# Multidisciplinaire integrale zorg dicht bij huis in een krimpregio

Jolanda Groothuis · Marinka van Dijk · Marcel de Vijlder · Jan Scherpenisse · Jenny Wanders · René van Kruchten · Klaas Steenhuis · Jaap te Velde

**Samenvatting**

Het project 'Multidisciplinaire zorg dicht bij huis in een krimpregio' in de regio Noordoost-Drenthe en Zuidoost-Groningen heeft bijgedragen aan het tot stand komen van multidisciplinaire samenwerking, gericht op community care, preventie en behandeling van veelvoorkomende ziektebeelden. Bevolkingskrimp, vergrijzing en toenemende gezondheidsproblemen in een uitgestrekt, landschappelijk en dunbevolkt gebied zorgen voor een toenemende druk op het zorgaanbod. Huisartspraktijken, thuiszorg, GGZ/Indigo, fysiotherapie en welzijn hebben in vergaande samenwerking integrale zorgpaden ontwikkeld en geïmplementeerd. Vanuit een gezamenlijke visie is een Community Care aanpak gerealiseerd, waarbij preventie en zorg in de leefomgeving van de burger worden aangeboden en gebruik wordt gemaakt van aanwezige hulpbronnen in het eigen netwerk. Het project heeft geleid tot een omslag in denken en doen. Partners in zorg en welzijn hebben elkaar leren kennen, maken beter gebruik van elkaars expertise en ervaren meer werkplezier. Burgers ervaren kortere lijnen en eenduidige communicatie. De eigen regie van de burger en burgerparticipatie worden gestimuleerd. In het project is veel aandacht besteed aan communicatie en persoonlijke ontmoeting, om de gewenste cultuuromslag te realiseren.

## Inleiding

Hoe organiseer je de zorg dicht bij de burgers in een uitgestrekt, landschappelijk en dunbevolkt gebied? Hoe zorg je ervoor dat de zorg, van preventie tot curatie, op een goed niveau blijft in een gebied waar 2,5 keer meer chronische aandoeningen voor-

J. Groothuis (✉) · M. van Dijk · M. de Vijlder · J. Scherpenisse · J. Wanders · R. van Kruchten · K. Steenhuis · J. te Velde
Icare Verpleging en Verzorging,
Meppel, Drenthe, Nederland
e-mail: j.groothuis@icare.nl

*Bijblijven,* DOI: 10.1007/s12414-015-0103-4

© Bohn Stafleu van Loghum 2015

Published online: 24 November 2015

komen ten opzichte van landelijke cijfers? Hoe realiseer je dat kwetsbare groepen in beeld komen én blijven bij een sterk vergrijzende bevolking? En hoe zorg je ervoor dat het aanbod en de organisatie van zorg en welzijn, ondanks deze expliciete problematiek, ook nog betaalbaar blijven?

Het project 'Multidisciplinaire integrale zorg dicht bij huis in een krimpregio' werd in 2012 gestart om antwoord te vinden op deze vragen. Met het project werd een aanzienlijke verbetering gerealiseerd in de samenwerking en communicatie tussen alle betrokken zorgpartijen in de nulde en eerste lijn, gemeenten en burgers. Een breed gedragen visie, de motivatie om met elkaar goede zorg en welzijn te leveren en het respecteren en gebruikmaken van elkaars expertise bleken essentiële succesfactoren te zijn.

> 'Dergelijke problemen los je alleen op met elkaar. In samenwerking tussen burgers/patiënten, de gemeenten en gezondheidswerkers' (Marcel de Vijlder, coördinerend huisarts GC De Monden).

**Probleemanalyse op hoofdpunten**

- In 2030 is het aantal 65-plussers bijna verdubbeld ten opzichte van 2010 [1, 2].
- Vergrijzing zorgt voor toenemende druk op zorg en welzijn, terwijl de krimp in de beroepsbevolking een tekort op de arbeidsmarkt veroorzaakt, zodat niet aan de zorgbehoefte kan worden voldaan [3].
- Er is een tekort aan huisartsen en de spreiding ligt in Drenthe ver onder het landelijk gemiddelde [4].
- Het plattelandskarakter van de regio zorgt voor een lage bevolkingsdichtheid [2].
- In de regio is het percentage mensen met overgewicht 43 % en obesitas 17 % versus respectievelijk 36 % en 12 % landelijk [2].
- De regio van GC De Monden heeft te maken met een zorgvraag van ruim 11.000 patiënten met een hoge prevalentie van chronische ziekten (Huisartsen Informatie Systeem deelnemende praktijken).
- Burgers hebben niet alleen behoefte aan effectieve zorg, maar ook aan continuïteit, eenduidige coördinatie en heldere afspraken [3].

## Aanleiding

De regio Noordoost-Drenthe en Zuidoost-Groningen krijgen de komende jaren met een bevolkingskrimp te maken, waarbij de bevolking bovendien sterk vergrijst. In de regio wonen relatief veel mensen met een lage sociaaleconomische status, die zich kenmerkt door een minder gezonde leefwijze. Zij hebben een slechtere gezondheid, lopen daardoor meer gezondheidsrisico's en hebben een kortere (gezonde) levensverwachting. Bij deze groep is sprake van een hoge prevalentie van chronische ziekten. Naast somatische aandoeningen, komen psychische aandoeningen

veelvuldig voor. De vergrijzing zal dit alles verder versterken. Er is bovendien een structureel tekort aan huisartsen, terwijl tegelijkertijd gemeente en overheid vragen om de zorg dichtbij, maar wel efficiënt en effectief te organiseren.

Tegen die achtergrond besloten drie huisartsenpraktijken, MC Noorderbreedte, MC Valthermond en MC Tweede Exloërmond in 2010 de krachten te bundelen met thuiszorgorganisatie Icare, GGZ Drenthe/Indigo en Fysiotherapie Musselkanaal/BAG Kanaalstreek. 'Gezondheidscentrum De Monden' is het resultaat van die krachtenbundeling. In 2012 trad Welzijnsgroep Andes toe als projectpartner.

Bij alle partijen bestaat de behoefte om preventie, diagnostiek, behandeling en nazorg, ook voor kwetsbare patiënten en ouderen, zo dicht mogelijk bij de gebruikers te organiseren. Dat zou gepaard moeten gaan met goede zorgcoördinatie rondom de patiënt en een goede afstemming tussen de verschillende zorgaanbieders. Dat vraagt om multidisciplinaire samenwerking en in 2012 werd gestart met het project 'Multidisciplinaire integrale zorg dicht bij huis in krimpregio "De Monden"'. Dit project, dat liep van mei 2012 tot en met maart 2014, is onderdeel van het ZonMw-programma 'Op één lijn'.

### Samenwerkende partijen

*Projectgroepleden:*
- Huisartsenpraktijken Valthermond, Tweede Exloërmond en Noorderbreedte
- Fysiotherapie Musselkanaal/BAG Kanaalstreek
- Icare Verpleging en Verzorging
- GGZ Drenthe/Indigo
- Welzijnsgroep Andes/Stichting Sociale Teams Borger-Odoorn

*Klankbordpartners:*
- Zorgbelang Drenthe
- GGD Drenthe
- Gemeente Borger-Odoorn
- Zorgverzekeraar Achmea

## Voorbereidende stappen

De genoemde problematiek van bevolkingskrimp, vergrijzing en toenemende gezondheidsproblemen werd door alle partijen onderkend en gevoeld. Vergaande samenwerking werd als oplossing gezien, maar hoe ziet die er dan uit? Waar willen we naartoe, wat willen we bereiken? Hoe maken we optimaal gebruik van elkaars expertise? De stuurgroep die geformeerd werd, met deelnemers uit alle betrokken partijen, heeft voorafgaand aan het project allereerst een gezamenlijke visie en ambitie geformuleerd. Een belangrijke eerste stap die tijd en energie kost. Dit resulteerde

in een ambitiedocument, gedragen door alle partijen, waarbij concrete samenwerkingsafspraken werden vastgelegd in een convenant. Achteraf kan gesteld worden, dat juist het formuleren van een gezamenlijke visie en het breed uitdragen hiervan een essentiële stap is geweest voor het welslagen van het project.

## Visie en ambities

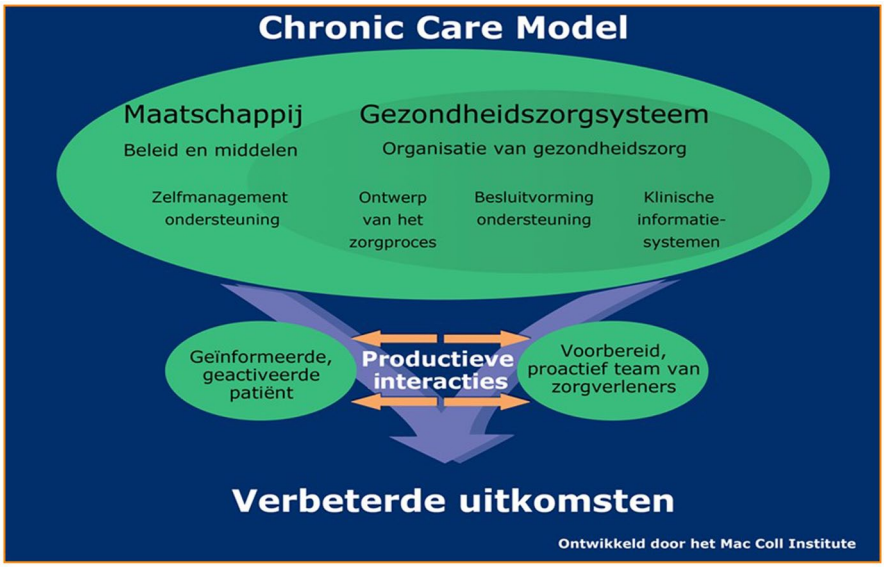
> Gezondheidscentrum De Monden verbindt inwoners, zorgverleners en welzijnswerkers in en rondom Nieuw Buinen, Valthermond en 2e Exloërmond, om met elkaar te werken aan goede zorg en welzijn.

De ambitie van het samenwerkingsverband valt samen te vatten in drie pijlers: eigen kracht, verbinding met alle zorgverleners en verbinding met de gemeenschap, de community.

**Eigen kracht**
We richten ons op de eigen kracht van de patiënt en op de mogelijkheden van steun in de sociale omgeving. Niet de klacht, maar de kracht staat centraal. Er vindt gezamenlijke triage plaats uitgaande van de hulpvraag en er wordt systematisch gescreend op kwetsbaarheid en multiproblematiek. Hulp en zorg worden stepped care aangeboden, algemeen ondersteunend waar dat kan, specialistische zorg waar dat moet.

**Verbinding met alle zorgverleners**
Op basis van bestaande richtlijnen wordt de multidisciplinaire aanpak vastgelegd, waarbij het Chronic Care Model als uitgangspunt dient. De patiënt wordt vanuit zorgpaden multidisciplinair benaderd met een combinatie van medische-somatische zorg en psychosociale zorg. Er wordt gebruikgemaakt van een multidisciplinair behandelplan, dat digitaal geïntegreerd wordt in het Huisartsen Informatie Systeem.

**Verbinding met de community**
Met een wijkgerichte aanpak, Community Care, wordt de informele zorg betrokken bij de zorgpaden. Activiteiten zijn gericht op preventie en vroegsignalering om de eigen regie van inwoners te versterken. Welzijnshulpverleners én vrijwilligers kunnen eventuele problematiek eerder signaleren, waarbij een passende oplossing wordt gezocht, dicht bij de patiënt/burger.




**Figuur 1** Bewegen naar een geïntegreerde eerstelijnszorg.

**Chronic Care model (CCM)**
Het Chronic Care model(CCM) beschrijft de zorgverlening aan chronisch zieken binnen een breed maatschappelijke en beleidsmatige context. Kern van het CCM is een goed geïnformeerde en geactiveerde patiënt die samen met een voorbereid en proactief team de zorgbehoefte inventariseert en de zorg organiseert. Verschil met de huidige zorgaanpak is dat de geboden zorg meer vraaggericht en proactief is, er veel meer nadruk ligt op de coördinatie van zorg en de patiënt benaderd wordt vanuit een maatschappelijke context (Fig. 1).

**Kaiser Permanente Triangle**
De werkwijze waarmee ketenzorg stapsgewijs, stepped care, wordt ingericht is gebaseerd op de Kaiser Permanente Triangle. Vanuit de verschillende ketenpartners wordt gezondheid bevorderd door het aanbieden van een mix van maatregelen en interventies. Preventie, het stimuleren van zelfmanagement en goede zorg staan daarbij centraal. Een generalistische aanpak is de eerste stap: specialistische zorg wordt alleen daar ingezet waar dit nodig is. Bij het concretiseren van de hulpvraag wordt ingeschat in hoeverre de patiënt de regie over gezondheid en ziekte zelf kan voeren.

## Projectdoelstelling en behaalde resultaten

### Doel

Integrale zorg dicht bij huis, gericht op community care, preventie en behandeling van in de regio veelvoorkomende ziektebeelden.

Kijkend vanuit de ambitie van GC De Monden zijn de volgende resultaten behaald.

### Multidisciplinair samenwerken

De integrale zorgpaden en de samenwerkingsafspraken zijn door multidisciplinaire werkgroepen beschreven en geïmplementeerd. Het zorgpad legt verbinding met ondersteunende (welzijns)diensten en activiteiten die in de directe omgeving van mensen worden aangeboden. De zorgpaden zijn opgedeeld in vier fasen: signalering, diagnose, behandeling en controle. In elke fase is beschreven welke ketenpartners erbij betrokken zijn. Er zijn zorgpaden beschreven voor diabetes, COPD, psychische klachten, obesitas en (nazorg)oncologie.

**Voorbeeld zorgpad psychische klachten**
Bij het opsporen en signaleren van psychische klachten, zoals depressie, spelen alle ketenpartners een rol. De medewerkers van de sociale teams, de mantelzorgconsulent en thuiszorgmedewerkers maken daarbij gebruik van een zogenoemd spiekbriefje met mogelijke signalen.

De benodigde zorg wordt per patiënt in kaart gebracht met een screeningsinstrument voor kwetsbaarheid en multiproblematiek, de GFI De Monden (Groningen Frailty Indicator). Het resultaat van deze screening bepaalt hoe het zorgpad doorlopen wordt en welke disciplines ondersteunend kunnen zijn. Een multidisciplinair behandelplan, toegankelijk voor de verschillende disciplines, is ontwikkeld.

Het invoeren van de nieuwe werkwijze volgens multidisciplinaire zorgpaden is een cultuurtraject, waar tijd voor nodig is en ruimte voor ontmoeting. De invoering is gerealiseerd door regelmatig centrale themabijeenkomsten te organiseren en per locatie lunchbijeenkomsten voor alle medewerkers. In de stuurgroep zijn portefeuillehouders verantwoordelijk voor deze bijeenkomsten, om de ingeslagen weg van cultuurverandering te continueren.

Medewerkers constateren een verbeterde samenwerking vanuit een gezamenlijk belang. De samenwerking wordt gemakkelijker wanneer gewerkt wordt vanuit één locatie, zoals in MC Noorderbreedte.

## Verbinden en versterken Community Care

Alle zorgpaden hebben verbinding met de Community Care. De aanpak is gericht op het aanbieden van preventie en zorg in de leefomgeving van de burger en op de aanwezige hulpbronnen. Er is een regionale sociale kaart en preventieve interventies zijn in kaart gebracht of ontwikkeld. Deze middelen zijn ontwikkeld om de zelfredzaamheid van de burger te stimuleren. De nieuwe sociale wijkteams zijn geïntegreerd in het samenwerkingsverband van GC De Monden en worden betrokken bij alle activiteiten en bijeenkomsten. In MC Noorderbreedte is het sociale team op dezelfde locatie gevestigd.

De samenwerking met welzijn en de informele zorg, in combinatie met het gebruik van het screeningsinstrument GFI De Monden, moet ervoor zorgen dat patiënten met chronische klachten en ziekten vroegtijdig worden herkend (case-finding).

Vanuit GC De Monden zijn nieuwe initiatieven ontstaan vanuit de gemeenschap, zoals nieuwe sport- en beweegactiviteiten.

## Patiëntparticipatie en stimuleren zelfredzaamheid

Het stimuleren van de zelfredzaamheid van de burger begint bij de professional. Het vraagt om een andere benaderingswijze. Minder snel zorgoplossingen aandragen, maar de patiënt motiveren zelf de regie te nemen en samen kijken naar de mogelijkheden. In een themabijeenkomst voor alle medewerkers is intensief nagedacht over ‘stimuleren van zelfredzaamheid, hoe doe je dat?’ Daarbij is gekeken welke competenties nodig zijn en op welke manier de organisatie van GC De Monden kan bijdragen. De resultaten en inzichten van deze themabijeenkomst zijn verzameld in een bureaukalender voor medewerkers, om er letterlijk voor te zorgen dat zelfredzaamheid ‘op de agenda’ staat.

> ‘Ik start tegenwoordig met: wat kan ik voor u betekenen?, in plaats van: wat is er aan de hand?’ (citaat van de bureaukalender GC De Monden)

Om de patiëntparticipatie vorm te geven, is een ‘klantenarena’ georganiseerd onder leiding van Zorgbelang. Hieruit blijkt dat patiënten over het algemeen tevreden zijn over de ontvangen zorg en de mogelijkheden voor ondersteuning.

> ‘Heel veel mensen zitten nu bij elkaar en dat is wel makkelijk. Kun je meteen doorlopen!’ (citaat uit verslag klantenarena)

Vanuit GC De Monden wordt deelgenomen aan buurtmarkten en andere informatiebijeenkomsten voor burgers. De zorg wordt zo letterlijk zichtbaar voor de burger, wat bijdraagt aan de bekendheid met de vernieuwde werkwijzen.

**Resultaten**

- geïntegreerde en multidisciplinaire zorgpaden voor COPD, diabetes, psychische klachten, obesitas en (nazorg)oncologie, gebaseerd op het Chronic Care model van Wagner;
- screeningsinstrument voor kwetsbaarheid en multiproblematiek (GFI De Monden);
- multidisciplinair behandelplan, digitaal geïntegreerd in het HIS;
- werkmethoden Community care voor het stimuleren van eigen eigen kracht en zelfredzaamheid; regionale sociale kaart, preventieve interventies, waaronder de leefstijlmethodiek Signs of welbeing;
- aandacht voor stimuleren van zelfredzaamheid; richtlijnen en handvatten gepubliceerd in de bureaukalender;
- samenwerkingsstructuur tussen formele en informele zorg;
- verbinding met het sociale wijkteam;
- vastgelegde werkmethode en verbeterde samenwerking op verschillende locaties;
- sport- en beweegactiviteiten door en voor burgers;
- oprichting Klantenpanel GC De Monden.

## Uitdagingen in de aanpak

De beoogde samenwerking in GC De Monden gaat verder dan bestaande concepten: een gezamenlijke triage, een multidisciplinaire aanpak, uitgaan van de kracht van de patiënt en het stimuleren van Community Care. Samenwerking met zoveel verschillende partijen vraagt om cultuurverandering, een goede overleg- en afstemmingsstructuur, kennisoverdracht en adequate communicatiemiddelen.

De cultuuromslag is waarschijnlijk de grootste uitdaging. Het bouwen en werken vanuit een gezamenlijke visie is een belangrijke succesfactor gebleken. Vertrouwen, gelijkwaardigheid en betrokkenheid zijn gedurende het project op allerlei manieren gestimuleerd, zoals door de regelmatig georganiseerde thema- en lunchbijeenkomsten. Elkaar leren kennen maakt het gemakkelijker om elkaar op te zoeken in de samenwerking. Tijdens de lunchbijeenkomsten op de verschillende locaties is veel gewerkt met casuïstiek. Praktijkvoorbeelden maken duidelijk waar je elkaars expertise nodig hebt. Er is gediscussieerd over de consequenties van de samenwerking, de benodigde competenties en de randvoorwaarden die nodig zijn voor een succesvolle en deskundige samenwerking. De frequentie, de regelmaat, maar ook de interactieve vorm van de bijeenkomsten, hebben geleid tot een gevoel van saamhorigheid en positieve samenwerking.

Een andere uitdaging lag in het coördineren van de integrale zorgpaden. Meerdere partners leveren immers hun bijdrage aan de zorg. Ook hier is het gezamenlijk bepalen van belang geweest. Wiens rol is op welk moment van belang, welke expertise is nodig en wie houdt de regie over het totale verloop? Op basis van verschil-

lende coördinatiemodellen is per zorgpad een casemanager aangesteld. Hiermee wordt momenteel in de praktijk ervaring opgedaan.

Ook het oplossen van vraagstukken op organisatorisch vlak vormde een uitdaging. Welke juridische entiteit wordt gekozen voor het samenwerkingsverband? Zijn er wijzigingen nodig in de financiële structuur en hoe kan de ICT-structuur worden ingericht? Er is nog geen antwoord op alle vraagstukken, maar wel is bepaald aan welke eisen de juridische, financiële en ICT-structuur dienen te voldoen.

Ook de verdere borging en implementatie van de nieuwe werkwijzen zal voor de komende jaren een uitdaging blijven voor GC De Monden

> 'Echte hobbels hebben we eigenlijk niet ervaren. Je merkt dat we allemaal naar hetzelfde doel toewerken. Dat motiveert enorm' (Jolanda Groothuis, projectleider GC De Monden, namens Icare).

## Effecten

Er is hard gewerkt en de lijst van de behaalde resultaten is aanzienlijk. Er kon geen onderzoek gedaan worden naar het effect van de integrale zorgpaden, vanwege de te korte onderzoekstijd en de veelheid aan variabelen. Harde cijfers zijn dus niet te geven. Wel is meegedaan aan het SMOEL-onderzoek (Samenwerking Monitor Op Eén Lijn) en er is een klantenarena gehouden. Wat zijn nu de effecten voor de zorgverlener? En wat levert het op voor de burger/patiënt?

### Zorgverleners: verbeterde samenwerking en meer werkplezier

De onderliggende samenwerkingsafspraken zijn vastgelegd, er zijn bruggen geslagen naar de verschillende disciplines in zorg en welzijn. Iedereen weet wat de bedoeling is en hoe het moet. Door hier gezamenlijk in op te trekken is de betrokkenheid bij de nieuwe werkwijze groot en is ook het commitment om ernaar te handelen zeker aanwezig. Zorgverleners ervaren verbeterde samenwerking, weten elkaar goed te vinden en ervaren meer werkplezier. Werken vanuit eenzelfde locatie bevordert de samenwerking op de werkvloer. Het blijft echter noodzakelijk de nieuwe samenwerking en de ontwikkelde methoden te faciliteren.

> We overleggen regelmatig met elkaar en bespreken dan de patiënt en zijn of haar de situatie.

### Burgers: korte lijnen en een eenduidig verhaal van verschillende disciplines

Het blijkt lastig om van patiënten te horen wat zij vinden van de nieuwe werkwijze. Uit de gehouden klantenarena kan evengoed geconcludeerd worden dat patiënten

redelijk tevreden tot tevreden zijn. De korte lijnen zijn prettig, zeker wanneer alle disciplines in één gebouw zitten. Voor de patiënt blijkt het belangrijk dat de POH voor hen bereikbaar is en op de hoogte is van de persoonlijke situatie. Alhoewel lastig meetbaar, heeft de patiënt voordeel van een benadering vanuit de totale context, waarbij hij/zij één aanspreekpunt heeft. Zorgverleners besteden bewuster aandacht aan gedragsverandering op het gebied van leefstijl. De zorgverlener kan de patiënt gemakkelijk verwijzen naar welzijnsorganisaties of activiteiten, omdat deze goed in kaart zijn gebracht. Het multidisciplinair behandelplan stimuleert de patiënt zelf de regie en verantwoordelijkheid te nemen. Om burgers/patiënten structureel te betrekken bij het beleid van GC De Monden, wordt er een klantenpanel opgezet. Zorgbelang blijft, als patiëntenvertegenwoordiging, participeren in de klankbordgroep van GC De Monden.

### Onverwachte resultaten

Vanuit GC De Monden is, op initiatief van een enthousiaste huisarts, in 2012 de eerste Mond-tot-Mond-loop tussen Valthermond en Tweede Exloërmond gehouden. Een initiatief dat al snel werd uitgebreid met andere beweegactiviteiten. Gesteund door het lokale bedrijfsleven, zijn de activiteiten inmiddels ondergebracht bij de nieuwe stichting Mond2Mond met als missie overgewicht in Drenthe te lijf te gaan.

Ook ‘Sportimpuls; kind en jeugd op gezond gewicht’ is een project dat is ontstaan vanuit GC De Monden en activeert kinderen en hun ouders tot een gezondere leefstijl.

## Lessons learned en aanbevelingen

In een omvangrijk project als dit zijn er altijd lessen te leren. We staan hier vooral stil bij de cruciale succesfactoren en de aspecten die bij de verdere ontwikkelingen of bij de aanpak van andere projecten goede aandacht behoeven.

### Gezamenlijke visie, samen uitdragen

Het bouwen en werken vanuit een gezamenlijke visie wordt door de stuurgroep als belangrijkste succesfactor gezien. De bestaande en toekomstige problematiek in de regio Noordoost-Drenthe en Zuidoost-Groningen dwingt letterlijk tot samenwerking, maar is geen garantie voor succes. Bij het formuleren van de visie stond steeds het belang voor de burger/patiënt centraal, gevolgd door het gemeenschappelijk belang voor de betrokken partners. Ook de aanwezige drive om nieuwe wegen te willen inslaan en het enthousiasme van de project- en stuurgroepleden zijn belangrijk geweest. De ambitieuze visie is breed gedeeld tijdens bijeenkomsten met medewerkers. Ook binnen de stuurgroep is regelmatig teruggekeken, om te zien of

de juiste koers gevolgd werd. Een visie formuleren én uitdragen kost tijd en energie. De investering hierin verdient zich terug door de positieve resultaten.

Het erbij betrekken van de achterban, de betrokken organisaties achter de stuurgroepleden, is ook een aandachtspunt. Met name in de ontwikkelfase is het lastig de grote achterban continu mee te nemen en te informeren.

### Creëren van draagvlak

Om de medewerkers bij het project te betrekken, is er gewerkt met een activiteitenprogramma en zijn kick-off bijeenkomsten, themabijeenkomsten en gezamenlijke lunches georganiseerd. Er is veel aandacht geweest voor kennisoverdracht, over het project, de nieuwe zorgpaden en over elkaars expertise. Er is gekozen voor interactieve en inspirerende vormen, waarbij rollenspellen, discussies en theatervormen zijn ingezet. In open discussies is gesproken over elkaars rol, verantwoordelijkheden en competenties. Casuïstiekbesprekingen maken heel concreet waar kansen liggen voor de samenwerking tussen de verschillende disciplines in de praktijk, zeker bij multiproblemsituaties. Een gestructureerde aanpak om medewerkers erbij te betrekken en te enthousiasmeren heeft voor een goed draagvlak gezorgd.

### Gedegen projectorganisatie en plan van aanpak

Het is natuurlijk een open deur, maar een goed projectplan met duidelijke opdrachtformuleringen voor (sub)werkgroepen, een overlegstructuur, een gedetailleerde activiteitenplanning en het beschrijven van taken en verantwoordelijkheden zijn belangrijke randvoorwaarden. Daarbij horen ook de benodigde financiële middelen en een adequate projectleiding, die faciliterend kan handelen.

### Patiëntparticipatie als aandachtspunt

De structuur voor patiëntparticipatie is gerealiseerd: Zorgbelang is vertegenwoordigd in de klankbordgroep en een klantenpanel is in oprichting. Om het inzicht in de behoeften en ervaringen te verbeteren, zullen andere instrumenten worden ingezet of worden ontwikkeld. Daarbij dient er ruim aandacht te zijn voor het gebruik van eenvoudige taal en een duidelijke vraagstelling. Het opzetten van activiteiten door burgers kan worden gestimuleerd door samen op te trekken met gemeenten en sportclubs.

## Verdere borging en implementatie

Zoals vermeld zijn voor het borgen van de samenwerking een juridische, een ICT-technische en een afdoende financiële structuur nodig. De ICT-structuur is bijna

operationeel met het multidisciplinair behandelplan binnen het HIS en Zorgmail voor berichtenverkeer.

Het is nu zaak voort te bouwen op de successen en het enthousiasme bij de medewerkers vast te houden. De integrale samenwerking dient stevig geborgd te zijn, geïntegreerd in de dagelijkse werkzaamheden. Het stimuleren van zelfredzaamheid verdient nu nog veel aandacht. Hiervoor is extra financiering nodig. De stuurgroep wil onder andere een kwaliteitssysteem volgens Deming ontwikkelen en invoeren. Het cyclische karakter van het PDCA-model (Plan, Do, Check, Act) garandeert dat de kwaliteitsverbetering continu onder de aandacht is. Scholing, instructie en training zijn een onderdeel van het kwaliteitssysteem.

De werkwijze van GC De Monden sluit aan bij de inrichting van sociale wijkteams, die binnen gemeenten is opgepakt. Met een integrale aanpak kunnen verbindingen gelegd worden tussen preventieve, sociale en medische interventies. De stuurgroep wil deze kansen graag benutten. Voor deze activiteiten zijn inmiddels financieringsaanvragen ingediend.

De Huisartsenzorggroep Drenthe (HZD), Icare en de GGZ hebben de intentie het werkmodel van GC De Monden en de ontwikkelde zorgpaden en instrumenten uit te dragen in de overige gemeenten van Drenthe.

Er is al veel belangstelling getoond voor het concept GC De Monden door bijvoorbeeld eerstelijnszorgverleners, gemeenten en zorgverzekeraars. Een bezoek aan het MC Noorderbreedte in Nieuw Buinen, waar de verschillende zorg- en hulpverleners op één locatie zitten, biedt een goed beeld van de uitvoering in de praktijk. Bent u ook geïnteresseerd of wilt u meer informatie over het project, neemt u dan contact op met Jolanda Groothuis (j.groothuis@icare.nl).

## Literatuur

1. Provincie Drenthe (2009).
2. Bevolkingsprognose Drenthe 2009.
3. Onderzoek Leefbaarheid gemeente Borger-Odoorn, Leefbaarheid is mensenwerk (STAMM CMO, 2012).
4. Zorgbelang Drenthe (2011), Een vergezicht nabij, het zorgwinkelcentrum anno 2025.

**J. Groothuis,** projectleider, Icare Verpleging en Verzorging, Meppel, Drenthe.