterdamse ziekenhuizen vertegenwoordigd, maar ook de ggz, de ouderenzorg, de huisartsen. Ik moest iets vertellen als opwarmertje voor de discussie. Vervolgens nam Van der Burg het woord en zei: hier in Amsterdam hebben we te veel van dit en te weinig van dat. Daar ging hij helemaal niet over, maar hij zei er wél wat van. Dan zie je een bestuurder die zijn rol pakt. Aanwezigen zeiden met een knipoog: Eric, gelukkig heb jij daar niets over te zeggen! Maar je ziet mensen wel denken: misschien moet het hier inderdaad wel heel anders allemaal.'

Visie en overzicht

Simons' ideaal is een soort gedeeld leiderschap, waarin de regionale spelers met elkaar de regie in handen nemen. 'We gaan een lange periode van transformatie tegemoet, waarin al die partijen ook echt betrokken moeten blijven. De professionele zorgaanbieders, de patiënten, de gemeenten, het ziekenhuis, de verzekeraars. Binnen de zorg zal het bestuur dan wel moeten professionaliseren, zodat zorgverleners ook echt competente sparringpartners kunnen worden. Ik denk aan mensen als Marcel Levi van het AMC; deels dokter, deels bestuurder. Dat werkt denk ik het beste.' Talboom is enthousiast over de aanpak van wethouder Van der Burg: 'Zo zien professionals dat leiderschap ook iets is van visie en overzicht. Als dokters denken aan een leider, dan hebben ze nog veel te veel het ouderwetse beeld van 'de baas' voor ogen, van de chef die bevelen uitdeelt. Daar zijn ze allergisch voor. Ik kom dus weer uit bij dat dienende leiderschap. Als de gemeente dát zou laten zien, gebeuren er misschien ineens heel andere dingen. Je moet het als leider fijn vinden om het mensen zo makkelijk mogelijk te maken. Dus als het gaat om gezondheidswinst een aantrekkelijk perspectief schetsen, en geen strafstelsel uitwerken met indicatoren waarop je als zorgverlener keihard wordt afgerekend. Met een positief perspectief voor ogen gaan zorgverleners echt wel lopen voor innovatie!'



‘We zijn op een halfslachtige manier aan het decentraliseren’





Pionieren op aangeplempte eilanden

Door Pieter van Megchelen

Geïntegreerde zorg op IJburg

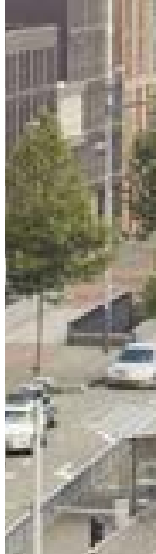
Een compleet nieuwe wijk – dat biedt kansen om de zorg op een originele manier te organiseren. In de Amsterdamse wijk IJburg heeft men die kansen aangegrepen. Eerste- en tweedelijns zorg, ggz, welzijn en preventie werken op een soepele manier samen. Een kijkje bij pioniers in geïntegreerde zorg.

wijk zonder scheidslijnen →

Het is er ruim, schoon, vol vernieuwende architectuur. Waar twintig jaar geleden nog het water van het IJmeer klotste, en een eeuw geleden nog de Zuiderzee, staat nu een bloeiende Amsterdamse woonwijk. De bevolking op de nieuwe eilanden van IJburg is jong, veel gezinnen met opgroeiende kinderen. Gemiddeld is het een welgestelde wijk, maar de verschillen zijn groot. Een bewuste keuze, vertelt Lieke Thesingh, tot maart 2014 wethouder van stadsdeel Oost, waar IJburg sinds de herindeling van 2010 toe behoort: 'Van begin af aan was het de bedoeling dat IJburg een wijk zonder scheidslijnen zou zijn. Ook mensen met beperkingen en mensen met psychiatrische problematiek zouden er komen te wonen. Er kwamen woningen voor mensen met beperkingen. En er zou ruimte zijn voor risicogezinnen – in een mix met koopwoningen, duurdere huurwoningen en sociale huurwoningen. Dat vraagt wel wat van de zorgpartners. Voor de huisartsen betekende het bijvoorbeeld dat ze moesten samenwerken met de welzijnsorganisaties en ggz-organisaties.'

visionair →

In 1999, toen de plannen voor de nieuwe wijk vorm begonnen te krijgen, ontwikkelde het stadsdeel een zogeheten 'bestek' voor de zorg in het nieuwe gebied. Nynke Ypenga is directeur van het IJ-office waarin de verschillende zorgaanbieders nu samenwerken. Zij was van begin af aan betrokken bij het opzetten van de zorg in IJburg. 'Dat bestek was echt visionair. Allerlei ontwikkelingen die in de rest van het land pas later op gang kwamen, bijvoorbeeld in het kader van de Wmo, zijn in IJburg toen al neergezet.' Het was een pakket van tien 'productgroepen', van



afhankelijk van elkaar →



voortuit op ontwikkelingen →



vaak improviseren →



niet langer informeel →



huisartsenzorg en verloskundige zorg tot en met de paramedische zorg en de thuiszorg. Zelfs de tweede lijn zou aanwezig zijn (en is dit ook tot op de dag van vandaag, in de vorm van verschillende poliklinieken vanuit het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis). De uitvoering werd aan twee partijen gegund: een samenwerkingsverband van Stichting Amsterdamse Gezondheidscentra (SAG) en Humanitas en een zorgconsortium waarin verschillende aanbieders, nu Amstelring, Mentrum/Arkin en Cordaan, zich verenigd hadden. Het stadsdeel besloot om beide inschrijvingen gedeeltelijk te honoreren. Ypenga, destijds verbonden aan Humanitas: 'We hadden aanbesteed op tien productgroepen en kregen ieder een stuk daarvan. Om toch integraal te kunnen werken, waren we dus afhankelijk van elkaar. We hebben toen gezegd: we gaan samenwerken.'

Witte jas uittrekken

De filosofie van geïntegreerde eerstelijnszorg was niet nieuw voor de SAG. Deze stichting heeft haar wortels in de roerige jaren zeventig van de vorige eeuw, toen maatschappelijk geëngageerde huisartsen in buurten als de Amsterdamse Kinkerbuurt de witte jas uittrokken en een nieuw soort gezondheidszorg gingen opbouwen. Zo min mogelijk medicaliseren, en samen aan de slag met cliënten en patiënten. Multidisciplinair, met aandacht voor psychische én sociale problematiek. Open voor iedereen, dus ook voor illegalen, onverzekerden, daklozen en 'gekken', zoals psychiatrisch patiënten toen liefkozend genoemd werden. Men kreeg al snel subsidie van de gemeente vanuit de subsidiepot voor openbare geestelijke gezondheidszorg en langzaam maar zeker groeide een organisatie die flinke stukken eerste lijn en preventie (consultatiebureaus) in Amsterdam verzorgde. 'In veel opzichten liep de SAG voortuit op ontwikkelingen, zoals je nu bijvoorbeeld welzijn op recept hebt. Dat deden onze huisartsen al jaren. Voor ons was het dus niet meer dan logisch dat je de zorg in een nieuwe wijk van het begin af aan geïntegreerd organiseert', vertelt Jolanda Buwalda, tot 1 augustus 2014 directeur van SAG. Zij is een van de 'founding mothers' van het IJburgse model. 'Op mijn allereerste werkdag bij de SAG in 2006 stond ik in IJburg in een eengezinswoning met meer dan honderd praktijkpatiënten uit te leggen hoe geïntegreerde eerstelijnszorg eruit zou gaan zien.'

Het was in een periode dat er stevig werd gebouwd in IJburg, zo tussen 2005 en 2008. Het aantal bewoners groeide snel. Bovendien kwamen in versneld tempo woningen beschikbaar voor mensen met beperkingen of een psychiatrische achtergrond. De zorgverlening groeide mee, maar het was ook vaak improviseren. Voormalig stadsdeelwethouder Thesingh: 'Het was voor iedereen, ook voor de bewoners, soms een uitdaging om alles goed te organiseren. Je kunt wel een mooie aangepaste woning hebben, maar wat zijn de voorzieningen eromheen?'

Op een gegeven moment nam het volume in de wijk zo sterk toe dat het overleg tussen de verschillende zorgverleners niet langer informeel kon plaatsvinden. Er was behoefte aan een centraal kantoor dat de coördinatie op zich kon nemen. Zo ontstond het IJ-office, gevestigd in Gezondheidscentrum Haveneiland. De gedachte erachter staat helder verwoord op de site: 'Stichting Dienstverlening & Zorg IJburg, beter bekend als het IJ-office, is het samenwerkingsmodel van de verschillende organisaties die op IJburg dienstverlening en zorg aanbieden (meer dan 35 partijen). We bundelen onze krachten en waar mogelijk zoeken we in samenwerking met de klant naar oplossingen daar waar knelpunten ontstaan.'

aanspreekpunt voor bewoners → Het IJ-office is het aanspreekpunt voor bewoners en professionals en organiseert ook het casuïstiekoverleg, waarin situaties besproken worden die zo complex zijn dat onderlinge afstemming gewenst is.

Meer zelf doen

maatschappelijke meerwaarde → In het rapport 'IJ-office: de scheidslijnen voorbij – Maatschappelijke Businesscase IJ-office in Amsterdam IJburg' beschrijft organisatieadviesbureau Twynstra Gudde de economische en maatschappelijke meerwaarde van de samenwerking. Robin Bremekamp (nu partner bij adviesbureau Common Eye) was een van de onderzoekers. Hij is vol lof over de prestaties van de Amsterdamse zorgverleners op IJburg. 'Het wordt zo gemakkelijk gezegd, dat professionals in de zorg meer moeten samenwerken, maar het is gewoon hartstikke lastig. Je kunt wel een aantal dokters, welzijnswerkers, ggz-medewerkers en professionals uit de care bij elkaar in één ruimte zetten, maar daarmee heb je nog geen samenwerking. Een belangrijke voorwaarde is bijvoorbeeld dat mensen er belang bij hebben om samen te werken. Dat het goed is voor de patiënt of cliënt is daarbij wel belangrijk, maar niet genoeg. Zorgverleners zijn ook mensen met persoonlijke belangen. Je hebt verder structuren, afspraken, verbindingen nodig om het te laten werken. Het IJ-office is een mooi voorbeeld van zo'n infrastructuur.'

persoonlijke belangen →

tevreden over het effect → De vraag is natuurlijk: levert het inderdaad meerwaarde op? Op veel terreinen wel, zo blijkt uit het Twynstra-rapport. Daarin wordt de zorg op IJburg vergeleken met die in Amsterdam Oost. Hetzelfde stadsdeel, maar een andere aanpak. Cliënten, met name de risicogezinnen op IJburg, zijn in het algemeen tevredener dan hun lotgenoten in Oost. Ook cliënten uit de ggz zijn tevreden over het effect van de hulp die ze krijgen, zij het wel wat minder. Mogelijk hangt dit samen met het feit dat veel van hen al langdurige ervaring hebben in de zorg. Uit het onderzoek blijkt dat zij de zorg op IJburg als veel minder intensief ervaren dan wat zij gewend zijn, licht Bremekamp toe. 'Voor hen is het misschien wennen om meer zelf te moeten doen.'

Maatschappelijke opbrengsten

betrokkenheid toegenomen → Ook de professionals zijn tevreden over het IJ-office, zo blijkt duidelijk uit het rapport. De onderlinge betrokkenheid is toegenomen, de daadkracht van individuele partijen is groter terwijl de bureaucratie juist is afgenomen. Ook op allerlei andere terreinen is er sprake van een gunstig effect. Het IJ-office geeft inhoud aan de bekende slogan één gezin, één plan, één regisseur. In het model van de 'maatschappelijke businesscase' zijn de maatschappelijke opbrengsten dus duidelijk aanwezig. In termen van geld hadden Bremekamp en zijn collega's minder goed nieuws. De samenwerking leidde weliswaar tot besparingen, maar de kosten van het kantoor waren te hoog. Het IJ-office moest efficiënter gaan werken en meer cliënten uit de risicogroepen bereiken. Ook zou het goed zijn, aldus Twynstra Gudde, als meer organisaties zich bij het kantoor zouden aansluiten.

bureaucratie afgenomen →

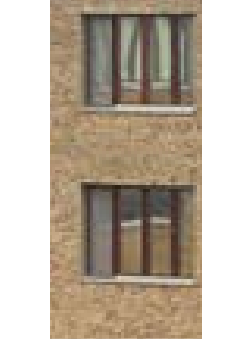
Het rapport is uit 2012 en intussen is er het nodige gebeurd. Er heeft een reorganisatie plaatsgevonden en er wordt gewerkt aan hechtere samenwerking met andere organisaties, zoals de GGD. Deze is in Amsterdam de belangrijkste aanbieder van jeugdgezondheidszorg, stelt Thesingh. 'Het ligt voor de hand om de hele zorg voor ouder en kind geïntegreerd aan te bieden. Dat is niet alleen efficiënter, maar het is ook in het belang van gezinnen, zeker in het geval van problemen.'

integratie van zorg →	Integratie van zorg is overigens een actueel thema in heel Amsterdam. De zorg voor jeugdigen en voor volwassenen met uiteenlopende problemen is immers in het kader van de grote transities gedecentraliseerd. Amsterdam had er in eerste instantie voor gekozen om aparte wijkteams op te zetten voor jeugd, participatie en maatschappelijke ondersteuning. IJ-office-directeur Ypenga: 'Dat is relatief duur, omdat er veel overheadkosten zijn. Die teams zouden worden aangestuurd vanuit hun moederorganisaties en vanuit de gemeente. Er wordt nu gekeken of het efficiënter kan door die teams beter te integreren. Ongeveer zoals wij het al een tijd doen. De stad heeft daarom zogeheten '3D-ontwikkelgebieden' aangewezen, waar IJburg er een van is. Het is goed dat we weer gezien worden. Tegelijkertijd zit er een spanningsveld. De gemeente wil gebiedsgericht werken, maar het moet wel op dezelfde manier in de hele stad. We zullen de komende jaren dus nog boeiende ontwikkelingen te zien krijgen, waarbij ons IJ-office ook een positieve bijdrage kan leveren.'
3D-ontwikkelgebieden →	
gebiedsgericht werken →	

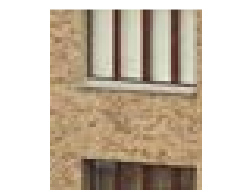
Niet altijd eerlijk

zelfredzaamheid en eigen initiatief →	In de gesprekken over IJburg gaat het vaak al snel over een 'visie op zorg', waarbij de opvattingen van de verschillende geïnterviewden veel onderlinge overeenkomsten vertonen. Zij hebben het over een benadering die uitgaat van zelfredzaamheid en eigen initiatief, waar nodig ondersteund door professionals die de zaken onderling goed afstemmen. Zo'n kijk op mensen en wat zij nodig hebben, staat soms haaks op de gewoonten van zorgprofessionals. Ypenga: 'Het is altijd lastig om de balans te bewaken tussen preventie en <i>pamperen</i> . Hulpverleners hebben vaak een behulpzaam karakter en willen graag helpen. Ik merk dat ook in het casuïstiekoverleg. Als je met allemaal hulpverleners aan tafel zit, moet je oppassen dat je geen problemen creëert. We hadden het bijvoorbeeld laatst over een gezin waar de kinderen getuige waren geweest van ernstig huiselijk geweld. Het doel was om een plan van aanpak te maken om deze kinderen te helpen het trauma te verwerken. Nu sprak de moeder slecht Nederlands, waardoor de dochter van 12 moest tolken. Dat is misschien niet wenselijk, maar werd door het gezin niet als probleem ervaren. Er zijn in Nederland duizenden kinderen die voor hun ouders tolken, of die moeten bijspringen in het huishouden. Je moet als hulpverlener ook kunnen accepteren dat het leven niet altijd eerlijk is. Anders ga je alles problematiseren.' Een ander voorbeeld is de huidige mantelzorgaanpak, vervolgt Ypenga. 'Als je maar vaak genoeg roept dat het zwaar is om mantelzorger te zijn, gaan mensen het vanzelf als zwaar ervaren. Wat overigens niet wegneemt dat er in de ondersteuning van mantelzorgers nog veel te verbeteren valt. Maar het gaat om de basishouding.'
niet als probleem ervaren →	
basishouding →	

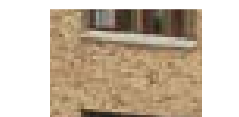
paradox →	Diezelfde basishouding verwacht Ypenga ook van de politiek. Maar volgens haar is de gemeente nog op zoek naar 'de juiste taal'. Zo hoorde ze op een conferentie iemand vragen: hoe gaan wij regelen dat mensen het zelf gaan doen? Ypenga: 'Dat is wel een leuke paradox. Dat kún je dus niet regelen. Je kunt wél stoppen met dingen voor anderen te regelen.' En, zo waarschuwt ze, als er iets moois ontstaat uit een gemeenschappelijk ervaren probleem, uit een gemeenschappelijk belang, moet je uitkijken dat je het niet de verkeerde aandacht geeft, of die mensen opzadelt met de plicht om het ergens anders ook te doen. 'Als ouders in hun wijk een voetbalteam voor hun kinderen organiseren, is dat mooi. Maar het is onverstandig om ze te vragen om het in een andere wijk ook te doen. Kijk eerder naar hoe je deze mensen ondersteunt zodat ze het
------------------	---



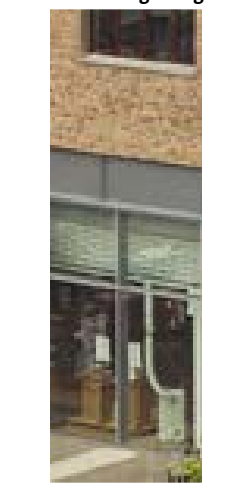
veel zelf moeten doen →



web van bureaucratie →



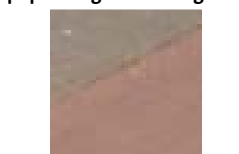
betere marketing nodig →



onzekerheid over de koers →



populatiegerichte zorg →



geleefd door de dagelijkse zorg →



zo lang mogelijk volhouden en dat het leuk blijft. Zodat er ook opvolgers klaarstaan als hun kinderen groot zijn of als ze tijdelijk uitvallen.'

Dure pendelbewegingen

Ypenga wijst erop dat IJburg nooit het traditionele welzijnswork in buurthuizen heeft gehad. De bewoners hebben altijd al veel zelf moeten doen. 'Maar we zijn er nog lang niet. Er is nog een groep die weinig initiatieven ontplooit. Ten dele heeft dat te maken met culturele achtergronden. De manier waarop we in Nederland gewend zijn dingen te organiseren sluit niet altijd aan bij de gewoonten in andere culturen. Daarnaast is in Nederland alles zo gereguleerd dat er weinig ruimte is zelf initiatieven te ontplooiën zonder dat je je eerst door een web van bureaucratie moet worstelen. Maar ook dat is aan het veranderen.' Ypenga heeft ook wel ideeën hoe de zelfstandigheid van bewoners en cliënten verder bevorderd kan worden. Veel hangt volgens haar af van de manier waarop je het brengt. 'Ik denk dat we in ons werkveld betere marketing nodig hebben. Als je ziet dat het via marketingcampagnes gelukt is om mensen te overtuigen dat ze water in flesjes moeten kopen, terwijl we perfect kraanwater hebben, dan moet het toch ook lukken om mensen weer meer zelf verantwoordelijkheid te laten nemen.'

Er zou een heel boek te schrijven zijn over de ontwikkelingen in IJburg. Lokaal is er veel gebeurd. Maar alle betrokken organisaties hebben ook te maken met landelijke ontwikkelingen en het internationale economische klimaat. Zo moest er soms gesneden worden en binnen een samenwerkingsverband heeft zoiets ook altijd gevolgen voor de onderlinge relaties. Mensen zijn in tijden van reorganisaties en bezuinigingen meer gericht op de eigen 'club', stelt Ypenga, en er gaat tijd zitten in intern overleg, die niet besteed kan worden aan cliënten of overleg met anderen. Ook heerst niet zelden onzekerheid over de koers van de organisatie. Dat heeft overigens niet alleen te maken met bezuinigingen, maar ook met de steeds wisselende modes in zorgland. Ypenga: 'Ik werk nu al meer dan twintig jaar in verschillende zorgorganisaties en ik heb de pendel al vaak heen en weer zien gaan. Elke vier jaar zo'n beetje gaat het van centraliseren naar decentraliseren en omgekeerd. En daar is het nog nooit goedkoper van geworden. Je kunt volgens mij beter ophouden met die grote veranderingen en je problemen oplossen binnen het model dat je hebt. Reorganiseren kost altijd geld.'

Toekomst: cure, care community

De ontwikkelingen in IJburg gaan ook na afronding van de eerste ZonMw-projecten door. De manier waarop de zorg geregeld is, inspireert intussen ook anderen. Dat blijkt onder meer uit een gesprek met Hanneliek de Sonnaville. Zij kwam in 2013 als stafmedewerker bij de SAG werken. Een van haar taken is het ondersteunen van de huisartsen op de verschillende locaties. Parallel daaraan werkt zij aan een zogeheten verspreidings- en implementatie-impuls (VIMP) van ZonMw voor meer populatiegerichte zorg. Zoals voormalig SAG-directeur Jolanda Buwalda het noemt: de verbinding van *cure*, *care* en *community*. Een mooi ideaal, maar het vraagt wel dat de verschillende betrokkenen inzien dat deze verbinding hun eigen belangen dient, aldus De Sonnaville. 'Huisartsen houden erg van hun vak, maar hebben vaak een hoge werkdruk, zodat zij hun tijd goed moeten indelen. Als ze niet uitkijken, worden ze geleefd door de dagelijkse zorg. Daar wat aan doen is een deel van hun belang bij een populatiegericht project voor patiënten die minder zelfredzaam zijn en vaak een beroep doen op de huisarts.'

digitaal patiëntenportaal →	De VIMP start in IJburg en is gericht op het doorontwikkelen van de bestaande systematiek voor casemanagement. Ook kan dankzij de impuls een digitaal patiëntenportaal geïmplementeerd worden.
casemanagement →	‘We willen samen met TNO onderzoeken of de zelfredzaamheid van cliënten toeneemt. Ook kijken we of de kwaliteit van de zorg beter kan en de zorgkosten omlaag.’ Het onderzoek wordt (zonder financiering van ZonMw) ook in Amsterdam-Noord uitgevoerd. Daar worden met behulp van een meetinstrument voor zelfredzaamheid, ontwikkeld door de Amsterdamse GGD, vijfhonderd mensen geselecteerd die mogelijk in aanmerking komen voor casemanagement. ‘Uit onze gegevens tot dusver lijkt het erop dat mensen niet tegelijkertijd bij verschillende hulpverleners in zorg zijn, maar van de ene naar de andere hulpverlener gaan. Dat is nu nog niet helemaal hard te maken, maar de indruk bestaat dat juist in deze groep veel mensen ‘shoppen’ bij hulpverleners. Dat risico is waarschijnlijk groter zodra mensen worden aangesproken op hun eigen verantwoordelijkheid’, zegt De Sonnaville.
‘shoppen’ bij hulpverleners →	Het is de bedoeling dat verwijzingen naar welzijnsorganisaties en andere partijen uiteindelijk leiden tot een vermindering van werkdruk in de cure (en care). Of dit ook daadwerkelijk gebeurt, is nu nog niet te zeggen. Wel weet De Sonnaville dat het belangrijk is dat huisartsen met enige regelmaat contact hebben met de medewerkers van de welzijnsorganisaties en ook echt iets terug horen over de cliënten die ze verwezen hebben. ‘De huisarts staat vaak langs de zijlijn, ook in het multidisciplinair overleg. Huisartsen kunnen ook niet altijd aanwezig zijn. Juist dan is terugkoppeling naar de huisarts wel cruciaal, anders gaat hij of zij er de volgende keer ook geen moeite voor doen.’ Daar is dus nog wel werk aan de winkel.
terugkoppeling naar de huisarts →	

Onderliggende principes

	Terwijl de huisarts aan de ene kant dus zorgtaken kan overdragen aan de care- en de welzijnssector, is er op IJburg intussen ook een sterke verbinding met de tweede lijn. In het gezondheidscentrum Haveneiland, waarin ook het IJ-office gehuisvest is, bevinden zich enkele poliklinieken van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis. Buwalda is er enthousiast over: ‘Huisartsen werken daar dicht bij elkaar en kunnen makkelijk overleggen. Het is ook ideaal voor substitutie van zorg. De oogartsen leren de huisartsen bijvoorbeeld om kleine interventies zelf te doen.’
verbindingen met het buurtwerk →	Geïntegreerd georganiseerde gezondheidszorg is eigenlijk steeds in beweging, stelt Buwalda vast. ‘Je ziet dingen terugkomen, zoals het wijkgerichte werken en de verbindingen met het buurtwerk zoals dat al sinds de jaren zeventig in het DNA van de SAG zit. Het heette toen anders, maar ik zie toch veel overeenkomsten. Aan de andere kant ontstaan er steeds nieuwe dingen, zoals nu de rol van de praktijkondersteuner. Zolang we maar blijven kijken of het zinnig en zuinig gebeurt, is er nog veel te ontwikkelen. IJburg loopt in veel opzichten voorop, dat voorbeeld kan elders worden nagevolgd.’ Oud-wethouder Thesingh is het met haar eens: ‘Wat anderen kunnen leren van IJburg zijn vooral de onderliggende principes. Hoe je het organiseert, hoe je het praktisch houdt, de opdracht om de verantwoordelijkheid zo laag mogelijk te leggen en bewoners erbij te betrekken. Dat kun je dan enten op de situatie die daar is. Maar wat je niet moet doen, is met blauwdrukken werken en het IJburg-model ‘uitrollen’ over Amsterdam. Dan doe je IJburg tekort. En vooral ook al die andere wijken.’
bewoners erbij betrekken →	





MSM: de sprong van mono naar multi

Door Marten Dooper

Maasgouw: samenwerken in een virtueel gezondheidscentrum

Hoe maak je zorg integraal als iedereen in zijn of haar eigen praktijk werkt? Drie paramedici in de Limburgse gemeente Maasgouw bedachten een oplossing: samenwerking in een virtueel gezondheidscentrum, bedoeld voor cliënten met meer dan één eerstelijns zorgverlener.

eerstelijns zorgverleners →

gerichte behandelingen →

‘eenmansbedrijf’ →

Mevrouw Stevens, een (fictieve) 70-jarige vrouw uit het Midden-Limburgse plaatsje Linne, heeft een beroerte gehad. Ze heeft het gelukkig overleefd en kan na een tijdje in het ziekenhuis weer naar huis. Dat betekent echter niet dat ze weer helemaal de oude is. Integendeel, mevrouw Stevens heeft te kampen met aanzienlijke ‘restverschijnselen’, zoals dat in medisch jargon heet. Spraakproblemen, moeite met slikken, last van een haperende linkerarm, evenwichtsstoornissen, trager van begrip. En ook niet onbelangrijk: ze is behoorlijk angstig dat ze nog een keer een beroerte krijgt.

Gelukkig zijn er tal van eerstelijns zorgverleners die mevrouw Stevens op al die gebieden hulp kunnen bieden. Een logopedist, een ergotherapeut, een fysiotherapeut, eventueel een diëtist en niet te vergeten een eerstelijns psycholoog. Allemaal kunnen zij met gerichte behandelingen het zelfstandig functioneren van mevrouw Stevens weer op een hoger niveau brengen. En totdat dit bereikt is, bewijst de thuiszorg goede diensten.

De komende tijd zal mevrouw Stevens dus te maken krijgen met een heel leger aan eerstelijns zorgverleners. Zorgverleners die – vooral in een plattelandsgemeente als Maasgouw, waar Linne deel van uitmaakt – afkomstig zijn uit de wijde omgeving van haar woonplaats. En die veelal opereren als ‘eenmansbedrijf’ of in een monodisciplinaire groepspraktijk.

Ieder zijn ‘ding’

Stuk voor stuk zijn het vaklieden, die zorg van hoge kwaliteit kunnen leveren. Maar ondanks alle beschikbare vakbekwaamheid verloopt de zorgverlening voor mensen als mevrouw Stevens niet altijd gemakkelijk.

los van elkaar → geen goed afgestemde zorg →	‘In de dagelijkse praktijk merkten we dat het bij cliënten met diverse eerstelijns zorgverleners nogal eens ontbrak aan coördinatie van de zorg’, vertelt Adi Kessels-de Beer, logopedist in Maasbracht. ‘De paramedici werken doorgaans los van elkaar met de cliënt. Ieder doet zijn of haar ‘ding’ en dat is dat.’ Doordat iedere paramedicus een eigen praktijk heeft, bestaat er niet alleen letterlijk maar ook figuurlijk een flinke afstand tussen de verschillende zorgverleners. Het gevolg is dat er vaak geen sprake is van structureel onderling overleg in de eerste lijn. En dus ook geen goed afgestemde zorg.
gaten in de zorg → gebrekkige onderlinge communicatie →	Idealiter houdt de huisarts van de cliënt het geheel in de gaten, maar in de praktijk is dat vaak moeilijk realiseerbaar. ‘Een van de oorzaken daarvan is dat de patiënt zich tegenwoordig rechtstreeks kan aanmelden bij een paramedicus’, verklaart huisarts Kees Berger. Hij is verbonden aan Huisartsenpraktijk Onder 3 daken, met vestigingen in Grathem, Thorn, Wessem en Kelpen. ‘Je hebt als huisarts daardoor niet meer automatisch het overzicht’. Het gevolg: gaten in de zorg, of juist doublures. Kessels-de Beer herkent dat beeld: ‘Neem iemand die na een beroerte kampt met een slikstoornis. Gaat de logopedist hiermee aan de slag of juist de ergotherapeut, voor wie de cliënt ook een indicatie heeft? Als je daar onderling geen goede afspraken over maakt, heb je kans dat de ergotherapeut denkt: daar gaat de logopedist wel aan werken. En de logopedist denkt: daar zal de ergotherapeut ook wel mee aan de slag gaan! Nog afgezien van het feit dat de cliënt bij iedere zorgverlener opnieuw zijn of haar hele verhaal moet vertellen.’ Gebrekkige onderlinge communicatie in de eerste lijn leidt bovendien regelmatig tot misverstanden en andere ongewenste situaties, aldus de logopedist. Wat bijvoorbeeld als een cliënt die bij meer dan één paramedicus onder behandeling is, plotseling in het ziekenhuis moet worden opgenomen. Wie brengt alle betrokken zorgverleners hier snel van op de hoogte, zodat eventuele afspraken kunnen worden aangepast?
verplaatst naar de eerste lijn → behandelingen vaker thuis →	Virtuele multidisciplinaire praktijk ‘Het aantal cliënten dat zorg krijgt van meer dan één zorgverlener in de eerste lijn, neemt de komende tijd alleen maar toe.’ Dat zegt Jan Peters, praktijkhouder fysiotherapie in Maasbracht. ‘De tendens in de zorg is – op aandringen van de overheid – dat de zorg zo veel mogelijk verplaatst wordt van de tweede naar de eerste lijn. Dit uit oogpunt van kosten-beheersing in de gezondheidszorg.’ Kwamen mensen die na een beroerte verschillende paramedische behandelingen nodig hadden voorheen terecht in een tweedelijnscentrum, tegenwoordig vinden die behandelingen steeds vaker thuis plaats, licht Peters toe. Met als gevolg dat ze niet per se meer gegeven worden door paramedici in dienst van een verpleeghuis of revalidatiecentrum. Die stonden vaak gemakkelijk met elkaar in contact. ‘Het voordeel van de nieuwe situatie is dat de cliënt zelf kan kiezen bij welke paramedicus hij of zij aanklopt voor de afzonderlijke behandelingen. Het nadeel is het door Adi geschetste gevaar van een gebrek aan afstemming.’
virtuele multidisciplinaire praktijk →	Kessels-de Beer, Peters en Ine Bex-van de Schoor, ergotherapeut in Wessem, bedachten een manier om de onderlinge samenwerking en communicatie tussen de eerstelijns zorgverleners te verbeteren. Het uitgangspunt: voor multidisciplinaire samenwerking hoeft je niet per definitie fysiek samen één behandelcentrum te vormen. In de 21ste eeuw is het immers een fluitje van een cent om een virtuele multidisciplinaire praktijk in het leven te roepen. ‘Dat idee werd het

schil om de afzonderlijke praktijken → Multidisciplinair Samenwerkingsmodel Maasgouw, kortweg MSM Maasgouw', vertelt Bex-van de Schoor. De zelfstandig opererende eerstelijnspraktijken hoeven amper iets te veranderen aan hun manier van werken. MSM Maasgouw vormt als het ware een schil om de afzonderlijke praktijken heen, die het mogelijk maakt op een eenvoudige manier informatie uit te wisselen. 'MSM knoopt de aangesloten praktijken aan een tot één grote – maar wel virtuele – multidisciplinaire praktijk voor eerstelijnszorg.'

Technische problemen

akkoord van de huisarts → De drie pioniers namen een ICT-ontwikkelaar in de arm voor een passend softwarepakket. Peters: 'In de eerste versie vulde de cliënt per paramedische discipline een vragenlijst in. Op basis daarvan volgde een advies aan de huisarts voor een indicatie voor specifieke paramedische hulp. Na een akkoord van de huisarts kon de cliënt aangeven welke concrete paramedici de behandelingen zouden gaan uitvoeren. Die stelden vervolgens binnen het programma een behandelplan op, dat in een multidisciplinair overleg tussen de huisarts en de betrokken paramedici in een virtuele omgeving werd besproken. Zo wisten alle betrokkenen wie wat en wanneer ging doen bij de cliënt.'

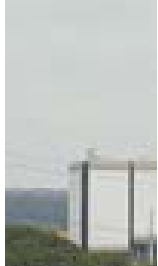
wie wat en wanneer → Bex-van de Schoor: 'Voordat we van start gingen met deze pilot hebben we in de regio het nodige missiewerk moeten verrichten. We hebben alle eerstelijns zorgverleners benaderd en uitgelegd wat we van plan waren. De meesten zagen het wel zitten en wilden meedoen aan de pilot.' Die pilot liep op zich voorspoedig; iedereen was enthousiast over de samenwerking. Alleen de techniek liet te wensen over. Het ontwikkelde programma bleek in de praktijk niet erg gebruikersvriendelijk en vertoonde bovendien nogal wat technische problemen. Kessels-de Beer: 'Tot overmaat van ramp overleed de betreffende ICT-ontwikkelaar, zodat we het programma niet konden laten verbeteren.'

betere digitale infrastructuur → Gesterkt door de enthousiaste reacties op 'het eerste probeersel' ging het drietal toch door. Met verschillende subsidies (van ZonMw, de regionale ondersteuningsstructuur Robuust en de provincie Limburg) kwam er een betere digitale infrastructuur voor de beoogde multidisciplinaire samenwerking. Kessels-de Beer: 'Cruciaal in dit nieuwe MSM is dat de behoeften van de cliënt worden vastgesteld in een zorgdossier op basis van de Internationale Functioneringsclassificatie, ICF, en niet op basis van de ICD, de internationale diagnose classificatie. Met de ICF krijg je een totaalbeeld op het niveau van stoornis, functie, activiteiten en participatie. Zo wordt sneller duidelijk welke paramedische hulp gewenst is. Een algemene diagnose CVA bijvoorbeeld, zegt weinig over welke beperkingen in het functioneren de patiënt concreet ervaart.'

Zelf blijven kiezen

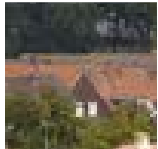
functionele problemen → Het invullen van een vragenlijst met 36 items brengt in één A4-tje alle functionele problemen en de ernst daarvan in kaart. Ook geeft de vragenlijst informatie over de gevolgen voor activiteiten en participatie. Ten slotte inventariseert de lijst externe en persoonlijke factoren van de cliënt. Dat alles leidt uiteindelijk tot een advies over welke vormen van eerstelijnszorg kunnen helpen bij de totale problematiek van de cliënt.

advies over eerstelijnszorg → De huisarts bespreekt dat advies met de cliënt, waarna deze via MSM een akkoord geeft. Vervolgens kan de cliënt binnen MSM zelf aangeven door welke concrete zorgverleners hij de behandelingen wil laten uitvoeren.



gezienlijk behandelplan →

beveiligde virtuele omgeving →



beeldcontact →



digitale samenwerking →



dat scheelt mailtjes en telefoontjes →



zeer breed perspectief →



tastbare resultaten →



De cliënt behoudt dus zijn vrije keuze in zorgverleners, benadrukt Kessels-de Beer. De geselecteerde zorgverleners stellen binnen veertien dagen een eigen monodisciplinair behandelplan op, dat ze vastleggen binnen MSM. Het programma genereert op basis daarvan een gezamenlijk behandelplan, dat in een multidisciplinair overleg in een beveiligde virtuele omgeving door alle betrokkenen wordt besproken. Zit er ergens nog overlap in de behandelingen? Of vallen er juist gaten? In het overleg stellen alle betrokkenen het definitieve, gezamenlijke behandelplan vast. Kessels-de Beer: 'Desgewenst kan de cliënt zelf aanwezig zijn bij het multidisciplinair overleg, dat meestal plaatsvindt via beeldcontact. En bij veranderingen bij de cliënt op functie-, activiteiten- en/of participatieniveau, kan het beleid in een multidisciplinair vervolgoverleg zo nodig bijgesteld worden.' Het MSM-zorgdossier is overigens geen elektronisch patiëntendossier', vult Bex-van de Schoor aan. 'Het bevat alleen die informatie die relevant is voor de complete hulpvraag van de cliënt en de multidisciplinaire zorg die daarbij is gekozen.'

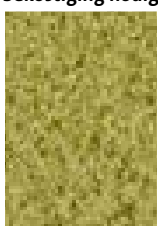
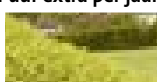
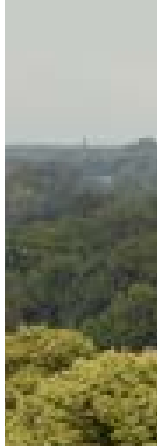
Missing link in de eerste lijn

Sinds de start met het nieuwe webbased programma, medio 2013, bevat MSM zorgdossiers van zo'n tachtig cliënten. Inmiddels zijn ongeveer honderdtwintig zorgverleners in de eerste lijn aangesloten bij de digitale samenwerking. Cliënten worden ingebracht door een zorgverlener (na toestemming van de cliënt), of de cliënt meldt zichzelf aan via www.msm-maasgouw.nl. De ervaringen zijn tot nu toe positief, zo beaamt ook Cecile Westdorp, Parkinson-verpleegkundige in Roermond. 'In de Parkinson-wereld kennen we natuurlijk al enkele jaren het ParkinsonNet, een netwerk van zorgverleners die gespecialiseerd zijn in het behandelen van mensen met deze ziekte. MSM sluit hier mooi bij aan. Het grote voordeel is dat de betrokken zorgverleners in MSM via het zorgdossier van een cliënt digitaal informatie kunnen uitwisselen. Dat scheelt een hoop mailtjes en telefoontjes over en weer. Ook het digitale multidisciplinaire overleg is een uitkomst.'

Ook Wil van den Bosch, tot zijn emeritaat in juni 2014 hoogleraar Zorginnovatie in de huisartspraktijk aan het Nijmeegse Radboudumc, is enthousiast. 'Toen ik als commissielid binnen het ZonMw-programma Op één lijn over dit initiatief hoorde, was ik verbaasd wat deze drie zelfstandig werkende paramedici naast hun gewone werk voor elkaar hadden gekregen. Het is een project met een zeer breed perspectief. MSM vormt wat mij betreft de *missing link* in de eerstelijnszorg, met name in plattelandsgebieden. Het is een uitstekende manier om eerstelijns zorgverleners met elkaar effectief te laten samenwerken waar dat nodig is.' ZonMw onderscheidde MSM in het voorjaar van 2014 met een 'glazen druppel', een symbolisch bewijs dat het betreffende project tot tastbare resultaten heeft geleid en meer is dan een druppel op een gloeiende plaat.

Wennen aan multidisciplinaire blik

Desondanks valt er nog veel werk te verzetten, stellen de initiatiefnemers gedrieën vast. 'We moeten nog steeds veel tijd en energie besteden aan de promotie van MSM', zegt Peters. 'Nog niet alle zorgverleners in de eerste lijn in de regio doen actief mee. Niemand is tegen, maar regelmatig krijgen we te horen 'dat het zoveel extra tijd kost om de vragenlijst in te vullen' of dat mensen opzien tegen het meedoen aan het multidisciplinair overleg.' De huisartsen, bijvoorbeeld, vinden het allemaal prachtig als een patiënt in MSM zit, maar brengen zelden zelf een cliënt in.



‘Dat klopt’, beaamt huisarts Berger, zelf overigens een enthousiaste deelnemer aan MSM. ‘Huisartsen willen in principe zo min mogelijk last hebben van automatisering. We moeten al zo veel verschillende patiënten dossiers bijhouden. Ons eigen patiëntenjournaal, de verrichtingen door de praktijkondersteuners, de digitale info vanuit externe laboratoria. En dan komt daar nu ook nog weer een schermpje bij voor MSM. Daarnaast kost het extra tijd, zo’n multidisciplinair overleg. Extra tijd waar geen financiële vergoeding tegenover staat. Ik kan me dus goed voorstellen dat veel collega-huisartsen terughoudend zijn met MSM.’ Anderzijds moeten veel paramedici er nog aan wennen verder te kijken dan alleen de problematiek binnen hun eigen vakgebied, vult Kessels-de Beer aan. ‘Paramedici zijn allemaal monodisciplinair opgeleid. Het vergt dan enige oefening om je bij iedere cliënt even af te vragen of er nog meer aan de hand is. En zo ja, of andere disciplines in de eerste lijn daarbij mogelijk hulp kunnen bieden en het dus zinvol is om de betreffende cliënt aan te melden bij MSM.’

Overigens valt het met die extra tijd wel mee, stelt Bex-van de Schoor. ‘Hooguit een half uurtje voor het invullen van de vragenlijst en een half uurtje voor het multidisciplinair overleg per jaar, want per cliënt duurt het MDO tien minuten. In totaal kost het je per cliënt zo’n anderhalf uur extra per jaar, want er gaat ook nog wat tijd zitten in het bekijken van de resultaten van de vragenlijst. Maar met die tijdsinvestering is de zorg voor die cliënt wel beter gecoördineerd, waardoor minder overlap of hiaten ontstaan. Ook wordt de cliënt beter gevolgd, waardoor je voorkomt dat problemen ernstiger worden. Die anderhalf uur verdienen zich dus zeker terug.’

Kostenbesparing kunnen aantonen

Nu het woord 'verdienen' is gevallen komt ook een ander punt aan de orde waar nog veel werk moet worden verzet: de financiering van MSM. Peters: 'Tot nu toe hebben we het project bekostigd uit subsidies, en uiteraard door er zelf heel veel onbetaalde tijd en energie in te stoppen. De ZonMw-subsidie loopt nog tot medio 2015. Maar om MSM te kunnen blijven voortzetten is een structurele bekostiging nodig. Het ICT-systeem vergt onderhoud en er moet een helpdesk zijn. Ook zien de deelnemende zorgverleners graag op de een of andere manier de tijd die ze erin stoppen vergoed. Daarvoor moeten we in gesprek met de zorgverzekeraars.'

Volgens Bex-van de Schoor hebben de zorgverzekeraars moeite met het multidisciplinaire karakter van MSM. 'Zorgverzekeraars zijn gewend te kijken naar vergoedingen voor één discipline tegelijk en te denken in DBC's, de diagnose-behandelcombinaties. Ons project past niet in dat plaatje. We zullen, denk ik, eerst moeten bewijzen dat de samenwerking via MSM daadwerkelijk leidt tot een besparing in de uiteindelijke zorgkosten. Onze insteek is dat de zorgverzekeraars ons de gelegenheid zouden geven om dat in een pilot aan te tonen.' 'Het is als met een vaccinatieprogramma', stelt Berger op zijn beurt. 'De kost gaat voor de baat uit. Als alle zorgverleners rondom de patiënt op dezelfde golflengte zitten, leidt dat tot beter zorg, minder belasting van de zorg en een hogere kwaliteit van leven voor de patiënt. Maar het duurt enige tijd voordat de verzekeraar dat financieel terugziet.'

Verbreiding naar Wmo-problematiek

Niet alleen de zorgverzekeraars zouden een rol kunnen hebben, ook de gemeenten komen in beeld. De zorgkosten – waarop met een aanpak MSM te besparen is – komen vanaf volgend jaar immers voor een groter

deel dan voorheen op hun bordje terecht. Geen wonder dus dat ook de gemeente Maasgouw inmiddels heeft aangehaakt bij MSM Maasgouw. 'Aanvankelijk hebben we de ontwikkeling van MSM een beetje vanaf de zijlijn staan bekijken', vertelt Sven Roelofs, beleidsmedewerker Welzijn bij de gemeente Maasgouw. De initiatiefnemers, Jan, Adi en Ine, hebben ons regelmatig bijgepraat over de bedoelingen en vorderingen van het project. Sinds de herstart van MSM in 2013 met het nieuwe webbased programma, is ook de gemeente er actiever bij betrokken. Zo geven we op de website van MSM korte uitleg over de Wmo en het Centrum voor Jeugd en Gezin. En mensen kunnen zich via de website aanmelden voor de programma's Beweegcoach en Beweegkuur.'

hulpvraag beter in beeld →

Bij wijze van experiment is Maasgouw onlangs een stapje verder gegaan. Consulents van het gemeentelijke Wmo-loket, die daarvoor een gebruikersovereenkomst hebben ondertekend, kunnen nu na toestemming van de cliënt toegang krijgen tot enkele overzichten uit de zorgdossiers van MSM. De bedoeling is om zo de hulpvraag van mensen beter in beeld te krijgen, licht Roelofs toe. 'Stel, iemand doet via het Wmo-loket een aanvraag voor een scootmobiel. Met de overzichten uit het zorgdossier kan de Wmo-consulent een breder zicht krijgen op de problematiek van de aanvrager. Is mobiliteit het probleem of gaat het eigenlijk om eenzaamheid? Hoe zit het met de zelfredzaamheid en participatie van de cliënt? Kortom, is die scootmobiel wel de beste oplossing voor iemands probleem? Door de informatie te bundelen hopen we te komen tot de oplossing die het beste past bij de hulpvraag van de burger in kwestie. Het experiment moet uitwijzen of dit daadwerkelijk gaat lukken.'

wetenschappelijke ondersteuning →

Bewijzen dat het werkt

Belangrijk voor een verdere implementatie is wetenschappelijke ondersteuning voor de claim dat de aanpak meerwaarde heeft voor een beter afgestemde zorg. Voor MSM bestaat inmiddels de nodige wetenschappelijke interesse. Van den Bosch vindt dat niet vreemd. 'Aan het project zijn tal van wetenschappelijke vragen te koppelen. Zo is het interessant na te gaan of dit systeem van samenwerking ook elders is te implementeren en wat daarbij de randvoorwaarden zijn. In Maasgouw is veel bereikt dankzij de persoonlijke inzet van enkele sleutelfiguren. Hoe krijg je dat elders voor elkaar?' Een ander punt, aldus de hoogleraar, is dat MSM Maasgouw is ontwikkeld in een plattelandsregio waar nog amper sprake was van samenwerking tussen verschillende eerstelijns zorgverleners. De vraag is of, en zo ja hoe, je dit systeem kunt invoeren op plaatsen waar al wél sprake is van samenwerking. En wat is uiteindelijk de ideale omvang waarbinnen zo'n samenwerking zich moet afspelen? 'In principe is er volgens mij geen maximale omvang voor een samenwerkingsverband, zolang de wens van de patiënt aan de basis staat van de samenwerking tussen de zorgverleners.' Dat wordt vanzelf anders als de gemeente in het systeem gaat meewerken voor de Wmo-gestuurde zorg, vervolgt Van den Bosch. 'Dan ben je – in ieder geval voor dat deel van de zorg dat via de Wmo loopt – gebonden aan de gemeentegrens.'

elders is implementeren →

gemeentegrens →

evidence based maken →

Kessels-de Beer is enthousiast over de belangstelling van onderzoekers. 'We hebben inmiddels afspraken gemaakt met de Universiteit Maastricht en het Radboudumc om een aantal zaken rondom MSM wetenschappelijk te onderzoeken. Zo gaat Maastricht zich bezig houden met het valideren van de vragenlijst die we gebruiken en wil Nijmegen de communicatie binnen MSM nader onderzoeken. Het zou toch prachtig zijn als we het systeem op deze manier ook *evidence based* weten te maken?'





Van zorgprogramma's naar brede samenwerking

Door Pieter van Megchelen

Denken vanuit de cliënt in Nieuwegein

In Nieuwegein werken vier gezondheidscentra steeds meer samen op diverse terreinen. Ook buiten de zorg. Het begon allemaal met een project voor de ontwikkeling van integrale zorgprogramma's voor vijf gezondheidsproblemen. Van smal naar breed is het ideaal.

een solitair beroep →

'Het is soepel gelopen, maar het is ook wennen geweest', zegt huisarts Tom Rebholz van gezondheidscentrum De Schans in Nieuwegein. 'Als ik het als huisarts bekijk: wij hebben natuurlijk van oorsprong een solitair beroep. Samenwerking betekent altijd ook een verlies aan autonomie. Op een gegeven moment zie je het belang in om samen in een gezondheidscentrum te gaan zitten. Wij hebben in dit project de volgende stap gezet: gaan samenwerken buiten het eigen centrum. Dat levert een spanningsveld op, voor de een meer dan voor de ander. Maar het is interessant én nodig. De zorg is nu eenmaal permanent in beweging.'

verschillende disciplines →

Het project waar Rebholz over spreekt, bracht veel verschillende disciplines binnen de gezondheidscentra bij elkaar rond gezondheidsproblemen met een grote impact op de kwaliteit van leven van mensen. Het idee was om voor diabetes, longaandoeningen (COPD), depressie en hart- en vaatziekten zorgprogramma's te ontwikkelen. Deze worden inmiddels in elk van de deelnemende centra op dezelfde manier uitgevoerd. Er is volgens Rebholz veel bereikt in de ontwikkeling van de programma's.

prachtige protocollen →

'We hebben vier prachtige protocollen liggen, die worden gebruikt en steeds geactualiseerd. En misschien nog wel belangrijker: professionals hebben elkaar leren kennen en zijn gaan samenwerken.' Waar Nieuwegein nu staat, met vier gezondheidscentra die onderling goed samenwerken, is voor een belangrijk deel te danken aan

verschillende ZonMw-projecten. Dat zegt Hans Pietersma, op parttime basis coördinator van de centra De Schans en Zuid, en nauw betrokken bij het zorgpadenproject. De overige projecten waarnaar hij verwijst, zijn twee andere uit het ZonMw-programma Op één Lijn; over gebiedsgerichte zorgketens en over zorg en welzijn op één lijn. Daarnaast, vervolgt Pietersma, was er ook nog een project vanuit het ZonMw-programma Zichtbare Schakel. Dat ging over de rol van de wijkverpleegkundige, in dit geval in zogenoemde woonservicezones. Het gesprek met verschillende Nieuwegeinse zorgverleners gaat voortdurend heen en weer tussen de inhoud van de zorgprogramma's, de onderlinge samenwerking en de randvoorwaarden daarvoor. Maar alle projecten hebben bijgedragen aan de samenwerking in Nieuwegein, blijkt steeds weer tijdens de interviews.

Effecten meetbaar maken

richtlijnen vertalen naar de praktijk →

Een zorgprogramma is volgens de betrokkenen een prima manier om wetenschappelijke inzichten en richtlijnen te vertalen naar de praktijk. Zeker als je met verschillende disciplines betrokken bent bij de zorg voor een bepaalde groep patiënten. Een duidelijk voorbeeld zijn de afspraken over metingen. Bij het stellen van de diagnose en in de loop van de begeleiding van (chronische) patiënten zijn regelmatig metingen nodig: longfuncties, bloedsuikerwaarden, psychisch welbevinden, gewicht en lengte, bloeddruk, et cetera. Afspraken hierover lijken triviaal, maar kunnen de kwaliteit van zorg verbeteren. Ron Plooi, als sociaalpsychiatrisch verpleegkundige onder meer betrokken bij het zorgprogramma over depressie: 'Doordat we nu een zorgprogramma hebben, vullen alle patiënten bij wie de huisarts denkt aan depressie, dezelfde vragenlijst online in. Vroeger hing het meer af van de inschatting van de huisarts en werd er niet systematisch gemeten. Het is een vooruitgang dat al die cijfers vastgelegd worden, dat je precies kunt zien wie er opknappen, wie uitvalt en bij wie extra zorg nodig is. We kunnen nu bij elkaar komen en benchmarks vergelijken om de zorg verder te verbeteren. Ook naar de verzekeraar toe heb je zo een veel beter verhaal.'

systematisch gemeten →

benchmarks vergelijken →

meetbaar en aantoonbaar →

De afspraken over meetmomenten bevorderen ook dat bij alle patiënten in een programma op dezelfde manier gekeken wordt of de afgesproken interventies werken. Plooi: 'Je stuurt op grond van die uitkomsten. Ik neem aan dat een huisarts dat doet bij de behandeling van een hoge bloeddruk. Het is mijn passie om ook in de psychiatrische zorg meetbaar en aantoonbaar te maken dat iets werkt of niet.'

Uitdaging: automatisering

berucht obstakel voor samenwerking →

Direct in het verlengde van meten ligt het vastleggen van gegevens. Automatisering dus. Geen sexy onderwerp wellicht, maar een berucht obstakel voor samenwerking in de eerste lijn. Zeker als je buiten de grenzen van je eigen praktijk gaat samenwerken, is de kans groot dat je samenwerkingspartner een ander informatiesysteem heeft, met een andere leverancier en (dus) een andere manier om data op te slaan en terug te vinden. Huisarts Rebholz: 'Op een gegeven moment waren er twee centra die een nieuw systeem moesten hebben, omdat hun leverancier ermee ophield. Bij ons was de urgentie om te veranderen er op dat moment niet, maar ik heb toen voorgesteld om met z'n allen op zoek te gaan naar een nieuw systeem. Na een half jaar hebben we



dashboard →

proces met haken en ogen →



niet meer weg te denken →



meer geprotocolleerde zorg →



samen gekozen voor Promedico. Ik denk dat we nu veel makkelijker samenwerken binnen de zorgprogramma's doordat we dezelfde informatiesystemen gebruiken.'

Toch is het informatiesysteem niet altijd geschikt gebleken voor de nieuwe vormen van samenwerking. Stel, je wilt weten welke patiënten in een gezondheidscentrum bekend zijn met risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Dat is geen theoretisch voorbeeld; precies die vraag ontstond bij de ontwikkeling van het zorgprogramma Cardiovasculair Risicomanagement (CVRM). Huisarts Jette Timmer: 'Wij wilden graag een dashboard waarop je in één oogopslag kon zien bij wie het risico op hart- en vaatziekten in de komende tien jaar hoger zou kunnen zijn dan 10 procent. Dat zou ons helpen om gericht een CVRM-consult aan te bieden aan de groep mensen met het hoogste risico.' Het bleek een proces met haken en ogen, vertelt Timmer. De applicatie die gebruik maakt van data uit het informatiesysteem bleek niet goed te werken. De subsidie was afgelopen en ook zorgverzekeraar Achmea had geen interesse voor een vervolg. 'We hebben er toen voor gekozen ons te beperken tot het gaan oproepen van de mensen die medicatie krijgen voor cardiovasculaire risicofactoren, maar zich niet laten controleren. De meesten komen regelmatig op het spreekuur, maar van anderen weten we helemaal niet hoe het met hen gaat. Die gaan we actief benaderen en het hele cardiovasculair risicomanagement-zorgprogramma aanbieden.'

De praktijkondersteuner als spil

Als het gaat over de concrete inhoud van het zorgprogramma COPD, heeft huisarts Rebholz het al snel over de praktijkondersteuner: 'Die weet dat veel beter dan ik, want zij is degene die het uitvoert'. Ook in de andere gesprekken komt telkens weer de centrale rol van de praktijkondersteuner van de huisarts (POH) naar voren. Zo zegt Timmer: 'De inbreng van de praktijkondersteuners bij de ontwikkeling en uitvoering van het zorgprogramma is echt onmisbaar.' En Rebholz: 'Het is grappig hoe het is gegaan. De praktijkondersteuner, of praktijkverpleegkundige, zou de last van de huisarts moeten verlichten. Intussen hebben we helemaal geen huisartsentekort meer, maar is de praktijkondersteuner niet meer weg te denken uit de eerste lijn. Ze hebben zich ontwikkeld tot een mega-kwaliteitsinstrument, juist ook in de zorg voor mensen met chronische aandoeningen. Dankzij de POH werken we veel systematischer volgens de NHG-standaarden en worden alle controles nauwkeuriger uitgevoerd.'

Pietersma deelt het enthousiasme voor de POH's, maar volgens hem is er nog veel winst te boeken door ze systematisch te bevragen. De invoering van zorgpaden betekent volgens hem een geleidelijke verschuiving van de vooral intuïtieve zorg van de huisarts naar de meer geprotocolleerde zorg door de praktijkondersteuner. Een belangrijke volgende stap zou zijn om meer op te halen uit de dagelijkse praktijk. Hoe werkt het precies voor de praktijkondersteuner, maar ook voor de doktersassistente? Waar lopen zij tegenaan, welke oplossingen voor problemen hebben ze werkenderwijs ontwikkeld, wat kan er beter in de onderlinge afstemming en de communicatie met de andere professionals? Pietersma: 'Juist de praktijkondersteuner staat heel dicht bij de patiënt. Als we het zelf-

zelfmanagementondersteuning → management en de zelfmanagementondersteuning willen versterken, is het belangrijk om te kijken wat er op de werkvloer bij de verschillende disciplines op te halen is. Daardoor verrijk je niet alleen de beoogde en lopende projecten, maar creëer je ook draagvlak en verbinding met die projecten.'

Samenwerken kost tijd

lastige kanten van samenwerking → De ontwikkeling van de zorgprogramma's in Nieuwegein verliep bijzonder voorspoedig. Het was een van de eerste projecten van Op één Lijn die werden afgerond. Is er dan toch nog iets te zeggen over de lastige kanten van samenwerking? Annet Woltjer van adviesbureau Raedelijk was nauw betrokken bij het project en bij de verdere samenwerking in Nieuwegein. 'Een belangrijke weerstand die ik gezien heb bij professionals heeft te maken met de tijd die het kost. Je moet toch af en toe een middag of avond vrijmaken voor bijeenkomsten en een werkconferentie, ook al deden we dat laatste maar drie keer in een jaar. Tegelijkertijd waren juist die werkconferenties heel belangrijk voor het proces. Het was de kans om te delen waar je staat, om geprikkeld worden door wat anderen bereikt hadden. En je weet van tevoren dat je iets te melden moet hebben, dus dat houdt je ook al scherp in de aanloop naar zo'n conferentie. Maar al die dingen vragen natuurlijk ook tijd. En dan moet je als professional wel het gevoel hebben dat het je wat oplevert, dat het je verder brengt. Dat was gelukkig het geval.'

de factor tijd → Pietersma merkt op dat niet in alle vier de centra in Nieuwegein op dezelfde manier wordt omgegaan met de factor tijd: 'Het maakt ook uit of iedereen in dienst is van het gezondheidscentrum, of dat de huisartsen en fysiotherapeuten zelfstandig binnen een maatschap werken, zoals in drie centra het geval is. Dat leidt tot andere keuzes als het gaat om de inzet van personen en middelen, waardoor er verschillen ontstaan in innovatieprocessen.' Volgens Woltjer is er bovendien sprake van een wisselwerking tussen de persoon en de praktische randvoorwaarden.

andere prikkels en belangen → Voor een huisarts in loondienst gelden andere prikkels en belangen dan voor een collega die niet in loondienst is. 'Er zijn verschillende varianten waarop huisartsen hun praktijk en samenwerking vormgeven: dienstverband, zelfstandig ondernemerschap, in een solo- of duopraktijk of in een gezondheidscentrum. Daar waar de een al gewend is om veel samen te werken en af te stemmen, is dat voor een ander nog een heel proces.' Externe ontwikkelingen en prikkels zoals subsidies kunnen wel een duwtje in de goede richting geven, aldus Woltjer. In Nieuwegein gebeurde dat bijvoorbeeld bij de totstandkoming van Zorgplein Zuid en de aansluiting bij het samenwerkingsverband van de drie andere centra. 'Zij hebben in vrij korte tijd de hele ontwikkeling doorgemaakt van solopraktijken naar lokale samenwerking, waarbij zaken als de plannen voor een nieuwe financiering van de eerste lijn wel een rol hebben gespeeld. Raedelijk begeleidt veel van dergelijke ontwikkelingen, en het zijn altijd taaie processen, waarbij het gaat over autonomie en eigenheid. Ja, dat is zeker ook heel boeiend. Je leert elkaar op een bijzondere manier kennen.'

autonomie en eigenheid →

Leiderschap en enthousiasme

eigenschappen van mensen → Persoonlijkheden en unieke eigenschappen van mensen spelen een belangrijke rol bij het tot stand komen van (meer) samenwerking. Wat is

weerstand →	het profiel van iemand die leiding kan geven aan zo'n proces? Rebholz: 'Voor huisartsen is het toch wel belangrijk dat het 'een van onszelf' is. Dat maakt het in elk geval een stuk gemakkelijker. Het moet iemand zijn die vertrouwen heeft bij de achterban, die in staat is om draagvlak te bouwen. Iemand die de boodschap van waar het om gaat goed kan uitdragen en die weerstanden aanvoelt. Want dat er weerstanden zullen zijn, dat weet je bij voorbaat zeker.' Daarover doorpratend wordt duidelijk dat professionele autonomie belangrijk is. Weerstand hangt daarnaast vaak samen met het tempo. Rebholz: 'De organisatie moet de snelheid van invoeren en doorvoeren van veranderingen wel aankunnen.' Andere factoren, zoals angst voor omzetverlies zijn volgens hem minder belangrijk. Ook over de zorginhoudelijke vragen 'worden we het wel eens'.
een essentiële eigenschap →	Desgevraagd noemt Ron Plooi enthousiasme een essentiële eigenschap van de professionals die iets willen veranderen of verbeteren. 'Je hebt mensen nodig die proactief en met een bepaalde passie iets doen. Als je in elk centrum en paar van zulke enthousiastelingen hebt en je brengt hen samen, kan er veel gebeuren. Dat is een van de voordelen van gemeenschappelijke nascholing, dat je elkaar ook aansteekt en meeneemt in dat enthousiasme. Wij hebben hier in De Roerdomp een heel bezielende directeur, Jan Joost Meijs, die het heel leuk vindt om nieuwe ideeën te ontwikkelen en anderen daarin mee te nemen. Dat heeft een uitstraling tot ver buiten ons centrum.' Ook Pietersma benoemt Meijs' kwaliteiten. 'Hij heeft een enorm netwerk en legt verbindingen tussen de zorg en de wereld daarbuiten, zoals de lokale en regionale politiek en de welzijnssector. Hij loopt telkens een stap voor de troepen uit, is zeer ambitieus. Zijn werk wordt zeer gewaardeerd. Veel van de succesvolle projecten, zoals Bewegen op Recept, Welzijn op Recept, Zorgondersteuning in de buurt en LIJFstyle event, komen mede uit zijn koker.'
voor de troepen uit →	

Welzijn op Recept: geen zorg maar welzijn

Het begon eigenlijk met slecht nieuws: de gezondheidsmonitor van de GGD Nieuwegein liet zien dat de bewoners van de Utrechtse groeikern op bijna alle kenmerken ongezonder waren dan de gemiddelde Nederlander. Juist ook op beïnvloedbare factoren als bewegen, gewicht en eenzaamheid scoren zij slechter dan gemiddeld. Uit de eigen gegevens van gezondheidscentrum De Roerdomp bleek dat in tenminste een derde van alle bezoeken aan de huisarts psychosociale problemen een grote rol speelden. Projectleider Karen de Groot vertelt: 'In diezelfde tijd was onze directeur Jan Joost Meijs heel enthousiast geworden van het boek 'Mentaal Vermogen – Investeren in geluk' van Jan Walburg, nu hoogleraar Positieve psychologie. We zijn op het Trimbos-instituut bij Walburg op bezoek gegaan en uit dat gesprek is het idee ontstaan.'

Het principe is simpel. Als een patiënt met vooral psychosociale problematiek bij de huisarts komt, kan deze een verwijzing schrijven voor de welzijnscoach. Dat is een medewerker van welzijnsorganisatie MOvactor, die samen met de patiënt gaat kijken welke activiteiten een antwoord kunnen zijn op diens problemen. Als iemand bijvoorbeeld somber is omdat hij thuis zit en niets zinvol te doen heeft, kan de welzijnscoach helpen om

geschikt vrijwilligerswerk te vinden. Als iemand behoefte heeft aan meer sociale contacten (eenzaamheid is een belangrijk probleem voor bijna de helft van alle inwoners van Nieuwegein), kan voor de één een kookcursus uitkomst bieden, voor een ander bijvoorbeeld de wekelijkse zwemactiviteit met lunch die de gemeente organiseert. Het idee is om zo te voorkomen dat de huisarts psychologische zorg of medicatie voorschrijft aan mensen die eigenlijk veel beter geholpen zijn met welzijnsinterventies.

Welzijn op Recept is intussen in Nieuwegein een breed geaccepteerde aanpak, in alle vier samenwerkende gezondheidscentra. Er vindt ongeveer één verwijzing per week plaats per drie fte's zorgverleners. De Groot: 'Dat is minder dan we tevoren gehoopt hadden. Het blijkt wel dat meer dan de helft van de mensen die verwezen worden, er inderdaad ook baat bij heeft. En sommigen zijn echt heel enthousiast.' Ook veel van de betrokken huisartsen zijn positief, al zijn er volgens De Groot wel verschillen in houding, die terugkomen in de aantallen recepten per huisarts. Het relatieve succes van de nieuwe aanpak is volgens De Groot te danken aan een combinatie van factoren. De Nieuwegeinse gezondheidscentra, De Roerdomp voorop, hebben al eerder een duidelijke keuze gemaakt voor een geïntegreerde eerste lijn, waarin wonen en welzijn een belangrijke plaats hebben. Minstens even belangrijk is de actieve rol van MOvactor. 'De welzijnscoach van deze organisatie houdt spreekuur in het gezondheidscentrum en doet mee aan multidisciplinair overleg. Er vindt zo terugkoppeling plaats over verwezen cliënten. De optie om naar welzijn te verwijzen is voortdurend zichtbaar aanwezig en je leert elkaar ook persoonlijk steeds beter kennen.'

Last but not least is ook de inrichting en uitstraling van de buurthuizen in de afgelopen jaren drastisch veranderd. De Groot: 'In het begin hoorde ik van sommige professionals uit de zorg dat ze echt niet van plan waren cliënten 'naar dat buurthuis' te verwijzen. Zoals het er nu uitziet, is het aantrekkelijk en meer van deze tijd. In plaats van een gekopieerd stenciltje is er nu een kleurige brochure met activiteiten. Het zijn kleine dingen, maar wel belangrijk voor professionals en cliënten. Je ziet steeds vaker dat mensen ook hun burens of kennissen meenemen als ze naar een activiteit gaan. Dat is natuurlijk heel positief.'

De handleiding Welzijn op Recept is te downloaden via de webwinkel op de site van het Trimbos-instituut: www.trimbos.nl.

Faciliteren op zelfsturing

De organisatievorm van de gezondheidscentra speelt volgens Pietersma overigens een grote rol: 'Meijs kan veel doen omdat hij het mandaat heeft en vier dagen in de week in dienst is van De Roerdomp. Mijn rol is wat meer op de achtergrond. Ik kijk eveneens vanuit het algemeen belang – en vanuit de twee centra waar ik coördinator ben – wat de volgende haalbare stap is. Ik zal eerder waarschuwen dat iemand niet teveel werk naar zich toe trekt. Dat is mijn manier om de innovatie op de lange termijn te ondersteunen. Het past ook beter bij mij, dat faciliterend leiderschap. Ik geef geen opdrachten. Ik ben coördinator. Ik stel vragen, ik uit vermoedens, ik zal soms prikkelend zijn, ben meer op eigen verantwoordelijkheid en zelfsturing uit en probeer te informeren en te verbinden waar ik kan.'

faciliterend leiderschap →

duidelijke risicofactoren →

‘De bottom line is dat we in de afgelopen jaren elke keer een stapje verder zijn gekomen in de onderlinge samenwerking, bestuurlijk, financieel, organisatorisch en inhoudelijk’, vervolgt Pietersma. En die trend gaat verder. De vier gezondheidscentra in Nieuwegein praten regelmatig over de eerstelijnszorg. Samen hebben zij ruim 45.000 van de 61.000 inwoners van de Utrechtse gemeente in zorg. Bij zo’n 40 procent of meer zijn duidelijke risicofactoren voor lichamelijke en geestelijke aandoeningen aanwezig: te weinig bewegen, eenzaamheid, overgewicht, risicofactoren voor een depressie of angststoornis. Eén op de tien Nieuwegeinse drinkt overmatig alcohol. Kortom, de bevolking van de voormalige groeikern gaat niet vanzelf een gezonde toekomst tegemoet. Pietersma: ‘Als we over tien jaar kijken naar de manier waarop we het nu hebben opgezet, zullen we ons verbazen. Ik denk dat we dan veel meer populatiegericht, wijkgericht werken. Dat we uitgaan van de vraag: wie heeft welke zorg nodig, wat kan iemand zelf, waar is ondersteuning nodig, maar ook wie consumeert veel zorg, wie consumeert weinig zorg? Dat er nog veel meer naar het geheel – zorg én welzijn – kijken, en minder naar die ene diagnose.’

minder die ene diagnose →

De werkvloer als basis

implementeren zou nog beter kunnen →

Op de korte termijn verwacht Pietersma dat de samenwerking binnen de eerste lijn en met andere partijen (welzijnsorganisaties, gemeente, enzovoorts) het beste versterkt kan worden door op de werkvloer te gaan kijken wat daar speelt. ‘We weten nu dat we een idee kunnen initiëren en het kunnen ontwikkelen tot een programma. De verdere uitwerking, het implementeren en evalueren zou nog beter kunnen. Daardoor zou ook de participatie kunnen toenemen. Iedereen wordt enthousiast als je vertelt over het idee van Welzijn op Recept, waarin huisartsen patiënten verwijzen naar een welzijnscoach, iemand die goed de weg weet in welzijnsorganisaties, de wijk en (andere) sociale activiteiten. Maar als je doorvraagt hoe vaak zo’n recept wordt uitgeschreven, dan is er naar mijn idee nog het nodige werk te verrichten om het beter in de centra te laten landen.’

verschillende domeinen verbinden →

De vier gezondheidscentra van Nieuwegein werken intussen nauw samen met andere vooruitstrevende collega’s, zoals het gezondheidscentrum in Nijkerk. Jan Walburg, die mede aan de wieg stond van Welzijn op Recept, heeft een visie geschreven over Positieve Gezondheid in Nieuwegein en Nijkerk, waarin zorg, welzijn, wonen, onderwijs en werken in samenhang beschreven worden, vertelt Pietersma. ‘Dat is spannend en uitdagend, zo’n hoog ambitieniveau. Die visie kan er toe bijdragen dat we de verschillende domeinen nog veel meer met elkaar gaan verbinden.’

cliënt praat niet mee →

Is voor de samenwerking tussen de vier centra op dat bredere terrein niet ook een nieuwe vorm nodig? Pietersma meent van niet: ‘Ik verwacht voorlopig niet zoveel van nieuwe rechtsvormen, een nieuwe missie of een nieuwe visie. Laten we allereerst eens in alle openheid kijken naar de praktijk en naar de belangen van de mensen die daar werken. En natuurlijk moeten we echt de cliënt eens centraal gaan stellen. Bij alle discussies, bijvoorbeeld ook over privacy, gaat het over de cliënt, maar de cliënt zelf praat nog niet mee.’ Toch is dat waar het wat Pietersma betreft naartoe zou moeten: diagnose, interventie, zelfmanagement, zelfmanagementondersteuning – *co-creating health* noemen ze het in



omvattend perspectief →



Engeland. Dat iedereen die wij in zorg hebben een zorgplan heeft waarin staat welke de doelen hij of zij nastreeft. Dus: wat ben jij van plan met jouw gezondheid, wat heb je daarbij nodig van professionals en wat kun je zelf? En dit alles dus in een soort omvattend perspectief. 'Dat is het model dat eigenlijk ook al achter de nieuwe financieringsregeling voor de eerste lijn zit. Een mooi ideaal. Laten we hopen dat de zorg daar op tijd klaar voor zal zijn.'





Basis voor groeiende professionele samenwerking

Door Veronique Huijbregts

Zaanstad: multidisciplinair ggz-overleg in de huisartsenpraktijk

De huisarts krijgt een steeds centralere positie in de geestelijke gezondheidszorg. In Zaanstad is er een multidisciplinair ggz-overleg in de huisartsenpraktijk over zorgmijders. Beroepskrachten leren elkaars werk beter kennen en weten elkaar sneller te vinden. Heet hangijzer: de privacy van cliënten. En de financiering.

Op een woensdag in mei verzamelen zich in Medisch Centrum Saense Vennen de eigen vijf huisartsen, een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, een arts-psychiater, een wijkverpleegkundige van het sociaal wijkteam, de praktijkverpleegkundige ggz (POH-ggz) en een vrijgevestigd psychologe rond de vergadertafel. Het is lunchtijd en de broodjes staan klaar. De praktijkverpleegkundige stelt een casus aan de orde over een jonge Surinaamse moeder met een klein kind en een verslaafde echtgenoot. De vrouw ligt een groot deel van de dag in bed en zegt dat ze dood wil. Is het verstandig haar antidepressiva te geven?

multidisciplinair overleg over zorgmijders →

De aanwezigen rond de tafel hebben hun maandelijkse multidisciplinaire overleg over zorgmijders met ernstige psychische klachten. Dat overleg bestaat nu bijna twee jaar en is begonnen als een pilot onder de noemer 'Psychiatrische zorg bij de huisarts onder één dak', een initiatief van Psygro. Deze onafhankelijke aanbieder van generalistische en specialistische ggz in Noord-Holland streeft er vanaf de oprichting, nu tien jaar geleden, naar de psychiatrische zorg dichterbij de huisarts brengen. Kortere lijnen zijn hard nodig, want veel huisartsen ervaren de ggz als een *black box*. Een patiënt die naar de ggz verwezen is, verdwijnt bij hen van de radar, is een veelgehoorde klacht. Dat gaat ten koste van de continuïteit van zorg en de nazorg.

ggz als een black box →

Ggz-spreekuur bij de huisarts

Als eerste stap naar betere samenwerking zijn psychiaters en sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen van Psygro spreekuur gaan houden in huisartsenpraktijken. Mensen die dicht bij elkaar werken, overleggen sneller en stemmen de zorg voor een patiënt makkelijker af, was de achterliggende gedachte. Dat blijkt ook zo te werken. Maar intussen krijgen steeds méér professionals in zorg en welzijn met mensen met ggz-problemen te maken. Hoe verstevig je nu de contacten tussen hen allemaal en de huisarts, met zijn steeds centralere positie in de psychiatrische zorg? En hoe kunnen al die disciplines elkaar versterken, met name in de zorg voor zorgmijders en ‘multiprobleemgevallen’?

netwerkvorming rond huisarts en cliënt →

Het project van Psygro is bedoeld als antwoord op die vragen. Het behelst de organisatie van een regelmatig terugkerend multidisciplinair overleg (MDO) in de huisartsenpraktijk, met alle zorgdisciplines die met cliënten met psychiatrische klachten te maken hebben. Een van de deelnemers is sociaalpsychiatrisch verpleegkundige Gerrit Reijnen. Hij omschrijft het doel als netwerkvorming rond huisarts en cliënt. ‘Efficiënt werken, uitwisseling in het belang van de cliënt, en zorgen dat er korte lijnen ontstaan met een meer blijvend karakter.’ De aanpak lijkt niet revolutionair, want multidisciplinaire overleggen zijn in de zorg aan de orde van de dag. Maar zo’n overleg in de huisartsenpraktijk over ggz-clieënten, met diverse disciplines die van buiten komen, is wel nieuw.

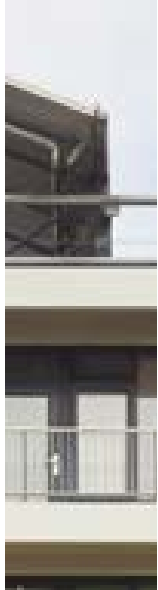
— *Tijdens het overleg stellen de aanwezigen de praktijkverpleegkundige veel vragen. Is de vrouw gelovig? Wordt de man behandeld voor zijn verslaving? Zijn er ook sociaaleconomische problemen? Wat is de situatie van het kind? Hoe ernstig schat de praktijkverpleegkundige de suïcide-dreiging in? In tweede instantie volgen adviezen. Zoals: voorzichtig met medicatie; die kan bij migranten anders uitpakken dan bij Nederlanders. En wees je ervan bewust dat schaamte deze vrouw kan belemmeren hulp te accepteren.* —

Veel overredingskracht nodig

Projectleider Jolande Knevel werd aangezocht om het MDO op te zetten. Het kostte haar meer overredingskracht dan ze had verwacht om de huisartsen voor het plan winnen, vertelt Knevel. Ze stelden zich aanvankelijk terughoudend op. Huisartsen verlaten hun praktijk moeilijk voor overleg buiten de deur, verkaart huisarts Frank Broekema desgevraagd. Dit MDO was volgens hem haalbaar omdat het in de lunchpauze in het eigen medisch centrum zou plaatsvinden, waar vijf huisartsen onder één dak werken. Broekema’s collega Liesbeth van Boeijen zag aanvankelijk op tegen de tijdsinvestering. Maar ze vond het MDO ook ‘een uitdaging’, als het eerste overleg op dit terrein bij de huisarts. Nu de huisarts met steeds ingewikkeldere psychiatrische patiënten te maken krijgt, onder meer met de introductie van de basis-ggz, is interdisciplinair contact volgens haar ‘zeer welkom’.

basis-ggz →

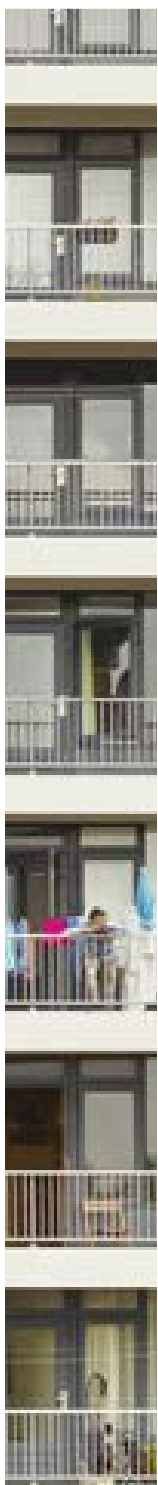
Andere disciplines waren sneller voor het plan gewonnen. De eerstelijnspsycholoog zag in het MDO een mogelijkheid om via de huisartsen ouders van kinderen in haar praktijk tot betrokkenheid bij de behandeling te motiveren. De wijkverpleegkundige van het wijkteam keek uit naar de uitwisseling van kennis en deskundigheid. Zij begeleidt wijkverzorgenden,



hoe patiënten erbij te betrekken →



steeds meer bemoeienis →



die vaak vastlopen bij cliënten met psychiatrische klachten. Zulke situaties kan ze met de andere professionals van het MDO bespreken en beter aanpakken. Tegelijkertijd kunnen de anderen haar zo nodig weer inschakelen voor huisbezoek.

Enthousiasme groeit gaandeweg

Het lukte Knevel het MDO op twee plekken van de grond te krijgen: Medisch Centrum Saense Vennen en Huisartsenpraktijk Zaandam Oost. Dat is inmiddels twee jaar geleden. De overleggen krijgen ondersteuning van een secretariaat, ondergebracht bij Psygro. In de pilotfase van twintig maanden kregen ze bovendien ruggensteun van een projectgroep. Die boog zich over de gewenste samenstelling van het MDO, de cliënten-doelgroep, privacy, de vraag hoe patiënten erbij te betrekken zijn, en de voortgang. Pogingen om patiënten mee te laten denken zijn gestrand, ondanks gesprekken met vertegenwoordigers van Zorgbelang Noord-Holland en een buurtvereniging in Zaandam, en ondanks pogingen om een patiëntenpanel op te zetten. Mensen bleken niet tot deelname bereid, omdat ze liefst niet worden herinnerd aan hun ggz-behandeling, vermoedt Knevel.

De gemeente, die als uitvoerder van de Wmo steeds meer bemoeienis krijgt met mensen met ggz-problemen, heeft wel deelgenomen aan de projectgroep. Ze waren daar weliswaar niet direct voor te porren, aldus Knevel, maar werden gaandeweg enthousiaster. In de projectgroep kon de gemeente deelnemers informeren over de gevolgen van de transities, de vorming van wijkteams en het nieuwe welzijnsbeleid. Ook door hun contacten met politie en maatschappelijk werk was hun aanwezigheid nuttig, vertelt Knevel. 'Maar als het over geld ging, gaven ze niet thuis, evenmin trouwens als de zorgverzekeraar.' Die laatste wilde ook niet deelnemen aan de projectgroep, maar toonde zich wel erg geïnteresseerd tijdens een werkbezoek (zie verder beide kaderteksten).

'Samenwerking aan de voorkant voordeel voor iedereen'

Wethouder Jeroen Olthof van Zaanstad heeft onder meer Jeugd & Zorg en Wonen in zijn portefeuille. Wat hem betreft gaan de huisarts, het sociaal wijkteam en het team jeugdzorg nauw samenwerken.

'De huisarts heeft een eigen taak en rol binnen de zorg. Maar hij kan profiteren van het sociale wijkteam, met name als het gaat om zorg-mijders. Het sociale wijkteam probeert via de omgeving een goed beeld te krijgen van de problematiek in een wijk. Het kan in een vroeg stadium mensen met ggz-problematiek op het spoor komen, terwijl de huisarts vaak pas in beeld komt als de problemen al zo ver gevorderd zijn dat er alleen nog doorverwijzing mogelijk is. Samenwerking aan de voorkant, met erkenning van ieders positie, biedt beide kanten voordeel. Uitgangspunt moet wel een zo goed mogelijke organisatie voor de patiënt of burger zijn: één cliënt, één regisseur en één aanpak. We willen niet, zoals in de afgelopen decennia, dat er allerlei overleggen rondom een cliënt ontstaan, waarbij iedereen vanuit de eigen discipline zorg aanbiedt.'

De samenwerking tussen sociaal wijkteam, jeugdteam en huisarts kan voor de zorgverzekeraar kostenverminderend werken, omdat er minder doorverwijzingen nodig zijn. De vraag is dan ook hoe hij zijn aandeel kan leveren aan een vroegtijdige aanpak van problemen in de wijk, het daarvoor noodzakelijke overleg en de organisatie van zorg dicht bij de mensen. Als de zorgverzekeraar hierdoor op de tweedelijnszorg bijvoorbeeld 20 procent kan besparen, is het reëel dat hij aan de voorkant bijvoorbeeld 10 procent investeert. Het kan niet meer zo zijn dat de disciplines in hun vrije tijd het multidisciplinaire contact opzoeken, terwijl de zorgverzekeraar de vruchten hiervan plukt.'

Breed samengesteld overleg

moeilijke patiënten → Overeenkomstig een door ZonMw gehonoreerde subsidieaanvraag besloot de projectgroep dat zorgmijders de belangrijkste doelgroep van het MDO zouden vormen. Voor de huisarts zijn dit de moeilijke patiënten. De verschillende disciplines die betrokken zijn bij mensen met problemen **langs elkaar heen →** op veel levensterreinen werken nogal eens langs elkaar heen. In het MDO komen ze elkaar tegen. En zorgmijders melden zich per definitie niet zelf op het spreekuur. Hun familieleden komen vaak wel in de huisartsenpraktijk, zegt Knevel. 'De huisarts kan via hen proberen in contact te komen met de zorgmijder. Alleen lukt dat lang niet altijd. In een multidisciplinair overleg komt de informatie over de persoon samen. De wijkverpleegkundige kan afspreken om langs te gaan. Die kan ook probleemgevallen in de wijk signaleren en inbrengen.'

ingebrachte casussen anonimiseren → De samenstelling van het MDO was een belangrijk aandachtspunt. Hoe meer disciplines, hoe breder het netwerk. Die brede samenstelling maakt ook de privacyvraag nijpender. Naarmate meer mensen kennis hebben van problemen van een patiënt, neemt de kans toe dat informatie hierover naar buiten komt. Als oplossing besloten de projectgroepleden de ingebrachte casussen te anonimiseren. De informatie wordt ter vergadering uitgedeeld en aan het einde van elk MDO weer ingenomen, waarna het papier in de versnipperaar verdwijnt. **administratieve ondersteuning →** Bij Saense Vennen ging het MDO van start in de eerder beschreven samenstelling, met een secretariaatsmedewerker voor administratieve ondersteuning en projectleider Jolande Knevel als voorzitter. Nu de pilotfase eind 2013 is afgerond en besloten is het MDO voort te zetten, heeft huisarts Broekema het voorzitterschap overgenomen. En omdat de praktijk inmiddels beschikt over een ggz-praktijkverpleegkundige, neemt ook die nu deel aan het MDO.

— *Na twintig minuten rondt de voorzitter de bespreking van de casus van de Surinaamse vrouw af. De praktijkverpleegkundige zal bij haar op huisbezoek gaan, voordat er een definitief besluit valt over de meer specialistische zorg die meerdere aanwezigen nodig achten. Hierna vertelt de wijkverpleegkundige van het sociale wijkteam over de voortgang rond een zorgmijdende cliënt met een hersenziekte, die in het vorige MDO is besproken. Ze heeft de organisatie ingeschakeld waarover ze de vorige bijeenkomst getipt is. Er zit schot in de begeleiding. Het overleg eindigt met een korte bespreking van een casus van een van de huisartsen. Het gaat over een Turks-Nederlandse man wiens behandeling in de specialistische zorg is afgesloten. De man bezoekt de huisarts nu bijna*

dagelijks met een lange lijst aan fysieke en psychische klachten. Niet echt een zorgmijder dus, maar wel een moeilijke casus voor de huisarts. Om half twee zijn de broodjes op en begint iedereen onrustig te worden. De voorzitter neemt de papieren weer in. Iedereen gaat zijns weegs, soms na nog een kort onderling consult in de wandelgangen. —

Blikverruimende verschillen

Op het overleg van deze middag lijkt ieders inbreng evenredig en evenzeer gewaardeerd. Toch kan het niet anders of de verschillen tussen de disciplines zijn van invloed op de discussie. Knevel beaamt dat. De wijkverpleegkundige kijkt bijvoorbeeld meer vanuit een welzijnsvisie. 'Dat levert weleens verraste reacties op, zo van: hé, nooit aan gedacht om een vrijwilliger in te zetten in deze situatie! Maar er is ruimte om over deze verschillen te praten en het heeft nooit gebotst. Het is soms even slikken, maar daarna is er wel begrip en waardering.'

begrip en waardering →

Wijkverpleegkundige Mirjam Goorhuis van het sociale wijkteam noemt de onderlinge verschillen blikverruimend, een aanvulling en een 'hulpmiddel tegen blinde vlekken'. Ze merkt wel dat de andere deelnemers nog wat minder oog hebben voor de huidige overgang naar een andere zorgvisie, waarin de persoonlijke situatie van een cliënt meer centraal komt te staan. 'In het sociale wijkteam zijn we al 'gekanteld', zoals dat heet, terwijl de mensen hier aan tafel dat nog moeten doen. Specialistische zorg is de laatste schakel aan het worden. Het accent ligt nu op de zelfredzaamheid en mogelijkheden van mensen, in plaats van op hun beperkingen. Hier is de ingang toch nog meer psychiatrisch en kiest men sneller voor specialistische zorg. Ik vraag vaak aandacht voor de andere leefgebieden. Ik merk dat de huisartsen dat nu ook al meer gaan doen.' Dat de omslag in het denken tijd vraagt, vindt Goorhuis overigens 'alleen maar logisch'.

omslag in het denken →

cultuurverschillen →

Cultuurverschillen? Ook arts-psychiater Ludo Winters vindt die juist gunstig. 'Ze geven een andere invalshoek en een scherpere definiëring van waar het probleem zit. Als het op een snijpunt zit van twee culturen (die van de medische wereld en het welzijn, VH), is er juist op dat punt vaak een oplossing waarin beide partijen zich kunnen vinden.' Speelt de traditionele hiërarchie tussen de disciplines dan helemaal geen rol meer? Psychologe Eva van Ormondt merkt bij het MDO bij huisartsenpraktijk Zaandam-Oost, waar zij ook aan deelneemt, wel dat de medische visie en hiërarchie daar nog zwaarder weegt. Bij De Saense Vennen delen de aanwezigen volgens haar een meer 'systemische visie'. En een gedeelde visie vergemakkelijkt het overleg, aldus Van Ormondt.

medische visie en hiërarchie →

Waardevolle informele contacten

Na bijna twee jaar ervaring heeft huisarts Van Boeijen haar sceptische houding ten aanzien van het MDO laten varen. Ook de andere deelnemers zijn overtuigd van het nut van het MDO. De uitwisseling, het samen kunnen nadenken over benaderingen, het feit dat je elkaars werk beter leert kennen én ieders mobiele nummer hebt; ze maken het MDO waardevol. 'De informele contacten maken het verschil', zoals sociaal-psychiatrisch verpleegkundige Reijnen zegt. 'En iedereen kan hier zaken delen waar hij niet uitkomt. Dan kun je kijken wie er een voet tussen de deur kan krijgen.' Daarbij signaleert hij een leereffect voor vergelijkbare situaties. 'Soms is een casus een *eyeopener* voor soortgelijke casussen die niet in het MDO worden besproken.'

zoeken met bepaalde casussen →

Voor wijkverpleegkundige Goorhuis levert het MDO betere zorg op. 'Voorheen bleef ik zelf zwemmen en zoeken met bepaalde casussen. Dat kostte veel tijd, en die heb ik eigenlijk niet. Daardoor bleven bepaalde zorgvragen van mezelf en collega's hangen. Dat heeft soms geleid tot escalatie en tot situaties waarin cliënten zich niet gehoord voelden. We hadden bijvoorbeeld een zeer wantrouwende cliënte die in een vervuild huis woonde. Eén opmerking over het huis en we kwamen niet meer binnen, terwijl die dame ernstig ziek was. Een andere cliënt nam zijn medicijnen niet goed in en werd steeds verwarder. Ik vroeg me af wanneer ik hem moest verwijzen. Die man is uiteindelijk opgenomen, jammer genoeg. Dat was misschien niet nodig geweest als ik eerder het MDO had kunnen raadplegen.'

Privacy als knelpunt

gouden greep →

Er zijn inmiddels meer huisartsenpraktijken in Zaandam die overwegen een MDO op te zetten. Een mooi resultaat, vindt Knevel, die voorstander is van landelijke invoering van een MDO over ggz-problematiek. Daaraan zitten organisatorisch wel de nodige haken en ogen. Bij Saense Vennen werken vijf huisartsen op één locatie. Wat te doen met huisartsen die alleen of met z'n tweeën werken? En elke plaats heeft straks diverse sociale wijkteams. Hoe zorg je dan dat deze goed vertegenwoordigd zijn in de MDO's? Want, zegt Knevel, juist de samenwerking met de wijkverpleegkundige van het sociale wijkteam is 'een gouden greep'. Verder is er de factor tijd. Huisartsen hebben het erg druk, en ze nemen tot dusver allemaal in hun eigen tijd deel aan het MDO, zegt Van Boeijen hierover. Ook veel andere deelnemers nemen onbezoldigd aan het MDO deel. Dat is een risicofactor voor de continuïteit, stellen de deelnemers vast. Het lijkt dus zaak voor deelname aan het overleg een redelijke vergoeding te regelen.

redelijke vergoeding →

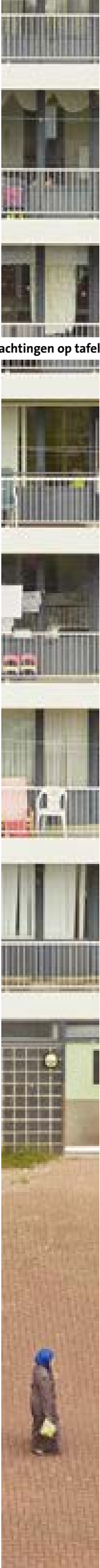
Ten slotte is er de samenstelling van het MDO. Voor goede, integrale zorg kan uitbreiding met disciplines wenselijk zijn, maar het verzwakt ook weer de garantie op geheimhouding van wat ter tafel komt. Ook al worden de papieren van casussen aan het einde van de bijeenkomst weer ingenomen, het blijft een openbare vergadering. Je weet niet hoe elke professional met zijn beroepsgeheim omgaat, zegt Reijnen bijvoorbeeld. 'We hebben het er wel eens over, maar het blijft ingewikkeld.' Dat is het nog meer als je bedenkt dat integratie van zorg, welzijn, wonen en werken tegenwoordig het streven is. In dat kader de privacy goed organiseren is extra lastig en vraagt goede wetgeving, aldus de betrokkenen.

privacy goed organiseren →

Afstemmen op de populatie

zelfsturende teams met eigen voorzitter →

Vanaf januari 2014 staan de twee MDO's in Zaandam op eigen benen. Jolande Knevel heeft zich teruggetrokken als projectleider en voorzitter. De secretariële ondersteuning blijft bestaan. Die was als voorwaarde gesteld voor het voortbestaan. Reijnen vindt het positief dat een professional uit de eigen kring – huisarts Broekema – nu voorzitter is, want zelfsturende teams met een eigen voorzitter werken beter dan teams met een externe voorzitter, weet hij.



eerst ieders verwachtingen op tafel →

De banden tussen sociale wijkteams en huisartsenpraktijken zullen nog nauwer worden aangehaald, is de verwachting. De wijkverpleegkundigen en de praktijkverpleegkundigen ggz kunnen daarvoor de verbindings-schakels en aanspreekpunten zijn. In de toekomst zal men in het MDO vermoedelijk meer casussen gaan bespreken dan alleen zorgmijders en multiprobleemgevallen. De samenstelling van het MDO zal bovendien meer worden afgestemd op de patiëntenpopulatie van de huisarts en de wijk in kwestie, denkt Van Boeijen. 'Een huisarts met veel ouderen met psychogeriatrische problemen heeft een MDO met een andere samenstelling nodig dan een huisarts in een wijk met veel multiproblematiek of arme migranten. Eigenlijk moeten bij de start van een MDO eerst de verwachtingen en motivatie van alle deelnemers op tafel komen. Waar wil iedereen heen en hoe bereiken we dat samen? Deelname moet voor iedereen iets opleveren.'

'Duale financiering betekent samen overleggen'

Anouk Mateijssen is manager zorginkoop ggz bij zorgverzekeraar Achmea. De zorgverzekeraar stimuleert de vorming van de basis-ggz in de regio, maar financiële ondersteuning van een overleg dat niet alleen op het terrein van de zorg ligt, blijft een lastige zaak.

'Ik ken het MDO van een werkbezoek bij Psygro en vind het een goede zaak. Wel is het goed om te weten waar zo'n overleg nu precies een oplossing voor biedt. Is dat om te voorzien in kennis en deskundigheid die huisartsen nu vaak ontberen over de ggz? Of voor afstemming van zorg? En wat het geld betreft zou ik eerst willen weten waar het probleem precies zit. Vinden huisartsen dat ze nu te weinig betaald krijgen door de zorgverzekeraar of speelt hier eigenlijk een breder organisatorisch probleem?

Wij hebben als verzekeraar gestimuleerd dat de tweedelijns ggz dichter bij de huisarts ging werken, onder ander door Psygro mee te financieren. Wij vinden dat de basis-ggz gefinancierd moet worden ten koste van de tweede lijn, ook voor mensen met chronische ggz-problematiek, de doelgroep van het MDO. Hulp aan deze mensen ligt op het grensvlak van welzijn, zorg, bemoeizorg. Als verzekeraar is het onze taak de zorg te financieren van de mensen die bij ons verzekerd zijn. Het financieringssysteem in ons land sluit dus niet goed aan bij zoiets als een MDO. We hebben in Nederland aparte potten met geld gecreëerd voor bijvoorbeeld huisartsenzorg en de tweede lijn. Het naar elkaar doorsluizen van die middelen blijkt vrij lastig. In mijn ogen heeft het ministerie van VWS daarom ook een rol om oplossingen mede mogelijk te maken. Voor de combinatie van sociale en zorgproblematiek geldt een duale financiële verantwoordelijkheid. Gelet op de huidige kantelingen is de gemeente daarin ook partij. Je moet bij problemen met elkaar in gesprek gaan en samen zoeken naar een oplossing.

Populatiegerichte bekostiging is in principe een goede zaak. Alle betrokkenen hebben er belang bij om bepaalde gezondheidsproblemen die zich in een populatie voordoen, goed te regelen. Toch werkt men nog nergens echt met populatiegerichte bekostiging. Ons stelsel maakt zo'n vorm van financiering bijna onmogelijk. Wij hebben als verzekeraar wel convenanten

met gemeenten gesloten om bepaalde projecten samen te financieren. Maar concreet zeggen: in deze wijk zijn er deze specifieke gezondheidsproblemen, en geld volgt de mens vanuit alle verantwoordelijke partijen, dat komt nog niet van de grond. De wil is er wel, maar de praktijk is weerbarstig. VNG, VWS en Zorgverzekeraars Nederland moeten hierin gezamenlijk optreden.'





Bezoek uw specialist in de stadspoli!

Door Marten Dooper

Anderhalvelijnszorg in Heuvelland

Niet iedere patiënt die door de huisarts wordt doorverwezen, heeft uiteindelijk een behandeling in de tweede lijn nodig. De regio Heuvelland, in en rond Maastricht, kiest daarom voor anderhalvelijnszorg, bijvoorbeeld met specialistische spreekuren in een poli in de buurt. De eerste ervaringen zijn positief.

even doorverwijzen →

Sjeng Moonen, een (gefingeerde) kwieke 70-jarige Maastrichtenaar, klopt aan bij zijn huisarts. Op zich is hij wel tevreden over zijn gezondheid en ook zijn conditie laat niet te wensen over voor een man van zijn leeftijd. Maar de laatste tijd breekt hem bij de minste of geringste inspanning spontaan hevig het zweet uit. 'Alsof ik een vrouw in de overgang ben, dokter.' Desgevraagd antwoordt de heer Moonen zijn dokter dat hij verder nergens last van heeft tijdens de inspanning. Niet kortademig, niet vermoeid, niks. 'Alleen die warmte en dat zweten. Vreselijk vervelend, dokter. Het maakt me ongerust.' Lichamelijk onderzoek brengt echter niets verontrustends aan het licht. De bloeddruk is normaal en verder zijn er ook geen afwijkingen te vinden. Voor de zekerheid laat de huisarts een bloedonderzoek doen. Dat levert ook niets bijzonders op. Wat nu? Tot een dik jaar geleden zou de huisarts Sjeng Moonen waarschijnlijk voor alle zekerheid toch even doorverwijzen naar de internist in het ziekenhuis, in dit geval het MUMC+ in Maastricht. Want je weet maar nooit. Sinds april 2014 kan het ook anders, en bovendien goedkoper. De heer Moonen kan nu terecht bij de stadspoli van het MUMC+, bij hem om de hoek.

Een beetje ziekenhuis

De in april 2014 geopende stadspoli is de meest recente uiting van een al enkele decennia lopende nauwe samenwerking tussen de eerste lijn en tweede lijn in Maastricht. Hans Fiolet, directeur patiëntenzorg en transmurale zorg in het MUMC+: 'Die samenwerking begon overigens

brugpoli →	al eind jaren zeventig, met het opzetten van een diagnostisch centrum waar huisartsen hun labonderzoeken konden laten doen. Later hebben we veel geïnvesteerd in het overdragen van kennis van de tweede naar de eerste lijn, door het organiseren van nascholingen en het opzetten van ketenzorgprojecten. Een paar jaar geleden zijn we gestart met de brugpoli, een polikliniek waar huisartsen hun patiënt voor een nauw omschreven vraag naar toe konden sturen. Die poli is bedoeld voor patiënten bij wie de huisarts voldoende expertise mist om zeker te zijn van zijn zaak.' Het gaat om patiënten die eigenlijk maar 'een beetje ziekenhuis' nodig hebben, aldus Fiolet. Zij kunnen daar binnen een week terecht en zijn doorgaans na één of twee consulten weer terug bij hun eigen huisarts. Ze 'verdwijnen' dus niet in de tweede lijn.
anderhalvelijnszorg →	De naam 'brugpoli' verwijst niet alleen naar de locatie, de brug tussen het ziekenhuis en de parkeergarage, maar vooral naar de brug die de poli vormt tussen de eerste en tweede lijn. Fiolet: 'Vorig jaar zijn we weer een stap verder gegaan: we hebben de eerste en tweede lijn letterlijk, dat wil zeggen fysiek samengebracht in zogeheten anderhalvelijnszorg. Specialistische tweedelijnszorg geleverd op de locatie van de eerste lijn, buiten het ziekenhuis dus.'
onder druk →	Grens tussen werelden Het idee voor het invoeren van deze anderhalvelijnszorg komt uit de koker van Guy Schulpen, arts en directeur van ZIO (Zorg in Ontwikkeling, voorheen Regionale Huisartsenzorg Heuvelland geheten). 'De toekomst van de gezondheidszorg staat onder druk', steekt Schulpen van wal. 'De kosten stijgen en het zorgvolume neemt toe. Wat we nodig hebben is betaalbare en duurzame zorg. Met dat laatste bedoel ik een manier van zorgverlening die toekomstbestendig is, die niet over een paar jaar weer tegen dezelfde problemen oploopt. Een van de zaken die daarvoor nodig is – ik noem dat ook wel Blauwe Zorg, naar analogie van het begrip Groene Stroom – is efficiënt gebruik maken van de zorg. De juiste zorg inzetten voor de juiste patiënt op het juiste moment. Dat is waar anderhalvelijnszorg een belangrijke bijdrage aan kan leveren.' Nu zijn de eerste- en tweedelijnszorg vaak ver van elkaar verwijderd. Niet alleen letterlijk, ook figuurlijk. Er is weinig contact en samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. Als de huisarts het probleem van een patiënt zelf niet kan oplossen, stuurt hij deze door naar de tweede lijn. Die overdracht blijkt in de praktijk vaak te werken als grens tussen twee werelden, aldus Schulpen.
alles uit de kast →	Zodra de patiënt die grens is gepasseerd, voelt de specialist in de tweede lijn zich verantwoordelijk voor de patiënt. Die is niet voor niets doorverwezen en de specialist heeft daardoor de neiging alle registers open te trekken wat betreft diagnostiek en behandeling. In de tweede lijn is dat vaak ook heel gemakkelijk. Alle vormen van diagnostiek zijn onder handbereik. Andersom raakt ook de verwachting van de patiënt gekleurd door de verwijzing naar de tweede lijn, aldus Schulpen. 'Hij heeft het gevoel dat het toch ernstiger met hem gesteld is dan hij verwachtte. Daardoor gaat hij er ook vanuit dat de specialist in de tweede lijn alles uit de kast trekt. Terwijl de praktijk uitwijst dat bij een deel van de patiënten veel van die ingewikkelde diagnostiek niet nodig is. De diagnostiek bevestigt meestal alleen wat de huisarts in het begin van het traject al vermoedde, maar waarvan hij nog niet honderd procent zeker was.'



de wijk in →

minder doorverwijzen →

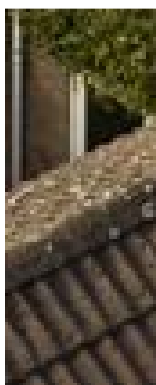


meer gerustgesteld →



doel voorbij →

nog onvoldoende ervaren →



Tevreden patiënten

En daar is anderhalvelijnszorg misschien een goede optie. Schulpen: 'Het idee is de kennis van de specialist in te schakelen in de eerste lijn, zonder dat de specialist daarbij door zijn omgeving verleid wordt om tot het uiterste te gaan. Dat impliceert dat je de specialist letterlijk uit het ziekenhuis moet halen en de wijk in moet sturen. Want ook in de brugpoli van het MUMC+ blijkt de verleiding tot extra diagnostiek vaak nog groot.' In 2013 startten de huisartsen in de regio Heuvelland samen met het MUMC+ met de pilot 'anderhalvelijnszorg'. Specialisten van neurologie, interne geneeskunde, orthopedie en dermatologie waren wekelijks een dagdeel aanwezig in de praktijk van een aantal huisartsen. De huisartsen zorgden ervoor dat dan de patiënten op het spreekuur kwamen bij wie de extra kennis van de betreffende specialist nodig was.

De pilot was een succes, aldus Dirk Ruwaard, die als hoogleraar Public Health and Health Care Innovation aan de Universiteit Maastricht betrokken was. 'We zagen dat de huisartsen door de ondersteuning van de specialist veel minder patiënten doorstuurden naar de tweede lijn. De extra expertise leidde ertoe dat vooral het doorsturen 'voor alle zekerheid' afnam. En de huisartsen gaven aan dat zij door de samenwerking hun kennis hadden kunnen vergroten. Na verloop van tijd gingen ze daardoor ook minder doorverwijzen als de specialist niet in de praktijk aanwezig was. De huisarts leert dus beter selecteren wie wel en wie geen tweedelijnszorg nodig heeft.' Een enquête onder de patiënten wees uit dat ook zij tevreden waren. Iets meer zelfs dan in de oude situatie, aangezien zij het prettig vonden dicht bij huis door een specialist gezien te worden. Ruwaard: 'En als er geen verwijzing plaatsvond, waren de patiënten toch meer gerustgesteld; de specialist was het immers eens met hun huisarts.'

Te warme relatie

Desondanks liet de pilot zien dat dit model van anderhalvelijnszorg nog niet optimaal was. Ruwaard: 'We zagen dat de aanwezigheid van de specialist in de huisartspraktijk gemakkelijk tot een té warme relatie tussen eerste en tweede lijn kan leiden. Daarmee bedoel ik dat de huisarts te veel gebruik gaat maken van de expertise van de tweede lijn en de specialist ook mee laat kijken bij patiënten bij wie dat eigenlijk niet nodig is. Dan schiet je het doel weer voorbij.' Een ander punt is dat het voor de specialisten vaak moeilijk was een goed gevuld spreekuur te organiseren in de huisartspraktijk. Het is niet efficiënt als een dermatoloog op het dagdeel dat hij bij de huisarts zit maar één of twee patiënten te zien krijgt, licht Ruwaard toe. Schulpen vult hem aan: 'Dat nadeel had er onder meer mee te maken dat de specialisten maar bij een beperkt aantal huisartsen hun meekijspreekuur hielden. Het was de bedoeling dat de andere huisartsen hun patiënten in voorkomende gevallen zouden doorsturen naar een collega-huisarts bij wie de specialist op dat moment aanwezig was. Maar dat gebeurde vaak niet. Blijkbaar waren de huisartsen toch bang hun patiënt daarbij kwijt te raken aan die collega.'

Fiolet noemt nog een ander probleem: 'Niet iedere specialist blijkt per definitie geschikt voor het werken in de anderhalvelijnszorg. We begonnen met het inzetten van arts-assistenten, maar die zijn nog onvoldoende ervaren om te beslissen dat verder onderzoek niet zinvol is. Zij vroegen toch nog veel diagnostiek in de tweede lijn aan. Je hebt voor

dit werk dus ervaren specialisten nodig die – mede op basis van hun jarenlange ervaring – ook een gedegen inzicht hebben in de epidemiologie van hun vakgebied.’

Goede triage noodzakelijk

En nu is er dus de stadspoli, de eerste is dit voorjaar gevestigd in Maastricht West, najaar 2104 gevolgd door een tweede in Maastricht Oost. Schulpen: ‘De stadspoli is een aparte locatie in de stad waar de specialisten van het MUMC+ hun consulten verrichten. Dus niet in het ziekenhuis zelf, met alle verleidingen van dien, maar ook niet in de praktijk van een selecte groep huisartsen. Het is de bedoeling dat de huisartsen patiënten selecteren die in aanmerking komen voor een consult in de stadspoli. Dus de gevallen waarbij de huisarts er zelf niet helemaal uitkomt.’ Deze aanpak vereist om te beginnen een goede triage door de huisarts, stelt Ruwaard vast. En de specialist op de stadspoli moet over de juiste middelen beschikken om te beslissen of de patiënt alsnog doorverwezen moet worden of – voorzien van een diagnose en behandeladvies – terug kan naar de huisarts.

Ruwaard: ‘We zitten nu in de fase dat we voor elk specialisme moeten uitzoeken of, en zo ja met welke middelen, het werken in een stadspoli zinvol is. Tijdens de pilot bleek bijvoorbeeld dat de dermatologen en orthopeden relatief meer patiënten doorverwezen naar de tweede lijn dan de internisten en neurologen. Die eerste twee specialismen hadden in de eerste lijn niet voldoende diagnostische middelen beschikbaar om hun diagnose te stellen.’ In de stadspoli’s gaan meer specialismen meedoen dan tijdens de pilot. De ervaringen in de praktijk moeten uitwijzen voor welke specialismen de stadspoli een werkbaar model is. ‘Als een specialist in de stadspoli net zoveel diagnostische middelen nodig heeft als in het ziekenhuis, kun je de patiënt natuurlijk net zo goed meteen doorsturen’, zegt Ruwaard. Schulpen ziet al wel een nadeel van het stadspoli-model: het contact tussen specialist en huisarts wordt juist weer minder. ‘We hopen dit te ondervangen door de inzet van informatietechnologie.’

inzet van informatietechnologie →

Vanuit de patiënt denken

Uiteraard gaat het MUMC+ ook de stadspoli wetenschappelijk evalueren. Ruwaard: ‘We willen de patiëntenstromen in kaart brengen, het zorggebruik en natuurlijk de tevredenheid van patiënten en zorgverleners.’ Het hele project rond anderhalvelijnszorg wordt begeleid door een stuurgroep, waarin behalve ZIO en het MUMC+ ook zorgverzekeraar VGZ en de patiëntenorganisatie Huis voor de Zorg vertegenwoordigd zijn. Deze laatste kijkt vooral hoe de zorgvernieuwing uitpakt voor de patiënt ter plaatse. Of, zoals woordvoerder Jo Maes het uitdrukt: ‘Wat heeft de spreekwoordelijke meneer Moonen hier uiteindelijk aan?’

tevredenheid van patiënten →

Patiëntenvertegenwoordiger Maes hoopt vooral dat de stadspoli een goede plek krijgt binnen de ideeën van Schulpen over duurzame zorg. Volgens Maes kan het in de zorg allemaal veel efficiënter, maar vooral ook veel patiëntgerichter. ‘Het moet voor een patiënt eigenlijk niet uitmaken op welke plek je de zorg organiseert. Zolang het maar gaat om zorg op de juiste wijze, in de juiste maat, en door alle zorgaanbieders die op dat moment de meest zinvolle bijdrage kunnen leveren.’ Volgens Maes is daarvoor meer nodig dan een op zich mooi initiatief als

duurzame zorg →

niet vanuit de systemen →

een stadspoli. Uiteindelijk moeten de schotten tussen de verschillende vormen van zorg geslecht worden, stelt hij. 'Alle mooie indelingen die de zorg zelf maakt over eerste en tweede lijn, en de grenzen die ze dan optrekken, zijn niet in het belang van de klant. Die verwacht van de zorgaanbieders dat zij zich zo organiseren dat ze kunnen leveren wat hij of zij nodig heeft.' Dus niet vanuit de systemen gedacht, maar vanuit de patiënt of cliënt. Maes verwacht wat dat betreft veel van Blauwe Zorg. 'Dat initiatief doorbreekt als het goed is de huidige systeemwereld in de zorg. Een cruciale stap als we verder willen komen met echt geïntegreerde zorg.'

Stevig bewustwordingsproces

herinvesteren in verbeterinitiatieven →

Schulpen is het vanzelfsprekend met Maes eens. Blauwe Zorg is nog geen realiteit, maar de initiatiefnemer geeft het concept wel goede kansen. Al was het maar omdat het een van de zogeheten 'proeftuinen' is die het ministerie van VWS heeft aangewezen om te experimenteren met nieuwe vormen van regionale samenwerking. De besparingen die Blauwe Zorg naar eigen verwachting realiseert, kan het project vanwege de proeftuinstatus straks herinvesteren in verbeterinitiatieven in de regio. En dat is nodig, vindt Schulpen, want je bent er inderdaad nog lang niet met een paar stadspoli's. Naast het verplaatsen van eenvoudige behandelingen naar de huisarts en een betere diagnostiek dichtbij huis, gaat het volgens hem bijvoorbeeld ook om meer zelfmanagement en eigen regie voor de patiënt, en om meer preventieve activiteiten.

cultuurverandering in de zorg →

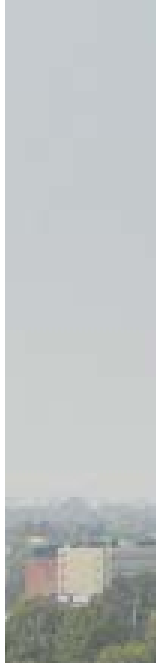
Schulpen erkent dat het concept van Blauwe Zorg ambitieus is. Het is gebaseerd op twee basisprincipes: aanpassingen in de organisatie van zorg en gedragsverandering bij zowel zorgaanbieders als patiënten. En met name die gedragsverandering is geen eenvoudige opgave. Alle belanghebbenden – van patiënt tot specialist – zullen daarvoor een stevig bewustwordingsproces moeten doormaken, aldus Schulpen. 'We willen in Nederland dat patiënten en zorgverleners verantwoordelijkheid nemen. Dat patiënten zich bewust zijn van de beperkingen binnen de zorg, zich bewust zijn van de schaarste aan middelen en bewuste keuzes maken. Misschien zijn patiënten hier al toe in staat, maar als dat niet zo is, is het onze taak ze te helpen dit gedrag aan te leren.' Maar ook de hulpverlener die gefinancierd wordt vanuit de mantra 'meer is beter' – en die dus voornamelijk productieprikkels krijgt – moet volgens Schulpen beseffen dat er schaarste is. 'Er is maar één ruif waar alle zorgverleners gezamenlijk uit eten. Alles wat de een opslokt, is niet meer beschikbaar voor de ander. Dit verantwoorde, bewuste gedrag zien we nu niet, maar het is hard nodig om de zorg beheersbaar te houden.' Schulpen toont zich een idealistisch ambassadeur voor een heuse cultuurverandering in de zorg. 'Het gaat zeker niet alleen over huisartsen of over ziekenhuizen. Bewustwording op het gebied van duurzaamheid creëer je als iedereen meedoet, als alle zorgverleners in de regio zich achter dit idee scharen, en bereid zijn elkaar aan te spreken op elkaars gedrag. En wanneer de patiënt, cliënt of burger vanuit alle richtingen dezelfde informatie krijgt: zorg is schaars, maak duurzame keuzes!'

Oog voor het grote geheel

begrensde budgetten →

gescheiden geldstromen →

Zonder vergezichten kom je nergens, maar intussen is de huidige realiteit er wél eentje van omzetten en begrensd budgetten, proeftuin of niet. De financiering van de eerste en tweede lijn vormen nog altijd gescheiden geldstromen. Waarom zouden specialisten zich dan inzetten om



structurele bekostiging →



fundamentele omwenteling →



integrale zorg →

patiënten zo lang mogelijk uit het ziekenhuis te houden? 'Dat is op het eerste oog inderdaad niet een voor de hand liggend iets', beaamt Schulpen. 'Minder doorverwijzingen betekent voor het MUMC+ in principe minder inkomsten. Het is daarom belangrijk – ik benadruk het nog maar eens – dat we met z'n allen het grote geheel voor ogen blijven houden: duurzame, betaalbare zorg. Want zolang de patiënt in de eerste lijn blijft, is dat goedkoper voor de totale Nederlandse gezondheidszorg. En overigens ook voor de patiënt zelf, want de behandeling in de tweede lijn gaat ten koste van het eigen risico van de patiënt.'

Om de financiële kant van de anderhalvelijnszorg te regelen is de stichting Beter Samen opgericht, vertelt Schulpen. Hierin leveren ZIO en het MUMC+ elk de helft van de bestuurders. De stichting overlegt momenteel met de Nederlandse Zorgautoriteit over de mogelijkheden voor een structurele bekostiging van de anderhalvelijnszorg. Dit zou moeten gebeuren in de vorm van een vergoeding voor een meekijkconsult. 'Maar het ideaal zou zijn als er in de zorg een bekostigingssysteem komt dat onafhankelijk is van de verschillende lijnen.'

Betere patiëntselectie

Totdat de financiën helemaal zijn geregeld, werkt het Maastrichtse model met gesloten beurzen. Dat is voor de specialisten zelf geen probleem want zij zijn in het MUMC+ in loondienst. Minder doorverwijzen betekent voor het MUMC+ zelf wel een daling van de inkomsten, maar Fiolet denkt dat de schade wel mee zal vallen. 'Al worden er procentueel minder patiënten doorverwezen naar de tweede lijn, als gevolg van de vergrijzing zal het absolute aantal doorverwijzingen waarschijnlijk niet zo snel teruglopen. Het model van anderhalvelijnszorg is behalve een manier om de patiënt goede en goedkopere zorg dicht bij huis te geven, ook een manier om de groeiende patiëntenstroom te beheersen. Als we niets doen, kunnen we straks in de tweede lijn de toestroom van patiënten niet meer aan. Door het invoeren van de anderhalvelijnszorg krijgen we een betere patiëntselectie, waardoor we ons in de tweede – en eigenlijk de derde lijn, want we zijn een academisch ziekenhuis – kunnen concentreren waarin we ons onderscheiden, namelijk het leveren van complexe zorg.'

Schulpen is blij met alle inzet van de zorgverleners die meedoen aan de Limburgse experimenten. De proeftuinstatus geeft ook hoop voor de toekomst, maar uiteindelijk gaat het om een veel fundamentele omwenteling in de zorg, zo is zijn overtuiging. 'De zorg heet onbetaalbaar te zijn, en we laten de patiënt voor de stijgende kosten betalen. Door premies te laten stijgen, door pakketsamenstelling aan te pakken, eigen risico's en eigen bijdrages te laten stijgen. Terwijl iedereen die in de zorg werkt of ermee in aanraking komt, weet dat de zorg niet efficiënt wordt verleend. We moeten ons eigenlijk schamen dat we de gevolgen daarvan nu afwentelen op de patiënt en de verzekerde, terwijl 'het systeem' vele malen beter kan werken. We moeten ons als zorgsector niet alleen verantwoordelijk voelen voor de beheersing van de zorgkosten, maar vooral voor het toegankelijk en beschikbaar houden van goede, integrale zorg in ons land.'





De Friese kunst van het samenwerken

Door Tjitske Lingsma

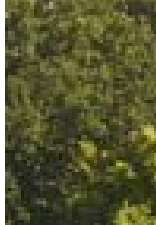
Praktijkverpleegkundige als vooruitgeschoven post

De huisartsen in het Friese Weststellingwerf waren veel tijd kwijt met het bezoeken van patiënten in verzorgingshuizen. Dat moest anders. Ze bedachten een nieuw model met een praktijkverpleegkundige als hun vooruitgeschoven post. Binnen een jaar was het geregeld. Wat maakt Friesland zo speciaal? Gaat vernieuwing er gemakkelijker dan in de Randstad?

het persoonlijke zorgleefplan →

Met flinke stappen loopt Grietje de Groot door de gang van woonzorgcentrum Sickenga-Oord in Wolvega. 'Volk!' roept ze met luide stem, terwijl ze de deur van een eenkamerappartement openzwaait. Bij het raam in een leunstoel zit mevrouw Bakker. 'Hoe is het met u?' vraagt De Groot. De bewoonster vertelt dat ze erg benauwd is, veel hoest en last heeft van vastzittend slijm. 'Het houdt niet op. Ik ben doodop...' De Groot kijkt in het dossier. 'We moeten er achter zien te komen waarom de ontsteking niet over gaat. Misschien is de dosering die u nu heeft net te laag. Maar het kan ook een andere bacterie zijn.' Dan bespreekt ze een geneesmiddel dat mevrouw Bakker eerder heeft gebruikt. 'Maar daar had u veel darmklachten van', zegt De Groot. 'Hoe smaakt het eten?' wil ze weten. 'Ik ben niet zo'n eter. Maar ik eet wel', antwoordt mevrouw Bakker. De Groot: 'Ik wil ook even de temperatuur opnemen en uw longen beluisteren.' Ze staan op en lopen naar het bed, dat met een gordijn van de rest van het appartementje is afgescheiden. Er klinken geluiden van diep ademen en hoesten. 'Het is goed dat u aan de bel trekt', stelt De Groot. Ze noteert de gegevens in het persoonlijke zorgleefplan van mevrouw Bakker en in haar eigen aantekeningenblok. 'Ik ga overleggen met de huisarts en dan laat ik u waarschijnlijk vandaag nog weten welk medicijn u krijgt.'

Na een kwartiertje is het bezoek voorbij en trekt De Groot de deur van het flatje achter zich dicht. Op de gang zegt ze: 'Vroeger meldde mevrouw Bakker zich pas als ze 39 graden koorts had. Nu doet ze dat gelukkig veel eerder.' Op naar de volgende patiënt. Aan de lange gangen



smartphone →



vooruitgeschoven post →



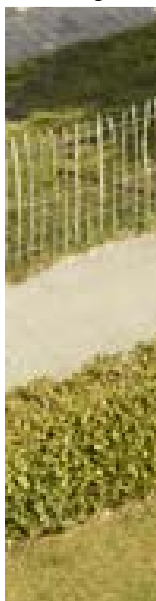
schakel tussen woonzorgcentrum en huisartsen →



vaak meerdere aandoeningen →



vraagbaak voor verzorgenden →



van het verzorgingshuis liggen ruim zestig appartementen. De volgende cliënt is net 87 jaar geworden. Ze heeft reuma, maar maakt zich vooral zorgen over plekjes op haar huid. Met haar smartphone maakt De Groot er foto's van die ze naar de huisarts stuurt. 'Kijk eens hoe handig, je kunt inzoomen en dan kun je de structuur van die plekjes heel goed zien.' Ze loopt ook andere klachten na, zoals de pijnlijke schouder en de reuma.

Om de haverklap gebeld

Grietje de Groot is praktijkverpleegkundige ouderenzorg. Voor de twaalf huisartsen in de regio (verenigd in samenwerkingsverband Langs de Linde) werkt ze als vooruitgeschoven post in vier verzorgingshuizen in Wollega: Sickenga-Oord en Lycklama Stins (zorggroep Liante) en BerkenStede en LindeStede (zorggroep Meriant). Bij toerbeurt is ze één hele dag in elk verzorgingshuis. Tussen de middag gaat ze naar een van de huisartsenpraktijken voor overleg. De Groot behandelt veelvoorkomende enkelvoudige klachten. Ze doet wondverzorging, wisselt katheters, controleert medicatie, geeft injecties en doet controles bij chronische aandoeningen. In Sickenga-Oord werkt ze samen met de verzorgenden, verzorgenden individuele gezondheid, contactverzorgenden, de fysiotherapeut, de diëtiste en de wijkverpleegkundige. En ze is de schakel tussen het woonzorgcentrum en de huisartsen.

Het idee om een verpleegkundige in de verzorgingshuizen te detacheren kwam van Wijtske Hutter. Zij is huisarts van de praktijk De Meulehoek in Wollega (de hoofdplaats van de gemeente Weststellingwerf) en voorzitter van Langs de Linde. Hutter en haar collega's kregen veel oproepen voor patiënten in de verzorgingshuizen. Doordat de zorg er complexer is geworden en de bewoners vaak meerdere aandoeningen hebben, is de zorgvraag veranderd en de werkdruk gestegen. Medewerkers wisten lang niet altijd wat ze met vragen en klachten aan moesten en grepen snel naar de telefoon. 'Je werd om de haverklap gebeld', zegt Hutter. 'Het kwam geregeld voor dat ik net voor een patiënt in een verzorgingshuis was geweest, en dan werd ik opnieuw opgeroepen voor een volgende bewoner. De zuster zei dan: ik weet niet wat er aan de hand is, maar u móét komen. Te vaak ging het om een aandoening die niet ernstig of spoedeisend was. We merkten ook dat er misverstanden over medicijngebruik waren. Kortom, we waren er veel tijd mee kwijt. Ik dacht: het is beter als er één deskundige persoon is die in eerste instantie de klachten bekijkt.' Het plan had niet alleen met tijdbesparing te maken, benadrukt Hutter. 'We vonden dat de zorg in verzorgingshuizen beter kon en moest.'

Behoeft aan betere zorg

Het idee was simpel: een praktijkverpleegkundige die voor de huisarts visites loopt, aandoeningen behandelt, overlegt met de huisartsen, als het nodig is patiënten doorstuurt en als vraagbaak voor verzorgenden fungeert. Een heel nieuwe manier van zorg organiseren en samenwerken, vertelt Hutter. Omdat zulke innovaties veel overleg en organisatie vergen, besloten zij en haar collega's in 2009 een externe projectmanager in te schakelen. 'Mij kost zo iets een dag per week. In die tijd kan ik beter patiënten behandelen', aldus Hutter. De keuze viel op Marjan Verschuur-Veltman, die in 2010 met de eerste verkennende gesprekken begon. 'Ik ben in mijn eentje naar de verzorgingshuizen gegaan', vertelt ze. 'Zonder de huisartsen. Zo hoorde ik dat ook de verzorgingshuizen niet altijd tevreden waren. Ze zeiden me dat sommige huisartsen vaak tussen de middag kwamen, juist op het moment de bewoners zaten te eten, en dan luisterden



hobbels →

opnieuw beginnen →

ze snel even de longen van een patiënt. Mij werd al snel duidelijk dat alle partijen behoefte aan betere zorg hadden. Bij de verzorgingshuizen was er beslist draagvlak voor het plan', vertelt Verschuur.

ZonMw kwam over de brug met een subsidie, onder meer voor het overleg met de diverse partijen, en voor voorlichting en een enquête onder bewoners. 'Niet iedereen was meteen heel enthousiast. Zo waren twee huisartsen aanvankelijk niet overtuigd van de noodzaak', zegt Verschuur. Hutter desgevraagd: 'Het kostte inderdaad moeite om iedereen op dezelfde lijn te krijgen. Toch was het belangrijk dat alle huisartsen zouden instemmen. Als de praktijkverpleegkundige in het verzorgingshuis aan de slag zou gaan, maar van één huisarts de patiënten niet mag zien, dan werkt het niet.'

Ook bij de verzorgingshuizen liep Verschuur tegen hobbels op. 'Het contact verliep via de teamleiders. Ik hoopte dat zij alles zouden terugkoppelen naar het personeel. Dat bleek niet altijd het geval.' Bovendien kwamen er bij Sickenga-Oord en Lycklama Stins twee nieuwe teamleiders. 'Daardoor konden we eigenlijk opnieuw beginnen met praten en overleggen', zegt Verschuur. Verder was het ene team bij de verzorgingshuizen heel geïnteresseerd, terwijl de andere afdeling erg afhoudend was. 'Soms lieten we degenen die niet enthousiast waren even met rust. Dan zeiden we tegen elkaar: die blijft negatief, maar wij gaan door.' Verschuur is ervan overtuigd dat dit soort innovaties niet van boven kunnen worden opgelegd. 'Top-down leiderschap werkt niet in deze gevallen. Het komt aan op geloven in je missie, overleggen en communiceren.'

Modellen voor de toekomst

'Als Friese gemeenten zoeken we oplossingen voor de problemen van de nabije toekomst. De vergrijzing komt behoorlijk snel op ons af. Het is nog een hele uitdaging om daar een goed antwoord op te bieden.' Dat zegt Sjoerd Tolsma, wethouder van Súdwest-Fryslân. Hij is voorzitter van de stuurgroep Sociale en medische eerste lijn, een samenwerkingsproject van de Vereniging van Friese Gemeenten en De Friesland Zorgverzekeraar. In het programma werkt Tolsma nauw samen met Brenda van Haarst, directeur zorg bij De Friesland Zorgverzekeraar. 'We krijgen een enorme populatie die zorg nodig heeft', zegt ze. 'Hoe gaan we het zo organiseren dat de zorg niet verschaalt?' Van Haarst is enthousiast over 'Project Grietje', zoals het in de wandeling heet. 'Er is nu één aanspreekpunt, een professional die een grote betrokkenheid toont bij de bewoners. Daar wordt de zorg beter van.'

De zorgverzekeraar heeft een sterke band met de provincie en wil ook investeren. 'We hebben een taak bij de herinrichting van het regionale zorglandschap en willen een voorbeeldfunctie voor de rest van Nederland vervullen', aldus Van Haarst.

Als model voor de toekomst verwijzen Tolsma en Van Haarst naar de participatiemaatschappij. Mensen zullen meer zelf moeten doen en ouderen blijven langer thuis wonen. De wethouder: 'Gemeenten krijgen een grotere rol om dit ook mogelijk te maken. We zullen huizen moeten aanpassen, andere voorzieningen moeten bieden. Maar vooral: de mens centraal stellen, om happy aging mogelijk te maken. Als ouderen aandacht krijgen, als er mensen over de vloer komen, als ze goed eten, blijven sporten en zich gelukkiger voelen, zullen ze minder een beroep op de zorg doen.' Er is nog veel te winnen door de focus te leggen op preventie, het voorkomen van zorg en vroegsignalering, stellen Van Haarst en Tolsma.

Beiden voorzien dat taken worden herschikt en nieuwe functies in de zorg zullen ontstaan. Tolsma: 'Ik zie ook een belangrijke rol voor de wijk-verpleegkundige nieuwe stijl. Die krijgt een zwaardere coördinatiefunctie. Voor het medische deel is zij het verlengstuk van de huisarts en voor het sociale deel van de gemeente. Hoe dat er concreet uit gaat zien, wordt nog heel spannend', zegt Tolsma.

Wethouder en zorgverzekeraar zijn het eens: samenwerken móét, om de benodigde zorg te kunnen leveren en diensten op elkaar te laten aansluiten. Van Haarst noemt het Zorgpad kwetsbare ouderen, dat met steun van De Friesland Zorgverzekeraar is ontwikkeld door huisartsen, specialisten ouderengeneeskundigen en geriaters in Friesland. Er staan afspraken in over de organisatie van de zorg en onderlinge communicatie, over verwijzen en samenwerking tussen betrokken zorgverleners. Van Haarst: 'In je eentje ga je er niet komen. Wat dat betreft sluit de maatschappelijke opdracht die we zien wel aan bij de Friese volksaard. Er zijn hier niet zoveel grote ego's. Het doel staat voorop: er is een probleem en dát moet opgelost worden.'

Niet alleen maar betalen

uitgesproken voorstanders →

Er waren ook uitgesproken voorstanders, zoals Pierre Theelen, specialist ouderenzorg bij Meriant. 'Hij heeft enorm geholpen bij het overhalen van sommige personeelsleden om mee te doen', aldus Hutter. Ook andere partijen werden erbij betrokken. 'We zijn direct met De Friesland Zorgverzekeraar gaan praten. Verzekeraars vinden het vervelend als ze pas benaderd worden als het plan af is en ze alleen nog maar hoeven te betalen. Vanaf het begin hebben ze meegedacht', legt Verschuur uit. Er kwam een projectgroep met de belangrijkste partijen: een huisarts, de locatiemanager, de teamleiders van de vier verzorgingshuizen, specialist ouderengeneeskunde Theelen en adviseur Verschuur (later aangevuld met Grietje de Groot).

Uiteindelijk waren alle partijen akkoord. De verzorgingshuizen stelden kosteloos een werkplek voor de praktijkverpleegkundige beschikbaar. Haar salaris werd betaald door de huisartsen gezamenlijk, die de uren vergoed krijgen van De Friesland Zorgverzekeraar. Ook de verzorgingshuizen betalen enkele uren per week mee. Halverwege 2011 kon de nieuwe functie worden ingevuld. 'We wilden een persoon met veel ervaring, die in staat zou zijn om met maar liefst twaalf huisartsen samen te werken én die de weg in al die verzorgingshuizen zou kunnen vinden. Maar toen kwam Grietje, die nog amper klaar was met haar opleiding', vertelt Hutter. 'Ze vroegen veel werkervaring', herinnert De Groot zich. 'Maar die had ik niet. Ik was 24 jaar. Ik had wel als voordeel dat ik tijdens mijn HBO-V stage had gelopen bij een van de huisartsenpraktijken. Ik was dus al een beetje in zicht.' Hutter: 'Toen ze op gesprek kwam bleek ze de ideale kandidaat te zijn: communicatief, geïnteresseerd, enthousiast en deskundig. We wisten het meteen: zij moet het worden.'

de ideale kandidaat →

In 2011 werd Grietje de Groot aangesteld voor 20 uur, inmiddels werkt ze er 31. Ze begon met een kennismakingsronde, bezocht vergaderingen en gaf presentaties. 'Communicatie is erg belangrijk', zegt ze. 'Ik heb in elk huis een week meegelopen om kennis te maken met alle medewerkers. Slechts hier en daar stuitte ik op weerstanden. Die kwamen vooral voort uit onzekerheid bij enkele verzorgenden. Mensen vroegen zich af of mijn functie betekende dat ze hun werk niet goed deden. Maar uiteindelijk

voelde ik me in alle huizen welkom.' Verschuur herkent het aanvankelijke probleem. 'Elk verzorgingshuis en elke huisartsenpraktijk heeft een eigen cultuur. Voor de ene instelling was het gemakkelijker de nieuwe functie te accepteren dan voor de andere. Het kon per afdeling verschillen. Sommigen zeiden: wat komt zij hier doen? Daar gaan we niet naar luisteren! Ze zagen Grietje als een bedreiging. Ze heeft haar plek echt moeten verdienen.'

succesfactoren →

Op de vraag wat ze als succesfactoren zien, noemen Verschuur en Hutter: de noodzaak, het juiste moment, vertrouwen, enthousiaste mensen, draagvlak, communiceren en humor. 'En onze arrogantie dat we overtuigd waren dat we de kwaliteit zouden verbeteren', zegt Hutter.

Samen eens over de missie

Tijdens het traject liep ook een wetenschapper mee. Gedurende drie jaar monitorde Pim Valentijn zeventig projecten uit het ZonMw-programma Op één Lijn, waaronder dat in Weststellingwerf. Hij keek naar de succesfactoren en knelpunten bij samenwerking en organisatieontwikkeling.

werkzame elementen →

'Ik wilde weten wat de werkzame elementen zijn', zegt Valentijn. Allereerst viel hem in Weststellingwerf op dat het project niet erg complex is.

'Die eenvoud is iets wat we soms meer nodig hebben in de zorg.' Verder waren de betrokkenen *open-minded*. Het lerend vermogen was groot. 'Ik koppelde een keer terug dat de belangen niet goed waren geëxpliciteerd. Bij projecten zie je vaak dat betrokkenen op dergelijke feedback defensief reageren. Of ze vinden het interessant, maar gaan vervolgens weer over tot de orde van de dag. In Friesland hebben ze juist de feedback uit het onderzoek gebruikt. Daarna scoorden ze echt veel hoger op samenwerkingsindicatoren dan andere projecten.'

Verschuur weet nog dat Valentijn opmerkte dat ze het als projectgroep zo vaak eens waren. 'En dat klopt, we hadden ieder wel een eigen belang, maar we waren het eens over de missie. Grietje is onze gemeenschappelijke deler. Zo word je samen de drijvende kracht.'

Valentijn noemt ook het feit dat er geen expliciete leider leek te zijn.

'Als projectleider faciliteerde Marjan Verschuur vooral achter de schermen. Bijna onzichtbaar bouwde ze draagvlak en betrokkenheid op bestuurlijk niveau bij alle betrokken, met rugdekking van de huisartsen. En naar buiten kreeg Grietje alle lof. Niet voor niets spreken ze hier van Project Grietje. Het was een mooi spel dat ze samen speelden.' Het ontbreken van hiërarchie werkte positief, constateert Valentijn. 'Ik heb andere projecten met huisartsen en medisch specialisten gezien. De metafoor van de apenrots is dan niet ver weg. Als je er dan nog wat bestuurders bij betreft, ben je nog sneller de binding met de rest kwijt. Hier ging iedereen gelijkwaardig met elkaar om. Voor mij was dat heel bijzonder om te zien.'

weinig lagen →

De projecten die het goed doen, legt Valentijn uit, kennen weinig lagen en de betrokkenen weten deze goed te verbinden. Hoe minder lagen, hoe meer synergie en des te groter de kans dat het project slaagt.

mentaliteit →

Maar wat de onderzoeker echt opviel – en dat geldt volgens hem voor meer projecten in provincies als Friesland en Limburg – is de mentaliteit. 'Mensen zitten echt om de tafel om er samen uit te komen. En het helpt dat huisartsen, wethouders en de zorgverzekeraar elkaar op het schoolplein tegenkomen. Men zegt goedendag tegen elkaar.' De Randstad kan hier nog wat van leren, stelt Valentijn. 'Daar geldt eerder het adagium: jouw winst is mijn verlies. Ga dan maar eens samenwerken, dat is echt heel ingewikkeld. De gunfactor lijkt in de Randstad lager dan in de provincie. Hier is het lokale netwerk de basis om verder te gaan. Daar zit de kracht. In Friesland kunnen ze het ook zonder projectgeld.'

het lokale netwerk →

Lage drempel, korte lijnen

minder vaak naar de huizen →

Wat heeft 'Project Grietje' concreet opgeleverd? Jan Blauw, locatie-manager op Sickenga-Oord: 'De praktijkverpleegkundige neemt veel werk over van de huisarts, op tijden die het verzorgingshuis en de bewoners beter uitkomen. Het aantal oproepen en bezoeken is duidelijk afgenomen.' Hutter herkent dit: 'Ik hoef inderdaad minder vaak naar de huizen en heb daar minder werk, want Grietje doet het voor ons.' Voor de specialist ouderengeneeskunde zit de winst in kortere lijnen. Theelen: 'De communicatie is directer. Als ik iets wil weten, neem ik meteen contact met Grietje op. Ook de verzorgenden zijn blij met haar, want zij vinden het vaak lastig om zelf de huisarts te bellen. De grotere efficiëntie is misschien wel het allerbelangrijkste.' Joke Maatjes, verzorgende bij Lycklama Stins, bevestigt Theelens inschatting. Zij noemt de laagdrempeligheid in het contact positief. 'Sinds Grietje er is zien we bijna geen huisarts meer. Zij is de eerste lijn. Ze kent de bewoners. Ik ervaar het als prettig. Je kunt haar altijd bellen als er iets is met een cliënt en ze houdt zelf ook contact. Ik denk dat bewoners met haar echt beter af zijn.' Alle partijen zijn dus positief. En de bewoners zelf? 'We hebben ze naar hun mening gevraagd', zegt Verschuur. 'En de mensen zijn heel tevreden. Alleen zeggen sommigen: de dokter kwam al niet vaak, maar nu al helemaal niet meer! Ze vragen zich af wat hun huisarts eigenlijk nog doet. In die zin is het wennen voor de bewoners.' Hutter voegt daar aan toe: 'Cliënten zien de huisarts minder. Maar dat was ook mijn bedoeling. Ik wil wel komen, maar alleen als het nodig is.'

voorschot op de toekomst →

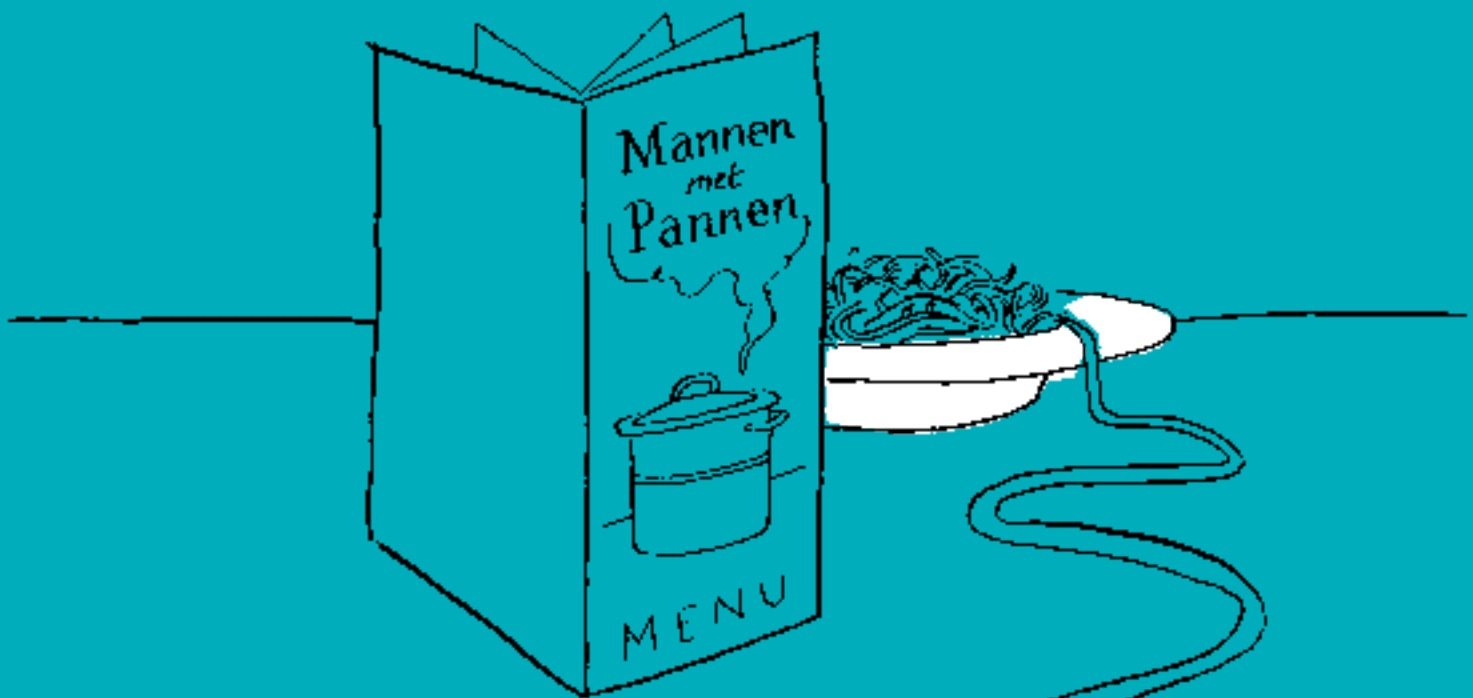
Met het project nemen de huisartsen overigens ook een voorschot op de toekomst. Friesland is al vergrijsd, maar in Weststellingwerf zijn de inwoners gemiddeld zelfs ouder dan de rest van de provincie. Van de huidige huisartsen zal 40 procent in 2020 met pensioen zijn. Hutter: 'We hebben nu nog wel genoeg huisartsen. Maar de praktijken krijgen steeds meer patiënten. Als ik de zorg voor de verzorgingshuizen beter kan organiseren, heb ik meer tijd voor andere dingen.' Sinds 2012 werkt er ook een praktijkverpleegkundige in het verzorgingshuis in Oldemarkt. En de huisartsen in Weststellingwerf hebben ook andere uitbreidingen op het oog. Hutter: 'De aanleunwoningen doen we als huisartsen nog zelf. Daar kunnen we ook een praktijkverpleegkundige inzetten. En ik voorzie dat we dit model uitbreiden, zodat straks een groot deel van de visites in de wijk door praktijkverpleegkundigen gedaan worden.'

meer tijd voor andere dingen →

Vertrouwen winnen

Terug naar Grietje de Groot. Na een bijscholing van de verzorgenden van Sickenga-Oord over chronische aandoeningen, gaat ze naar haar kantoortje in het verzorgingshuis. Ze logt in op haar laptop en kijkt welk beleid de huisartsen voor de betreffende patiënten hebben afgesproken. Mevrouw Bakker, die zo benauwd is, krijgt antibiotica voorgeschreven. Tussendoor komt de diëtiste even langs om iets te bespreken. 'Mensen kunnen me altijd bereiken. Ik wil dat het laagdrempelig blijft. Soms zijn er natuurlijk wel eens problemen met een overdracht, en ik vergeet ook wel eens wat. Maar het is altijd snel opgelost. Het leukste van mijn werk vind ik het contact met patiënten. Als je mensen vaker bezoekt, krijg je echt een band. Ik doe het werk met heel mijn hart. Vroeger kwam de dokter nog even op de fiets langs. Als je je realiseert dat ouderen dat nog hebben meegemaakt, is het goed te begrijpen dat ze moesten wennen dat ik de visite deed. In het begin wilden sommigen per se dat de dokter kwam. Maar inmiddels hebben ze meer vertrouwen in mij.'

Zes essays over
**De gedroomde
of gewenste
werkelijkheid van
samenwerking
tussen preventie,
zorg en welzijn**



De kwaliteit van een stoommaaltijd

Essay

Op een druilerige herfstochtend is het druk in het gezondheidscentrum. Dat is normaal voor deze tijd van het jaar. Patiënten komen langs met veel voorkomende klachten. Ook meneer Opheusden meldt zich. Even langs de dokter, want het gaat niet helemaal lekker. →



Dennis Duiker (1972), Master of Health Administration, is directeur/bestuurder van de samenwerkende organisaties MOvactor en Welzijn Woerden/Welzijn Oudewater. Hij houdt zich onder meer bezig met besturingsmethoden voor samenhangende preventieprogramma's.

‘Goedemorgen meneer Opheusden’, antwoordt de assistent opgewekt. ‘Wat kan ik voor u doen?’ Meneer Opheusden wil graag de dokter spreken. ‘Het gaat niet zo goed met me, ik barst van de koppijn.’ De assistent klikt een paar keer met de muis. ‘25 februari 1954, was het, hè?’ Meneer Opheusden kijkt blij van herkenning op: ‘Dat heeft u goed onthouden!’, laat hij weten, ineens net zo opgewekt als de doktersassistent.

Even later zit meneer Opheusden in de spreekkamer tegenover zijn dokter. ‘De pijn wordt er niet minder op, dokter’, zegt hij timide. ‘Mijn lijf doet zeer en nu heb ik ook al dagen hoofdpijn.’ De huisarts kijkt vluchtig over het scherm van haar computer. ‘U bent wel een van mijn trouwste klanten. Zo ongeveer eens per twee weken bent u hier. Vorige keer heb ik u paracetamol geadviseerd, slikt u dat nog?’ ‘Elke dag dokter, zoals u heeft voorgeschreven, maar het helpt niet.’

Drie maanden later is het volop winter. De dagen zijn kort en het is nog donker als in de ochtend een patiënt zich aan de balie van het gezondheidscentrum meldt. ‘Goedemorgen, daar ben ik weer’, klinkt het vertrouwd. De assistent kijkt op en even vriendelijk als altijd groet hij: ‘Goedemorgen meneer Opheusden, hoe gaat het vandaag? Beetje kunnen slapen?’ Onder het praten tikt de assistent zonder ernaar te vragen de gegevens van meneer Opheusden in. ‘Nou, dat niet’, antwoordt deze, ‘ik slaap al weken slecht, kan ik de dokter spreken?’

Zijn bezorgde huisarts kijkt meneer Opheusden indringend aan. ‘Gelukkig lijken de pijnklachten onder controle te zijn, meneer Opheusden, maar ik vraag me wel af of de paracetamol echt geholpen heeft. Eerlijk gezegd denk ik dat we van de ene klacht naar de andere gaan. Daar maak ik me zorgen om. Wat scheelt er nu?’ Meneer Opheusden kijkt naar de vloer, frummelt wat met zijn handen. ‘De pijn is bijna weg dokter, maar het slapen gaat zo slecht. Ik word zo vaak wakker. En ik kom al bijna niet in slaap.’ Tegen beter

weten in – en met tegenzin – schrijft de huisarts slaapmiddelen voor. ‘Hooguit voor twee weken, hè’, zegt ze een beetje streng.

Op een uitzonderlijk warme lentedag staan de deuren van het gezondheidscentrum open. Er staat een zachte lentebries. Meneer Opheusden stapt zijn gezondheidscentrum binnen. Gekleed in een stevige jas, de baard van enkele dagen ongeschoren. Achter de balie is de assistent aan de computer aan het werk. ‘Goedemorgen’, zegt meneer Opheusden, ‘daar ben ik weer’. De assistent reageert niet en gaat voort met zijn werkzaamheden. De heer Opheusden realiseert zich dat hij zijn stem moet verheffen om boven het vogelgezag uit te kunnen komen. ‘Goedemorgen, daar ben ik weer’, zegt hij beduidend luider. De assistent kijkt op. ‘Goedemorgen meneer Opheusden, wat loopt u er nog winters bij.’ Meneer Opheusden antwoordt met zachte stem: ‘Ja ik heb het koud en mijn keel doet zeer. Ben al dagen niet buiten geweest. Kan ik de dokter spreken?’

In de spreekkamer blijft de heer Opheusden zachtjes praten. Hij schraapt regelmatig de keel en laat zijn huisarts weten dat hij al dagen de deur niet uit is geweest omdat hij zich niet lekker voelt. ‘De hele dag loop ik te piekeren, dokter. En dan ook nog die verkoudheid. Dan blijf je thuis zitten en moet je nog meer piekeren, hè. Kan ik niet wat krijgen om een beetje rustiger te worden?’

Zijn huisarts haalt diep adem, kijkt hem bezorgd aan en zegt dat hij beter zou kunnen kijken naar een andere oplossing. ‘U weet dat u altijd welkom bent, maar u komt zo vaak dat ik mij afvraag of we niet beter kunnen kijken naar andere oplossingen.’ Meneer Opheusden wil wel weten waar zijn dokter dan aan denkt. ‘Misschien zou u eens vrienden moeten opzoeken of iemand vinden met wie u kunt praten. Voorlopig geef ik u een pilletje om wat te kalmeren. Maar er moet echt iets veranderen. Dit gaat zo niet langer.’ Meneer Opheusden kijkt geschrokken op. ‘Maar als ik even bij u ben geweest, voel ik me een stuk beter. U weet altijd een oplossing voor

mijn probleem! De paracetamol hielp goed tegen de pijn. En toen u mij slaappillen voorschreef, heb ik de slaap weer kunnen vatten. Tja, en nu zit ik gewoon thuis vanwege die verkoudheid, hè. Dus ga ik piekeren. Maar gelukkig heeft u daar wat voor. U bent een goede dokter.' Met een recept in de hand verlaat meneer Opheusden de praktijk en keert huiswaarts, na een tussenstop in de apotheek. Zijn huisarts blijft achter, ten einde raad...

Diezelfde middag is er een overleg in het gezondheidscentrum. De artsen, paramedici en de praktijkondersteuner bespreken casuïstiek. De huisarts legt de casus van de heer Opheusden op tafel. 'Je zou eigenlijk naar een gezonder alternatief willen verwijzen', reageert een van de collega's. En een ander adviseert om toch eens de wijkverpleegkundige van de thuiszorgorganisatie te vragen om met hem een gesprek te voeren. Dat is dan ook wat de huisarts de volgende ochtend als eerste doet.

Twee dagen later belt de wijkverpleegkundige aan bij de heer Opheusden. 'Goedemorgen, ik kom even langs om met u te praten. Dat heeft uw dokter geregeld.' De heer Opheusden maakt een opgewekte indruk. Hij is zelfs erg enthousiast over dit huisbezoek. 'Ik had gisteren de dokter nog aan de telefoon. Ja, mijn dokter is een goeie hoor, die helpt me altijd. Dus ik wist dat u zou komen. De koffie staat klaar.'

Aan de eetkamertafel komt het gesprek op gang. 'U bezoekt heel vaak het gezondheidscentrum', zegt de wijkverpleegkundige. 'Ja, zeker wel twee keer per maand. Want het gaat toch niet zo goed, hoor. Maar gelukkig heeft mijn dokter altijd een oplossing', reageert de heer Opheusden. 'Maar wat scheelt er dan aan?', vraagt de verpleegkundige. Deze uitnodiging laat meneer Opheusden niet ongemerkt voorbij gaan. Als een volwaardig collega in de zorg neemt hij zorgvuldig zijn gezondheidsproblemen door met de wijkverpleegkundige.

In een volgend overleg in het gezondheidscentrum wordt de casus van de heer Opheusden opnieuw besproken. Zijn huisarts laat de collega's weten dat de wijkverpleegkundige niet zo veel meer of anders kon. 'Dit vraagt toch echt een andere dan een medische oplossing', deelt zij haar zienswijze met haar collega's. De voorzitter van het overleg suggereert eens met de welzijnsinstelling contact te zoeken. 'Die kijken toch naar andere dingen', voegt hij eraan toe.

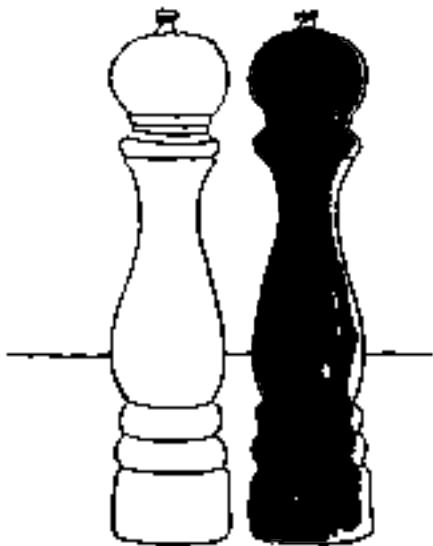
De dag erop al gaat de welzijnscoach bij de heer Opheusden langs. Kort na de ding-dong van de deurbel zwaait de deur open. 'Kom binnen, welkom', zegt een verheugd ogende heer Opheusden. 'Ja, mijn dokter had al gebeld om te zeggen dat u vandaag zou komen. Ik heb zo'n goeie dokter, hè. Zij heeft voor elk probleem wel een oplossing. Want het gaat niet zo goed met mij weet u. Daarom kom er ik zo vaak. Wilt u koffie?'

De welzijnscoach bedankt voor de koffie en steekt direct van wal: 'U geeft zelf al aan dat het niet zo goed gaat met u. U bezoekt tweewekelijks het gezondheidscentrum. Dat is best vaak, hè?' En voordat de heer Opheusden zijn medisch verleden kan toelichten, voegt de welzijnscoach toe: 'Waar ik nu zo nieuwsgierig naar ben, is wat u doet als u niet naar het gezondheidscentrum gaat?'

De heer Opheusden kijkt verbaasd op. 'Maar we gingen toch over mijn problemen praten?', vraagt hij, terwijl hij de welzijnscoach indringend aankijkt. 'Dat kan', zegt de coach, 'alleen ben ik zo benieuwd hoe u uw dagelijkse leven doorbrengt.' 'Nou, dat is een beetje saai. Ik ga twee keer per week naar de supermarkt om stoommaaltijden in te kopen en wat boodschappen te doen. De zware boodschappen bestel ik via de telefoon, die worden bezorgd.' 'En verder?', vraagt de welzijnscoach. 'Verder? Verder niks!', zegt meneer Opheusden een beetje geïrriteerd. 'Ik heb niemand, hè', vervolgt hij.

De welzijnscoach stelt meneer Opheusden op zijn gemak. 'Ook daarom ben ik hier om met u te praten. Want vertel eens verder. Nu maakt u stoommaaltijden van de supermarkt klaar. Dat lijkt me op den duur een beetje saai worden. Waarom kookt u niet zelf?' Gelaten vertelt de heer Opheusden dat hij niet kan koken. 'Dat deed mijn vrouw altijd. Die kon heerlijk koken. Altijd vers, altijd lekker. In die veertig jaar dat wij samen waren, heb ik nog nooit het eten laten staan. Maar toen ze twee jaar geleden ziek werd, veranderde alles. Het duurde maar kort. Toen overleed ze. En nu heb ik niemand meer.'

Na een korte stilte pakt de welzijnscoach de draad op. 'Wat zou u ervan vinden om zelf te gaan koken? Er is een speciale kookcursus in het buurtplein hier verderop. Het gezondheidscentrum werkt daar ook aan mee. Uw dokter weet ervan. Zou dat niet een goed idee zijn?' De heer Opheusden reageert niet meteen enthousiast. 'U zegt dat het gezondheidscentrum daar ook aan meedoet? Nou ik weet het nog niet hoor. Misschien een andere keer.' 'Weet u wat', vervolgt de welzijnscoach, 'bespreek dit anders eens met uw dokter. En als u dan toch een keer wilt komen kijken bij de cursus, dan gaan we samen.'



Nog diezelfde week bespreekt de huisarts de terugrapportage van de welzijnscoach met de heer Opheusden. 'Goh, u bent uitgenodigd voor de een kookcursus. Dat lijkt mij een goed plan!' De heer Opheusden kijkt op en zegt: 'U weet ook alles hè, dokter. Denkt u dat ik dat zou moeten doen dan?' 'Natuurlijk', zegt de arts, 'proberen kan geen kwaad. Zal ik een receptje voor die cursus meegeven? Dan weten ze dat u via mij komt en is het de eerste keer gratis.'

Met een recept in de hand voor de kookcursus, opent de heer Opheusden de week erop de voordeur voor de welzijnscoach. Samen gaan ze op weg naar de cursus Mannen met Pannen,

speciaal bedoeld voor alleenstaande mannen. Meneer Opheusden ontdekt hier dat hij niet de enige is die voor zichzelf moet zorgen. De andere deelnemers hebben ook allemaal hun verhaal. Een verhaal dat heel herkenbaar is voor de heer Opheusden. Hij voelt zich thuis!

De achtergrond van dit verhaal: Welzijn op Recept

Jan Joost Meijs, directeur van gezondheidscentrum De Roerdomp, belde in 2009 op en liet mij weten dat ik leiding geef aan de organisatie met oplossingen voor dit soort patiënt-vragen. 'Maar', sprak hij in hoofdletters, 'er moet eerst wel wat veranderen. Mijn dokters gaan echt niet naar jouw buurthuis verwijzen', waarmee hij doelde op het buurthuis van toen.

En het buurthuis was niet het enige dat zou moeten veranderen, daarover waren Meijs en ik het eens. Dat telefoontje betekende een wezenlijke ommeezwaai in het traditionele welzijnswerk in Nieuwegein. Samen met het Trimbos-instituut is het programma Welzijn op Recept ontwikkeld. Daarmee waren we niet de eersten in Nederland. Ook in de gemeente Buren had men al bedacht om welzijn op recept aan te bieden. En op meer plaatsen in Nederland zochten eerstelijnszorg en welzijnsorganisaties elkaar op. Toch is er een verschil tussen het Nieuwegeinse Welzijn op Recept en andere vormen van samenwerking tussen eerstelijnszorg en welzijnsorganisaties. Dat wordt op een aantal punten duidelijk:

A Welzijn op Recept is ontwikkeld op basis van een aantal belangrijke wetenschappelijke inzichten

Allereerst noem ik de inzichten in 'gedragsmanagement' van marketingpsycholoog Theo Poiesz. Hij legde de drie onderling afhankelijke determinanten van effectieve gedragsbeïnvloeding bloot. Poiesz' verhaal is natuurlijk niet het enige inzicht in gedragsbeïnvloeding. Maar omdat het juist het kennisveld van de marketingpsycholoog is om individuen én groepen in een vooraf

bedachte richting te bewegen, passen zijn inzichten goed bij de uitvoeringspraktijk van de sociaal-agoog¹ (de professional van de welzijnsorganisatie).

Uiterst relevant zijn daarnaast ook de ideeën van Jan Walburg geweest. In zijn boek 'Mentaal vermogen; investeren in geluk' gaat Walburg op zoek naar de bepalende factoren voor geluksbevordering, of zoals hij het dus noemt: versterking van het mentaal vermogen. Mentale veerkracht is de evenknie van het fysieke welzijn. Deze veerkracht blijkt bovendien het fysieke welzijn te beïnvloeden; er bestaat een relatie tussen de mentale veerkracht van mensen en de mate waarin zij hun fysieke gezondheid positief ervaren.

B Vernieuwing van inhoud én infrastructuur

Geïnspireerd door ideeën van Jan Joost Meijs, hebben wij zowel de inhoud van ons werk als de daaraan dienende infrastructuur gemoderniseerd. Meijs wees ons erop dat het oude buurthuis met de programma's van toen echt niet aansloot bij zijn – stevige – populatie hoogfrequent bezoekende patiënten. Dat motiveerde ons om het buurthuis volledig op de schop te nemen, te renoveren en zo te laten aansluiten bij de programma's die MOvactor, het gezondheidscentrum en het Trimbos-instituut samen ontwikkelden. Omdat verleiding in het programma Welzijn op Recept minstens zo belangrijk is als het advies van de dokter, moeten de gebouwen en de programma's aansluiten bij de interesses van de groep waarop we ons richten. MOvactor vormde de buurthuizen om tot buurtpleinen: openbare, overdekte 'pleinen' waarop de wijkbewoner allerlei welzijns- en gezondheidsbevorderende diensten en producten kan halen. En er ook iets kan brengen: bijvoorbeeld als vrijwilliger.

c Inzicht in de patiëntenpopulatie (voor wie doe je het en om hoeveel mensen gaat het?)

Jan Joost Meijs leverde ons veel informatie over de aard en achtergrond van de aandoeningen van zijn patiënten. We zien een hoogfrequent bezoek, gecombineerd met psychosociale problemen,

1 De sociale agogiek is de onderliggende vakdeskundigheid van de professional van de welzijnsorganisatie. Het gaat om een samengestelde gedragskundige wetenschap van pedagogiek, (sociale) psychologie, sociologie, ethiek/filosofie, gecombineerd met vaardigheden op het gebied van programmatische preventie en sociale interventies.

veroorzaakt door bijvoorbeeld schulden, eenzaamheid, verlies van werk, verlies van een partner. En we zien in veel gevallen co-morbiditeit met chronische ziekten (hart- en vaatproblemen, diabetes) en ongezonde leefwijzen (overmatig alcoholgebruik, roken, bewegingsarmoede).

D Interventies gericht op curatie én gedrag

Een enkelvoudige kijk op ongezondheid of een ziekte leidt tot niet veel meer dan een specifieke therapie. Zeg maar de pillen waar meneer Opheusden aanvankelijk steeds mee naar huis ging. Een meervoudige kijk levert veel meer op. In dat geval beoordeelt de (para)medicus het ziektebeeld of een klacht – en (dus) ook de behandelingsstrategie – in de context van (de kwaliteit van) het dagelijks leven van de patiënt. Je kunt diens mentale veerkracht versterken door een combinatie van gedragsinterventies en therapie. En vaak, zoals in het voorbeeld van de heer Opheusden, vervangen gedragsinterventies de farmacologische therapie.

Een meervoudige kijk op gezondheid leidt nog tot een ander inzicht: de samenleving zelf kan een effectief middel zijn om somatische klachten te bestrijden. In het voorbeeld zien we dat wij onder de noemer van een ‘cursus’ lotgenoten verleiden om met elkaar in contact te komen, ervaringen te delen en zo met elkaar de oorzaak van de ongezonde leefstijl en de somatische aandoeningen te bestrijden. In het voorbeeld van de heer Opheusden is eenzaamheid een duidelijke oorzaak.

Dit wil overigens niet zeggen dat iedere deelnemer aan de cursus eenzaam is. Soms kan bijvoorbeeld een gebrek aan zingeving oorzaak zijn van een lage mentale weerbaarheid en daaruit voortkomende fysieke klachten. Deelname aan de cursus kan een nieuwe sociale context bieden waarin de deelnemer juist iets voor een ander kan betekenen. Het gaat in de uitvoeringspraktijk van de sociaal-agoog dus niet alleen om het individuele gedrag, maar (juist ook) om de sociale context.

E Programmatistische uitvoeringspraktijk

Een programmatistische aanpak van sociale interventies bevordert de onderlinge samenhang tussen de activiteiten van de verschillende organisaties. Het helpt de samenwerkingspartners om de interventies op het juiste tijdstip en in de juiste volgorde uit te voeren. Die interventies kunnen gericht zijn op:

- een individu (bijvoorbeeld een huisbezoek);
- ‘belangrijke anderen’ (bijvoorbeeld multidisciplinaire overleggen in het gezondheidscentrum);
- specifieke, identificeerbare groepen (zoals de cursus *Mannen met Pannen* zich richt op de specifieke doelgroep van alleenstaande mannen);
- ‘anonieme’ groepen (massa- en multimediale interventies, zoals campagnes om mensen op te roepen om vrijwilligerswerk te gaan doen).

Waarin zit nu dat programmatistische? De sociaal-agogen van MOvactor verbinden de interventies die zij en andere organisaties uitvoeren. Het gaat daarbij steeds om een vooraf geplande en gecoördineerde uitvoering, gericht op één of twee probleemgebieden. Zo doe je met zijn allen niet zomaar wat, maar richt je je welbewust op een specifiek probleem, mét de gebundelde inzichten en expertise vanuit verschillende (professionele) achtergronden.

F De taal van de dokter

Verschillende beroepsgroepen in de gezondheidszorg spreken soms verschillende talen. Medici gebruiken nu eenmaal een andere ‘vaktaal’ dan gedragsdeskundigen. Pas als je elkaar goed verstaat, kun je gezamenlijk tot een adequaat antwoord komen op de vragen die de huisarts in de praktijk signaleert. Vaak gaat het erom dat de huisarts een extra uitwijkmogelijkheid krijgt in zijn verwijzingsbeleid. De dokter die vertrouwen heeft in de werking van die verwijsmogelijkheid, zal de patiënt dan ook eerder adviseren om juist

daarvan gebruik te maken. En omdat het bij Welzijn op Recept om een toen nog ongebruikelijke verwijzing ging, was het belangrijk dat de sociaal-agoog zoveel mogelijk aansluiting vond bij de dagelijkse praktijk van de huisarts. Dat betekent dat de sociaal-agoog (als gedragskundige) ook de gebruiken in en de (medische) taal van de eerstelijnszorg moet kennen. Zo wordt er bijvoorbeeld over de werking van het welzijnsrecept altijd gerapporteerd aan de arts, net als de fysiotherapeuten en andere paramedici dat doen.

c Adequate informatie voor échte ‘eigen kracht’

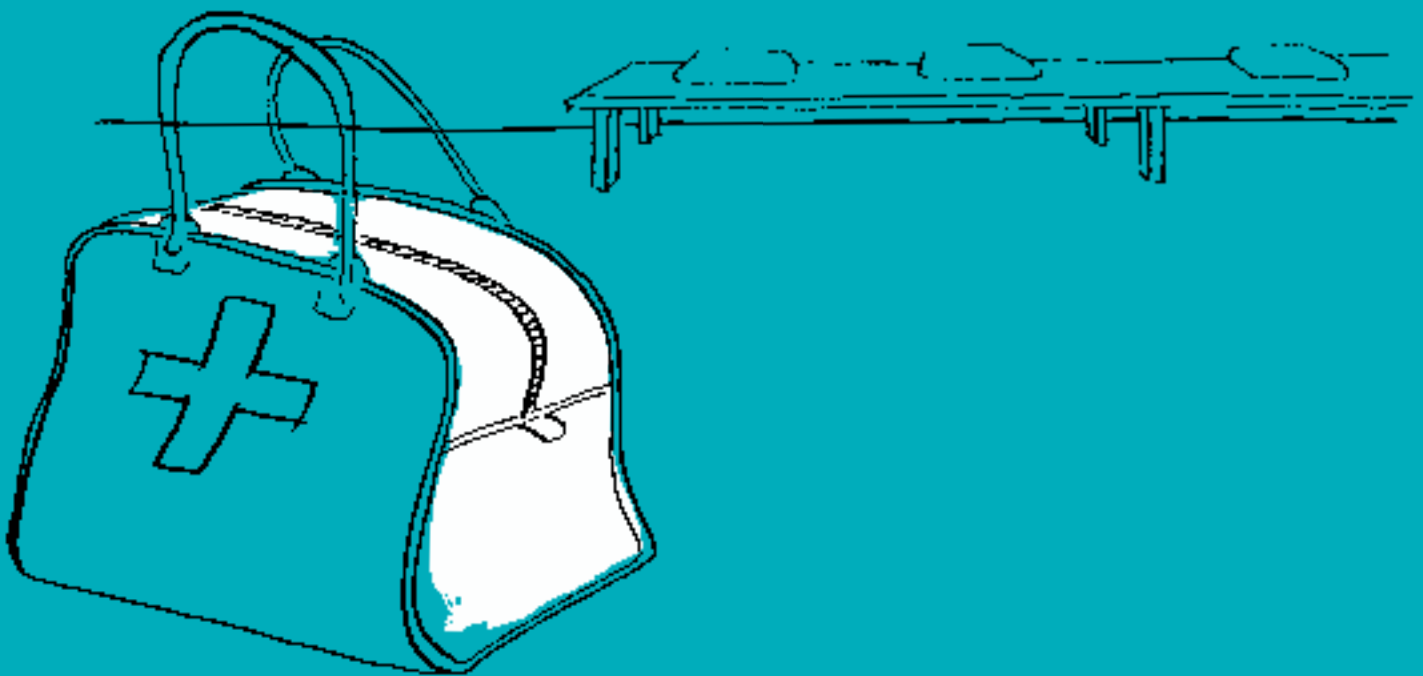
Tegenwoordig is de neiging om te zeggen dat mensen hun problemen zelf moeten oplossen erg groot. Onder noemers als ‘eigen kracht’ en ‘kantelen in de zorg’ wordt een serieuze vraag naar ondersteuning niet zelden zonder omhaal omgebogen naar de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Maar kun je dat eigenlijk wel altijd doen? Moet je niet steeds eerst de vraag stellen: waarom heeft deze patiënt dan een vraag? En waarom komt hij of zij bijvoorbeeld zo vaak bij de huisarts? Zeker, het is goed om ‘eigen kracht’ zo veel mogelijk in te zetten als oplossingsstrategie voor individuele patiënt-vragen. Maar dan zullen we die ‘eigen kracht’ ook serieus moeten faciliteren. Daarbij kunnen we een belangrijke les leren uit de publieke gezondheidszorg. Ervaringen in landen met een grote populatie laaggeletterden, hebben bijvoorbeeld geleerd dat informatie en educatie sleutels zijn tot aanboren én winnen van de beoogde ‘eigen kracht’. In Nieuwegein hebben we deze les vertaald naar een samenwerking tussen eerstelijnszorg en MOvactor met de lokale bibliotheek. De bibliotheek ontsluit in de welzijns- en gezondheidscentra geselecteerde informatie voor patiënten, aansluitend bij een specifieke hulpvraag. Zo ondersteunen we mensen om zo veel mogelijk – goed geïnformeerd! – het heft in eigen hand te nemen.

Hoe liep het eigenlijk af met meneer Opheusden?

De heer Opheusden is óm. De maanden nadat hij zijn laatste recept van de dokter in handen kreeg, gaat hij één keer per week naar de cursus *Mannen met Pannen*. Langzaamaan neemt hij meer taken op zich. Inkopen, recepten delen, voorbereiden, afspraken maken met de sociaal beheerder van de welzijnsinstelling. Hij bedenkt de buurtlunch. 'We maken een keer per week een lunch voor eenzame ouderen in de buurt. Is druk bezocht, hoor!', laat hij in een evaluatiegesprek met de welzijnscoach weten. En als de coach vraagt hoe vaak de heer Opheusden nog naar het gezondheidscentrum gaat, antwoordt die: 'Nee, mijn dokter zie ik niet zo vaak meer. Ik zei toch: ik heb een hele goeie dokter. Zij heeft me goed geholpen en ik voel me nu veel beter. Die pillen heb ik niet meer nodig! Trouwens, ik heb het tegenwoordig veel te druk om nog naar de dokter te gaan...'

Creatief schakelen, anders ordenen

Essay



Zou er over vijf jaar nog een welzijns- of zorgorganisatie zijn die er hetzelfde uitziet als vandaag? Ik denk het niet. Met de forse verlegging van de geldstromen ontstaan kansen om welzijn en zorg anders en beter te organiseren. →



Erik Dannenberg (1964) is senior-adviseur bij BMC op het terrein van decentralisaties. Hij werkte twintig jaar in de crisisopvang en de zorg. Tussen 2005 en 2014 was hij wethouder van Zwolle, onder andere met portefeuilles in het sociale domein. Ook was hij voorzitter van GGD IJsselland.

Dat is allereerst een voordeel voor cliënten. Die krijgen meer samenhangende zorg, dichterbij georganiseerd. Voor hulpverleners komt er meer professionele ruimte en de bekostigingskaders worden minder knellend. Ook de samenleving profiteert, met meer overzicht en beheersbare kosten. Als wethouder van Zwolle koesterde ik een wensbeeld, en dit beeld blijft ook in mijn huidige rol van adviseur stevig overeind staan: ik hoop op het ontstaan van divers samengestelde wijkgerichte teams die snel en creatief kunnen schakelen tussen vragen van inwoners en een passend aanbod. De samenstelling van zo'n team moet passen bij de kenmerken en vragen van de wijkbewoners. Een goed team weet vraag en aanbod in de wijk aan elkaar te verbinden. Zo wordt hulp een zaak van professionals in samenwerking met het netwerk om mensen heen. Een connectie met specialistisch aanbod, dat vaak op een grotere geografische schaal georganiseerd is, is een belangrijke voorwaarde. De grote mate van deskundigheid die we de afgelopen decennia hebben opgebouwd rond diverse doelgroepen, problematieken en beperkingen, moeten we goed zien in te passen in beter functionerende werkvormen.

Naar nieuwe paradigma's

En daarvoor ligt er nu een enorme kans. Momenteel vindt de grootste ingreep sinds hulpverlenersheugenis plaats in het zorgstelsel. Straks zijn voor de eerstelijnszorg vooral gemeenten en zorgverzekeraars verantwoordelijk. Het aantal bekostigers van eerstelijnszorg is daarmee uitgedund, evenals het duizelingwekkende aantal aparte 'potjes' waaruit allerlei vormen van zorg werden betaald. Het is van groot belang dat gemeenten en zorgverzekeraars andere beloningsprikkels inbouwen in het nieuwe inkoopbeleid. Nu krijgen bekostigers van zorg immers niet primair wat ze *willen*, maar vooral wat ze *belonen*. Gebeurt dit 'nieuwe inkopen' goed, dan zal vooral de 'eerste lijn' fors aan verandering onderhevig zijn. We weten immers dat welzijn en zorg zich altijd organiseren langs de geldstromen.

De kansen ontstaan volgens mij vooral door de volgende ontwikkelingen:

- We gaan van een ‘verzekeringsmodel’ naar een ‘voorzieningenmodel’.
- Er is een beweging van aanbodgestuurd naar vraaggestuurd.
- We gaan de ‘zorg naar de burger brengen’ in plaats van ‘de burger naar de zorg’.
- Er komt een geografische ordening in plaats van een doelgroepenbenadering.
- Er komen meer generalisten en minder specialisten.

Laten we inzoomen op deze ‘paradigmashifts’.

Van verzekering naar voorziening

Met de komst van de nieuwe Wmo en de Jeugdwet verlaten we het organiseren van zorg vanuit een verzekeringsmodel en gaan we naar een voorzieningenmodel. Een verzekering is een oude, beproefde vorm van maatschappelijke solidariteit en daar mogen we in veel opzichten blij mee zijn. Boeren stopten samen geld in een pot, en als jij de ongelukkige was wiens boerderij afbrandde, dan was er geld om je er weer bovenop te helpen. Zo gingen we onze auto’s tegen schade verzekeren en ook het repareren van een gebroken arm. Het was een waardevolle aanvulling dat gezinnen die zwaar belast waren door een gehandicapt kind, een demente of half verlamde ouder, een beroep konden doen op het overnemen van zorgtaken door professionals. Dit werd geregeld via de volksverzekering AWBZ. Die AWBZ is een wet die met een ‘A’ begint en dus geldt voor alle ingezetenen van Nederland. Maar anders dan de AOW, waarbij het toegangscriterium – de leeftijd – heel helder is, is het bij de AWBZ moeilijker vast te stellen. Bij de zware zorgvragen was de reden voor iedereen wel duidelijk. Minder duidelijk werd het toen de AWBZ (en de daarvan afgeleide Wet op de jeugdzorg) uitgroeide tot een maatschappelijk steunsysteem, waarin ook allerlei levensvragen

werden ondergebracht. Bijvoorbeeld: ik kan niet zo goed meekomen; ik ben wat in de war; ons gezin loopt uit de rails. Of: ik heb moeite mijn aandacht bij taken te houden; ik kan moeilijk aansluiting vinden bij de maatschappij. Allerlei vormen van begeleiding, en ten slotte ook de huishoudelijke hulp, werden onder de noemer 'verzekerde zorg' geschaard.

Geen zorgvraag maar 'schadeclaim'

In een poging de jaar-na-jaar onbeheersbare uitgaven te temperen, heeft de overheid – overigens vrijwel zonder succes – drempels opgeworpen. Een toetsing was nodig: heeft u wel écht recht op zorg? Daarmee was de basis voor indicatieorganen gelegd. In feite is daarmee het eerste gesprek tussen hulpvrager (die wel degelijk met persoonlijke en maatschappelijke problemen worstelt) en indicatieorgaan (het CIZ of het bureau Jeugdzorg) een *schadeclaimbeoordeling*. Dit is volgens mij geen effectief werkmodel voor ondersteuningsvragen. Wie hulp zoekt is immers doorgaans meer gebaat bij een direct contact met professionals die voor kortere of langere tijd hulp bieden of helpen om hulp te organiseren. In Nederland is slechts zo'n 10 procent van de hulp laagdrempelig, zonder indicatie toegankelijk. Dus is 90 procent opgesloten achter indicatiepoorten, die slechts te openen zijn met de sleutel van een *diagnose*. Dit prikkelt hulpvragers en hulpverleners om eerst een hulpvraag te vertolken in termen van beperkingen, ziektebeelden, stoornissen, handicaps en dergelijke, voordat hulp mogelijk wordt. Geen wonder dat de taal van de professionals ook de taal van de hulpvragers wordt.

Van beloning van productie...

De periode die aan de diagnose en de daaraan gekoppelde indicatie vooraf gaat, wordt door cliënten vaak als zwaar beleefd. Je ervaart problemen met je kind waar iets mee is, maar wie of welke

deskundige instantie helpt je als het nog geen naam gekregen heeft? De zorgen over je ouder wordende moeder die afspraken vergeet, een ei in de keukenla legt en die soms verdwaalt? Pas na een indicatie kun je hulp krijgen, terwijl er juist zo veel vragen zijn in de aanlooptijd, als dingen steeds erger worden. Problemen moeten nu eerst groter worden, voordat ze weer kleiner gemaakt kunnen worden.

Een ander kenmerk voor het leveren van zorg in een verzekerd model, is dat voor de uitvoerende organisaties een beloning op *productie* ontstaat. Hoe meer mensen je helpt en hoe langer je er over doet, hoe meer geld je krijgt. Dit belemmert zorginnovatie en kostenbewustzijn in ernstige mate. In diverse zorgsectoren was het jarenlang een gegeven dat het woord 'wachtlIJst' synoniem was voor extra geld uit Den Haag. Dat begon na de rechtszaken eind jaren '90, waarin cliënten met succes het recht op zorg gingen claimen als ze wel een indicatie hadden, maar op een wachtlIJst terechtkwamen.

...naar afrekenen op resultaat

Gemeenten (en zorgverzekeraars voor zover mogelijk) doen er wijs aan, na eventuele behoedzame overname van de bestaande infrastructuur, te kiezen voor een ander bekostigingsmodel. En voor een andere ordening van de eerste ondersteuning van burgers/verzekerden bij hulpvragen. Geen gemeentelijk AWBZ'tje met allerlei toegangsbeoordelingen dus, maar snel beschikbare hulp, te geven door goed getrainde professionals van diverse deskundigheden, georganiseerd in wijkteams. Geen beloning op productie, maar op te bereiken resultaat. Resultaat voor de hulpvrager persoonlijk, maar ook maatschappelijk resultaat.

Dit model geeft aanmerkelijk meer professionele vrijheid dan de huidige rigide, aanbodgeorganiseerde zorgconstructen. Een voorbeeld daarvan is het beschouwen van mantelzorgers als 'collega'

in plaats van als veroorzakers van ‘niet factureerbare uren’, omdat nu eenmaal alleen de ‘face-to-face-contacten’ met de persoon met de indicatie vergoed worden. De werkelijkheid is wel wat genuanceerder, maar feitelijk werkt een verzekeringsmodel wel zo. Het is toch vreemd dat bijvoorbeeld de zogeheten Eigen Kracht-conferenties, waarin het netwerk om een hulpvrager heen samen een gecombineerde aanpak bedenkt, vaak apart vergoed moeten worden omdat dit niet past in de standaard bekostiging van de zorg?

De vraag bepaalt het antwoord

In lijn met het bovenstaande zijn er juist nu kansen voor de tweede ontwikkeling die ik zie: de zorg wordt meer vraaggestuurd. Ofwel: de vraag van de cliënt en diens (al dan niet met hulp bedachte) oplossingen worden uitgangspunt voor de hulpverlening, en niet de gestandaardiseerde vormen van door overheden bekostigde zorgproducten. Het persoonsgebonden budget (PGB) was al bedoeld als tegenhanger van het aanbodgestuurde zorgmodel, waarin cliënten weinig te kiezen hadden wat de vorm betreft. Dankzij het PGB zijn er veel vernieuwingen op gang gekomen, bijvoorbeeld de door ouders aangestuurde projecten in de zorg voor verstandelijk gehandicapten.

De nadelen van dit twee-polen-model zijn evident: de ‘zorg in natura’ blijft aanbodgestuurd, terwijl de PGB-clianten alles zelf moeten organiseren, met een boel boekhouding op de koop toe. Ook is de deur opengezet voor onbedoeld gebruik en voor misbruik, wat onterecht een smet werpt op zeer betrokken families die met elkaar de zorg organiseren tegen lagere kosten dan bij levering door zorginstanties. Het nieuwe bekostigingsmodel maakt het mogelijk om de klassieke tegenstelling zorg in natura vs. PGB los te laten en een mengvorm uit te vinden waarbij per definitie sprake is van cliëntsturing, ook bij zorg die door instanties wordt geleverd.

Vervagende grenzen tussen welzijn en zorg

Een derde kansrijke ontwikkeling is die van 'de zorg naar de burger brengen'. We zien deze ontwikkeling in de medische zorg al bij de versterking van de zogeheten 'anderhalvelijnszorg'.

Ik denk dat vrijwel geen burger dit woord snapt. Het is typisch zorgbekostigingsterminologie, voortkomend uit de situatie dat de eerste, tweede en derde lijn gescheiden geldstromen kenden.

Even los van de term is het wél een mooi concept. De herordening betekent voor de bekostigers dat ze minder dure en zware zorg gaan inkopen en meer zorgtaken beleggen bij uitvoerders die dichterbij de cliënt of patiënt functioneren. Dit geeft taakverschuivingen van bijvoorbeeld het ziekenhuis naar het verpleeghuis, van specialist naar huisarts, van huisarts naar verpleegkundige. En het leidt tot nieuwe functies, zoals praktijkondersteuners voor bepaalde fysieke en psychische aandoeningen.

In dit model is weinig ruimte meer voor de 'éénpitters' in huisartsenland, maar des te meer voor een gezondheidscentrum met allerlei functies, dat voor de inwoners niet verder weg is dan het eerste grote winkelcentrum. In dat gezondheidscentrum kunnen zich allerlei gezondheids- en welzijnsfuncties verzamelen. Op diverse plaatsen in Nederland zijn er al goede voorlopers van deze beweging. Daarbij zie ik het model best goed functioneren als de professionals in loondienst zijn, ook de artsen.

Zo'n gezondheidscentrum is voor de inwoners een duidelijke formule. Als er iets is met je gezondheid, met je kinderen, met je gezinsfunctioneren, dan kun je naar deze herkenbare plaats.

En andersom is het natuurlijk een perfect steunpunt voor de wijkteams, waar de wijkverpleegkundige en de wijkmaatschappelijk werker onderdeel van uitmaken. Goede verbindingen met andere voorzieningen in de wijk, zoals scholen, de wijkagent, de woningcorporatie et cetera, zijn van evident belang. De huidige harde grens tussen welzijn en zorg kan dan gelukkig gaan vervagen.

Beddenkampioen van de wereld

Als deze ontwikkeling goed doorzet, hoeven we minder mensen naar specialistische vormen van hulp over te dragen. We zijn nu de 'beddenkampioen' van Europa en zelfs van de hele wereld. Dat wil zeggen dat we meer dan welk land ook cliënten, oud en jong, naar de specialistische, intramurale zorg brengen. Dit geldt trouwens ook voor het onderwijsveld met het speciaal onderwijs. We kunnen, waar mogelijk, beter het pedagogisch klimaat in de scholen, de wijk en de gezinnen versterken, dan steeds probleemkinderen buiten hun natuurlijke context begeleiden.

Hetzelfde geldt voor ouderenzorg. Daar zien we de beweging naar langer thuis blijven wonen. Het is een uitdaging om met dezelfde – of nog meer – kennis en kunde, de ouderenzorg meer te organiseren *in* de leefwereld van de burger in plaats van in



geconcentreerde behandelcentra. Daarmee wordt *en passant* de sociale en professionele context rond degene met een hulpvraag gaandeweg óók vaardiger in het omgaan met mensen met beperkingen. Een belangrijke maatschappelijke bijvangst. Ten slotte hebben we met AWBZ en Jeugdwet veel cliënten, hoe goed bedoeld ook, te veel buiten beeld van de samenleving verzorgd. Voor cliënten voor wie het relevant is, is het goed dat de focus verschuift van *beperking* naar *participatie*. Iedereen doet mee!

Mensen ‘de marge in verzorgen’

Bij dit alles past heel goed de vierde ontwikkeling die ik zie: een verschuiving van een doelgroepenbenadering naar een geografische ordening. Voorheen stond vooral de aard van de handicap, beperking, problematiek of stoornis centraal. De zorgwereld is in hoge mate op dat principe ingericht. Mensen met dezelfde zwakke kant worden in groepen geordend, ook al verschillen deze mensen onderling verder op bijna alle levensterreinen. Een zaaltje voor de zwakbegaafde mensen, eentje voor de mensen met niet-aangeboren hersenletsel, nog een voor de licht dementerende ouderen en eentje voor de psychiatrische patiënten. Iemand zei eens tegen me: ‘Zit ik hier tussen al die gekken!’. Ongetwijfeld was er ook iets met hem aan de hand, maar deze man gaf wel feilloos aan hoe cliënten deze ordening soms beleven. In ‘Van zorg naar participatie’, een uitgave van G32 en VNG, schreef Jeroen Hoenderkamp hierover: ‘Voor wie beperkingen heeft, zijn maatschappelijke participatie en sociale contacten vaak extern georganiseerde participatie en contacten met *gelijkbeperkten*. Zinnvolle participatie en betekenisvolle contacten komen echter spontaan tot stand met en tussen *gelijkgestemden*’. En: ‘Ondanks de continue bereidheid van burgers om iets te betekenen of te doen voor anderen, hebben we in een halve eeuw verzorgingsstaat te veel mensen met beperkingen langzaam maar zeker de marge in verzorgd.’

De zwakke kant van mensen komt in een verzekeringsmodel vooral aan de orde, omdat daar het verdienmodel van de categoriale zorgorganisaties zit. Het gevolg is dan dat er soms in één woonwijk maar liefst zeventig organisaties actief zijn. Dit is niet het model van de toekomst, omdat op deze wijze er te weinig aansluiting is tussen professionals onderling en te weinig kansen zijn om via een makelaarsfunctie hulpvragen adequaat op te lossen.

Appèl op de sterke kanten

Een voorbeeld kan dit duidelijk maken: in een straat woont een oudere man. Hij verplaatst zich al jaren met een rolstoel. Zijn vrouw is recent overleden en hij kan een aantal taken in huis en tuin door zijn fysieke beperking niet meer doen. De zorg is nu vooral gefocust op wat deze man *niet* meer kan en daarop wordt een zorgaanbod gearrangeerd. Drie huizen verderop woont een zwakbegaafde jongeman. Hij is aardig, wat contactarm, en maakt een puinhoop van zijn administratie. Ook dat wordt vertaald in een zorgaanbod: begeleiding en formulierenhulp. Wat hier nu mist, maar door een wijkoriëntatie mogelijk wordt, is juist het appèl op de sterke kant van mensen. Bij de eerste man hadden we de vraag kunnen stellen: 'Wat heeft u in uw werkzame leven gedaan? Wat zou u leuk vinden om te doen?'. Stel dat hij zou antwoorden: 'Ik heb mijn hele leven bij de belastingdienst gewerkt en vulde in mijn vrije tijd formulieren in voor mensen bij de vakbond. Maar ja, dat gaat niet meer want dat is aan de andere kant van de stad.' Dan heb je een goede kans dat hij de jongeman van een paar huizen verderop best wil helpen de administratie op orde te brengen en te houden. En waarbij de betreffende jongen op zijn beurt de oudere man kan helpen bij klussen in en rond het huis, de boodschappen et cetera. Momenteel komt dit soort uitwisseling niet goed van de grond omdat organisaties te veel gericht zijn op *single issue*-problemen in een bepaald segment, waarvoor zij specifieke expertise hebben.

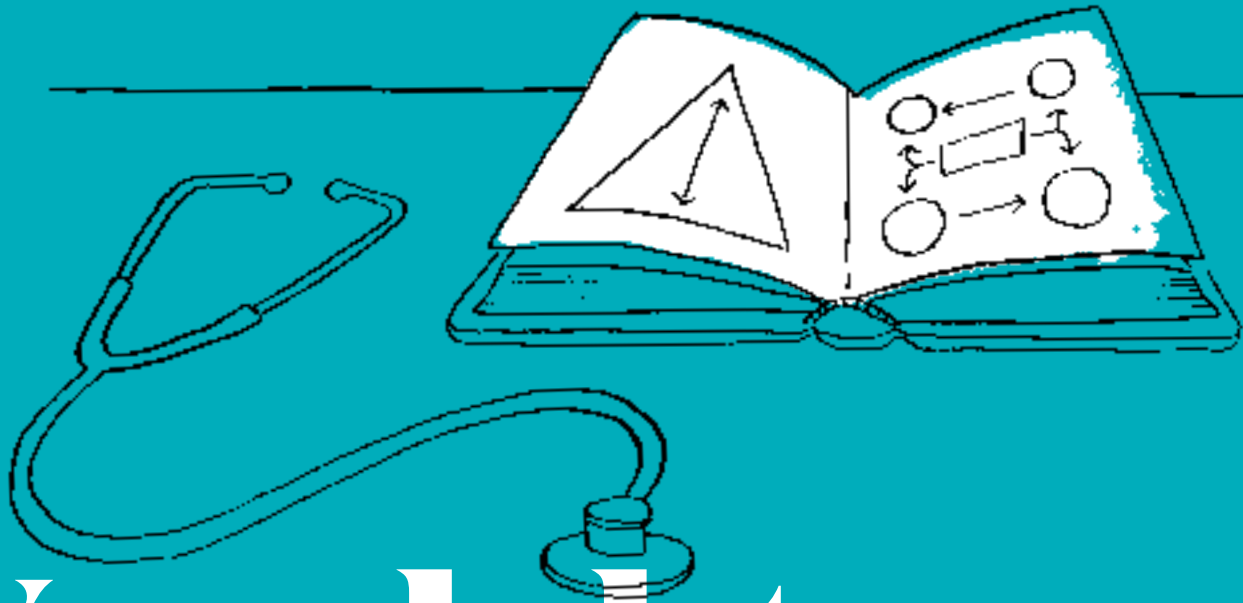
De brede blik weer terughalen

Ik verwacht dat een deel van wat nu hulpverlening is – zeker voor de lichtere categorie problemen – omgezet kan worden naar makelaarsfuncties. Daarbij begeleiden en bewaken de professionals waar nodig de verantwoorde uitvoering, maar hoeven zij niet meer alles zelf te doen. De resultaten van de Eigen Kracht-conferenties binnen families en sociale netwerken geven een hoopvol beeld: we zien een daling van de professionele inzet met een hoger maatschappelijk rendement.

Dit alles vraagt om een nieuw type professional, iemand met een brede blik op veel voorkomende problemen. Een generalist dus. Daarvan hebben we er veel te weinig in Nederland. Dat probleem is echter eenvoudig op te lossen, omdat veel hulpverleners een brede basisopleiding hebben. Daarna zijn de meeste professionals in een specifieke doelgroepsector beland, waardoor ze van bepaalde problemen veel verstand kregen en van andere vrijwel geen. Welbeschouwd zijn veel ‘specialisten’ eigenlijk ‘eenzijdig ontwikkelde generalisten’. Ze hoeven dus niet zozeer iets af te leren, maar vooral bij te leren over andere problematieken en ondersteuningsvragen. De aanwezigheid van diverse expertisegebieden in een wijkteam is daarbij zeker behulpzaam. En het is van groot belang dat de deelnemers in dit team zeer goed geschoold worden in weging en triage: ‘Bij welke situatie schakel ik, naast mijn eigen blijvende betrokkenheid, een specialist in?’ Denk aan medische vragen, veiligheidsrisico’s et cetera. Wat mij betreft verbieden we het woord ‘doorverwijzen’ en ruilen we het in voor het begrip ‘erbij halen’.

Tot slot: ik ben van mening dat we primair geen financieel probleem hebben in de zorg. Ook niet bij alle forse bezuinigingen en overgangsperikelen die gepaard gaan met de decentralisaties. We hebben vooral te maken met een ordeningsvraagstuk. Zie ik geen

risico's? Natuurlijk wel, maar daarover is al zo veel geschreven dat ik het graag laat bij een inspirerende verzameling kansen. Kansen om het beter te doen voor die ene familie in de problemen én voor de samenleving als geheel.



Van dokteren naar ondernemen

Essay

Er was eens...

Vijf jaar geleden, bij de voorbereiding van Op één lijn, kreeg ik van ZonMw de opdracht om een onderzoeksagenda voor dat programma te ontwikkelen. →



Prof. dr. **Robbert Huijsman** (1962) is bijzonder hoogleraar Management & Organisatie van de Ouderenzorg bij het iBMG in Rotterdam. Hij bekleedde diverse functies in het zorgveld. Sinds 2011 is hij manager Kwaliteit & Innovatie bij zorgverzekeraar Achmea.

Bij deze initiatiefase was het plan twee derde deel van het programmabudget te besteden aan praktijk- en opschalingsprojecten en een derde deel te reserveren voor onderzoek. En zo ontstond de opdracht: 'Ontwikkel een onderzoeksagenda over renderend ondernemerschap in de eerste lijn.' De focus lag op thema's als ondernemerschap, nieuwe organisatievormen en betere bedrijfsvoering van eerstelijnsorganisaties, dus expliciet niet op de zorginhoudelijke thema's. Dat betekent bijvoorbeeld dat 'innovatie' gaat over organisatieprocessen, taakverdelingen en netwerken of allianties. De scope was breed, op zoek naar overstijgende thema's die breed spelen in de gehele eerste lijn. Maar er lag een accent op huisartsenzorg en de disciplines waarmee huisartsen vaak samenwerken.

In een uiterst dynamisch en inspirerend traject van slechts acht weken werd enorm veel expertise en input verzameld uit een literatuurstudie, een digitale iteratieve veldraadpleging met ruim honderddertig deelnemers, individuele interviews met zo'n veertig personen en een invitational conference met meer dan zestig deelnemers. Daarin werden ook acht onderzoeksideeën 'gepitched'. Uit dit hele proces, waarin meer dan tachtig onderwerpen de revue passeerden, ontwikkelde zich uiteindelijk een onderzoeksagenda met acht thema's (zie het kader op de volgende bladzijde). Vijf jaar na dato heb ik voor dit essay vrijelijk zitten putten uit het rapport van juni 2009. Hoe staat het met die onderzoeksagenda? Alles blijkt nog verrassend actueel te zijn, niettegenstaande de vele ontwikkelingen in de hele eerste lijn.

Overigens vielen in 2009 enkele thema's af die nu volop in de belangstelling staan. Allereerst de revitalisering van de wijkverpleegkundige. En verder de vele rollen van de huisarts: als integrale zorgverlener, poortwachter, casemanager, regisseur, hoofdaannemer in ketenzorg, manager van zijn multidisciplinaire

praktijk, coach van patiënt en van andere hulpverleners. Maar ook de wisselwerking tussen huisartsenposten en de afdelingen Spoedeisende Hulp van ziekenhuizen sneuvelde als onderzoeksobject. Nu staan ze allemaal weer op de agenda!

De onderzoeksagenda uit 2009 omvatte acht thema's die ook nu nog actueel zijn:

- Multidisciplinaire samenwerkingsvormen*
- Meerwaarde van 'de grote concepten' zoals gezondheidscentrum, buurt- of gebiedsgericht werken, substitutie en ketenzorg*
- De vormgeving van de public health-oriëntatie*
- Empowerment van patiënten (inclusief voorkeuren, keuzegedrag en hun rol als marktpartij)*
- De organisatie van multidisciplinaire ouderenzorg in de eerste lijn*
- Nieuwe zorg- en werkprocessen met bijbehorende nieuwe organisatievormen*
- Vormgeving van substitutie van tweede naar eerste lijn*
- Samenhangend ICT-beleid*

Grote concepten, grote vragen

Multidisciplinaire samenwerking is helemaal 'in' en het geloof in bijvoorbeeld ketenzorg relatief groot. Maar er zijn over deze 'grote concepten' vele 'grote vragen' te stellen. Zijn bijvoorbeeld 'de geïntegreerde eerste lijn' en 'gebiedsgericht werken' werkelijk zo renderend? Is er werkelijk minder capaciteit in de tweede lijn nodig bij ketenzorg en substitutie van bijvoorbeeld kleine chirurgische ingrepen? Kan het beslag op de langdurige zorg ermee worden verminderd of voorkomen, bijvoorbeeld bij kwetsbare ouderen? En worden medicijnen minder of in elk geval effectiever en doelmatiger gebruikt, onder andere door voorschrijfgedrag dat volledig is afgestemd tussen de eerste en tweede lijn? De beloften zijn nog steeds aantrekkelijk en groot, maar de druk om dit nu echt systematisch waar te maken ook.

Door vergrijzing en comorbiditeit ligt er voor de eerste lijn een belangrijke opgave om meer vanuit een *public health*-benadering na te denken over patiëntenpopulaties. Daarbij gaat het erom in te spelen op de interactie tussen sociale en medische behoeften en vorm te geven aan de rol die de eerste lijn wil en kan spelen in preventie, screening (bijvoorbeeld bij kwetsbare ouderen) en vroegsignalering (bijvoorbeeld bij verslavingszorg, jeugdzorg en ggz). Het programma Op één lijn heeft hiervoor tientallen projecten ondersteund, veelal gericht op de professionalisering van de multidisciplinaire samenwerking. Bijvoorbeeld voor geriatrische zorg in de wijk, woonservicezones met ketensamenwerking tussen eerste lijn, welzijn, zorg en wonen, of integrale en vroegtijdige aanpak in de eerste lijn voor bewoners met psychosociale problemen.

Energie, volharding én inspiratie

De dagelijkse praktijk is weerbarstig, vergt veel energie, langdurige investeringen en ook een stuk volharding en gezamenlijke inspiratie. Hoe moet bijvoorbeeld de ouderenzorg worden georganiseerd in de eerste lijn en onder welke randvoorwaarden (zoals taakmandatering naar de praktijkondersteuner)? Hoe verloopt de gecoördineerde inzet van zorgdisciplines als een kwetsbare oudere positief door de screening komt? Hoe kunnen we wederkerige verwijsrelaties tussen eerste lijn en ziekenhuis optimaliseren? Multidisciplinair teamwerk binnen en tussen de lijnen is mensenwerk, met allerlei relationele aspecten, naast rationele doeloverwegingen. Bij succesvolle samenwerking in de gezondheidszorg spelen behalve ‘harde’ factoren (structuren, regels en financiële vergoedingen) vaak ook ‘zachte’ (gedragmatige) factoren een rol.

Een literatuuronderzoek van IQ healthcare liet zien dat het versterken van teams leidt tot betere uitkomsten voor patiënten. De meest succesvolle organisaties scoren goed op ‘zachte’ kenmerken zoals hoge inzet van medewerkers, betrokkenheid

en vakmanschap. Meer ‘harde’ instrumenten voor het bereiken van een goede samenwerking zijn onder meer: een coördinerende zorgverlener, gedeelde toegang tot patiëntdossiers, en regionale multidisciplinaire afspraken en protocollen rond bepaalde patiëntgroepen. Er leven nog vele vragen over zowel het inrichten van vruchtbare samenwerking tussen disciplines (al dan niet in virtuele teams) als het aantonen van de toegevoegde waarde voor de patiënt en diens zorg. Dat gaat nu weer extra relevant worden rondom de sociale wijkteams waarop de gemeenten willen inzetten.

Meespringen met de ‘*technology jump*’

Bij het thema ‘Nieuwe zorg- en werkprocessen’ op de onderzoeksagenda, was de gedachte dat revitalisering van de huidige organisatievormen binnen de eerste lijn nodig is om allerlei processen die horen bij nieuwe concepten als ketenzorg te accommoderen. Zo zal de introductie van *public health*-screening (inmiddels geëvolueerd tot ‘populatiemanagement’) ook tot aanpassing van de organisatie moeten leiden. Datzelfde geldt bij vernieuwingen als het begeleiden van leefstijlinterventies of het opstellen en bewaken van zorgplannen in de chronische zorg. Een patiënt actief regie en eigenaarschap over zijn ziekte en leven (terug)geven, vergt nieuwe benaderingen in de eerstelijnspraktijk en nieuwe ondersteuningsvormen richting patiënten. Hoe kan de eerste lijn dat zo goed mogelijk inrichten en organiseren? En welke consequenties heeft dat voor de praktijkvoering? In de facilitaire backoffice ontstaan vanzelf ook nieuwe vraagstukken in personeelsbeleid, administratie, planning & control en verantwoording. En uiteraard ook in het inkoopmanagement richting leveranciers en contracteerstrategieën richting verzekeraars.

ICT-toepassingen – ook een agendathema – kunnen een belangrijke rol vervullen bij het versterken van het ondernemerschap in de

eerste lijn. Ze kunnen worden ingezet in het primaire proces, dus in het zorgproces zelf, bijvoorbeeld met zelfmanagement en e-health. Ook hebben ze een rol in het secundaire proces (logistieke en administratieve processen) en bij de communicatie binnen en tussen zorginstellingen (bijvoorbeeld gezamenlijke dossiervoering). Beslissingen over ICT-investeringen worden in de zorgsector nog altijd nauwelijks beïnvloed door factoren uit de buitenwereld (klanten) of rendement (onder andere door standaardisering). Het zijn vooral inputfactoren – bijvoorbeeld beschikbare budgetten – en menselijke factoren als attitude, kennis, bereidheid en de politieke context, die de doorslag geven. Het elektronisch patiëntendossier is daarvan een treffend voorbeeld. De gezondheidszorg staat aan de vooravond van een *‘technology jump’*, maar de eerste lijn zoekt nog erg naar de inrichting en organisatorische vormgeving van een samenhangend ICT-beleid. Zonder onnodige bureaucratisering maar juist gericht op het vergemakkelijken van zelfzorg door patiënten, al dan niet ondersteund door professionals die zelf ook veel prettiger kunnen werken in een echt ondersteunende ICT-omgeving.

We moeten méér durven onderzoeken en leren verbeteren, en daarbij ook de groepsdynamische, organisatorische en professionele prikkels en randvoorwaarden goed in beeld brengen. De gang ‘van project naar regulier’ vergt bovendien aanpassing van randvoorwaarden in de eerste lijn, qua competenties, technologie en faciliteiten, kwaliteitstoetsing en financiering. Biedt de nieuwe huisartsenbesteding kansen om dit te faciliteren en te versnellen? Wie weet!

Eerstelijns ondernemers?

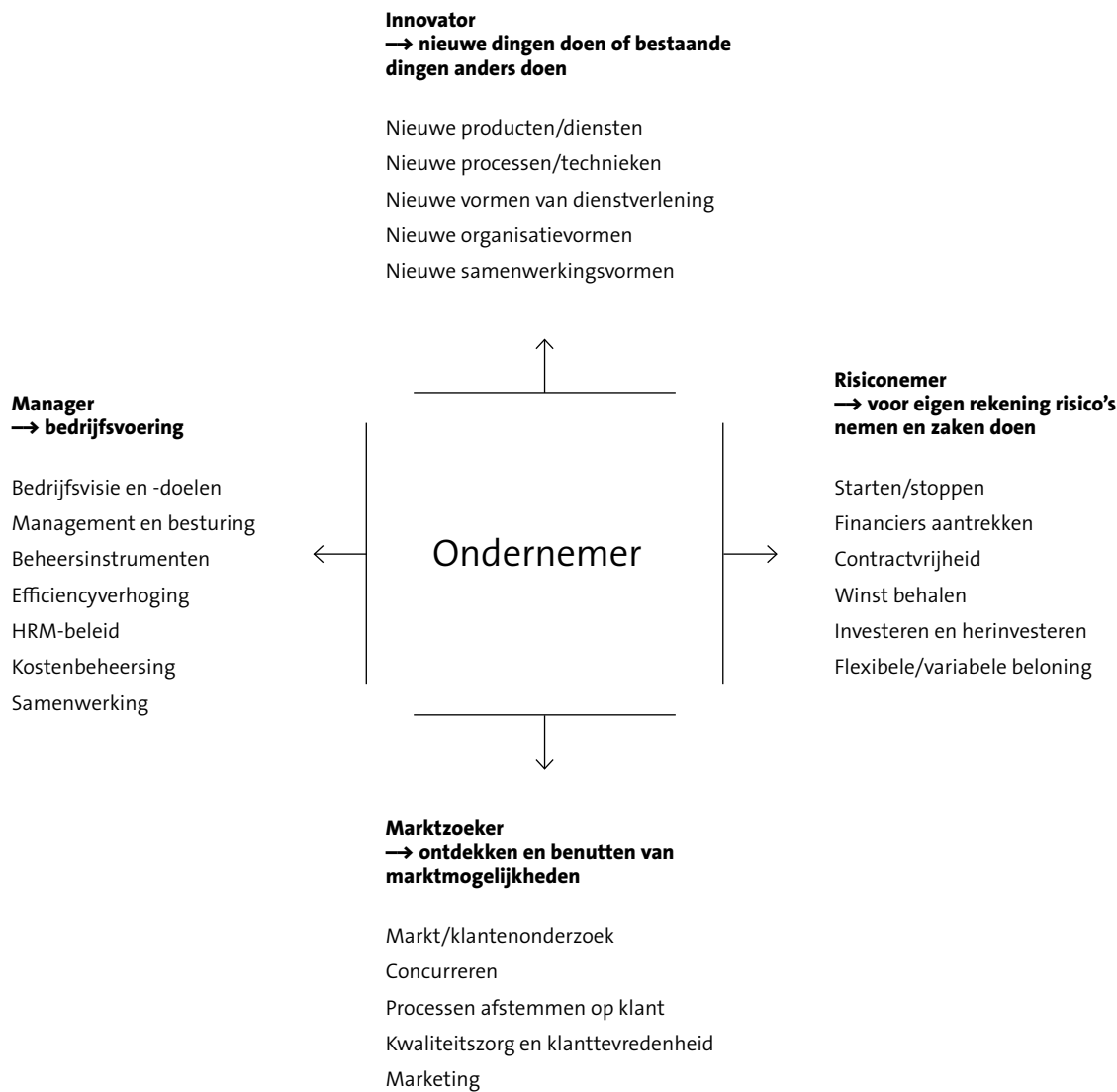
In vele beleidsbrieven over de eerste lijn benadrukten achtereenvolgende VWS-ministers steeds het thema van ondernemerschap en innovatie. Tegenwoordig vragen we: wat is uw *business-model*,

is uw maatschappelijke *businesscase* positief? In opdracht van Op één lijn heeft TNO een digitale *businesscase*-tool ontwikkeld, waarmee de eerstelijners en hun adviseurs de effecten van nieuwe samenwerkingsvormen vooraf kunnen inschatten en onderbouwen. Hierdoor wordt duidelijker wat investeren in samenwerking oplevert in kwaliteit, geld en werkplezier. Alle ontwikkelingen vergen verdergaande professionalisering van de organisatie en het management van de eerstelijnszorg. De vraag is welke positie de huisarts of een eerstelijnsorganisatie wil innemen als *professionele ondernemer*. Het gaat om *maatschappelijk* ondernemerschap, omdat zorgprofessionals niet streven naar omzet en winst zoals in het bedrijfsleven, maar naar maatschappelijke doelen en toegevoegde waarde voor patiënten en de samenleving. Dit sociaal-maatschappelijk ondernemerschap vergt nieuwe competenties van professionals, managers en bestuurders in de eerste lijn. Tot de dag van vandaag zitten thema's als praktijkvoering, organisatie-modellen, werken in teams, managementrollen en ondernemerschap echter nog nauwelijks in de opleidingen.

Bij ondernemerschap horen vier rollen op intern en extern gerichte dimensies (zie figuur). Op elk van die rollen ga ik hieronder kort in, omdat de eerste lijn erg bevraagd wordt op deze innovatielijnen en er nog veel te ontdekken en ontwikkelen is.

Benoemen van toegevoegde waarde

Het van-buiten-naar-binnen redeneren van ondernemers zien we terug in de twee rollen van marktzoeker en innovator (de verticale lijn in de figuur). Innovatie van de inhoud en organisatie van de primaire zorgprocessen is al langer gaande in de eerstelijnszorg. Denk aan taakherschikking, specialisatie, nieuwe beroepen zoals de '*physician assistant*', zorggroepen, telezorg en e-health. Naast het verbeteren van zorg is overigens ook het verbeteren van



Figuur: vier ondernemersrollen (EIM, 2005)

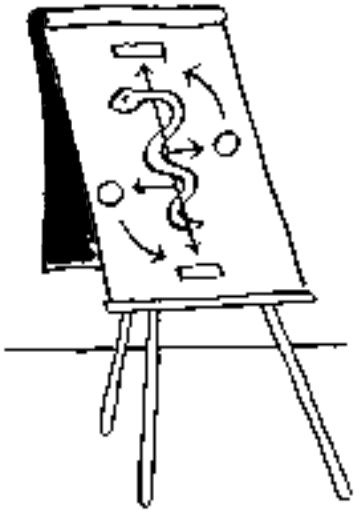
serviceverlening aan de cliënten en patiënten van belang. Het gaat om het stimuleren van meer klantgerichte eerstelijnszorg en het benutten van een 'gat in de markt' voor specifieke doelgroepen, zoals drukke werknemers, chronisch zieken en kwetsbare ouderen. Bij een geïntegreerde, gebiedsgerichte benadering vanuit de eerste lijn, hoort ook een nieuw netwerk met andere maatschappelijke sectoren. Met de uitbreiding van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) liggen hier tal van kansen voor eerstelijns-organisaties. Veel gemeenten zijn hier in eerste instantie nog niet

erg mee bezig, maar kunnen (en deels: moeten) wel verbanden leggen tussen gezondheid en werk, leefomgeving en veiligheid. Daarbij zouden zij de eerstelijnszorg actiever kunnen betrekken.

Waar ligt de toegevoegde waarde voor welke klantgroepen en op welke product-marktcombinaties willen en kunnen ondernemende eerstelijnsorganisaties het best actief zijn? Dat vergt onder andere marktonderzoek naar trends, behoeften en wensen van klanten. Tevredenheidonderzoek, kwaliteitszorg, marketing- en PR-activiteiten worden steeds belangrijker. Dit zijn bedrijfsmatige termen waaraan de eerste lijn wellicht nog moet wennen, of zich zelfs enigszins ergert. Maar wie over die barrière heen stapt, ziet een wereld van nieuwe mogelijkheden en partners open gaan. Ondernemende eerstelijners gaan actief aan de slag met de voorkeuren van klanten en hun transparante kwaliteitsbeoordeling over het geleverde werk. Binnen Op één Lijn hebben NPCF en Zorgbelang-organisaties een regionaal toepasbare en gestandaardiseerde methodiek ontwikkeld om het realiseren van gebiedsgerichte zorg vanuit patiëntenperspectief te stimuleren. Mijn suggestie aan eerstelijns ondernemers: gebruik de ervaringsdeskundigheid van uw klanten om in 'co-makership' nieuwe zorg- en organisatievormen te ontwikkelen voor bijvoorbeeld zelfmanagement en ketenzorg. Organiseer met de lokale cliëntenorganisaties een vast panel en vraag hun bijvoorbeeld het programma van eisen op te stellen voor een nieuw gezondheidscentrum.

Risico's nemen en zaken doen

De meer intern gerichte oriëntatie zien we in de twee rollen van risiconemer en manager (de horizontale lijn in de figuur). Bij gereguleerde marktwerking hoort ook risico's nemen en zaken



doen voor eigen last en rekening. Er komt meer variatie door nieuwe functionele bekostigingssystemen, inclusief opties voor *'shared savings'* als de patiëntenpopulatie gezondheidswinst boekt en er substitutiewinst gerealiseerd wordt door minder ziekenhuiszorg. Welke *incentives* kunnen we huisartsen geven om echt zuinig om te gaan met de hen omringende mogelijkheden? Zou de eerste lijn bijvoorbeeld ook (gedeeltelijk) financieel de poortwachter van ziekenhuizen moeten worden, met name in de chronische zorg? Bedrijfsmatige slimheid via efficiencyverbeteringen en kostenverlagingen gaat ook meer lonen. Facilitaire ondersteuning bevindt zich nog in de ontwikkel- en implementatiefase en verdient nader onderzoek over vragen naar inrichting, leveringscondities, schaalgrootte en fiscale problematiek. Bekostiging op prestaties en uitkomsten zal dat verder stimuleren, maar vergt een grote omslag. Er ontstaan dan wel nieuwe mogelijkheden om andere zaken op een andere manier te organiseren dan voorheen, toen vaste structuren en processen de kern vormden van de financiering van de traditionele huisartsenpraktijk.

Er voltrekt zich een fundamentele verandering in het huisartsenvak. Conceptueel heb ik die als volgt wel eens – enigszins karikaturaal – neergezet:

De 'klassieke' werkwijze:

- Reactief op klachten
- Specifiek: ieder geval is uniek
- Individuele benadering: denken in $N=1$
- Kortcyclisch: 10 minuten-consult en een vervolgspraak over twee weken
- Geen feedback- en correctiemechanismen
- Een soort collectief geheugenverlies in beleid en management

De nieuwe werkwijze:

- Proactief handelen: preventie, zorgplannen voor chronisch zieken et cetera
- Generiek: denken in patronen en de zogeheten 80/20-regel
- Populatiegerichte benadering: denken in grotere N, *public health*-oriëntatie, gebiedsgericht werken en inzetten op groepsinterventies
- Langere cycli: trendanalyses, benchmarken en verbeterprogramma's
- Gerichte feedback (onder andere functioneringsgesprekken en audits) en leermechanismen (zoals casuïstiekbesprekingen in multidisciplinaire teams)

De oriëntatie verschuift van een herstel- of behandelingsbenadering naar een sociaal-maatschappelijke leefbenadering. Bij veel chronisch zieken en kwetsbare doelgroepen (onder andere kwetsbare ouderen) ligt de focus meer op zelfmanagement en regie over het eigen leven. Dan gaat het om kwaliteit van leven en zelfverwezenlijking; stimuleren van wat nog wél kan in plaats van uitgaan van beperkingen. Vertaald naar de eerste lijn: we gaan van individuele interventies door individuele professionals naar een gebiedsgericht populatiemanagement met meerjarige programmering, vormgegeven in dynamisch netwerken van professionals en organisaties. Zie daar de uitdaging voor de maatschappelijke zorgondernemer.

Eerste viool voor de eerste lijn

Er zijn weinig sectoren in de gezondheidszorg waaraan zo'n heilzame en duurzame werking wordt toegedicht als de eerste lijn. Versterking van de eerste lijn lijkt de panacee voor vergrijzing, kostenbeheersing, vraaggerichtheid, bevordering zelfredzaamheid en eigen regie van burgers, terugdringen van intramurale capaciteit en ga zo maar door.

Iedereen houdt van de eerste lijn, maar houdt de eerste lijn wel genoeg van zichzelf? En hoe sterk voelen de eerstelijns disciplines zich onderling verbonden? Het is zeer gewenst een heldere toekomstvisie te ontwikkelen om van daaruit de inhoudelijke ontwikkelgebieden nader te kunnen benoemen en systematisch aan te pakken. De veelkleurigheid van (de perspectieven en belangen van) de vele disciplines en stakeholders op lokaal, regionaal en nationaal niveau, maken concretisering van de visie op de toekomstige organisatie van de eerste lijn enerzijds wellicht moeilijker. Maar anderzijds wordt het daardoor juist des te belangrijker om keuzes te kunnen maken die bijdragen aan de verdere versterking van het organisatievermogen van de eerste lijn.

De eerste lijn moet nu zelf de eerste viool durven spelen. Als de eerstelijns professionals echt hecht samenwerken en zichzelf een stevige organisatie met een strak management gunnen, dan kunnen zij de grote uitdagingen echt aan. Dan worden ze een aantrekkelijke partner voor andere maatschappelijke (zorg)ondernemers, gemeenten en zorgverzekeraars. Patiënten gaan dan echt profiteren van effectieve zorgprogramma's, heldere regie en eenduidige financiering. Er dient zich een prachtig testcase aan, nu de sociale wijkteams die de gemeenten voorstaan vanuit hun Wmo-taak zich moeten gaan verhouden tot de meer medisch getinte samenwerking tussen huisartsenzorg en de nieuwe wijkverpleegkundigen.

Overal in het land zoekt men naar de organisatorische samenwerkingsvormen om dit mogelijk te maken en te laten renderen, wederom. Gun elkaar daarbij ruimte voor ontdekking, nieuwe gedachten, gezamenlijke ervaring en onderzoek. Thema's als multidisciplinaire samenwerking, ketenzorg voor chronisch zieken en de *public health*-oriëntatie voor populatiemanagement, vergen een lange adem in het verder doordenken, operationaliseren, testen en implementeren in een breed gedefinieerde eerste lijn. Je zou hiervoor zomaar weer een onderzoeksagenda kunnen opstellen...

Dromen van zorg achter de voordeur

Essay



Tussen droom en daad staan wetten in de weg en praktische bezwaren.

Willem Elsschot schreef het
op 7 mei 1910, in het gedicht
‘het huwelijk’. →



Wilna Wind (1961) is directeur van patiëntenfederatie NCPF. Ze was federatiebestuurder van de FNV en uit hoofde van die functie lid van de Sociaal Economische Raad (SER) en de Stichting van de Arbeid. Ze werkte voor de adviesbureaus Berenschot en Basis & Beleid.

Als we kijken naar de eerstelijnszorg is de tekst wat mij betreft ook vandaag nog actueel. We willen veel, maar om de droom te laten uitkomen moet nog heel veel werk worden verzet.

Eerst maar het begin. Waar stonden we als patiëntenverenigingen bij aanvang van het ZonMw-programma Op één lijn, en waar hadden we behoefte aan? Kort gezegd maakten we ons vooral zorgen over de zorg voor de chronisch zieken. Komen zij straks wel voldoende aan hun trekken? Is de zorg in de buurt wel adequaat? Is er wel zorg aan de voordeur? Dat waren de vragen die wij ons stelden. In de terminologie van de opdrachtgever heet het: 'VWS beoogt een impuls te geven aan de totstandkoming van geïntegreerde eerstelijnszorg voor patiënten/cliënten door zorgaanbieders, tijdelijk en programmatisch, te ondersteunen bij het versterken van organisatie van zorg, ondernemen en innoveren.' Of in gewoon Nederlands: huisarts, assistente, praktijkondersteuner, apotheker, wijkverpleegkundige, thuiszorg en fysiotherapeut moeten de handen ineen slaan en gezamenlijk – en vooral ook mét de patiënt – een zorgplan maken. Zo moeten we voorkomen dat mensen buiten de boot vallen en dat een hulpvraag niet wordt gezien of onderkend.

Zorg op maat aan huis

Over het belang van goede eerstelijnszorg waren en zijn alle betrokkenen het eens. De samenleving vergrijst, er komen meer hulpbehoevende ouderen, die langer zelfstandig thuis moeten blijven wonen. De gang naar het verpleeg- of verzorgingshuis wordt minder snel gemaakt en dus is er zorg op maat aan huis nodig. Noem het voordeurzorg; zorg toegespitst op de wensen en noden achter een specifieke voordeur. Bij de burens kan het andere zorg zijn, als het ook daar maar maatwerk is.

Dat is onze droom. Iedere patiënt zijn eigen zorgplan, opgesteld door de patiënt en de zorgaanbieders gezamenlijk, en door alle partijen consequent nageleefd. In die droom hebben patiënt en zorgaanbieders veel contact, één-op-één en ook elektronisch. De huisarts is de spil, maar iedereen kan bij het dossier om te zien welke zorg nodig is en welke geleverd is. Of niet... Op die manier wordt de patiënt permanent gevolgd. Dan is er sprake van vroegsignalering, is er zicht op mogelijke vereenzaming en kan daar iets aan worden gedaan. Bijvoorbeeld met dagbesteding in een wijkcentrum of door vrijwilligers die langs gaan om een praatje te maken. Samen hebben we de taak om te voorkomen dat mensen van de radar verdwijnen.

Handen uit de mouwen

Tot zover de droom. Nu de wetten en praktische bezwaren. Als gevolg van de Wet langdurige zorg en de nieuwe Wmo moeten hulpbehoevende ouderen langer thuis blijven wonen. Dat is overigens niet alleen een kwestie van moeten, ze willen het ook zelf. Mensen willen graag de regie houden over hun leven, willen zo lang mogelijk in hun eigen vertrouwde omgeving kunnen wonen. Familie, vrienden en bekenden moeten straks dan wel hand- en spandiensten verrichten. Dat heet de participatiemaatschappij, maar het betekent gewoon: handen uit de mouwen om je vader, moeder, oom of tante te helpen. Pas daarna komen gespecialiseerde zorgaanbieders aan bod. Mantelzorg wordt zo bijna een verplichting. Wie zelf geen mantelzorg kan organiseren, kan een beroep doen op de gemeente. Die organiseert dan mantelzorg.

Naast de huisarts krijgt straks de wijkverpleegkundige een grote rol. In 2015 gaat verpleging en verzorging aan huis uit de AWBZ. Vanaf 1 januari moet de zorgverzekeraar die zorg aan huis voor zijn rekening nemen. De gemeente wordt verantwoordelijk voor het inrichten van wijkteams, waarin zorgaanbieders samenwerken.

De wijkverpleegkundige krijgt een centrale rol in die wijkteams. Zij is de eerste om te bepalen wie welke zorg nodig heeft en hoeveel.

In onze droom gaat dat allemaal heel soepel en gladjes verlopen, maar wij vrezen dat die droom bedrog zal blijken te zijn. Is er straks wel genoeg geld om al die mensen te laten samenwerken? Ik ben daar nog niet van overtuigd.

Is de huisarts klaar?

Neem nu de positie van een van de cruciale spelers straks: de huisartsen. Zijn die er wel klaar voor? Een recente meldactie van NPCF over de huisartsenzorg laat zien dat er nog veel kan verbeteren. Hoewel er afgelopen jaren veel geld is geïnvesteerd in de bereikbaarheid van de huisarts, blijkt het in de praktijk moeilijk om op maandagochtend met hem of haar in contact te komen. En als je wel een afspraak kunt maken, is de kans erg klein dat je ook snel wordt geholpen.

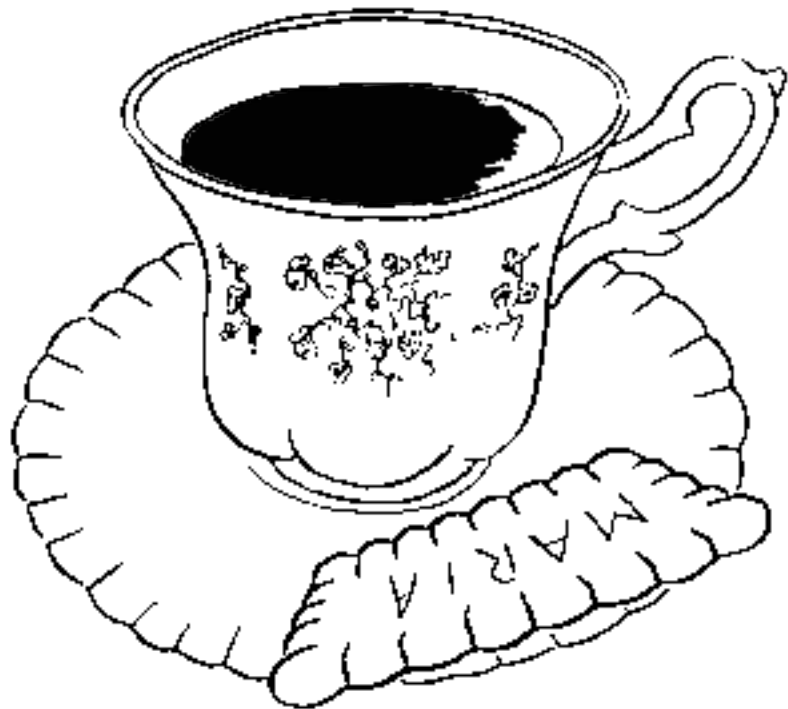
De patiënt geeft de huisarts gemiddeld een 8, tegen een 7,5 in 2009. Dat is een kleine verbetering, maar nog steeds geeft 10 procent de huisarts een 6 of minder. Hier is nog een wereld te winnen. Liever nog: hier móét nog een wereld worden gewonnen. Als de huisarts(enpraktijk) de beoogde draaischijf is van de nieuwe eerstelijnszorg, moet die daar ook wel klaar voor zijn. Dan moet de bereikbaarheid omhoog, ook in de avond en het weekeinde, want ook dan vallen mensen uit bed of struikelen ze.

En als dat lukt, zijn we er dan? Nee, want een compleet geïnstitutionaliseerde eerstelijns ketenzorg is er nog lang niet. De patiënt heeft behoefte aan openheid en aan nieuwe vormen van service. E-health staat hoog op het verlanglijstje. Waarom naar de huisartsenpraktijk gaan als je ook kunt mailen voor een simpel receptje?

Niet over maar mét de patiënt

Wij willen dat er geld beschikbaar komt voor vernieuwing. Zo kan innovatie lonend worden, ook in de eerste lijn. Laat gemeente en verzekeraars daarnaast ruimte bieden aan initiatieven die zich richten op preventie. Wie zijn zieken en ouderen echt kent, kan vaak in een vroeg stadium zien of de zorgbehoefte toeneemt. Hier geldt letterlijk dat voorkomen meer oplevert dan genezen. Maar dan is het dus wel nodig dat de zorgaanbieders daadwerkelijk achter de voordeur komen. En de wijkverpleegkundige moet tijd krijgen om meer te doen dan alleen de medische verzorging. Er is ruimte nodig voor een praatje, voor echte interesse in de ander. Ook dat voorkomt vereenzaming. Wie goed in zijn vel zit, wordt minder snel ziek.

Vóór alles blijft ons motto: niet *over* maar *met* de patiënt. Samen beslissen, in de spreekkamer van de dokter, bij de apotheek en in de eigen huiskamer. De patiënt is geen nummer of geval, maar een



volwaardige partij. Hij wil als het even kan beter worden, maar van hem kunnen zorgaanbieders ook leren. Zie de patiënt als de ervaringsdeskundige bij uitstek. Hij is de rode draad en de verbindende factor tussen alle disciplines. Gebruik zijn kennis om zélf beter te worden.

Gebrek aan transparantie

Maar dan... Uit ervaringen met integrale bekostiging van chronische zorg weten we dat patiënten niet het idee hebben dat ze betere en integrale zorg krijgen als de financiering van de zorg wordt geïntegreerd. Het zou moeten, maar het gebeurt niet. Ook ontbreekt het aan transparantie in de zorg. Uit een andere meldactie van NPCF bleek in 2012 dat ongeveer de helft van de mensen met een chronische aandoening geen persoonlijk zorgplan had.

Als die ervaring model staat voor wat straks in de eerste lijn gaat gebeuren, houden wij ons hart vast. Als de eerste lijn nog meer dan tot nu toe maatwerk moet gaan leveren, zijn individuele zorgplannen immers een eerste vereiste. Die zijn niet alleen voor de patiënt van belang, maar ook voor de zorgverleners. Een zorgplan is een houvast voor alle betrokkenen. Daar staan de afspraken in, daarin wordt vastgelegd wat wel en niet wordt gedaan en door wie.

Te weinig behandelplannen

De praktijk tot nu toe leert dat het nog tobben geblazen is met zorgplannen. Onderzoek van het NIVEL uit 2011 leert bijvoorbeeld dat slechts 12 procent van de mensen met COPD een behandelplan heeft. Een grote groep patiënten mist dus het overzicht over de zorg.

Zij weten niet wie waarvoor verantwoordelijk is. Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat als bij de zorg verschillende zorgverleners zijn betrokken – zoals de praktijkondersteuner, een gespecialiseerde verpleegkundige, apotheker, fysiotherapeut en huisarts – een derde van alle patiënten vindt dat deze zorgverleners niet goed met elkaar samenwerken. Ze informeren elkaar te weinig en dus moet de patiënt telkens weer hetzelfde verhaal vertellen.

Uit de meldactie van NPCF blijkt bovendien dat de hulpverleners niet alleen elkaar slecht informeren, maar dat ook bijna de helft van de patiënten niet wordt geïnformeerd over de afspraken die verschillende zorgverleners met elkaar maken. Die cijfers zijn zorgwekkend. Dat kan echt beter in de eerste lijn. Als daar straks de wijkteams aan de slag gaan, moet vooraf worden geregeld hoe de controle op de werkwijze van de wijkteams gebeurt. Hoe en door wie. Dat is geen droom, maar gewoon pure noodzaak.

Meetbare kwaliteit van zorgverleners

En dat geldt ook voor kwaliteitsinformatie over zorgverleners. Wij hebben onze Zorgkaart Nederland waarin patiënten hun zorgverleners beoordelen. Op basis daarvan kunnen patiënten een keuze maken uit de veelheid van zorgaanbieders. Maar wij willen meer. Zorgkwaliteit zou op het niveau van elke individuele zorgaanbieder moeten worden gemeten en beschreven. Pas als dat gebeurt, kan de patiënt zijn rol in het zorgveld spelen, een rol die wordt gekenmerkt door eigen regie. Het is per slot van rekening de zorg van de patiënt.

En zijn we er dan misschien? Nee, maar dan hebben we wel alvast een begin. Dan werken we samen aan een betere zorg. Daarna kunnen we met zijn allen – ‘werkendeweg’ – de volgende stappen

zetten, waarbij innovatie van groot belang is. Wie open staat voor vernieuwing, staat niet stil, maar blijft in beweging. Uiteindelijk moet dat leiden tot goede en betaalbare zorg achter de eigen voordeur, op maat gemaakt onder regie van de patiënt. Daarvan durven wij te dromen, in de hoop dat wetten noch praktische bezwaren een belemmering vormen.



De mens voorop, niet de systemen

Essay

Duurzaam bijdragen aan de gezondheid van mensen, zodat zij een goede kwaliteit van leven ervaren. Cliënten helpen om het vertrouwen in eigen kunnen te behouden – of terug te winnen – zodat zij de kracht en de macht hebben om zelf richting te geven aan het leven. →



Dick Herfst (1951), Master of Public Management, is voorzitter van de raad van bestuur bij ZZG zorggroep. Hij begon als verpleegkundige. Later werkte hij jarenlang bij het Radboudumc, onder meer als hoofd verplegingsdienst en projectleider voor de reorganisatie van het ziekenhuis.

We zijn beslist niet de enige zorgorganisatie die dit soort mooie woorden in haar missie heeft staan. Toch wil ik mijn verhaal ermee beginnen, omdat het uiteindelijk toch de kern is: de kwaliteit van leven van de mensen voor wie je werkt. Het gaat niet langer in de eerste plaats om 'zorg aanbieden', maar om 'waarde toevoegen'. Als je niet oppast – ik realiseer me dat terdege – verworden dit soort mooie woorden al snel tot holle frasen. Hoe omzeil je die valkuil? Volgens mij is dat vrij simpel: beperk je tot de kern, concentreer je op dat wat je – vanuit je positie, je historie, je expertise – kunt bijdragen. En doe dat vooral samen.

Een belangrijke inspiratiebron voor mij is 'Mensenzorg; een transitiebeweging', een breed gedragen visiedocument uit 2009. Het stuk is eenvoudig terug te vinden op internet, en het is nog altijd uiterst actueel. Het document bevat een haarscherpe analyse van de wordingsgeschiedenis van de (langdurige) zorg, waarin de mens steeds meer verstrikt is geraakt in de systemen, en waarin 'beheerszieke institutionele structuren' belangrijker zijn geworden dan de directe relatie tussen professional en zorgvrager. 'Mensenzorg' formuleert een aantal nieuwe principes voor wat de auteurs 'bottom-up zorg' noemen. Het eerste principe heet: mensgerichte zorg. Dat is – ik citeer – zorg voor hele mensen, voor mensen wier leven uit vele facetten bestaat, die verbonden zijn met hun gezondheid. Deze mensgerichte zorg is maatschappelijk ingebed, dus verweven met de rest van de maatschappij. De gewenste zorg 'trekt niet scheef naar de cure', maar vormt een nieuwe samenhang waarin cure, care en preventie in balans met elkaar zijn en met elkaar zijn verbonden.

Wie wil er naar een verzorgingshuis?

Het visiedocument 'Mensenzorg' kwam op een moment dat wij al langer bezig waren met een herbezinning op onze positie. Hoewel we letterlijk vanuit de bossen opereren – ZZG zorggroep is gevestigd

tussen Nijmegen en Groesbeek – waren we ons zeer wel bewust van de maatschappelijke context waarin we ons werk doen.

Als organisatie wilden we veel meer omgevingsgericht worden en ons tegelijkertijd afvragen hoe we in die omgeving het meeste van waarde konden zijn. Moesten we alles blijven doen waar we ooit voor hadden gekozen? Of zou het beter zijn te kiezen voor datgene waar we werkelijk goed in zijn, en waar we dus ook het meeste waarde kunnen toevoegen?

Soms geven stelselwijzigingen een mooi zetje om hierover knopen door te hakken. Neem de invoering van de Wmo. Die zette ons aan het denken over de huishoudelijke verzorging. Als de burger daarvoor een bepaald bedrag per uur vergoed krijgt, waarom zou hij deze dienst bij ons dan voor veel meer komen inkopen? Mensen gaan het dan toch gewoon zelf regelen? En terecht. Voor ons was het snel duidelijk: wij zijn een zorgorganisatie, dus we trekken ons terug uit het domein van de huishoudelijke hulp. Onze *core business* is professionele zorg. Dát wordt dus onze eerste keus.

De beweging naar de scheiding van wonen en zorg – een andere grote ontwikkeling – paste naadloos bij onze koerswijziging. Wat vaak *geframed* wordt als een verschraling van het zorgaanbod, is naar mijn idee de weerslag van een maatschappelijke ontwikkeling waar niemand echt tegen is. Want wie wil er nu eigenlijk dolgraag naar een verpleeg- of verzorgingshuis? Volgens mij niemand.

Mensen gaan steeds hogere kwaliteitseisen stellen aan hun woonomgeving. Ze willen meer vierkante meters, zelf keuzes kunnen blijven maken, zelf de regie kunnen blijven voeren. Zij willen kortom hun leven voortzetten op de manier die ze gewend waren, als het kan binnen hun vertrouwde context. We zijn op weg naar een samenleving waarin iedereen zo veel mogelijk in de eigen sociale verbanden kan blijven functioneren, ongeacht leeftijd of beperkingen.

Effecten van mensgerichte zorg

Mensgerichte zorg heeft een paar duidelijke effecten. Voor onze organisatie hebben we ze vertaald naar verschillende niveaus:

Effecten voor cliënten:

- Een positieve invloed op de gezondheid van mensen en daardoor op de ervaren kwaliteit van leven.
- Mensen kunnen langer en verantwoord thuis blijven wonen, zij ontwikkelen hun eigen kracht, voeren zelf de regie over hun leven en kunnen blijven meedoen aan zaken die zij relevant vinden.
- Als thuis wonen niet langer verantwoord is, kunnen mensen in een diversiteit aan beschermde woonvormen in hun eigen sociale omgeving blijven. Veilig, omringd door goede zorg die toegesneden is op ieders unieke wensen en noden.

Effecten voor de buurt, dorp of wijk:

- Een intensieve ketensamenwerking voor de beste oplossingen.
- In buurten en dorpen ontstaat een groter oplossend vermogen bij gezondheidsvraagstukken.
- Meer samenhang en samenwerking, resulterend in naadloze overdrachten.
- Mensen krijgen de zorg die nodig is: niet te veel, niet te weinig en niet versnipperd.

Effecten voor de maatschappij:

- Economisch houdbare oplossingen in de zorg (met sociale wijkteams en wijknetwerken).
- Onderzoek en ontwikkeling van standaarden en richtlijnen, die *evidence based of good practise based* tot stand komen en die dienstig zijn voor cliënten en professionals.
- Sociale en technologische innovaties die helpen en breed uitgerold kunnen worden.
- Beschikbaarheid van kleinschalige woonvormen, in veilige en vitale wijken.

Effecten voor medewerkers:

- Betekenisvol werk: aanwezig zijn op belangrijke momenten in het leven van de cliënt en met jouw handelen iets wezenlijks toevoegen.
- Binnen kaders de vrijheid om zelf vorm te geven aan professionele ambities.
- Permanente ontwikkeling en een hoge mate van professionaliteit.

Uitgaan van zelf- en samenredzaamheid

Wie de beoogde effecten van mensgerichte zorg beziet, krijgt in beeld wat naar mijn idee de belangrijkste maatschappelijke verantwoordelijkheid van zorgorganisaties is: samen met de stakeholders invulling geven aan innovaties op het gebied van wonen en zorg, om te kunnen voldoen aan de grote opgaven waarvoor onze maatschappij zich gesteld ziet. De transitie van het verblijf in zorginstellingen naar wonen in de samenleving, vraagt om een compleet andere aanpak. Er zijn nieuwe concepten nodig en we zullen met zijn allen onze oude werkwijzen moeten durven loslaten. Dit kan alleen via een domeinoverstijgende samenwerking.

De grote maatschappelijke opgaven zijn naar mijn idee uitsluitend te vervullen met de inzet van innovatieve woon- en zorgvormen die aansluiten bij de wijk of buurt en bij de diversiteit van de burgers. Deze nieuwe concepten bieden een veilige woning en een geschikte woonomgeving. Waar mogelijk met behulp van technologie, zodat mensen zo veel mogelijk hun eigen regie kunnen blijven behouden. Grootschalige traditionele verpleeghuizen – hoe zeer ook verweven met een wijk – sluiten niet aan op de behoeften van cliënten en hun verwanten. Kleinschalig wonen past daar over het algemeen veel beter bij. Het is bij uitstek een manier om invulling te geven aan mensgerichte zorg, die zo veel mogelijk uitgaat van zelf- en samenredzaamheid.

De geboden zorg richt zich op ondersteuning waar nodig en niet meer op het overnemen van het totaal. 'U kunt het niet meer zelf en ik neem het van u over' past niet meer in dit concept. Bij het kleinschalig wonen is het uitgangspunt: 'U leidt uw leven zoals u dat wilt en waar nodig ondersteun ik u daarbij.' Deze ondersteuning kan ook door familie en/of mantelzorgers, vrijwilligers, maatschappelijk stagiaires en anderen worden geboden. De professionele zorgmedewerker ziet toe op de kwaliteit en staat garant voor de continuïteit en de coördinatie van het geheel.

Redeneren vanuit een generalistisch model

Om de beoogde woon- en zorgconcepten te kunnen realiseren, is een wijk- of gebiedsgerichte aanpak nodig. Burgers, maatschappelijke organisaties en de (lokale) overheden hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid om de bijbehorende samenwerkingsverbanden tot stand te brengen. Daarbij komt vanzelfsprekend ook de eerste lijn als cruciale partner in beeld. Als zorgorganisatie zijn wij onderdeel van het samenwerkingsverband 'Regio Nijmegen op 1 lijn', samen met de Coöperatie Integrale Huisartsenzorg Nijmegen, de Huisartsenkring Nijmegen e.o. en de afdeling Eerstelijns geneeskunde van het Radboudumc. Het idee: redeneren vanuit het generalistische model, met gebruik van kennis en expertise van de specialist. Het is een open, transparant en toegankelijk netwerk. De professionals die werken bij de deelnemende partijen zijn automatisch 'lid' en vormen zo als het ware een *community* die werkt aan de bevordering van geïntegreerde zorg in buurten en dorpen. Als partners hebben we een convenant opgesteld om onze samenwerking te versterken. Die geven we vanuit de inhoud vorm, zonder een nieuw instituut op te richten, maar wel met de ambitie om door innovatie en verbinding toonaangevend te zijn binnen de regionale eerste lijn.

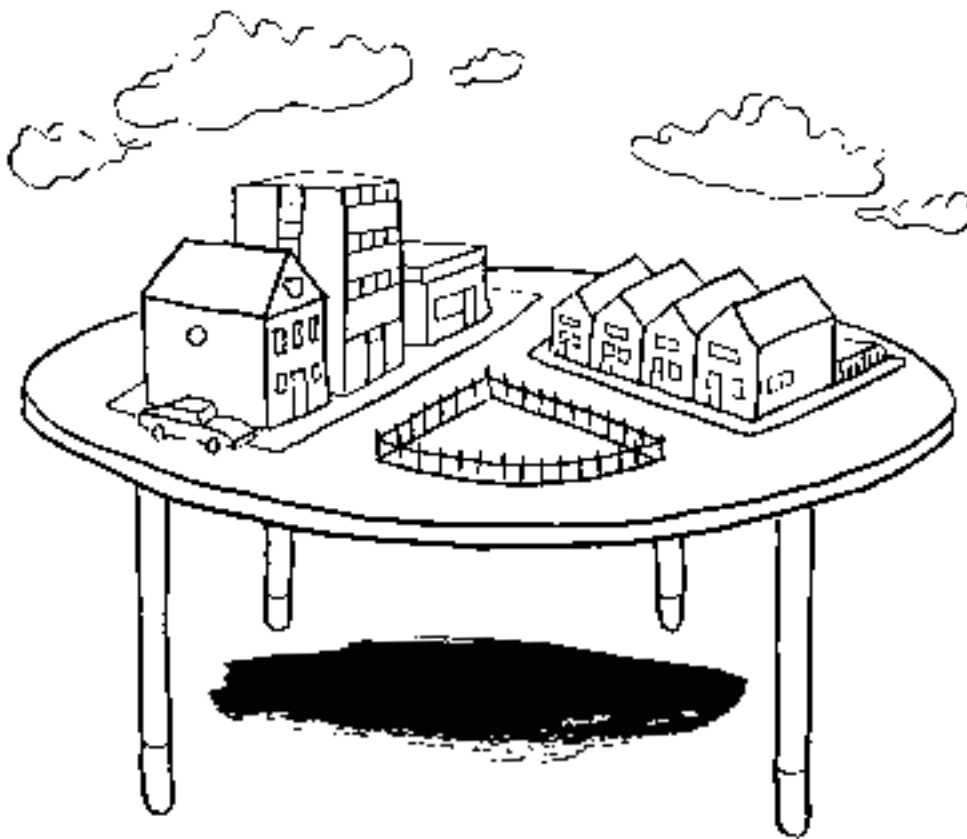
Een samenwerking als deze is hard nodig, zo blijkt steeds weer. Ook in de eerste lijn, waar generalisten de professionele kern vormen, zien we nog altijd een groeiend aanbod van versnipperde, vaak specialistische behandel- en begeleidingsmogelijkheden. En te vaak wordt de zorg onnodig naar het ziekenhuis of de tweedelijns-ggz verplaatst. Ook is er nog steeds een gebrekkige aansluiting en afstemming tussen welzijn en zorg. Om de zelf- en samenredzaamheid van burgers te kunnen bevorderen heeft een verdere versterking en integratie van de eerste lijn dan ook de hoogste prioriteit. De huisarts moet de spil worden in de medische zorg in dorp of wijk. De wijkverpleegkundige werkt als zelfstandige professional en vormt de schakel met de maatschappelijke gezondheid. De huisarts heeft met de wijkverpleegkundige een stevige compagnon die de verbinding legt tussen spreekkamer en buurt of dorp, waardoor de slagkracht van de eerste lijn kan toenemen. En gezien het toenemend belang van *public health* ligt een nauwe samenwerking rond preventie met de GGD voor de hand.

Van professionele uitvoering naar ondernemerschap

Wat is nu onze rol in deze geïntegreerde eerste lijn? Die is zonneklaar, wat mij betreft. Kleinschalige woonvoorzieningen – en de andere voorzieningen waaraan wij als zorgorganisatie kunnen bijdragen, zoals de inzet van de wijkverpleegkundige – vormen een onmisbare schakel in de beoogde gebiedsgerichte aanpak, waarin de kracht van de burger centraal staat. De verbeelding van de transitie is de ‘wijktafel’. Aan deze tafel, georganiseerd per wijk, buurt of dorp, zitten tenminste de huisarts, de generalistisch opgeleide welzijnswerker, de consulent van de woningbouwcorporatie en de wijkverpleegkundige. Aan de wijktafel wordt 85 procent van de gezondheidsvragen van burgers opgelost. Denk aan vragen over wonen, welzijn, participatie en zorg; ook de ingewikkelde zaken. Daar waar vraagstukken niet door

de wijktafel kunnen worden opgelost, kunnen we als samenwerkingsverband een specialist (uit de 'tweede schil') inschakelen.

Door op deze manier concreet te werken aan een geïntegreerde aanpak, komen ook de professionals weer terug bij waarden waarom ze ooit voor hun vak hebben gekozen. Daarin gaat het niet om 'het vullen van bedden' – of spreekkamers – maar om het toevoegen van waarde vanuit een professionele expertise en inzet. Van leidinggevenden en bestuurders vraagt het dat ze 'hun mensen' veel meer verantwoordelijkheid durven te geven, en ze nog meer aan te spreken op hun professionaliteit en ontwikkelkracht. Professionals gaan in toenemende mate zelf arrangementen met hun cliënten ontwikkelen. Voorheen waren ze in de kern uitvoerder, nu worden ze in feite ondernemer.



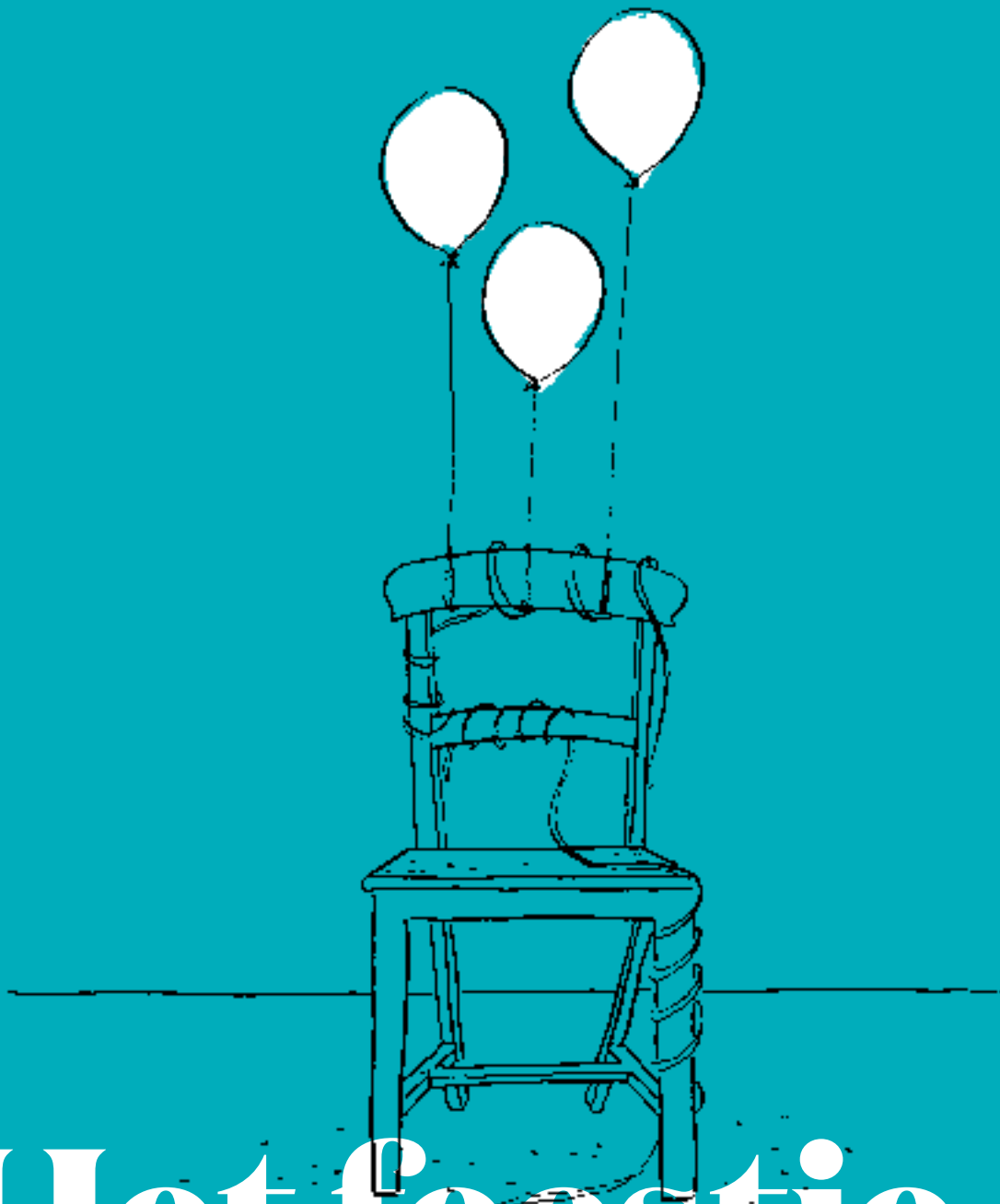
En ook dat kan weer het beste binnen een team in een dorp of wijk, vormgegeven op basis van de eisen die de omgeving stelt. Wat zijn de belangrijkste gezondheidsvraagstukken? Welke voorzieningen zijn aanwezig en welke ontbreken? Is er voldoende gekwalificeerd personeel, et cetera? De teams zijn zo veel mogelijk zelfsturend. Zij bepalen zelf wat zij nodig hebben aan ondersteuning van hun organisatie.

Ruimte voor zingeving

Ik realiseer me dat ik in mijn betoog onwillekeurig veel ‘mooie woorden’ heb laten vallen. Is dat erg? Ik denk het niet. Wat mij betreft hebben we die ‘mooie woorden’ namelijk ook nodig, juist voor de onmisbare passie die ons allemaal weer verder brengt. Uiteraard gaat het in de transitie naar meer mensgerichte zorg om institutionele veranderingen, bestuurskundige vraagstukken, professionele verbeteringen en heel concrete onderhandelingen over samenwerking en afstemming tussen organisaties. Maar hoe we het ook inrichten, uiteindelijk staat de mens voor wie je het doet centraal. En alleen die concrete persoon met wie je werkt, kan bepalen wat echt zinvol is of niet.

In april 2013 gaf ik een interview aan Piet-Hein Peeters van het blad Zorgmarkt. Daarin verwoordde ik het zo: juist door de grote transities in de zorg ontstaat er – min of meer gedwongen – een grotere ruimte voor zingeving. Als je ouder wordt, zo zei ik tegen mijn interviewer, krijg je gebreken. Daar kun je de hele tijd mee naar het ziekenhuis gaan, hopen op een oplossing, maar je kunt ook beseffen dat dit erbij hoort. Dat de echt interessante vraag is hoe je met je gebreken omgaat, én hoe je omgaat met de gebreken van de anderen in je nabijheid. Ik denk dat mensen daar nu meer op worden aangesproken. Dat vind ik goed. Geluk moet iedereen zelf proberen

te vinden, ongeacht de omstandigheden. Het klinkt misschien paradoxaal na mijn betoog voor een intensivering van de relatie tussen professional en cliënt, maar ik denk dat het juist is dat we als professionals terughoudend zijn. Dan pas respecteer je mensen in hun kracht. En dan pas geef je burgers zelf de macht en de middelen om hun eigen keuzes te kunnen maken.



Het feestje van de burger

Essay

**In het Utrechtse dorp
Austerlitz wonen vijftien-
honderd mensen. Een derde
van de volwassen bevolking
is lid van zorgcoöperatie
Austerlitz Zorgt. →**



Dr. **Lex Maussart** (1956) is bestuurder van Archiatros. Hij bekleedde uiteenlopende functies in de gezondheidszorg, van verpleegkundige en orthopedagoog tot directeur. In zijn huidige functie bestuurt hij huisartsenposten en zorggroepen.

Dit burgerinitiatief is bedoeld om het voor de oudere inwoners mogelijk te maken zo lang mogelijk én zo zelfstandig mogelijk in het dorp te blijven wonen. De coöperatie organiseert de nodige steun, zorg en hulp voor ouderen en andere zorgbehoeftigen. De leden kunnen met alle vragen op het gebied van zorg en welzijn terecht bij een speciale dorpsondersteuner. Bijvoorbeeld als het gaat om gezondheid, hulp in en rond het huis, persoonlijke verzorging en welzijnsdiensten. Op www.austerlitzzorgt.nl toont de coöperatie zich van haar ondernemende kant: 'Door goede coördinatie en een efficiënte ondersteuning door vrijwilligers uit het dorp, kan Austerlitz Zorgt uitstekende zorg- en welzijnsvoorzieningen aanbieden tegen lagere kosten dan gebruikelijk. De besparingen daarvoor zijn in het voordeel van de gemeente. In ruil daarvoor worden de kosten van dorpsondersteuner en zorgcoördinator door de gemeente vergoed.' Uiteindelijk, zo is de bedoeling, wil de coöperatie ook voorzien in de zorgbehoeften van gezinnen en jongeren.

Een prachtig voorbeeld van hoe de zorg van nu georganiseerd kan worden. In de wijk, met burgerinitiatieven, maar toch professioneel. Wat wil je nog meer? Austerlitz Zorgt is overigens niet de enige zorgcoöperatie in ons land. De opkomst van dit soort initiatieven vormt een interessante ontwikkeling in een sector die vooral nog gedicteerd wordt door de professionals. Iedereen heeft het erover dat 'de patiënt en de burger centraal staan', maar zo hebben we de zorg niet georganiseerd. Het zijn nog altijd de systemen die sturen, niet de mensen.

Verpletterd onder de systemen

Het is de keerzijde van de professionalisering. Vanuit Archiatros, dat facilitaire dienstverlening en ondersteuning in de eerstelijnszorg biedt, werk ik al bijna vijftien jaar intensief samen met huisartsen. De huisartsenzorg in Nederland behoort wereldwijd tot de top; een professionaliseringsinstrument als de NHG-standaarden is uniek in de wereld. Standaarden zijn een hulpmiddel om de kwaliteit van je

werk van hoog niveau te houden. Dat is uiteraard een goede zaak. Maar er is ook een andere kant. Financiers en toezichthouders gebruiken de standaarden als basis voor bekostiging en monitoring. Voor je het weet gaat het vooral over indicatoren en kwaliteits-systemen. En steeds minder over het directe contact tussen huisarts en patiënt, waarin de vertrouwensband en de persoonlijke aanpak uiteindelijk belangrijker zijn dan de standaard. Juist die relatie – met de zo kenmerkende korte lijntjes – dreigt soms verpletterd te worden onder de systemen die inspectie en zorgverzekeraars hanteren.

Welbeschouwd een enigszins paradoxale situatie. Neem de positie van de zorgverzekeraar. Die heeft de opdracht om namens de verzekerden – dus namens de patiënt met wie de huisarts die cruciale persoonlijke band heeft – goede en passende zorg in te kopen. Maar uitgerekend door het primaat van de systemen en de standaarden, raakt diezelfde patiënt soms buiten beeld. Terwijl we nu juist zijn positie willen versterken.

Hang naar de professionele oplossing

Misschien ben ik daarom wel zo gecharmeerd van burgerinitiatieven als Austerlitz Zorgt. Burgers die zichzelf organiseren, creëren immers een betere onderhandelingspositie. Zowel richting de verzekeraar als in de relatie met de zorgprofessionals. Dat laatste is minstens zo belangrijk. Het huidige beleid koerst sterk op een grote onderlinge betrokkenheid, op een situatie waarin mensen steeds meer voor elkaar gaan zorgen. Even los van een aantal praktische problemen die we daar met zijn allen voor te overwinnen hebben – moeten kinderen bijvoorbeeld straks weer vlakbij hun ouder wordende ouders gaan wonen? – is daarvoor ook een stevige cultuuromslag nodig. De professionals hebben de zorg en ondersteuning van mensen immers veel te veel overgenomen van familie, vrienden en andere mensen in ieders directe omgeving. Er zit een te grote spanning tussen de inbreng van de professional en die van de patiënt. In de gezondheidszorg wordt veel ontwikkeld vanuit de

inbreng en visie van professionals. Daarmee zijn we allemaal als het ware besmet geraakt, waardoor we voor allerlei ‘gewone’ levensproblemen al snel een professionele oplossing willen zien.

Laat ik het illustreren met een voorbeeld uit mijn oorspronkelijke beroepspraktijk, de orthopedagogiek. Ooit ben ik begonnen als groepsleider voor ‘moeilijke kinderen’. Dat was ver voor de tijd van ADHD en Ritalin. De discussie of ADHD ‘echt bestaat’ en of Ritalin wel de juiste oplossing is, is uiterst ingewikkeld. Maar los daarvan is één ding duidelijk: in de samenleving van nu bestaat eenvoudigweg veel minder ruimte voor kinderen om druk te zijn. Ouders, scholen én professionals willen een snelle oplossing, en nemen niet de tijd om goed te bespreken wat er in deze specifieke situatie aan de hand is. En grijpen misschien toch te snel naar die pillen. Dat is niet ‘de schuld’ van de psychiaters of andere zorgverleners, of van ‘veeleisende ouders’. Het is een wisselwerking tussen – in dit geval – ouders, leerkrachten, zorgverleners én de samenleving, die bepaalde ‘afwijkingen’ veel minder tolereert.

Peer-to-peer als toekomstmuziek

Wat mij betreft moeten we die wisselwerking als het ware gaan kantelen. Zij zou een constructieve rol moeten krijgen, zodat we bewegen in de richting van een serieuze gezamenlijke zoektocht naar een oplossing die het beste bij een bepaalde persoon en de omgeving past. Bijvoorbeeld bij een druk kind en diens opvoeders, zusjes en broertjes, en de leerkracht die een hele klas te managen heeft. Zo’n passende oplossing komt voort uit een samenwerkingsrelatie, waarin alle partijen ook kritisch naar zichzelf durven te kijken. En waarin alle betrokkenen op een gelijkwaardige manier met elkaar van gedachten wisselen.

Zo’n ontwikkeling zou perfect passen bij deze 21ste eeuw, het tijdperk van ‘gezamenlijke consumptie’. Op allerlei terreinen zien we dat consument en producent (of dienstverlener) elkaar direct vinden via internet. Of het nu de taxirit via Uber is of het vakantieverblijf

via Airbnb – om maar eens twee veelbesproken actuele voorbeelden te noemen – er ontstaat steeds meer een directe relatie tussen een dienstverlener en degene die een dienst afneemt. Op een bepaalde manier kenden we die vrij directe relatie ook al in de zorg, namelijk met de huisarts. En zoals ik hierboven heb betoogd, is juist die directe relatie in de loop van de tijd verstoord door de bureaucraten en de financiers.

Vanuit de stelsels – en de wijzigingen daarin – komen we weliswaar steeds meer terug bij een veel directere en persoonlijke relatie in zorg en ondersteuning. Denk maar aan de succesvolle *revival* van de ooit wegbezuinigde wijkverpleegkundige. Maar ik zou nog wel een forse stap verder willen gaan. Een app als Uber zet de hele taxiwereld op zijn kop. En Airbnb weet de hotelbranche zeer effectief uit zijn luxe sluimerstand te halen; je hebt al die grote hotelketens helemaal niet meer nodig als je een weekendje naar Barcelona wil. Ik denk niet dat we in de zorg nu ook naar een handige app moeten die zorgvrager en zorgverlener direct met elkaar in contact brengt. Een taxirit van A naar B of een verblijf van een paar dagen in een leuke stad zijn betrekkelijk simpele producten. Zeker bij de meer complexe zorgvragen waar mensen mee kunnen worstelen, is een goede professionele ondersteuning natuurlijk een hoop waard. Maar door de kracht van de vragers te bundelen – zoals dat in de zorgcoöperaties gebeurt – krijg je wel een veel gelijkwaardiger relatie tussen aanbieder en vrager.

Technologie ondersteunt positie patiënt

Zorgcoöperaties dus. Een andere cruciale ontwikkeling die de gelijkwaardigheid in de relatie tussen burger (patiënt, cliënt) en professional kan bevorderen is e-health. Met name het beheren van het eigen zorgdossier zou de burger een veel steviger positie kunnen geven. Helaas hebben we juist op dat terrein te maken met enorme problemen rond de technologische infrastructuur. De vele systemen die gehanteerd worden, kunnen immers vaak niet of nauwelijks met

elkaar communiceren. Als de beheerders van de informatie in die systemen dat al zouden willen... Want de verschillende zorgverleners roepen nog veel te vaak: dit is mijn dossier!

Deze defensieve houding gaat zich onvermijdelijk tegen de professionele zorgwereld keren. De grote technologische vernieuwers, zeg maar de Googles en de Apples van deze wereld, zouden zich wel eens massaal op allerlei systemen voor e-health kunnen gaan storten. En dan zullen ze zich ook direct tot de consument gaan richten. Bijvoorbeeld met applicaties om het eigen dossier te beheren (en dus als patiënt zelf te kunnen beslissen met wie je jouw gegevens deelt). Of met hulpmiddelen om zelf eenvoudige diagnoses te kunnen stellen, en bijpassende adviezen te krijgen over de meest verstandige vervolgstap. En denk aan koppelingen met online hulpverlening (zoals in de verslavingszorg en de ggz al vrij veel wordt ingezet) en ontwikkelingen als domotica en beeldschermzorg.



Die ontwikkeling is al heel concreet zichtbaar. Neem bijvoorbeeld het Digital Health Platform, ontwikkeld door Philips in de VS, waarbij de patiënt zelf aan het stuur zit. Het platform biedt ruimte voor diverse apps waarmee de patiënt al zijn gezondheidsinformatie van alle zorgaanbieders – van huisarts tot specialist – in één overzicht beschikbaar heeft. Het is veel meer dan een uitwisseling van gegevens tussen artsen; de patiënt staat centraal en kan zelf actief zijn gezondheid monitoren. Een ander voorbeeld is Apple, dat samen met Radboudumc een gezondheids-app en een patiëntenregistratiesysteem ontwikkelt. Met die app kunnen gebruikers informatie over hun gezondheid krijgen én delen met hun arts of andere zorgverlener. Een volledige kanteling dus in de verhoudingen tussen patiënt/burger en zorgverlener/aanbieder. Deze nieuwe vormen van *telehealth* zorgen ervoor dat de gezondheidszorg efficiënter wordt én ze maken de patiënten meer verantwoordelijk voor de eigen gezondheid. Met goede monitoring

en thuisapparaten zal het aantal consulten ongetwijfeld afnemen. Overigens zitten de zorgverleners van nu ook niet stil op technologisch vlak. Denk maar aan de app ‘Moet ik naar de dokter?’, die ontwikkeld is door de Huisartsenpost Apeldoorn in samenwerking met het Nederlands Huisartsen Genootschap. Een goed initiatief, want het is een van de middelen die mensen de mogelijkheid geven om veel meer een coproductie aan te gaan met hun zorgverlener.

Wie komen er op het feestje?

Het mag duidelijk zijn: ik pleit voor een fundamenteel andere insteek in de relatie tussen de burger als zorgvrager en de professionele ondersteuners die hem kunnen bijstaan. Technologie is daarbij belangrijk, maar we hebben het eerst en vooral over een houdingskwestie, een serieuze inzet om samen met de patiënt en diens omgeving te zoeken naar de best passende oplossing van een gezamenlijk te definiëren probleem. En dat dan op een persoonlijke manier, écht dichtbij de persoon om wie het gaat.

Laat ik op deze plek meteen een mogelijk misverstand wegnemen, namelijk dat ik terug zou willen naar de solistische huisarts die zijn vertrouwensrelatie met de patiënt in die ene kleine spreekkamer vormgeeft. Juist niet. Wat mij betreft zijn er heel wat voorwaarden waaraan voldaan moet zijn om de beoogde ‘passende oplossingen’ mogelijk te maken. Die oplossingen zijn bijna per definitie meervoudig, en vergen dus nieuwe organisatievormen – van anderhalvelijnszorg tot integrale wijkteams. Die ga ik in dit betoog niet verder uitwerken; ze spreken bijna voor zich. En het spreekt ook voor zich dat we daarvoor toe moeten naar andere – integrale – bekostigingssystematieken.

Geen nostalgische dromen dus. Waar het me in dit verhaal vooral om gaat is dit: het is het feestje van de burger. Hij of zij is degene die aan het roer moet staan, die gelijkwaardig moet kunnen ‘onderhandelen’ over de benodigde zorg en ondersteuning. En inderdaad:

de belangrijkste gast op dat feestje is uiteindelijk wél de huisarts. Die is immers degene met de generalistische blik, met het overzicht en met de benodigde vertrouwensband met de persoon in kwestie. Maar er zijn nog andere gasten op het feestje. Want het werkt niet als de eerstelijnspraktijken op zichzelf blijven staan. Het is cruciaal om vanuit de eerste lijn zowel de verbinding te zoeken met het sociale domein en bijvoorbeeld de wijkzorg, als met de tweede lijn als ondersteuners voor passende zorg dichtbij.

Letterlijk voorop gaan lopen

En daar komen de burgerinitiatieven weer om de hoek kijken. Die 'dwingen' de professionele instituties en organisaties immers om het beoogde feestje van de burger niet te verstoren door weg te blijven, maar het juist te komen opluisteren met zo veel mogelijk gasten. En dan zouden deze gasten ook niet alleen aan dat ene tafeltje moeten blijven hangen met de mensen die ze toch al kennen. De grote vraag is misschien wel of dergelijke burgerinitiatieven niet voorbehouden blijven aan dorpen als Austerlitz, waar het gemiddelde opleidingsniveau relatief hoog is en de sociale cohesie groot. Werkt een coöperatie bijvoorbeeld ook in een wijk als Feijenoord in Rotterdam of in het Arnhemse Klarendal? Ik denk het wel. Maar misschien vergt het iets meer moeite om de mensen daar te prikkelen. Bijvoorbeeld door aansprekende figuren in te zetten, zoals een topvoetballer of een andere plaatselijke bekendheid.

En waarom ook niet de huisarts zelf? Tot een jaar of dertig geleden bemoeiden huisartsen zich met van alles en nog wat in hun buurt of dorp. Het waren vaak respectabele personen met een duidelijke voorbeeldfunctie in de lokale gemeenschap. In de loop van de tijd is de huisarts zich steeds meer gaan opsluiten in zijn spreekkamer. Juist als je de verbinding wilt maken, moet je weer zichtbaarder worden en veel meer voorop gaan lopen. Misschien zelfs letterlijk, zoals sommigen inmiddels ook doen: als initiatief-nemer van loopgroepjes met de burgers uit hun eigen buurt.

Aan het college van B&W
t.a.v. de wethouder preventie, zorg en welzijn

Nieuwkoop, om en nabij 1 januari 2015

Geachte wethouder,

Ik schrijf u deze brief rond de veelbesproken datum van 1 januari 2015, de dag waarop wij als lokaal bestuurders een stevige portie extra verantwoordelijkheid rond zorg en ondersteuning krijgen. Om deze transitie is het nodige te doen, vooral over de risico's en valkuilen. In deze brief richt ik mij echter, net als oud-collega Erik Dannenberg in zijn essay in deze publicatie, op de kansen. Juist nu kunnen wij met lokaal beleid resultaten boeken die via landelijke regelgeving eerder niet gerealiseerd konden worden. Na maanden werken aan de technische overgang, is nu het moment aangebroken om inhoudelijk door te pakken. Nú kunnen we kiezen voor betere zorg en ondersteuning dichtbij, aansluitend op de behoeften en wensen van de inwoners van onze dorpen en steden.

Door de decentralisaties van verantwoordelijkheden rond jeugdzorg, maatschappelijke ondersteuning en participatie kunnen gemeenten dwarsverbanden organiseren tussen deze domeinen. Maar als we echt integrale zorg en ondersteuning willen realiseren, hebben wij een belangrijke aanvullende opdracht: het zorgen voor verbindingen tussen eerstelijnszorg, het gemeentelijk domein en de langdurige zorg. Daarvoor moet in de praktijk samenwerking en publiek ondernemerschap tot stand komen, geïnspireerd door zinnig beleid. De afgelopen jaren is al veel geëxperimenteerd met deze verbindingen, onder andere via het ZonMw-programma Op één lijn. Daarop kunnen wij voortbouwen. Ik verkeer in de gelukkige positie dat ik vanuit ZonMw veel van deze projecten heb mogen volgen. Ik doe u vanuit die ervaring graag een paar concrete suggesties.

1) Toon leiderschap

Bij integrale zorg en ondersteuning gaat het uiteraard over structuren, organisatievormen en formele afspraken, zeg maar de 'harde' kant van samenwerken. Maar een belangrijke praktijkles is dat de belangrijkste succesfactor op de 'zachte' kant zit: de cultuur, de kernwaarden van waaruit mensen willen werken. Door juist dat aspect te expliciteren, kunnen we de soms nog enorme cultuurspleet tussen de 'sectoren' en professies overbruggen. Vanuit een duidelijke visie op wat voor u 'gezondheidswinst' betekent én wat daarvoor nodig is, kunt u het gesprek daarover openen. Beperk u daarbij niet tot de partners waarmee u

altijd al samenwerkt, maar durf buiten uw formele verantwoordelijkheden te treden en leg de verbinding met andere spelers. U heeft huisartsen, fysiotherapeuten, andere eerstelijns zorgverleners, welzijnsorganisaties en de GGD nodig, maar bijvoorbeeld ook scholen en woningbouwverenigingen. Zo krijgt u een compleet beeld van de zorg- en ondersteuningsvragen in uw gemeente, én van de mogelijkheden.

2) Initieer samenwerking

Realiseert u zich dat samenwerking vaak niet vanzelf tot stand komt, hoe logisch die ook mag lijken. Niet zelden bestaat er de nodige weerstand, al was het maar vanuit 'professionele eigenwijsheid'. Maar vrijwel steeds blijkt in de praktijk dat professionals het als verrijkend ervaren om samen te werken. Daarvoor is vaak wel een periode van doorzetten nodig, waarin professionals elkaar moeten leren kennen en verstaan. Gebruik uw invloed om mensen bij elkaar te brengen en te houden.

3) Stuur op gezondheidswinst

Een van de grootste ergernissen van cliënten en patiënten is de versnippering in zorg en ondersteuning, waardoor zij zich niet meer als een compleet mens gezien en gekend voelen. Gebrekkige samenhang in de organisatie van zorg maakt het lastig – zo niet onmogelijk – om een passend 'pakket' te realiseren, dat aansluit bij iemands persoonlijke situatie. Een deel van de oplossing ligt dus in de inkoop en aansturing van zorgverlening. Maak in uw beleid de beweging van het 'leveren van productie' naar 'het realiseren van gezondheidswinst'. Beperk de verantwoordingsplicht voor uw zorgpartners op 'harde' cijfers en daag ze vooral uit zich te verantwoorden op hun bijdrage aan de gezondheid en het welzijn van uw bevolking.

4) Stimuleer innovatie

Op vele plekken bedenken creatieve geesten vernieuwingen en verbeteringen. In deze bundel vindt u daarvan treffende voorbeelden. Creatieve geesten hebben ruimte nodig én support. Stimuleer professionals dus om meer te doen dan wat de standaarden en richtlijnen van hun beroep ze voorschrijven. Breng pioniers met elkaar in contact en bied ze ruimte om hun ideeën vorm te geven. Bevorder de zichtbaarheid van goede voorbeelden en breng uw waardering helder over het voetlicht.

5) Betrek de burgers

Uiteindelijk gaat het bij dit alles uiteraard om het belang van de burgers in uw gemeente. Een gesprek over de kernwaarden voor uw beleid kan dus niet zonder hun inbreng. Dat vergt meer dan een inspraakavond, een formeel traject via een Wmo-adviesraad of een enquête onder de bevolking. Het werkt pas echt als burgers een gelijkwaardige gespreks- én onderhandelingspartner worden. Luister dus naar hun signalen. Op steeds meer plekken in Nederland organiseren burgers zich, bijvoorbeeld in zorgcoöperaties. Dé kans voor serieuze co-creatie in uw gezondheidsbeleid!

Ik wens u veel succes bij het verwezenlijken van uw doelen rond een waardevolle en effectieve afstemming van preventie, zorg en welzijn.

Met collegiale groet,

Annette Pietersen

Oud-programmasecretaris Op één lijn – ZonMw

Wethouder Samenleving, Duurzaamheid, Dienstverlening – gemeente Nieuwkoop

Colofon

Titel

Op één lijn

Schetsen voor een betere eerste lijn

Teksten

Marc van Bijsterveldt, Erik Dannenberg, Marten Dooper, Dennis Duiker,
Dick Herfst, Veronique Huijbregts, Robbert Huijsman, Tjitske Lingsma,
Lex Maussart, Pieter van Megchelen, Diana Monissen, Annette Pietersen,
Wilna Wind

Opzet en eindredactie

Marc van Bijsterveldt

Adviezen

Arthur Eyck, Annette Pietersen, Saskia van den Toorn (ZonMw)

Productiebegeleiding

Marja Westra (ZonMw)

Grafisch ontwerp en illustraties

WIM ontwerpers

Fotografie

Jeroen Hofman (landschappen)

Harry Meijer (portretten)

Druk

Graphic Ando

ISBN/EAN 9789057631429

NUR 860

© ZonMw, najaar 2014

Teksten overnemen uit deze publicatie is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

ZonMw stimuleert
gezondheidsonderzoek en
zorginnovatie

Laan van Nieuw Oost-Indië 334
2593 CE Den Haag
Postbus 93245
2509 AE Den Haag
Telefoon 070 349 51 11
Fax 070 349 51 00
info@zonmw.nl
www.zonmw.nl

