

# Het inrichten van een regionale eerstelijnsorganisatie

## Voorwoord

Vanuit de werkgroep Hechte Huisartsenzorg is aan Dite Husselman gevraagd haar expertise op het gebied van bestuurlijke juridische kennis en het inrichten van een regionale eerstelijnsorganisatie in relatie tot multidisciplinair samenwerken en regionalisering vast te leggen. Onderstaand artikel is het tweede artikel over dit onderwerp aansluitend op het artikel "Organisatie en bestuur vanuit bestuurlijk juridisch perspectief (juli 2022)". Het artikel geeft een weergave uit het verleden en een blik in de toekomst vanuit mede door Dite Husselman opgedane kennis, onderzoek en haar perspectief. De LHV, NHG en InEen realiseren zich dat het artikel geen allesomvattend beeld van het verleden, geen allesomvattend plan voor de toekomst bevat en kan niet direct gezien worden als een standpunt van Hechte Huisartsenzorg.

LHV, NHG en InEen

juli 2022, Dite Husselman

## Inleiding

Door de invoering van de nieuwe O&I betaaltitels in 2018 én de uitdagingen waar de eerste lijn voor staat, zoals bijvoorbeeld toename van het aantal kwetsbare ouderen, arbeidsmarktproblematiek en digitalisering, zijn de ontwikkelingen op het gebied van regionale- en wijk Samenwerking in de huisartsenzorg in een stroomversnelling gekomen. Afgelopen jaren hebben zorgaanbieders een visie opgeleverd ten aanzien van samenwerking in de wijk en regio. Verzekeraars hebben nieuw specifiek beleid op het gebied van regionale samenwerking ingevoerd, dat ook zijn weerslag heeft op de (door)ontwikkeling van samenwerking in de wijk. Het zorgveld vraagt om minder versnippering en één regionaal aanspreekpunt in de huisartsenzorg. Waar de zorgverlening vaak kleinschalig dicht bij de patiënt geleverd wordt, is grootschaliger ondersteuning op wijk- en regioniveau noodzakelijk en van toegevoegde

waarde om de uitdagingen in een veranderend zorglandschap het hoofd te kunnen bieden.

De beweging naar regionalisering sluit aan bij de lijn die we terugzien in de hoofdlijnenakkoorden en het VWS-consultatiedocument 'Zorg voor de toekomst'. Daarnaast wordt het begrip regionalisering verbonden aan bijvoorbeeld, passende zorg, multidisciplinaire zorg, samenwerken en preventie. Tegelijkertijd hangt regionalisering samen met schaalvergroting, participeren in netwerken, samenwerkingsverbanden en wijkgericht werken. Deze brede interpretatie van het begrip regionalisering maakt dat de vraag naar een optimale inrichting van een regionale eerstelijnsorganisatie niet eenvoudig te beantwoorden is. De eigenheid van het gebied, de historie, de handel en wandel van de beoogde samenwerkingspartners en het inkoopbeleid van de preferente zorgverzekeraar hebben invloed op de mogelijkheden. Duidelijk is dat er geen blauwdruk voor een ideale inrichting bestaat. Wel is denkbaar dat met uitwisseling van ervaringen, mogelijkheden en lessons learned anderen worden geïnspireerd om tot een eigen passende oplossing te komen.

Dit artikel beschrijft de mogelijkheden voor de inrichting van een regionale eerstelijnsorganisatie aan de hand van drie onderzoeksvragen.

1. Hoe ontwikkelen de verhoudingen zich tussen de regionale huisartsenorganisaties en de bestaande gezondheidscentra?
2. Hoe wordt de multidisciplinaire wijkaanpak vormgegeven?
3. Betekent multidisciplinair samenwerken ook multidisciplinair besturen?

# 1. De ontwikkeling van verhoudingen tussen de regionale huisartsenorganisaties en de bestaande gezondheidscentra

In een tijd waarin we afstevnen op een zorglandschap waarin op wijk- en lokaalniveau de multidisciplinaire samenwerking en de verbinding met het sociaal domein tot stand moet komen, is het interessant om regionaal te inventariseren welke activiteiten en organisatievormen hieraan een bijdrage kunnen leveren.

Regionalisering komt op veel plaatsen niet vanzelf tot stand of kan door de bestaande inrichting ook minder urgent zijn. Door de financiële sturing van – steeds meer – zorgverzekeraars zijn meerdere regio's echter in een situatie terecht gekomen waarin de vraag naar de verhouding tussen de regionale huisartsenorganisatie en de bestaande multidisciplinaire gezondheidscentra zeer actueel is. Op een aantal plekken is inmiddels een proces doorlopen en zijn nieuwe regionale samenwerkingsvormen ontstaan. In de ontwikkeling van de diverse regionale huisartsenorganisaties zijn er globaal drie fasen te onderscheiden.

## Het ontstaan van regio-organisaties in drie fases;

Fase 1: In een aantal regio's is de zorggroep stap voor stap in de rol van regio-organisatie gekomen. We hebben het dan vooral over de langer bestaande zorggroepen waar fusies of ontvlechtingen los van de O&I ontwikkelingen plaatsvonden. Denk daarbij bijvoorbeeld aan een fusie tussen de zorggroep en de huisartsenpost in het eigen werkgebied of een ontvlechting van zorggroepen om tot een meer logische geografische regio te komen. Als overheersende argumenten werden efficiëntie, minder bestuurlijke drukte, een duidelijk aanspreekpunt voor de omgeving en groter mandaat naar de zorgverzekeraar aangevoerd. Een voorbeeld is HOOG, waar een clustering en ontvlechting tot drie subregio's leidde. Maar ook Dokterszorg in Friesland, Medrie in Zwolle/Flevoland en zorggroepen in Noord-Holland en Zuid-Limburg hebben in de periode tussen 2011 tot 2015 op een natuurlijke wijze de rol van een monodisciplinaire regio-organisatie opgepakt. De activiteiten waren met name gericht op de acute zorg en de chronische (keten)zorg.

Fase 2: Onder invloed van de O&I-ontwikkelingen gingen meer organisaties, zoals Den Haag en de regio Utrecht, nadenken over hun regionale (her)inrichting en hun rollen en taken. Een aantal regio's

maakte daarbij ook de stap naar integratie van monodisciplinaire regionaal werkende organisaties met multidisciplinaire wijkgerichte organisaties. Dat gebeurde logischerwijs vooral in regio's met veel gezondheidscentra en Geïntegreerde Eerstelijns Zorg (GEZ'en), zoals bijvoorbeeld Unicum en Utrecht Noord-West. Daar waar de situatie complex was gaven zorgverzekeraars partijen een paar jaar de tijd.

Fase 3: Inmiddels zijn we in een derde fase aangeland. Zorgverzekeraars hebben uiteenlopende redenen om meer druk te zetten op regionalisering, zoals een efficiëntere zorginkoop, een voorkoming van dubbele overheadkosten en een sterkere aanspreekbare partij. De norm wordt nu gesteld op een regionale O&I-organisatie. Veel overgangstermijnen zijn daarom ook afgelopen. In grotere steden ontstaan tevens regionale huisartsenorganisaties, waarin mono- en multidisciplinair georiënteerde organisaties, opgaan. Zo zien we nieuwe concentraties ontstaan in Brabant, Amsterdam, Rotterdam en Zeeland ([regiokaart](#)).

## GEZ, OWZ en andere vormen van wiksamenwerkingsverbanden

Gezondheidscentra, met name de zogenaamde GEZ-centra, zien sinds de introductie van de O&I-financiering hun directe financiering verschuiven en deels wegvallen. Dit is mede het gevolg van een kritische beoordeling door verzekeraars van de meerwaarde van activiteiten op wijkniveau. De 49 miljoen die sinds jaar en dag als subsidie en na 2006 als prestatiebekostiging werd verstrekt, is onderdeel van de O&I financiering geworden. Het feit dat veel verzekeraars kiezen voor één kassier van de O&I-middelen leidt tot het opnieuw vaststellen van activiteiten op wijk- en regio niveau, met als gevolg regionale discussies over de herverdeling van (wijkmanagement-)gelden. Zolang er niet meer geïnvesteerd wordt, maar vooral sprake is van een verplaatsing van geld, vormt dit een bedreiging voor het voortbestaan van bestaande centra. De – vaak multidisciplinaire – activiteiten op wijkniveau, waaronder samenwerking met het sociaal domein, dreigen naar de achtergrond te verdwijnen. De waardevolle verdiensten van de multidisciplinaire centra zoals samenwerking, regionale en wijkgerichte zorg en een deugdelijke infrastructuur lijken niet altijd onderkend. Terwijl een recent onderzoek<sup>[1]</sup> heeft aangetoond dat dit type gezondheidscentra zich in de afgelopen vijftig jaar steeds ontpopten als vernieuwers die onder gewijzigde omstandigheden steeds nieuwe vormen krijgen.

In de periode 2006 – 2015 zijn naast de voormalige GEZ-centra in toenemende mate ook andere initiatieven gefinancierd. Voorbeelden van deze initiatieven zijn: de Ondersteuningsteam Wonen en Zorg

(OWZ)-verbanden in de Zilveren Kruis regio's, regio-financiering gekoppeld aan prestaties (Menzis) en de wijksamenwerkingsverbanden in het werkgebied van Zorg en Zekerheid. Afhankelijk van de verzekeraar kunnen deze initiatieven redelijk eigenstandig voortbestaan dan wel moeten ze zich gaan verhouden tot de regio-organisatie.

Voor zowel de regio-organisatie als het gezondheidscentrum of wijksamenwerkingsverband ligt er gezien de O&I en het beleid van zorgverzekeraars een uitdaging om samen te komen tot een nieuw evenwicht tussen regionale- en wijkgerichte activiteiten. In de reeds langer bestaande wijk-samenwerkingsverbanden zijn er veel waardevolle elementen waar de regio haar voordeel mee kan doen. Factoren die daarentegen een proces van de gewenste gezamenlijke regionalisering tussen wijk- en regio-organisaties onder druk hebben gezet zijn:

- De bestaande beeldvorming tussen gezondheidscentra (al dan niet in loondienst) versus de verenigde praktijkhouders in de bestaande zorgorganisaties.
- De gevraagde koppeling tussen multidisciplinair werken en monodisciplinaire financiering.
- De regelrechte bedreiging in het bestaan van de gezondheidscentra door afbouw van de GEZ-financiering.
- De financiële druk bij de multidisciplinaire partners, zoals apothekers en fysiotherapeuten.

In regio's waar de verhouding tussen de gezondheidscentra/wijksamenwerkingsverbanden en de regio-organisatie beter vorm krijgt valt op dat:

- er gezamenlijke gesprekken gaande zijn over de financiële problematiek van de gezondheidscentra. De erkenning van de problematiek door de O&I gefinancierde regio-organisatie zorgt voor de ruimte die nodig is om samen naar een oplossing te zoeken. Eerst wordt het bestaansrecht veiliggesteld, pas dan ontstaat creativiteit voor innovatie;
- de regio-organisatie een gezondheidscentrum als vernieuwer (h)erkent en gebruik maakt van de rol van aanjager in de wijk. Dit is een onderdeel van de regio-strategie;
- activiteiten, organisatie en aansturing worden afgestemd op de ontwikkelfase van de wijk, hetgeen ook van de gezondheidscentra om aanpassingen vraagt. Het gaat dan bijvoorbeeld om een kritische blik naar eigen activiteiten en besteding van middelen.

Met een verwijzing naar de eerdergenoemde onderzoeken is het dus de kunst om de kroonjuwelen (uit de wijk) door te laten groeien (in andere wijken) als parels in de zee. Hieronder volgen twee voorbeelden van regio's.

## Voorbeeld verdeling van middelen in Regio Eemland

Regio Eemland heeft van oudsher (sommigen meer dan 40 jaar oud) multidisciplinaire netwerken waar met name eerstelijns professionals en soms ook thuiszorgorganisaties bij aangesloten zijn. Zo hebben Achterveld, Nijkerk en Vathorst allen een gezondheidscentrum, en hebben Leusden, Soest, Schothorst/de Koppel, Barneveld en Bunschoten een OWZ. Daarnaast bestaan in deze wijken diverse andere vormen van gestructureerde eerstelijns netwerksamenwerkingen, zoals het Breed Overleg Kattenbroek in Amersfoort of de coöperatie 'de Kleine Schans' in Woudenberg. In veel gevallen zijn dit stichtingen met een multidisciplinair bestuur. In Amersfoort zijn wijken soms minder duidelijk begrensd omdat veel eerstelijnszorg praktijken patiënten uit meerdere wijken behandelen.

Bij de Huisartsen Eemland zijn de (verdeling van de) O&I middelen bij het ontwikkelproces van innovatie steeds onderwerp van gesprek. Het resultaat is een verdeling, waarbij een wijk een bepaald basisinfrastructuur-budget nodig heeft om tot resultaten te komen. Dit budget geeft een wijk stabiliteit en ontwikkelkracht. Naast deze basisinfrastructuur is er ruimte (en financiering) voor lokale projecten. Op die manier worden wijken in de gelegenheid gesteld om lokale projecten op te zetten die passen bij hun populatie en/of de interesse van zorgverleners. Dit geeft erkenning voor de autonomie van de wijksamenwerkingsverbanden en het zicht dat zij hebben op de lokale (samenwerkings-)mogelijkheden en draagvlak. Verder doet iedere wijk mee in een regionaal project zoals deze aan de regiotafel (met meerdere zorgverleners) of met de gemeente afgesproken zijn. Een voorbeeld van een project met de gemeente is 'de Gezonde Wijk'. De gemeente Amersfoort investeert vanaf 2014 in de Gezonde Wijk, een integrale aanpak voor alle wijken in Amersfoort. Bij deze aanpak ligt de focus op het verbeteren van de gezondheid van haar inwoners samen met alle partners in de wijk. Door dit initiatief zijn er wijknetwerken ontstaan, die aangesloten zijn bij de Gezonde Wijk. Voor deelname aan projecten wordt de wijk gefaciliteerd door een wijkcoördinator en krijgt men bijvoorbeeld presentiegeld voor aan de overlegtafels.

Deze verdeling betekent overigens niet dat hiermee alle problemen oplost zijn. Veel langer bestaande GEZ-en en OWZ-en zijn gewend aan een veel groter budget en moeten hun uitgavenpatroon aanpassen. Daarnaast hebben sommige wijken in de loop der jaren een eigen

vermogen opgebouwd. Afgesproken is om dit vermogen in vijf jaar af te bouwen waarmee de wijk vooralsnog gelegenheid heeft om eigen projecten te financieren. Desondanks laat dit voorbeeld een manier zien waarop de verdeling van middelen wordt vormgegeven.

### Voorbeeld oplossing van financieel knelpunt in GZC in Noord-Holland

Een gezondheidscentrum in Noord-Holland, met een aanzienlijke GEZ-financiering, heeft de afgelopen drie jaar verschillende taakstellingen gerealiseerd. Vanuit de wetenschap dat de directe financiering van de zorgverzekeraar ten einde komt, werd een begroting opgesteld die uitkomt op een bedrag van rond de € 5 per inwoner. Met dit bedrag zou de basisinfrastructuur, de lopende projecten en de opgebouwde relaties met de gemeenten niet in gevaar komen. Binnen deze begroting was geen plek voor de huidige uren van de praktijk- en centrummanager.

Met de regio-organisatie is nu overeengekomen dat de praktijkmanager in dienst komt van de regio als wijkmanager en vanuit die functie in het centrum en de bijbehorende wijk kan blijven werken. Zo is een model gecreëerd dat ook op andere plekken in de regio op monodisciplinaire huisartspraktijken toegepast kan worden en blijft de opgebouwde kennis en kunde van het gezondheidscentrum intact.

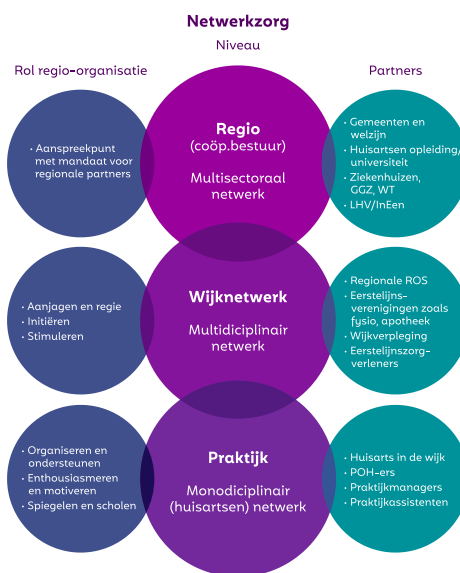
## Tips en tools

1. Organiseer contacten en verbindingen tussen bestaande GEZ-centra en de andere huisartsen(zorg). Zoek verbinding op de inhoud. Voor huisartsen is in veel gevallen niet duidelijk wat wijkmanagement inhoudt en wat het op praktijkniveau oplevert. Belangrijk is hierbij het onderscheid te maken tussen de werkzaamheden van de praktijkmanager en de wijkmanager.
2. Het GEZ zal een andere positie in gaan nemen in de regio. Daarnaast is er een rolverschikking voor de managers of coördinatoren van GEZ-centra bij de transformatie naar een regio-organisatie. Maak dat bespreekbaar, maak gebruik van de expertise in andere wijken en/of op regionaal niveau.
3. Wees helder wat verwacht mag worden van de nieuwe financiering van de voormalige GEZ'en en OWZ'en. Verwacht niet dat organisaties een innovatieve rol kunnen houden als er geen finan-

ciering is. Mocht getwijfeld worden aan de mogelijkheden voor die innovatieve rol, maak dan (nieuwe) resultaatafspraken die met iedere andere wijk ook gemaakt worden.

## 2. Vormgeving van een multidisciplinaire wijkaanpak

Veel regio-organisaties richten de focus op twee niveaus van netwerken: het monodisciplinaire (huisartsen-)netwerk en het regionale niveau waar de samenwerking met onder andere ziekenhuizen, gemeenten en VVT-instellingen zich afspelen. De laatste tijd groeit het besef dat het niveau van de wijk multidisciplinair is, waarin de huisartsen participeren en waar de afspraken van het regionale niveau concreet worden ingevuld. In feite is de wijk het scharnierpunt tussen het multidisciplinaire regionale beleidsniveau en het monodisciplinaire praktijkniveau (zie onderstaande afbeelding). Naast de huisartsenpraktijk zijn hierbij de fysiotherapiepraktijken, apotheken, andere eerstelijnszorgverleners en het sociaal domein vanuit de gemeente bij betrokken. In beleidsmatige termen wordt dit brede samenwerken tussen verschillende disciplines in de zorg en het sociaal domein de "wijkgerichte aanpak" genoemd.



Naast het duiden van deze drie niveaus is er voor de regio-organisatie op elk niveau een andere rol in te vullen. In bovenstaande afbeelding zijn deze rollen per niveau benoemd, maar gezien het verschil in de plaatselijke en regionale situaties is het goed om deze voor de eigen situatie expliciet te maken. Met daarbij ook de vraag of deze rol door de participanten in die netwerken her- en erkend wordt. Over schaal en maat van de diverse niveaus bestaat nog discussie. Hoe groot moet bijvoorbeeld een wijkssamenwerkingsverband zijn? Er zijn wijkssamenwerkingsverbanden die 10.000 - 15.000 inwoners

tellen, maar ook een wijksamenwerkingsverband met ruim 60.000 inwoners is bekend. Kortom, de geografische, historische en sociale context zijn omgevingsfactoren die meetellen in de 'ideale' maat voor de breedte van samenwerken.

## Strategie

Om als monodisciplinair ingerichte regio-organisatie de slag te maken naar meer multidisciplinaire samenwerking of een multidisciplinair ingerichte eerstelijnsorganisatie kan de eerste inzet op het scharnierpunt van verbinden op inhoud tussen het multidisciplinaire regionale beleidsniveau en het monodisciplinaire niveau een gepaste strategie zijn. Het is overigens geen kleinigheid want het vraagt van de regio-organisatie een nieuwe rol en performance én het lef om los te laten. Het beschreven model van de drie niveaus en de bijbehorende rollen kan hierbij behulpzaam zijn

De regio-organisatie als zorggroep voor de chronische zorg is gewend aan het organiseren en ondersteunen, en het enthousiasmeren en motiveren van de aangesloten partijen, met name door te scholen en te spiegelen. Op het wijkniveau wordt een andere rol verwacht en moet er dus geschakeld worden naar het aanjagen, stimuleren, initiëren en regisseren van een multidisciplinair netwerk in een complexe omgeving. De verbreding van de werkzaamheden van de regio-organisatie én de wijksamenwerking vragen andere activiteiten en competenties.

Wijken die al langer als wijksamenwerkingsverband werken, zoals de GEZ-en, de OWZ-en en oudere WSV's, hechten aan de eigen autonomie. Ze hebben de wijkpopulatie in beeld, kennen de samenwerkingspartners goed en betreuren vooral dat de financiering voor een groot deel is weggefallen. Als er vervolgens een gevoel van 'afhankelijkheid' ontstaat naar de, soms monodisciplinair ingerichte, regio-organisatie wordt er snel een gevoel van ongelijkheid gevoeld. Op de vraag wat een wijk in de verhouding met de regio belangrijk vindt, valt vrijwel altijd het woord 'gelijkwaardigheid'. Tegelijkertijd staat de regio-organisatie voor de vraag wat van wijken gevraagd mag worden om bij te dragen aan de regio ontwikkeling, zeker als financiële verplichtingen in het spel zijn.

Veranderkracht komt in zo'n omgeving zelden 'van-zelf' tot stand; het moet aangejaagd en georganiseerd worden. Met een goed inzicht in de eigen positie en eigen rol kan een regio-organisatie een dubbele strategie inzetten:

1. Maak een wijkanalyse om de stand van ontwikkeling in de wijk vast te kunnen stellen. Veel Regionale Ondersteuningsorganisaties kunnen hier behulpzaam bij zijn. Er zijn inmiddels mooie

instrumenten voor ontwikkeld. Neem de tijd om de netwerken te analyseren. Een systematische stakeholdersanalyse geeft vaak inzicht in de verhoudingen binnen een wijk. Maak deze analyses in gezamenlijkheid met anderen, zodat een gedeeld perspectief ontstaat. Betrek lopende activiteiten en initiatieven zoals Krachtige basiszorg en Positieve gezondheid daar dan bij.

2. Bepaal met elkaar de basisactiviteiten waarvoor een basisfinanciering voor wijkmanagement beschikbaar gaat komen. Stel vervolgens een aantal criteria vast die van toepassing kunnen zijn voor 'bovengemiddelde wijk-activiteiten'. In de bovenstaande afbeelding (Excellent) zijn er een paar genoemd, maar maak deze vooral passend in de eigen situatie. Vraag de samenwerkende praktijken een stimulerende rol te spelen in de wijkontwikkeling en samenwerking en faciliteer ze daarvoor.

## Duidelijkheid in samenwerking

Zowel de zakelijke afspraken over financiën en gevraagde resultaten, als de verwachtingen over de relatie tussen regio en wijk, kunnen uitstekend in een samenwerkingsovereenkomst worden vastgelegd. Dit voorkomt onduidelijkheid en frustratie als wederzijdse verwachtingen niet overeen lijken te komen. Bovendien creëer je een heel natuurlijk moment om het met elkaar te hebben over die verwachtingen. In zo'n overeenkomst kan je ook opnemen wat de wijk en de regio van elkaar mogen verwachten op de volgende terreinen:

- Leiderschap in relatie naar de achterban en de inzet van wijkmanagers- of coördinatoren.
- Verantwoordelijkheid en rekenschap: wat is vastgelegd en wanneer wordt wat gerapporteerd?
- Waar en welke autonomie hebben de wijken in hun planvorming?

## Tips en tools

1. Analyseer de eigen omgeving per niveau en breng de huidige en gewenste rol voor de regio-organisatie in kaart.
2. Een bekende wijze van veranderen is klein beginnen, succes boeken en lessons learned verder uitdragen. Een basisregel is dat ieder project op te schalen moet zijn.
3. Start bij de verbinding op inhoud en werk van daaruit toe naar ieders rol en de financiering. Elkaar vinden op inhoud is eenvoudiger. De intentie goede zorg te leveren is een gemeenschappelijke deler.
4. Gebruik maken van peerreviews, wijkpresentaties en wijkprojecten.

Meer inspiratie over [integrale wijkaanpak](#), [wijksamenwerking](#) en [vacature wijkcoördinator](#).

Hoewel samenwerkingsafspraken maatwerk zijn, kunnen er modelovereenkomsten voor ontwikkeld worden. Hieronder worden twee voorbeelden uiteengezet.

### Voorbeeld van HOZL met PLUS-praktijken

Een mooi voorbeeld zien we in Oostelijk Zuid-Limburg. Vijf jaar geleden begon HOZL daar met PLUS-praktijken. Met de keuze voor het concept PLUS-praktijk accepteert de praktijkhouder het hele pakket aan deelname in veranderingen en projecten. Daar staat tegenover dat een PLUS praktijk verzekerd is van organisatieondersteuning en financiering van het extra werk. Het project is vrijwillig, maar niet vrijblijvend. Gezien de samenstelling van de bevolking legt de organisatie de nadruk op het ouderenbeleid. Het eerstelijnspluspunt (anderhalvelijnszorg) en de juist ontwikkelde PLUS-praktijken gaan zich meer richten op ouderen. Positieve gezondheid en zelfregie door patiënten zijn centrale thema's in dit concept. Aan de hand van deze thema's werken de huisartsen, HOZL en CZ aan de huisartsenpraktijk van de toekomst. Een doelmatige, patiëntgerichte en wijkgerichte aanpak moet leiden tot het bieden van de juiste ondersteuning op het juiste moment. Dit bestaat uit: naar het sociale domein als dat kan, en waar zorg nodig is zoveel mogelijk binnen de eerste lijn.

In de beginfase valt op:

- De differentiatie tussen de praktijken, die bij deze aanpak zichtbaar wordt. De ondersteuning moet dus ook maatwerk zijn.
- Op het niveau van de PLUS-praktijken worden ook de patiënten (in gesprekken) betrokken. Dat lijkt in Limburg succesvoller dan gebruik te maken van de regionale patiëntenorganisatie.
- Voor het eerstelijnspluspunt betekent dit dat het verschuiven van zorg (bijv. dermatologie) minder interessant is en een meer duurzamer concept van geïntegreerde zorg als de echte substitutie wordt gezien.

Eind 2020 werd na vijf jaar het project Plus Praktijken afgerond. Het project en de verschillende deelprojecten zijn gedurende de afgelopen vijf jaar gemonitord en geëvalueerd door de Academische Werkplaats Duurzame Zorg van de Universiteit Maastricht. Medio 2020 werden de eerste tussentijdse resultaten van dit onderzoek gepubliceerd. Samenvattend zijn de succesfactoren: vrijwillige deelname, een compleet pakket van veranderingen, ondersteuning op maat en de wetenschappelijke begeleiding.

Inmiddels doen vrijwel alle praktijken mee aan het verandertraject waarvan de werkwijze is ontwikkeld in de pluspraktijken. Het gevolg is dat de als S3 gekwalificeerde route nu collectief gecontracteerd wordt via HOZL. Dat levert voor alle praktijken meer mogelijkheden en financiën op.

## 3. Betekent multidisciplinair samenwerken ook multidisciplinair besturen?

Met de toename van de multidisciplinaire samenwerking ontstaat ook een behoefte aan de borging van deze samenwerking in juridische zin. Dit leidt tot nieuwe vraagstukken bij het inrichten van organisaties en de mogelijkheden van multidisciplinair besturen.

In het verleden hebben zorgverzekeraars geprobeerd om het multidisciplinair besturen af te dwingen, maar dat is niet gelukt. In de meeste gevallen is deze eis stilzwijgend uit de inkoopvoorwaarden verdwenen. Er zijn een paar voorstelbare redenen waarom dit bij de start van de ketenzorg niet lukte:

- De organisatiegraad van fysiotherapeuten, apothekers etc. was minimaal en te weinig geprofessionaliseerd.
- De stakeholders herkenden zich niet in elkaar. Het overleg op inhoud werd overschaduwed door de te maken productie- en financiële afspraken.
- Zorggroepen hebben afgelopen jaren eerst ingezet op verbreding van hun takenpakket (O&I bouwstenen) en versterking van mandaat met de achterban.
- De ketenzorg is min of meer een lineair proces en de samenwerking blijft beperkt tot het (digitaal) overdragen van de patiënt.
- Het besef over de complexiteit bij multimorbiditeit van de patiënt was minder ontwikkeld en integrale zorg nog niet manifest.

### Modellen voor multidisciplinair besturen

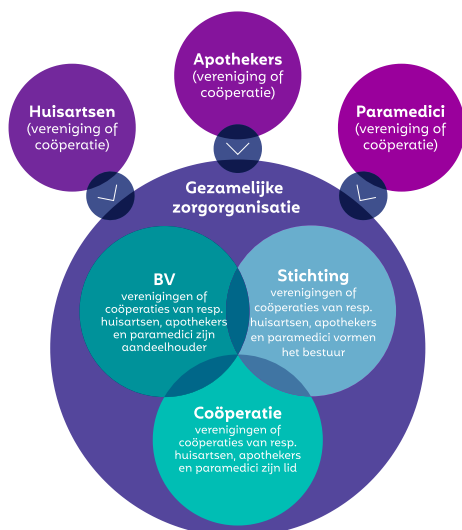
Het meest bekende model voor de regio-organisatie is de coöperatie of vereniging waar de huisartsen lid van zijn en al dan niet via een BV/holding de onderneming aanstuurt. In het artikel [Organisatie en bestuur vanuit bestuurlijk juridisch perspectief](#) is beschreven dat dit ook vraagstukken met zich meebrengt, maar vooralsnog is dit de meest geëigende constructie. De vraag is dan of een individueel lidmaatschap van een vereniging of coöperatie moge-

lijk/acceptabel is voor een multidisciplinaire organisatie.

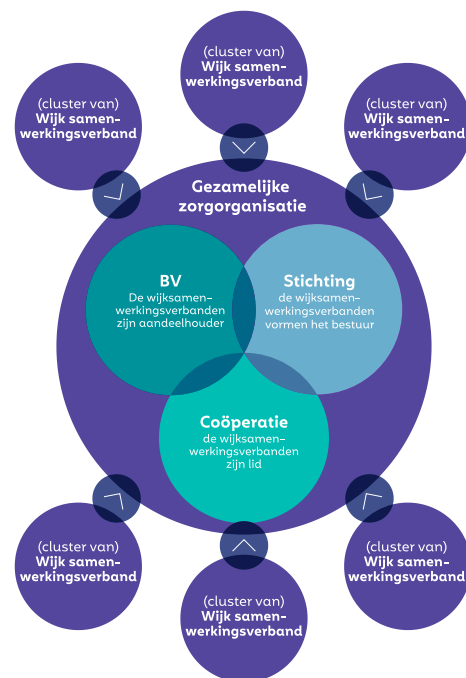
Dit betekent al snel dat er naar andere modellen gekeken moet worden. Inmiddels is hier op een paar plaatsen in het land ervaring mee: Amstelland, omgeving Leiden en Eindhoven. Zeker relevant in dit kader is dat afgelopen jaren de paramedici en de apothekers zich ook in toenemende mate regionaal aan het organiseren zijn.

## Mogelijkheid 1 met twee varianten

De monodisciplinaire beroepsverenigingen van huisartsen, apothekers en fysiotherapeuten (of paramedici) hebben in gezamenlijkheid een multidisciplinaire regio-organisatie. De drie partijen kunnen in gezamenlijkheid vaststellen welke rechtspersoon het best past in de regionale situatie. In de afbeelding zijn de drie mogelijkheden opgenomen. Tussen deze groepen moeten uiteraard de stemverhoudingen, de bezetting van het bestuur etc. worden afgesproken.



Een variant hierop is de mogelijkheid dat de wijksamenwerkingsverbanden een gezamenlijke regio-organisatie oprichten. Ook dan zijn er afspraken nodig over de onderlinge verhoudingen. In veel regio's zijn dergelijke wijksamenwerkingsverbanden nog niet in die mate ontwikkeld dat zij dit voor elkaar kunnen krijgen, maar voor monodisciplinaire organisaties die de slag naar multidisciplinair willen maken, is het wel een mogelijk toekomstperspectief.



## Mogelijkheid 2: terug naar de stichting in twee varianten

### Bestuurlijke structuur

Met verenigingsbestuur als overleg partner van de raad van bestuur



- Professionals zijn als individu lid van de vereniging.
- Binnen de vereniging gelden bepaalde stemverhoudingen.
- De vereniging wordt vertegenwoordigd door een bestuur.
- Te overwegen valt binnen de vereniging met bepaalde 'kamers' per discipline te werken.

Door ervaringen in het verleden is in de huisartsenzorg de stichting als rechtspersoon in een ongunstig daglicht komen te staan. Dit is niet geheel terecht, omdat een stichting, juist vanwege de ruimte die de wet biedt, ook een heel bruikbaar rechtspersoon kan zijn. Temeer nu blijkt dat ook de holdingstructuur nadelen kent, zoals de verwarring over de rolverdelingen, met alle gevolgen van dien.

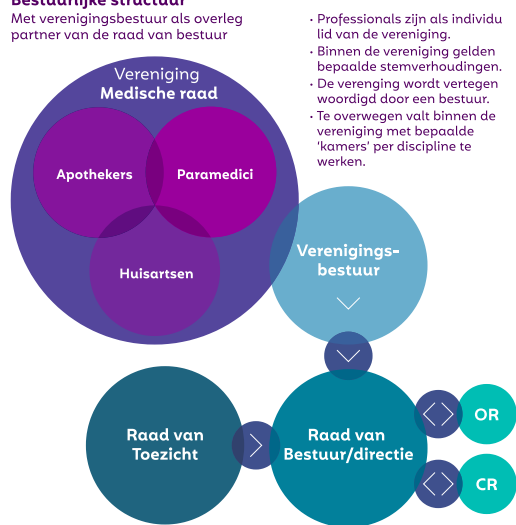
Het grootste bezwaar dat huisartsen en andere zorgverleners hebben tegen een stichting is het mogelijk ontbreken van zeggenschap. Het klopt dat huisartsen in een stichting geen ultieme machtspositie hebben zoals leden dat hebben in een ALV bij een coöperatie of vereniging of als aandeelhouder in een holding. Daar staat tegenover dat in een stichting veel van deze zeggenschapsrechten in de statuten te borgen zijn, terwijl de onderlinge rollen veel duidelijker zijn. Bovendien zien we dat huisartsen in de

monodisciplinaire structuur niet of nauwelijks gebruik maken van deze machtspositie. Juist omdat die macht uitgeoefend moet worden door een collectief (de ledenvergadering) is dit tegelijkertijd een zwakte. Anderzijds blijkt in de praktijk dat de mogelijkheid van correctie door de ledenraad bestuurders alert houdt op goede afweging van belangen bij besluitvorming.

## Suggestie voor de inrichting van een medische raad

De invloed, advies en zeggenschap van leden is vast te leggen in een (multidisciplinair) medische raad waar aanvullende afspraken mee gemaakt worden. Als deze raad goed functioneert is dit een belangrijke factor in beleid en besluitvorming<sup>[2]</sup>.

**Bestuurlijke structuur**  
Met verenigingsbestuur als overleg partner van de raad van bestuur



**Bestuurlijke structuur**  
Met een medische raad van vertegenwoordigers



Het doel van een medische raad is de invloed en zeggenschap van de medische professionals te borgen. Daartoe dient de medische raad bevoegdheden te hebben, bijvoorbeeld in de vorm van goedkeuringsrechten. Dat is minder vergaand als het vaststellingsrecht van een aandeelhouder, maar noopt de raad van bestuur/directie om uiterst serieus om te gaan met de medische raad. Daar-

naast is het van belang dat hun positie wordt vastgelegd bij bijvoorbeeld het werven en selecteren van de raad van bestuur en toezicht. Bovendien is het aan de raad van toezicht, de medisch raad te betrekken bij de (jaarlijkse) beoordeling van de raad van bestuur/directie.

## Voorbeeld: Amstelland en regio Leiden

In de regio Amstelland is door de preferente zorgverzekeraar jarenlang ingezet op multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. Op een klein deel na zijn vrijwel alle huisartsen, apothekers en een deel van de fysiotherapeuten aangesloten bij een wijksamenwerkingsverband. Vanuit deze startsituatie werd gewerkt aan een multidisciplinaire regio-organisatie (2018).

Besloten werd om dit vanuit de inhoud te benaderen in een werkgroep waarin alle wijksamenwerkingsverbanden vertegenwoordigd zijn. Na een succesvol verloop waarin het onderling vertrouwen toenam, ontstond de vraag of de zeggenschap via het wijksamenwerkingsverband of via de beroepsgroepenverenigingen georganiseerd moest worden. Het resultaat is dat het bestuur van de stichting bestaat uit vertegenwoordigers van de drie beroepsgroepen. Bovendien bestaat er een deelnemersraad waarin de WSV's zijn opgenomen met goedkeuringsrechten op het voorgestelde beleid. De deelnemersraad kan eenvoudig uitgebreid worden met andere participanten.

### Het kan ook anders.

Dit is echter niet de enige oplossing. In die fase kan dit een haalbaar model zijn, maar voorspelbaar is dat met de voortgang in de tijd daar nog wijzigingen in aangebracht worden. Voortschrijdend inzicht en kritisch blijven over de werking van het gekozen model geldt ook hier.

In de regio-organisatie in wording in de omgeving van Leiden zijn de posities anders ingevuld. Daar zijn de wijksamenwerkingsverbanden de leden van de beoogde coöperatie en vormen zij de ALV, terwijl de beroepsverenigingen van huisartsen, fysiotherapie en andere paramedici en apothekers de medische raad gaan vormen met adviesrechten.



## Tips en tools

1. Houdt zeggenschap en invloed binnen het bedrijf buiten de belangensfeer. Deze belangen horen in de beroepsverenigingen thuis.
2. Begin met de (multidisciplinaire) inhoud.
3. Stel van tevoren het beoogde doel vast: multidisciplinair samenwerken of multidisciplinair besturen?

## VOETNOTEN

[1] De kroonjuwelen van het gezondheidscentrum, Gouden formules voor de toekomst van de eerste lijn, JvEi en SSFG, op te vragen bij Ineen (?) p. 31-35

[2] De hier gebruikte werknaam als medische raad kan ook andere titels dragen. Denk aan deelnemersraad, participatieraad of (vul maar in). Het begrip adviesraad is minder toepasselijk omdat het voor de hand ligt de raad wat meer bevoegdheden te geven dan alleen een adviespositie.

EEN GEZAMENLIJK  
INITIATIEF VAN



lhv

nhg

ineen

Meer info: [info@hechthuisartsenzorg.nl](mailto:info@hechthuisartsenzorg.nl)  
of richt u tot LHV, NHG en InEen. [Disclaimer](#)