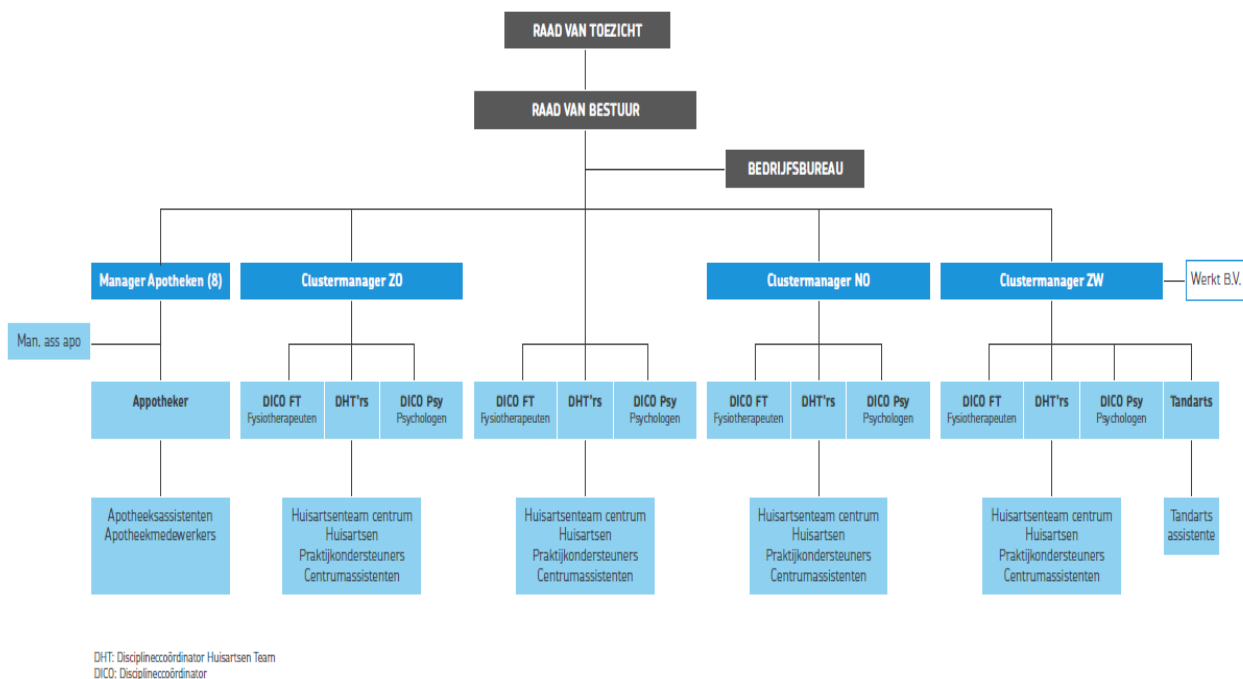


A. Een stichting als koepel van gezondheidscentra



STRUCTUUR

Aard van de organisatie

De organisatie is te typeren als een koepel van elf gezondheidscentra met eerstelijnszorgaanbieders in loondienst. De organisatie kent een lange historie (1982) en een derde van de plaatselijke bevolking is ingeschreven bij een van de centra (70.000 patiënten).

De organisatie heeft 340 medewerkers. De discipline huisartsen is het grootste met 120 medewerkers (40 à 50 huisartsen, POH-ers somatiek, GGZ, jeugd, twee verpleegkundig specialisten en centrumassistenten) Er zijn acht apotheken, 33 fysiotherapeuten en tien eerstelijnspsychologen.

Statuten

De organisatie is een stichting. De huidige statuten dateren uit 2008. De statutaire doelstelling is het bieden van geïntegreerde eerstelijns zorg van kwalitatief hoog niveau én kennis en middelen ten goede te laten komen aan goede geïntegreerde zorg in het algemeen. Volgens de statuten kent de stichting een bestuur van een of meer leden en een raad van toezicht. De raad van toezicht bepaalt het aantal bestuurders. De raad van toezicht bestaat zelf uit een aantal leden van minimaal 5 en maximaal 7 leden. Het benoemen van toezichthouders is voorbehouden aan de raad van toezicht zelf. In deze statuten krijgen de cliëntenraad en de ondernemingsraad de mogelijkheid om een bindende voordracht te doen. Als zij hier geen gebruik van maken kan ook de raad van bestuur een persoon aanbevelen.

De goedkeuringrechten van de raad van toezicht komen vrijwel overeen met de governance code (code 2010, art 4.2; code 2017: art. 5.2.2) maar kent drie extra bepalingen die moeten worden voorgelegd: 1) het oprichten van een nieuw gezondheidscentrum, 2) het oprichten en statuten van

een nieuwe rechtspersoon en 3) ingrijpende wijzigingen in de management of organisatiestructuur. Verder verwijzen de statuten naar de bepalende wetgeving (resp. WOR en WMCZ) voor het instellen van een ondernemingsraad en een cliëntenraad.

Reglementen RvB/RvT

Naast de statuten zijn er voor de raad van bestuur en voor de raad van toezicht aanvullende reglementen. Het zijn in feite nadere uitwerkingen van de statuten. Voor de toezichthouders is het een praktische handleiding voor de eigen werkzaamheden (instrumentarium vergaderwijze, informatievoorziening) maar het reglement geeft ook de visie op toezicht weer en sluit daarmee aan bij de governance code 2017 (o.a. in doel en aard van toezicht, omgang tussen bestuur en toezicht, een vereiste profielmix van de toezichthouder). De benoemingsprocedure (incl. werving, selectie voordracht) is minder uitgebreid beschreven.

Het bestuursreglement wordt vastgesteld door het bestuur en goedgekeurd door de raad van toezicht. In dit reglement staat dat de raad van bestuur uit twee leden bestaat en dat een van de leden een achtergrond of opleiding in een professionele zorgdiscipline heeft. Dit duale bestuur werkt als een collegiaal team waarbij de voorzitter wat meer verantwoordelijkheden heeft voor bestuurlijke processen zoals het onderhouden van de communicatie met de voorzitter van toezicht en de externe representatie. Het beheersen van risico's, de financiering en de aandacht voor de totstandkoming van de zorg en de deskundigheid van de professionals wordt expliciet genoemd als een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Het reglement van het bestuur is in 2012 bij het aantreden van het eerste duale bestuur opgesteld. In de bijlage is de portefeuillevverdeling tussen de twee leden opgenomen. Samenhangend met veranderingen in de samenstelling van de raad van bestuur is deze geactualiseerd in september 2017 en deze wordt regelmatig geëvalueerd.

Interne organisatie

De interne sturing van de organisatie is te kenschetsen als een soort dubbele matrix. Deze structuur hangt samen met de meerjarenstrategie (2016-2018) en is voortgekomen uit de behoefte om professionals binnen de organisatie meer in the lead te krijgen / meer verantwoordelijkheden te geven. De dagelijkse leiding van een centrum is in handen van een clustermanager, binnen elk centrum heeft een huisarts de verantwoordelijkheid voor de aansturing van alle mensen die werken binnen de discipline huisartsen (Disciplinevoorzitter Huisartsenteam / DHT-er). Elke clustermanager geeft leiding aan een cluster van 2 à 3 centra. Daarnaast is er een manager apotheken die de vijf apotheken en drie medipunten aanstuurt. De centra worden ondersteund door het bedrijfsbureau. Bovendien zijn de professionals per discipline georganiseerd en stemmen in een disciplineoverleg gezamenlijke zaken af.

Door de dubbele matrix zijn er meerdere overlegplatforms:

- 1 het managementteam met bestuurders, kernstaf, clustermanagers en manager apotheken (bijv. over jaarplan, begroting e.d.);
- 2 een beleidsoverleg waarin iedere discipline en alle managers/leidinggevenden/coördinatoren zijn vertegenwoordigd onder voorzitterschap van de voorzitter van de raad van bestuur;
- 3 het Professioneel Overleg waaraan alle disciplinevoorzitters deelnemen, onder voorzitterschap van het lid Raad van Bestuur (tevens huisarts);
- 4 een aantal bilaterale overleggen tussen bestuur en managers / discipline voorzitters. Verder zijn er binnen de disciplines functionele en hiërarchische overleggen op centrum- en op organisatieniveau (bijvoorbeeld van de POH-ers, of de centrumassistenten).

Ieder centrum heeft een patiëntenklankbordgroep, waarvan een afgevaardigde in de cliëntenraad zit. De cliëntenraad voert regelmatig overleg met het bestuur.

ACTOREN

Toeziqhthouders

Samenstelling

Zoals veel gezondheidscentra heeft deze organisatie al vanaf begin van deze eeuw een raad van toezicht. Door een aantal wijzigingen in 2016 heeft de raad van toezicht momenteel zes leden. De leden beschikken over bestuurlijke ervaring en/of hebben specifieke expertise op het gebied van financiën, bedrijfsvoering, communicatie of (kwaliteit en veiligheid van) zorg. De leden hebben relatief veel verbinding met de gezondheidszorg, hetzij als (oorspronkelijk) inhoudelijke professionals, hetzij door hun werkzaamheden in het zorgveld. Hoewel een objectief kritische houding het belangrijkste blijft noemt de voorzitter deze binding van meerwaarde. Door de binding met de zorg hebben die toezichthouders ook oog voor de complexiteit van de inhoudelijke praktijk en de meer zachte factoren van de zorg. Een grotere diversiteit van leden met andere culturele achtergronden of een explicieter patiënten-perspectief zou toegejuicht worden, maar het werven van leden met dergelijke achtergronden blijkt in de praktijk een lastige zaak.

Visie op toezicht en taakopvatting.

De geïnterviewde toezichthouder licht zijn visie op toezicht en zijn taakopvatting toe.

Een raad van toezicht functioneert vooral ook als groep waarbij groepsdynamiek zowel in positieve zin als in negatieve zin in de gaten moet worden gehouden. Door de NvTZ wordt daar nadrukkelijk aandacht voor gevraagd.¹ Dit is een belangrijke taak voor de voorzitter. Daarnaast behoort iedere toezichthouder natuurlijk vanuit haar/zijn aandachtsgebied zijn werk positief kritisch te doen. Maar daarnaast ook alert te zijn op zaken die niet passen binnen de norm of ethiek van de organisatie. Dat begint in de raad van toezicht. Die heeft immers ook een voorbeeldfunctie. Dat geldt bijvoorbeeld ook als er sprake is van een minder functionerende lid. Het negeren van een kritische houding naar elkaar toe en disfunctioneren in de raad gedogen kan op den duur negatief effect hebben op de hele organisatie. Tegelijkertijd moeten toezicht houden niet groter gemaakt worden dan het is. Die neiging bestaat op dit ogenblik wel.

Een primaire basistaak voor toezichthouders is het aannemen en vervolgens kritisch volgen en ondersteunen van de bestuurders. Een toezichthouder is niet de bestuurder en moet dus niet zelf gaan regelen of doen (niet op elkaars stoel gaan zitten). Evenwel, bij een bestuurswissel mag van de voorzitter van de raad wel een zeer actieve rol verwacht worden. Zowel in gesprekken met de zittende bestuurder, het inschakelen andere gremia zoals OR, als bij opstellen van de profielschets en de communicatie. Bij een tweehoofdige raad van bestuur is een uitstekende match tussen de twee bestuurders een voorwaarde. Daar zijn de toezichthouders bij een benoeming verantwoordelijk voor. Een actief inschakelen van de zittende bestuurder in de procedure is dan ook passend. In verhoudingen tussen bestuurlijke organen is er enerzijds sprake van heldere grenzen stellen aan de diverse posities en rollen en daar ook indien nodig consequenties aan verbinden. Anderzijds is het geven ruimte nodig om de creativiteit te stimuleren. Het is van belang dit soort hiërarchisch posities ten opzicht van elkaar te (h)erkennen. Dit geldt voor de verhouding tussen toezicht en bestuur, tussen bestuur en organisatie en tussen de toezichthouders onderling.

In de wederzijdse relatie zijn zeer regelmatige contacten en een open communicatie tussen de voorzitter van bestuur en die van de raad van toezicht van essentieel belang. In zo'n transparante

¹ brochure 'De vrijblijvendheid voorbij'.

context is het 'kritisch vragen stellen aan de bestuurder' als toezichhoudende taak dan ook niet bedreigend, maar helpt partijen juist verder.

De voorzitter formuleert het houden van toezicht als 'in dialoog zijn', waarbij de trefwoorden vertrouwen, respect en waardering zijn. Verder moeten toezichhouder en bestuurder het maatschappelijk belang van de organisatie -en dat is goede zorg, de patiënt- voorop stellen en herstellen wat buiten de morele kaders valt. Met zo'n taakopvatting, mores en werkhouding is het, behoudens informatieve werkbezoeken, niet doenlijk en ook niet altijd nodig om zelf nadrukkelijk de organisatie in te gaan, ook gezien het Nederlandse two-tier systeem. Met genoemde basisprincipes blijft de lijn naar de werkvloer vanzelf open, aldus de voorzitter.

Bestuur

De drie respondenten beoordelen een tweehoofdige duaal bestuur positief met de argumenten:

- Met meerdere perspectieven binnen het bestuur ontstaat een onderlinge dialoog.
- Het zorginhoudelijke perspectief wordt direct meegenomen in het bestuursbeleid.
- Een bedrijfsmatige kennis is nodig omdat de meeste artsen dat missen.
- Bestuurders zijn complementair aan elkaar.
- Een professional heeft natuurlijke connectie naar de medische professionals.
- Om te sturen is draagvlak en vertrouwen van medici onontbeerlijk.

Verder wordt het feit dat de huidige medische bestuurder uit de eigen organisatie afkomstig is (en nog werkt) als extra meerwaarde gezien. Verder merkt de geïnterviewde huisarts op dat de medische bestuurder niet perse een huisarts hoeft te zijn. Essentieel is dat de medisch inhoud op bestuursniveau aanwezig is en dat huisartsen daar vertrouwen in hebben.

Visie op sturing en bestuursstijl.

De geïnterviewde bestuurder licht de visie op besturen en de taakopvatting toe.

Door de operationele druk van het primaire proces (patiëntenzorg) hebben professional en management veel aandacht voor de WAT (gaan we doen-vraag), waardoor ze in het hier en nu acteren. Van bestuurders -ook in de onderlinge afstemming- mag verwacht worden dat ze overzien, afstand kunnen nemen en naar de langere termijn kijken.

Zo'n houding wordt gestimuleerd door de contacten met de raad van toezicht waar visie, strategie en het ontwikkelen van scenario's op de agenda staan. Overleg op dat niveau dwingt ook tot het besteden van aandacht aan de vraag: HOE krijgen we ons beleid voor elkaar? Deze HOE vraag wil de bestuurder meer ingebed in de organisatie zien.

Het is aan het bestuur om risico's te overzien en te beheersen. Dit wordt eenvoudiger als er een organisatie-breed denken in ketenafhankelijke werkprocessen ontstaat. Bovendien zijn er dan minder hersteloperaties nodig, is het beleid minder ad hoc en de dynamiek minder operationeel. Dan ontstaat ruimte voor het inzetten van veranderingsprocessen. Vanuit het bestuurlijke perspectief is verandering nodig vanwege de omgevingsfactor 'met minder middelen goede zorg' Verder noemt de bestuurder de noodzakelijke tijd en ruimte voor afstemming tussen de twee bestuurders, een gezamenlijk voorbereiden op de bestuurlijke taken, het onderhouden van de connectie met de professionals door deze fysiek op te zoeken, en het bedrijfsbureau als ondersteunend en adviserend te positioneren. De sturing per discipline of een integraal inrichten blijft vooralsnog een bestuurlijk vraagstuk.

Professionals/huisartsen

De voorzitter DHT (huisarts) licht de positie van de professionals toe.² Zij ziet haar eigen functie als verbinder binnen de organisatie om de uitwisseling en verbinding tussen de verschillende groepen

² DHT staat voor Discipline Huisartsen Team. De dagelijkse leiding van een centrum is in handen van een huisarts, die DHT-er wordt genoemd.

binnen de discipline en de verschillende centra te bevorderen ('de boel bij elkaar te houden'). Er zijn geen harde resultaten aan deze functie gekoppeld. Zij fungeert als voorzitter in het DHT-overleg (= bijeenkomst van de DHT-ers van de centra). Op zo'n DHT agenda staan bijvoorbeeld de meerjarenstrategie en het jaarplan. Daarnaast wordt er aandacht besteed aan klachten en calamiteiten of uitvoeringszaken. Een beproefde werkwijze is een nieuwe ontwikkeling in 1 à 2 centra uitproberen en na een beoordeling in het DHT opschalen naar de hele organisatie. Als totale groep komt de discipline niet bij elkaar en als huisartsendeel ook zelden. Vanwege de grote omvang en belang van de discipline zit de voorzitter DHT ook in het managementteam. Dit wordt jaarlijks geëvalueerd, onder andere omdat het een uitzondering is op de organisatiestructuur.

Voor de functie van DHT-er is geen duidelijk profiel (er is wel een functieomschrijving). Bij de start (2012) is een startscholing aangeboden. Nu zijn er 2 maal per jaar thematische scholingen over een managementonderwerp en bestaat er coaching on the job.

Volgens de voorzitter DHT is het belangrijkste dat een DHT-er de kunst verstaat om bij de achterban goed te verwoorden welke richting het opgaat en welke keuzen gemaakt zijn. Hij/zij moet zich achter het beleid van de organisatie scharen, als een eigen mening en niet als een opgedragen boodschap. In feite gaat het om vaardigheid en daar wordt eigenlijk nog weinig op getraind. Het sturen van poh's en praktijkassistenten gaat redelijk, maar de aansturing van collega's wordt door de DHT-ers als lastig ervaren. Bijv. bij vraagstukken rond productie of een gewenste ombuiging van een bepaald gedrag. Deels voelt de DHT zich ook belangenbehartiger maar voor zaken betreffende de CAO en salariering is duidelijk dat de DHT-er geen vertegenwoordiger is. De voorzitter betreurt het dat er sinds enige tijd voor twee centra geen DHT-ers beschikbaar zijn.

In de beleving van de huisarts is het eigen centrum de meest logische eenheid. Het besef om bij een grote organisatie te behoren is er wel, maar in het dagelijks werk denkt en doet de arts heel autonoom. Bij ontevreden of onbegrip over bepaalde maatregelen zullen zij zich wenden tot de DHT van het centrum en niet bij de voorzitter van de discipline. Bij huisartsen ontbreekt nog te veel het besef over de effecten van hun handelen voor de organisatie. Bijvoorbeeld bij het al dan niet intern doorverwijzen, inschrijving bij eigen apotheek of chronisch patiënten niet includeren in ketens hetgeen financieel vaak handiger is. Dit komt voor het grootste deel door onwetendheid of desinteresse in de financiën en misschien worden dergelijke beslissingen toch als deel van de eigen autonomie gezien.

THEMA'S

Door alle respondenten werd de interne sturing en/of de regionale samenwerking als actuele thema's naar voren gebracht.

Interne sturing

De dubbele matrixstructuur was vijf jaar geleden het gevolg van de toenmalige meerjarenstrategie. In de aanloop naar een nieuwe meerjarenstrategie (2019-2023) past dan ook een evaluatie van de huidige interne structuur. Door de respondenten wordt unaniem gesteld dat de organisatiewijziging met het duale bestuur en de matrix veel heeft opgeleverd. Vrijwel alle medewerkers beseffen beter dat hun centrum onderdeel is van groter geheel. Het is meer één organisatie geworden met een organisatie accreditatie (ISO voor de Zorg) en een gezamenlijke uitstraling.

De dubbele matrixstructuur kent ook een nadelen. Genoemd worden de vele overlegplatforms die zijn ontstaan en de onduidelijkheid wie wat doet en waar over gaat.

Een tweede probleem is ook dat er inmiddels voor twee centra geen DHT-er gevonden kunnen worden. De voorzitter DHT geeft aan dat het oude model van centrummanagers daarmee weer in beeld zou kunnen komen, maar dat besef leeft niet binnen de beroepsgroep huisartsen. Het niet kunnen vervullen van een vacature DHT wordt als probleem van het centrum/clustermanager gezien, niet als probleem van de beroepsgroep.

De rol van de leidinggevende huisarts is ook onderdeel van de komende evaluatie. In meer of mindere mate signaleren de bestuurder en geïnterviewde huisarts dat de leidinggevende arts last hebben van de -op zich niet te verenigen- rol van 'belangenbehartiger'. Deze 'groepsverbondenheid' kent krachtige kanten, maar botst ook met de rol van sturen. Mogelijk dat hier in de ontwikkeling/coaching te weinig aandacht voor is, waardoor de huisarts zich onvoldoende competent voelt om collegae aan te sturen. Het thema 'belangenbehartiging' lijkt bij huisartsen meer te spelen dan bij de andere disciplines. Dit zou verklaard kunnen worden door de spilfunctie in economisch (omzet) en zorginhoudelijke (verwijsfunctie) zin en de omvang van de discipline huisartsen.

Regionale samenwerking

Vanuit het bestuur

Ook de externe dynamiek vraagt om een nieuwe meerjarenstrategie. Voor het bestuur is de regionale samenwerking daarbij een thema. Wil de eerste lijn, en deze organisatie, zijn positie behouden is een heroriëntatie in de regio noodzakelijk. In toenemende mate richten ziekenhuizen zich direct tot de patiënt, is het digitaliseren van zorg noodzakelijk en staat wijkgericht werken hoog op de agenda. Het bestuur hecht aan de intensivering van samenwerking met twee andere regionale huisartsenorganisaties. Bestuurders oriënteren zich op dit type voorbeelden in het land. In de regio is de organisatie een grote speler omdat ze een breed pallet aan (dag)zorg levert dan de samenwerkingspartners. Respondenten ervaren dit als een grote verantwoordelijkheid in het positioneren van de eerste lijn.

De bestuurder geeft aan dat de samenwerking op inhoud inmiddels vorm heeft. Er zijn regelmatig visiedagen en specifiek overleggen tussen bedrijfsmatige en medische directeuren. Door de samenwerking wordt nu naar stakeholders met 'één stem' gesproken en op diverse thema's en zorgprogramma's vertegenwoordigen de partijen elkaar, uiteraard binnen de grenzen van de wettelijke mogelijkheden van bijvoorbeeld mededinging. Professionals (o.a. kaderartsen) worden onderling uitgewisseld.

Partijen hebben zich nu voorgenomen de mogelijkheid van een shared services te onderzoeken, zorgprogramma's verder te ontwikkelen/continueren/verdelen, de samenwerking met het ziekenhuizen toekomstgericht vorm te geven, met de zorgverzekeraars tot een gezamenlijke regioagenda te komen en de O&I uit te werken en elkaar daarbij te vertegenwoordigen bijvoorbeeld op wijkniveau.

Verdergaande samenwerking vraagt in de toekomst ook om afspraken over governance. Op dit moment is het een kwestie van onderlinge afspraken.

Vanuit de professionals /huisartsen

Voor huisartsen is de samenwerking een natuurlijk gegeven. De verbinding tussen huisartsen in de regio is er altijd geweest, ook in de fase van een bestuurlijke afstand tussen de organisaties. Huisartsen blijven elkaar via de professionele lijn ontmoeten en werken samen op de huisartsenpost. Ze vinden elkaar altijd op inhoud. Zo wordt een GGZ programma ontwikkeld door een kaderarts van een samenwerkingspartner als vanzelfsprekend geaccepteerd, aldus de huisarts-respondent.

Vanuit het toezicht

In een eerste fase van intenties voor eventuele regionale samenwerking hebben de voorzitters van de raden van toezicht elkaar een keer ontmoet. De voorzitter van de raad van toezicht verwacht intensief geïnformeerd te blijven zodat op een juist moment vervolcontacten gemaakt kunnen worden. Vanuit een breder perspectief kritische vragen kunnen stellen bij een samenwerkingsformat is dan het belangrijkste.

Complexiteit van de regio.

Naast de samenwerkingspartners zijn er nog meerdere huisartsenorganisaties. Het regionale (huisartsen)netwerk kent ook nog andere zorggroepen, de LHV Kring, huisartsenpost. Daardoor is het voor externe stakeholders vaak niet duidelijk wie namens welke organisatie of doelgroep spreekt. Ook dit vraagt om een heroriëntatie in de regio.

De banden met de LHV Kring lopen niet zozeer via de centrum maar eerder via de hagro's. In hagro's zitten soms huisartsen uit meerdere organisaties, praktijkhouders en loondiensters. Als de kring vergadert gaat het wel vaak over onderwerpen die gerelateerd zijn aan inkomenspositie van praktijkhouders, terwijl de huisartsen van deze organisatie meer gericht zijn op de inhoud van de huisartsenzorg in de regio.

Er wordt onderkend dat de eerste lijn bijzonder verdeeld is. De bestuurder stelt dat de ontwikkelingen de beroepsgroep inhaalt als resultaten van samenwerking uitblijven. Bij bijvoorbeeld VGZ is een kritische houding en terughoudendheid naar huisartsen al merkbaar. De versnippering is uiteindelijk alleen op te lossen door de professionals/huisartsen zelf. De vraag is of de (bestuurlijke) moed bij hen ontstaat om elkaar daarin te corrigeren. Het is wel aan organisaties als onderhavige (besturen en toezichthouders) om dit thema te agenderen en de eigen huisartsen op aan te spreken. De geïnterviewde huisarts is positief gestemd. Ze vertrouwt erop dat de beroepsgroep tijdig anticipeert op de verwachtingen van de maatschappij.