

Elementen van organisatiekracht Regionale Eerstelijnsorganisaties

TNO innovation
for life



JAN VAN ES INSTITUUT

Elementen van organisatiekracht Regionale Eerstelijnsorganisaties

Datum	18 maart 2014
Aantal pagina's	55
Auteurs	Dr. Y.J.F.M. Jansen (TNO) P. Valentijn, MSc (JVEI) A. Vlonk, MSc (JVEI) Dr. M. Bruijnzeels (JVEI)
	Gezamenlijk project van InEen i.s.m. Jan van Es Instituut en TNO
Projectnaam	Elementen van organisatiekracht regionale eerstelijnsorganisaties
Projectnummer	060.05088.01.01

Dit rapport is een gezamenlijke publicatie van TNO en het Jan van Es Instituut.

© 2014 Jan van Es Instituut, 1314 BG ALMERE

© 2014 TNO

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Jan van Es Instituut te Almere en TNO te Hoofddorp. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Managementsamenvatting

Om te komen tot sterke regionale huisartsen- en eerstelijnsorganisaties is het van belang inzicht te hebben in de factoren die bijdragen aan de organisatiekracht van deze organisaties (huisartsenposten, zorggroepen en gezondheidscentra). Welke factoren versterken de organisatiekracht en de verdere organisatieontwikkeling? Naar het antwoord op deze vraag voerde het Jan van Es instituut samen met TNO een onderzoek uit, waarbij ook gezocht is naar de dieper liggende factoren. Het onderzoek vond plaats in 2013 en 2014 en gebeurde in opdracht van de VHN, nu InEen.

Opzet onderzoek

In fase 1 zijn semigestructureerde interviews gehouden met bestuurders en zorginhoudelijk verantwoordelijken (medisch manager, medisch directeur) van drie regionale zorgorganisaties. Gesproken is over zaken als de ontstaansgeschiedenis van de organisatie, de organisatiestructuur, samenwerkingsprocessen en de ervaren succes- en faalfactoren. Verder is van deze organisaties met een speciaal ontwikkeld instrument het organisatievermogen gescand om de moeilijk vatbare succes- en faalfactoren inzichtelijk te krijgen. Om deze factoren verder te verdiepen is in fase 2 gesproken met bestuurders en zorginhoudelijk verantwoordelijken van nog eens negen regionale zorgorganisaties, waarbij ook een scan is uitgevoerd.

Verbinding

Het onderzoek laat zien dat voor het versterken van de organisatiekracht van regionale eerstelijnsorganisaties de verbinding tussen enerzijds de professionele wereld en anderzijds de organisatie- en systeemwereld cruciaal is. Bij de professionele wereld horen de zorgprofessionals die onderling verbonden zijn door normen en conventies van de eigen beroepsgroep. Deze wereld heeft een sterk zorginhoudelijke oriëntatie. De organisatie- en systeemwereld omvat de eerstelijnsorganisatie waaraan de zorgprofessional zich committeert. De externe samenwerkingspartijen en het zorgsysteem (met extern geïnitieerde rationele prestatienormen en kwaliteitseisen) vormen de systeemwereld. Met name het verbinden van de professionele en de systeemwereld vormt een belangrijke uitdaging voor regionale zorgorganisaties. Hierna volgen puntsgewijs de belangrijkste bevindingen van het onderzoek. Welke factoren bevorderen de verbinding tussen de verschillende werelden wel en juist niet?

1. Verbinden op basis van zorginhoud

Zorgprofessionals voelen zich verbonden met het 'ambacht van huisarts' en zijn vooral daarop aanspreekbaar. De verbinding tussen de professionele wereld en de organisatie- en systeemwereld moet tot stand komen op basis van zorginhoud: casuïstiek en alle factoren die direct van invloed zijn op het patiëntencontact. Zorgprofessionals willen glashelder hebben wat de meerwaarde van regionale organisatie en samenwerking is voor de uitoefening van hun ambacht.

2. Werken aan gevoeld eigenaarschap

Gevoeld eigenaarschap bij de zorgprofessionals vormt de basis voor betrokkenheid. Denk daarbij aan de mate van meebeslissen, maar ook aan de mate van centralisatie. Zowel het betrekken van zorgprofessionals bij het uitzetten van beleid en de ontwikkeling van diensten, als het positioneren van zorgprofessionals op managementfuncties door de gehele organisatie heen, zorgen voor het behouden van het draagvlak onder zorgprofessionals. Ook een werkwijze waarbij centraal vastgestelde beleidskaders op lokaal niveau worden geoperationaliseerd draagt hieraan bij.

Een financiële prikkel lijkt niet nadrukkelijk een stimulans voor vergroting van het gevoeld eigenaarschap. Ondanks deze uitkomst van het onderzoek is het zinvol de meerwaarde van financiële prikkels verder te onderzoeken. Uit eerdere studies is bekend dat deze wel degelijk het gedrag beïnvloeden (bonussen bij goede en verbeterde prestaties, financiële sancties bij het niet halen van prestatienormen en kwaliteitseisen).

3. Belangrijk: zorginhoudelijk kwaliteitsbeleid en uniform kwaliteitssysteem

Een goed en professioneel kwaliteitsbeleid laat zien wat zorgprofessionals drijft en wat zij zorginhoudelijk belangrijk vinden. Het bevordert de verbinding tussen de professionele wereld en de zorgsysteemwereld. Een sterk procedureel en instrumenteel opgezette kwaliteitscyclus werkt echter averechts. De uitdaging is om een methode of werkwijze te vinden die uitgaat van de toegevoegde waarde voor zorgprofessionals en tegelijkertijd aansluit bij de informatiebehoefte van de externe systeemwereld. Het onderzoek laat ook zien dat een uniform ondersteunend registratie- en kwaliteitssysteem de cohesie in de organisatie versterkt. Het is raadzaam dat regionale organisaties dat punt al in het begin van hun ontwikkeling oppakken. InEen faciliteert haar leden door criteria op te stellen waaraan een dergelijk uniform systeem moet voldoen en ondersteunt de leden bij het opzetten van een kwaliteitsbeleid.

4. Professionaliseren van bedrijfsmatig en klinisch leiderschap

Complexe regio's waarin samenwerkingsrelaties met externe partijen vaker worden aangegaan op basis van machtsverhoudingen, strategische overwegingen en concurrentieprikkels, vragen andere competenties en vaardigheden van bestuurders dan meer overzichtelijke regio's. Het is belangrijk de professionalisering van bestuurders te ondersteunen. Om specifieke (bij)scholings- en trainingsprogramma's te kunnen ontwikkelen is meer onderzoek nodig naar het benodigde competentieprofiel. Hebben we baat bij bestuurders met een bedrijfsmatige achtergrond (kenmerkend voor de systeemwereld) die van daaruit verbinding maken met de professionele wereld, of bij medische-inhoudelijke bestuurders die verbinding maken met de systeemwereld?

5. Eerst interne organisatie op orde

Voor wat betreft de relatie tussen organisatievorm en fase van organisatieontwikkeling laat het onderzoek een belangrijke volgorde zien. Allereerst moet de eigen interne organisatie op orde zijn: verbondenheid van zorgprofessionals met de organisatie en een passende governancestructuur. Pas daarna kunnen met externe partijen succesvolle samenwerkingsrelaties worden aangegaan. Organisaties met enige schaalgrootte die aangeven minder binding met de zorgprofessionals te ervaren, zijn mogelijk te snel te groot geworden, waardoor het gevoelde eigenaarschap van de zorgprofessionals onder druk is komen te staan of zelfs is verdwenen. Organisatieontwikkeling en organisatiekracht kunnen pas versterkt worden wanneer in de organisatie eerst een goede verbinding tot stand is gebracht met de professionele wereld.

6. Passende organisatiestructuur en governancemodel?

Het onderzoek geeft geen inzicht in de omstandigheden die bepalend zijn voor verandering van de organisatiestructuur. Hiervoor is vervolgonderzoek nodig. Dat geldt ook voor de keuze voor een passend governancemodel gekoppeld aan de fase van organisatieontwikkeling. De betrokken organisaties hanteerden verschillende governancemodellen.

7. Ook belangrijk: persoonlijke relaties van zorgprofessionals en bestuurders

Voor het versterken van regionale organisatiekracht zijn persoonlijke relaties en contacten tussen zorgprofessionals en bestuurders belangrijk (natuurlijke organisatiekracht). Elkaar kennen en het delen van een gemeenschappelijke geschiedenis blijkt, hoe triviaal ook, één van de bepalende factoren voor het succes van een organisatie.

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting

1	Inleiding	1
2	Theoretische achtergrond	2
2.1	Organisatieontwikkeling als continuüm	2
2.2	Organisatieontwikkeling op verschillende niveaus	3
2.3	Een multidimensionale evaluatiematrix	4
3	Methoden	6
3.1	Fase 1	6
3.2	Fase 2	6
4	Bevindingen uit fase 1	9
4.1	Klinische integratie	10
4.2	Professionele integratie	10
4.3	Organisatorische integratie	10
4.4	Systeemintegratie	11
4.5	Normatieve integratie	12
4.6	Functionele integratie	13
4.7	Leiderschap	13
4.8	Genoemde succesfactoren	14
4.9	Genoemde faalfactoren en/of leerpunten	14
4.10	Aandachtspunten voor fase 2	14
5	Bevindingen uit fase 2	16
5.1	Het gevoeld eigenaarschap door huisartsen	17
5.2	Complexiteit en overzichtelijkheid van de regio	18
5.3	Kwaliteitsbeleid als instrument voor draagvlak ontwikkeling en behoud of als instrument voor verbetering en innovatie	19
5.4	Versterking van regionale samenwerking en uitbreiding productenportfolio	21
5.5	Leiderschapsstijl en innovatie	22
5.6	Koppeling van fasen van organisatieontwikkeling met vorm van organisatie / organisatiestructuur.	23
5.7	Creatief ondernemen	23
6	Bevindingen uit de Organisatie Vermogenscan	25
6.1	Respons	25
6.2	Resultaten	25
7	Bevindingen in relatie tot bestaande kennis: Op weg naar sterke regionale huisartsorganisaties	28
7.1	Gevoeld eigenaarschap door huisartsen	28
7.2	Complexiteit en overzichtelijkheid van de regio	29
7.3	Kwaliteitsbeleid als instrument voor draagvlak ontwikkeling én als instrument voor verbetering en innovatie	30
7.4	Versterking van regionale samenwerking en uitbreiding productenportfolio	32
7.5	Leiderschapsstijl en innovatie	32
7.6	Organisatievorm en organisatieontwikkeling	34
7.7	Creatief ondernemen	35

7.8	Op weg naar sterke regionale eerstelijnsorganisaties.....	35
8	Aanbevelingen.....	38
9	Literatuur.....	41

1 Inleiding

Het Jan van Es Instituut (JVEI) is het kennisinstituut voor organisatievraagstukken in de extramurale zorg. Het JVEI is actief in onderzoek en het ontwikkelen van instrumentarium voor de organisatiekracht van eerstelijnsorganisaties. Recent zijn de ontwikkelingen om te komen tot een regionale eerstelijnsorganisaties door samenwerkingsverbanden tussen huisartsenposten, zorggroepen en/of gezondheidscentra in een stroomversnelling gekomen. In het land zijn diverse voorbeelden van succesvolle en minder succesvolle samenwerkingen tussen dit type organisaties. Van deze voorbeelden kunnen we leren.

Het JVEI heeft in samenwerking met TNO onderzoek uitgevoerd om meer inzicht te verkrijgen in de succes- en faalfactoren rond samenwerking tussen eerstelijnsorganisaties (meer in het bijzonder huisartsenzorgorganisaties als huisartsenposten en zorggroepen, mogelijk gezondheidscentra) om te komen tot sterke regionale huisartsenzorg- en ondersteuningsorganisaties.

Een uitdrukkelijke ambitie van de opdrachtgever InEen is om ook die factoren op te sporen die onder het maaiveld (blackbox) aanwezig zijn.

Vraagstelling

Welke elementen van de organisatiekracht en samenwerking hebben een belangrijke invloed op het succes van de regionale organisatie én zijn niet eenvoudig aan te pakken?

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in 2 fasen:

Fase 1) interviews met bestuurders en zorginhoudelijke verantwoordelijken (klinisch leider) binnen 3 regionale zorgorganisaties, en vragenlijstonderzoek (Organisatie Vermogenscan) om een analysekader te ontwikkelen om de moeilijk vatbare succes- en faalfactoren inzichtelijk te krijgen.

Fase 2) interviews met bestuurders en zorginhoudelijk verantwoordelijken (klinisch leider) binnen nog eens 9 regionale zorgorganisaties en vragenlijstonderzoek (organisatiescan) om de geïdentificeerde succes- en faalfactoren uit fase 1 verder te verdiepen.

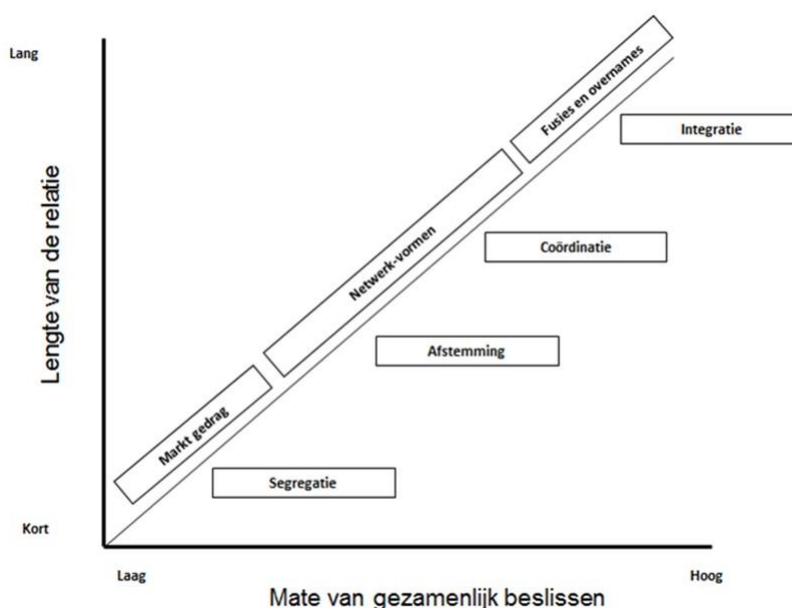
In dit rapport zullen de bevindingen op hoofdlijnen worden gepresenteerd.

2 Theoretische achtergrond

De wijze waarop organisatieontwikkeling en samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg tot stand komt is een weinig ontgonnen onderzoeksgebied. Het is een complex grensoverschrijdend vraagstuk dat vele professionele, organisatorische, zorg en welzijnsdomeinen doorkruist. Veel auteurs wijzen op de netwerkachtige structuur, welke vraagt om een verbinding van verschillen in culturen, werkwijzen, belangen, status, regelgeving en financiering van de vele betrokken actoren (Valentijn, 2013).

2.1 Organisatieontwikkeling als continuüm

Het begrip organisatieontwikkeling kan geoperationaliseerd worden aan de hand van de mate van integratie. Dit continuüm kan variëren van segregatie, naar afstemming, naar coördinatie tot volledige integratie, zie figuur 1.



Figuur 1: Organisatieontwikkeling als continuüm Valentijn et al. (2013)

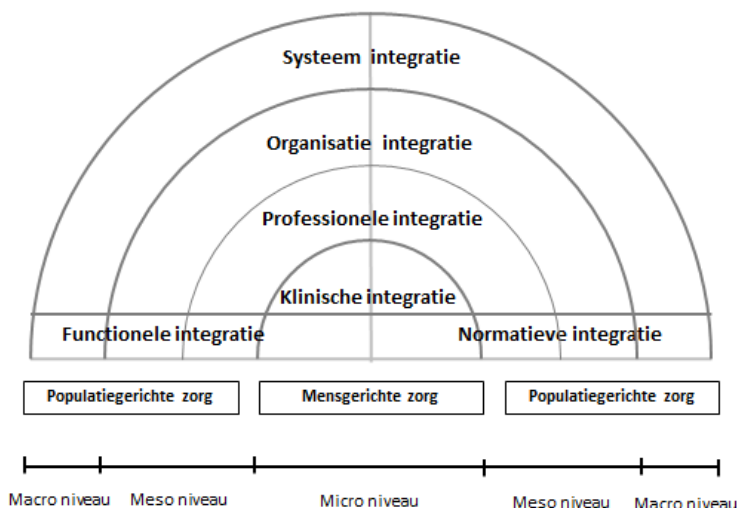
Een 'gesegregeerde' situatie beschrijft een zuivere marktsituatie waarin de prijs het gedrag van de samenwerkingspartners verklaart analoog aan de transactiekosten, volgens de theorie van Williamson (invisible hand). Er vindt in deze situatie weinig tot geen gezamenlijke besluitvorming plaats, prijs die door vraag en aanbod wordt gezet bepaalt immers het gedrag. Aan het andere eind van het continuüm vinden we een volledig geïntegreerde situatie, met een hiërarchische top-down aansturing (visible hand). In deze situatie is de lengte van de relatie langdurig en de gemeenschappelijke besluitvorming groot. In deze situatie bepaalt de vaak grote aanbieder de prijs en het volume van de zorg, dit is typisch monopolistisch gedrag. Het middendeel van het continuüm (coördinatie en afstemming) beschrijft netwerkachtige vormen van organisatieontwikkeling. De complexiteit van deze

situatie zit in het feit dat iedere partner zijn autonomie behoudt wat resulteert in een onduidelijk machtscentrum (gezamenlijke besluitvorming). In deze mengvorm worden prijs en volume in onderhandeling (coöperatief of concurrentieel) met elkaar bepaald. Tevens is de lengte van de relatie in deze situatie onduidelijk, iedere partners blijft autonoom en kan ieder moment uit het netwerk stappen, commitment is veelal gebaseerd op (kwetsbare) informele relaties (Valentijn et al. 2013). Vanuit de economische theorie is vrije toetreding en concurrentie in de sterk gesegregeerde situatie gegarandeerd en in de geïntegreerde situatie veel lastiger.

2.2 Organisatieontwikkeling op verschillende niveaus

Het continuüm van organisatieontwikkeling kan zich op verschillende niveaus voltrekken binnen een zorgsysteem. Voorealer we de verschillende niveaus van organisatieontwikkeling beschrijven, is het van belang de kenmerken van een eerstelijnszorgsysteem te benoemen. Eerstelijnszorg wordt in Nederland veelal aangeboden in een extramurale setting (buiten de muren van een instelling). De basisprincipes van een samenhangend eerstelijnszorgsysteem zijn gestoeld op een mens- en populatiegerichte aanpak. De mensgerichte aanpak staat voor de holistische benadering van zorg, waarbij op individueel cliënt niveau wordt voorzien in de behoefte op het fysieke, psychische en sociale as van zorg. Met de populatiegerichte benadering geeft aan dat de aangeboden diensten van een zorgsysteem afgestemd moet zijn op de werkelijke behoefte van een populatie.

Bij organisatieontwikkeling in de eerstelijnszorg zijn veel verschillende actoren betrokken (patiënten, zorgprofessionals, managers, bestuurders, zorgverzekeraar, gemeenten etc.). Al deze actoren acteren op verschillende niveaus binnen een zorgsysteem en hebben allen hun eigen perspectief. Binnen het regenboogmodel voor geïntegreerde zorg (Valentijn et al. 2013) zijn deze verschillende perspectieven en niveaus van organisatieontwikkeling omschreven als dimensies van integratie. Het model onderscheidt de volgende dimensies: klinische integratie (micro niveau), professionele integratie (meso niveau), organisatie integratie (meso niveau), systeem integratie (macro niveau), functionele integratie en normatieve integratie (micro-macro niveau), zie figuur 2.



Figuur 2: Regenboogmodel voor geïntegreerde zorg Valentijn et al. (2013)

In de dimensie klinische integratie staat het perspectief van de cliënt centraal op micro niveau (bijvoorbeeld via het individuele zorgplan). Professionele integratie omschrijft organisatieontwikkeling tussen verschillende professionals op meso niveau (voorbeeld is interprofessionele educatie). De dimensie organisatie integratie duidt de organisatieontwikkeling vanuit bestuurlijk perspectief aan, in de vorm van verschillende samenwerkingsverbanden tussen organisaties (voorbeeld is als één organisatie verantwoordelijk is voor dag- en ANW zorg). Systeem integratie duidt op de betrokkenheid van externe stakeholders bij organisatieontwikkeling, ook wel het politiek bestuurlijke proces genoemd. Tot slot duiden de dimensies functionele en normatieve integratie respectievelijk de ondersteunende en samenbindende mechanismen bij organisatieontwikkeling aan, zie tabel 1 voor de definities.

Tabel 1: Definities dimensies geïntegreerde zorg

Dimensies	Definition
Klinische integratie	Het voorzien in zowel de medische als, psychische en sociaalmaatschappelijke behoefte een enkel proces over tijd, plaats en discipline.
Professionele integratie	Samenwerkingsverbanden tussen verschillende professionals op basis van gedeelde bevoegdheden, rollen en verantwoordelijkheden om zorg te leveren aan een bepaalde populatie.
Organisatie integratie	Samenwerkingsverbanden tussen organisaties op basis van gedeelde besturingsmechanisme om zorg te leveren aan een bepaalde populatie.
System integratie	Een (horizontale en verticale) geïntegreerd systeem op basis van informele en formele regels en beleid tussen aanbieders van zorg en externe belanghebbende.
Functionele integratie	Ondersteunende functies en activiteiten (bijv. financieel, management-en informatiesystemen) gestructureerd rondom het primaire proces van de dienstverlening.
Normatieve integratie	Gemeenschappelijk referentiekader (bijv. gezamenlijke missie, visie, waarden en cultuur) tussen alle betrokken organisaties, professionals en individuen.

2.3 Een multidimensionale evaluatiematrix

Wanneer het continuüm van organisatieontwikkeling met de verschillende integratie dimensies wordt gecombineerd is het mogelijk om alle verschillende vormen en fases van organisatieontwikkeling binnen de regionale zorgorganisaties te duiden. De onderstaande evaluatiematrix is gebruikt om de succes- en faalfactoren van de regionale zorgorganisaties te beschrijven (zie figuur 3).

Elementen van organisatiekracht Regionale Eerstelijnsorganisaties

	Segregatie	Afstemming	Coördinatie	Integratie
Klinisch	→			→
Professioneel	→	→		→
Organisatie	→	→	→	→
Systeem	→		→	→
Functioneel	→		→	→
Normatief	→		→	→

NB:

→	Organisatieontwikkeling
- - - - - →	Organisatieontwikkeling in de praktijk

Figuur 3: Evaluatiematrix organisatieontwikkeling gebaseerd op regenboogmodel voor geïntegreerde zorg.

3 Methoden

Om - tegen de achtergrond van reeds bestaande kennis over geïntegreerde zorg en organisatieontwikkeling van eerstelijnszorgorganisaties - inzicht te verkrijgen in de elementen belangrijk voor de organisatiekracht van regionale eerstelijnsorganisaties, is een explorerend mixed methods onderzoek bij verschillende cases uitgevoerd in twee fasen.

Het mixed methods onderzoek bestond uit kwalitatieve interviews en een kleinschalig surveyonderzoek middels de Organisatie Vermogenscan. Voor het verkrijgen van inzicht in de elementen belangrijk voor regionale organisatiekracht zijn kwalitatieve interviews zeer geschikt (Bowling, 2002; Evers, 2007; Creswell 2003). Ze zijn zeer geschikt voor het krijgen van inzicht in de meningen en ervaringen van de geïnterviewden en geven hierdoor meer verdieping in een onderwerp (cf. Emans 2002; Evers 2007; Netwerk Kwalitatief Onderzoek, 2002). De kleinschalige survey middels de Organisatie Vermogenscan geeft meer inzicht in de organisatiekracht van eerstelijnsorganisaties.

3.1 Fase 1

In fase 1 zijn in totaal 5 bestuurders en zorginhoudelijke verantwoordelijken (klinische leiders) van 3 regionale zorgorganisaties geïnterviewd.

De volgende onderwerpen zijn in deze interviews bevraagd:

- beschrijving van de organisatie en organisatiestructuur;
- ontstaansgeschiedenis van de organisatie;
- mate van integratie van de organisatie:
 - op gebied van klinische integratie (medische inhoudelijke afstemming en kwaliteit);
 - professionele integratie (verantwoordelijkheden en rollen van stakeholders binnen de organisatie);
 - organisatie integratie (samenwerking met partners, verantwoordelijkheden tussen samenwerkende organisaties);
 - en systeem integratie (afstemming van organisatie op maatschappelijke ontwikkelingen en verhouding met externe partners).
- ervaren succes- en faalfactoren door de geïnterviewden.

3.1.1 Selectie van organisaties

De organisaties zijn in samenspraak met de opdrachtgever InEen geselecteerd. De te interviewen organisaties zijn geselecteerd op basis van 1) bestaansgeschiedenis van de organisatie en 2) geografische spreiding.

3.2 Fase 2

In fase 2 zijn in totaal 13 bestuurders en zorginhoudelijke verantwoordelijken (klinische leiders) geïnterviewd van 9 organisaties.

Op basis van de bevindingen uit fase 1, zijn op basis van analyse van de relaties tussen de onderwerpen in de interviews een zevental thema's naar voren gekomen die van belang

leken te zijn voor de organisatiekracht van regionale eerstelijns zorgorganisaties. Deze thema's zijn:

- gevoeld eigenaarschap door huisartsen binnen de organisatie;
- de complexiteit en overzichtelijkheid van de regio;
- rol van kwaliteitsbeleid binnen de organisatie voor draagvlak en innovativiteit van de organisatie;
- versterking van regionale samenwerking;
- leiderschap en leiderschapsstijl van de bestuurders;
- verband van de fase van organisatieontwikkeling met de door de organisaties gehanteerde organisatiestructuur;
- creatief ondernemen en innovativiteit.

Deze thema's zijn in fase 2 verder verdiept. En aangevuld met vragen over de organisaties, ontstaansgeschiedenis en ervaren succes- en faalfactoren door de geïnterviewden. Voor de volledigheid; de volgende onderwerpen zijn in fase 2 bevraagd:

- beschrijving van de organisatie en organisatiestructuur;
- ontstaansgeschiedenis van de organisatie;
- gevoeld eigenaarschap door huisartsen binnen de organisatie;
- de complexiteit en overzichtelijkheid van de regio;
- rol van kwaliteitsbeleid binnen de organisatie voor draagvlak en innovativiteit van de organisatie;
- versterking van regionale samenwerking;
- leiderschap en leiderschapsstijl van de bestuurders;
- verband van de fase van organisatieontwikkeling met de door de organisaties gehanteerde organisatiestructuur;
- creatief ondernemen en innovativiteit;
- ervaren succes- en faalfactoren door de geïnterviewden.

3.2.1 Selectie van organisaties

De selectie van organisaties voor fase 2 heeft plaatsgevonden in nauw overleg met de opdrachtgever InEen.

De te interviewen organisaties zijn geselecteerd op basis van: 1) bestaansgeschiedenis van de organisatie; 2) overzichtelijkheid van de regio, en 3) de grootte van het dienstenpallet van de organisatie. Hierbij is gestreefd om een spreiding over deze kenmerken in de onderzoekspopulatie te hebben.

3.2.2 Organisatie Vermogen Scan

Aan de deelnemers aan de interviews van alle organisaties uit fase 1 en fase 2, is de Organisatie Vermogenscan, gevraagd in te vullen. De Organisatie Vermogenscan is een instrument ontwikkeld door het Jan van Es Instituut dat via een online vragenlijst 9 INK velden bevraagd worden aan de hand van stellingen dat een overall overzicht geeft van de

organisatiekracht van de organisaties. Deze scan is speciaal voor eerstelijnsorganisaties gemaakt.

3.2.3 Uitvoering en analyse

In beide fasen zijn de interviews telefonisch gehouden en zijn ze na toestemming van de geïnterviewden opgenomen met een voicerecorder. De geluidsopnamen zijn daarna verbatim getranscribeerd.

Analyse heeft thematisch plaatsgevonden aan de hand van de onderwerpen bevroegd in de interviews. De eerste resultaten zijn besproken met de begeleidingscommissie waar een eerste duiding heeft plaatsgevonden. In tweede instantie zijn de resultaten geconfronteerd met de theoretische bevindingen zoals beschreven in hoofdstuk 2 (cf. Bowling 2002; Creswell 2003).

4 Bevindingen uit fase 1

In dit hoofdstuk worden de bevindingen uit fase 1 op hoofdlijnen gepresenteerd aan de hand van de thema's bevroegd in de interviews.

Deze bevindingen zijn eerder gepresenteerd tijdens een stuurgroep overleg met de opdrachtgever InEen, dd. 13 september 2013. Op dat moment waren nog maar 3 organisaties bevroegd in de interviews.

De drie organisaties hebben een facilitaire oorsprong en zijn ontstaan vanuit het 'ontzorgen van huisartsen'. De organisaties zijn daarmee allen facilitair en ondersteunend aan huisartsen, toch verschilt organisatiestructuur. Hieronder volgt een verdere beschrijving van de organisaties.

Organisatie 1

Organisatie 1 is een fusieorganisatie van een coöperatie en een stichting, met een bestuursstructuur van drie managementlagen. De organisatie heeft recentelijk een bestuursverandering doorgemaakt van een bestuursstructuur van drie managementlagen naar een bestuursstructuur van twee managementlagen. Huisartsen achterban denkt mee middels participatiegroepen per regio, die ook als vertegenwoordigers van huisartsen in die regio optreden. De betrokkenheid en activiteit van de verschillende participatiegroepen binnen de organisatie is verschillend.

De regio's met hun oorsprong in de stichting, lijken een grotere ontwikkeling te hebben doorgemaakt dan regio's met hun oorsprong in de coöperatie. Hier gaat verandering en innovatie wat langzamer.

De organisatie wordt middels een duaal bestuur geleid. Binnen alle bestuurslagen is sprake van dualiteit tussen medisch-inhoudelijk en bedrijfsmatig-financieel beleid. Dit komt terug in de Raad van Bestuur, en per regio per huisartsenpost een locatiemanager en medisch manager (huisarts).

Organisatie 2

Organisatie 2 heeft haar oorsprong in drie coöperaties, die ieder apart zorggroepen hebben gevormd, die een overkoepelend facilitair bedrijf hebben gevormd. De Raad van Bestuur bestaat uit een bestuurder en drie regiomanagers (huisartsen). De betrokkenheid van huisartsen binnen de organisatie en bestuurslagen is gestoeld op de visie: "geen zeggenschap, zonder verantwoordelijkheid".

Organisatie 3

Organisatie 3 is een coöperatie, waarbij hoogste orgaan de huisartsenleden zijn (vereniging van leden die contributie betalen).

De Raad van Bestuur en de werkmaatschappij (facilitair bedrijf) is uitvoerend orgaan en legt verantwoording af aan de leden. Bij nieuwe productontwikkeling wordt een extra ledenvergadering ingelast voor het consulteren van de huisartsen achterban en voor het behouden van het draagvlak bij de huisartsen achterban.

4.1 Klinische integratie

Uit de interviews komt naar voren dat organisaties als basis voor samenwerking zowel intern als met externe partners 'inhoud van zorg' noemen.

In de interviews wordt aangegeven dat de basis voor samenwerking de intrinsieke motivatie van huisartsen en zorgprofessionals is. En dat juist voor het gestalte geven van samenwerking, er een gevoelde meerwaarde voor samenwerking gevoeld dient te worden, en deze is vaak allereerst te vinden op 'inhoud van zorg'.

4.2 Professionele integratie

Tevens komt uit de interviews komt naar voren dat kwaliteitsbeleid en –borging binnen de organisaties een belangrijk aandachtsgebied zijn. Daarbij wordt aangegeven dat het binnenboord houden van huisartsen/locaties essentieel is om cohesie binnen de organisatie niet te ondermijnen. In geval huisartsen/locaties niet kunnen voldoen aan de prestatievoorwaarden en kwaliteitseisen binnen de organisatie, worden er geen zwaarwegende sancties opgelegd. Dergelijke huisartsen/locaties worden niet "geweerd" uit de organisatie, maar worden ondersteuning aangeboden om prestaties en kwaliteitseisen beter binnen de locaties te borgen.

Organisatie 1

Binnen organisatie 1 worden de verschillende locaties onderling met elkaar vergeleken middels benchmarks van prestaties. Er wordt echter een spanning ervaren tussen gecentraliseerd kwaliteitsbeleid en professionele autonomie

Organisatie 2

Binnen organisatie 2 worden naast benchmarks ook spiegelgesprekken met huisartsen ingezet om kwaliteit en functioneren te borgen

Organisatie 3

Binnen organisatie 3 wordt gebruik gemaakt van een uniform ICT systeem; kwaliteit wordt op deze wijze ook centraal gemonitord. De huisartsen/locaties worden eveneens onderling met elkaar vergeleken middels benchmarks, en worden leden middels structurele rapportages van prestaties op de hoogte gehouden; veranderplannen worden met huisartsen/locaties ontwikkeld en gemonitord in veranderdatabase waarbij ondersteuning door een kwaliteitsfunctionaris centraal wordt georganiseerd.

4.3 Organisatorische integratie

Zichtbaar wordt dat er verschil lijkt te zijn in hoe tussen de organisaties wordt ingezet op verandering en innovatie/verbetering.

Bij de drie organisaties is er sprake van centrale (beleids)kaders, die op lokale niveau door huisartsen gevormd, uitgevoerd en ingebed worden in de dagelijkse werkprocessen. Alle organisaties zijn facilitair aan huisartsen, waarbij aangegeven wordt dat er veel ondersteuning centraal wordt georganiseerd, maar dat er sprake is van lokale vormgeving en uitvoering.

Organisatie 1

Binnen organisatie 1 lijken innovaties en ontwikkelingen steeds afgestemd te worden met participatiegroepen en verdere achterban van huisartsen (kringen). Hierdoor lijkt het behouden van de lokale cohesie onder de huisartsen centraal te staan.

Organisatieontwikkeling lijkt voornamelijk een kwestie van het voortdurend vinden van een balans tussen verandering en innovatie/vernieuwing en het voortdurend overtuigen van huisartsenachterban van de meerwaarde van interne en externe samenwerking.

Organisatie 2

Binnen organisatie 2 worden bottom-up innovaties en verbeteringen voorgesteld. Bijvoorbeeld het verbeteren van medicatieverstrekking. Tevens worden samenwerkingen centraal gefaciliteerd (middels bijv. contractuele afspraken), maar worden lokaal geïnitieerd en aangegaan. En om verandering en innovatie/verbetering te faciliteren, worden per regio ambities benoemd, waarop een regio binnen drie jaar landelijke bekendheid wil verwerven.

Organisatie 3

Binnen organisatie 3 is door het uniform ICT systeem de interne cohesie gegroeid en verstevigd. Hierdoor is kwaliteitsborging ook centraal georiënteerd: werkwijzen en protocollen worden centraal ontwikkeld en worden lokaal ingebed (olievlek principe). Innovatie en het ontwikkelen van nieuwe diensten worden lokaal geïdentificeerd, centraal door het bestuur verkend en door het betrekken van huisartsen lokaal uitgewerkt.

4.4 **Systeemintegratie**

Voor alle drie organisaties komt naar voren dat zij een bepaalde schaalgrootte ambiëren, omdat dit de onderhandelingspositie mede bepaald. Door schaalgrootte zijn ze alle drie gesprekspartners van partners in de regio van zorgverzekeraars, Inspectie, ziekenhuizen, thuiszorgorganisaties en V&V. Uit alle interviews in deze fase komt naar voren dat de samenwerkingen worden aangegaan vanuit het gevoel van maatschappelijke verantwoordelijkheid.

Organisatie 1

Samenwerkingen binnen en met externe partners worden door organisatie 1 aangegaan als er door de partijen wederzijdse voordelen worden ervaren.

Organisatie 2

Samenwerkingen ontstaan vanuit lokale verbanden, persoonlijke relaties en vanuit inhoud van zorg.

Organisatie 3

Drijfveer voor goede samenwerking, zowel intern als extern, is het willen realiseren van goede patiëntenzorg, dat alleen bereikt kan worden in gezamenlijkheid met partners.

Uit interviews komt tevens naar voren dat de grootte van de organisatie en de complexiteit van de regio (hoeveelheid partners en aanbieders, resp. potentiële samenwerkingspartners) de samenwerking met externe samenwerkingspartners bepaalt. Door de geïnterviewden worden verschillende redenen aangegeven voor het aangaan van regionale samenwerkingsrelaties met externe samenwerkingspartners.

Overzichtelijke regio's

In overzichtelijke regio's wordt het zichtbaar dat regionale samenwerkingen worden aangegaan als vorm van overlevingsstrategie van organisaties, waarbij sprake is van wederzijdse afhankelijkheid en waarbij de organisaties samenwerken op basis van ervaren gelijkwaardigheid.

Complexere regio's

In complexere regio's worden regionale samenwerkingen aangegaan op basis van marktwerking en concurrentieprikkels en door de organisaties ervaren "machtsverhoudingen".

Daarbij wordt aangegeven door de geïnterviewden dat, ongeacht de complexiteit van de regio, regionale samenwerkingen mede worden aangegaan op basis van persoonlijke relaties die er tussen bestuurders en zorgprofessionals van organisaties bestaan.

4.5 Normatieve integratie

Uit alle interviews in deze fase komt naar voren dat gemeenschappelijke culturele normen en waarden van groot belang voor de organisaties.

Organisatie 1

Door een gecentraliseerde organisatiestructuur, wordt binnen organisatie 1 gepoogd de cultuur van elkaar aanspreken op professioneel handelen te verbeteren. Echter omdat er sprake is van een gecentraliseerde organisatie, worden verantwoordelijkheden op lokaal niveau minder groot ervaren.

Daarbij komt tevens naar voren dat de organisatie een jonge fusieorganisatie is, waarbij huisartsen uit verschillende organisaties samengevoegd zijn tot een organisatie. Hierdoor lijkt er nog weinig sprake van een gemeenschappelijke set van culturele normen en waarden binnen de organisatie.

Organisatie 2

Binnen organisatie 2 heerst er een cultuur van "meebeslissen, is ook mede verantwoordelijkheid dragen en investeren in deelname" (bijvoorbeeld in tijd). Hoewel deze organisatie al meer volwassen is dan organisatie 1, komt bij organisatie 2 naar voren dat de verschillende regio's binnen de organisatie een eigen set aan culturele normen en waarden kent. De mate van normatieve integratie lijkt tussen de regio's binnen de organisatie te verschillen.

Organisatie 3

Binnen organisatie 3 is het creëren van een cultuur van elkaar aanspreken op prestaties blijvend onderwerp van aandacht. Aangegeven wordt dat verandering zichtbaar is, in hoe huisartsen invulling geven aan professionele autonomie (van niet aanspreken op naar meer gericht zijn op feedback en professionele ontwikkeling). Aangegeven wordt dat binnen organisatie 3 de duur van de relatie tussen huisartsen binnen de organisatie lang is, en er een grotere mate van verbondenheid met de organisatie door huisartsen wordt ervaren en er meer sprake is van gemeenschappelijk gedeelde culturele normen en waarden, zoals samen werken en elkaar aanspreken op professioneel handelen.

Uit de interviews met de organisaties komt voor alle organisaties naar voren dat het vormen van een gezamenlijk gedragen professionele cultuur een punt van (blijvende) aandacht is.

4.6 Functionele integratie

Alle geïnterviewde organisaties in fase 1 geven aan, facilitaire diensten aan huisartsen te bieden. Dat is ook de oorsprong van alle organisaties. Daarbij geven allen aan ondersteunend te zijn aan huisartsen, door hen zoveel mogelijk 'te ontzorgen'.

De volgende ondersteunende diensten worden hierbij genoemd, waarbij de organisaties verschillen in de mix van diensten:

- Administratie / financiële administratie;
- P&O (kaders voor personeelsbeleid);
- ICT ondersteuning;
- (Na)scholing en deskundigheidsbevordering;
- Triage;
- Contractafspraken;
- Uitwerken van werkwijzen en protocollen (vertaalslag van ontwikkelingen naar praktische uitvoering).

4.7 Leiderschap

Op het gebied van leiderschap en leiderschapsstijl zijn tussen de organisaties enige verschillen te ontdekken.

Organisatie 1

Binnen organisatie 1 wordt bestuurd op basis van een duaal bestuur: medisch-beleidsmatig en bedrijfsmatig. Deze dualiteit in bestuur is op verschillende niveaus binnen de organisatie, zowel in Raad van Bestuur als binnen de regio's (locatiemanager + medisch manager). Hoewel op deze manier wordt gepoogd de huisartsen achterban structureel te betrekken bij de organisatie, wordt enige afstand tussen de centrale organisatie en lokale huisartsen achterban ervaren.

Organisatie 2

Binnen organisatie 2 wordt de organisatie geleid door een Raad van Bestuur van een bestuurder en 3 regiodirecteuren. Hoewel de betrokkenheid van huisartsen als goed ervaren wordt, is er enige zorg dat huisartsen betrokkenheid bij de organisatie blijven houden.

Organisatie 3

Binnen organisatie 3 hebben de bestuurders binnen de Raad van Bestuur een medische achtergrond, dit geldt tevens voor de locatiemanagers. Op deze wijze wordt er voortdurend geprobeerd de organisatie van en voor de huisartsenachterban te laten zijn.

Uit de interviews komt naar voren dat de bestuurders allen faciliterend leiderschap beogen. Hierbij geven ze de volgende kenmerken aan:

- ze zijn ondersteunend;
- ze zoeken aansluiting bij de denkwereld van huisartsen en achterban. De organisatie is van de huisartsen, de bestuurders moeten het verwoorden;
- zij dragen deze visie van huisartsenachterban uit naar externe partners.

Duidelijk is dat binnen alle organisaties spanning wordt ervaren tussen bedrijfsmatige aspecten van leiderschap en faciliterende/ondersteunende aspecten.

4.8 Genoemde succesfactoren

Uit de interviews kwamen diverse succesfactoren naar voren, zoals het volgende overzichtje laat zien:

- Kwaliteitsmonitoring en hebben van een kwaliteitssysteem van interne benchmarking (functionele integratie).
- Het staan voor en uitdragen van een gezamenlijke visie, waarmee een standpunt kan worden ingenomen naar partners.
- Draagvlak en Samenhang (cohesie) onder de huisartsen achterban.
- Draagvlak en Samenhang (cohesie) als strategie om te komen tot samenwerking.
- Historische ontwikkeling en context van organisatie.
- Persoonlijke component in de samenwerkingsrelaties.
- Overzichtelijkheid van regio in partners.

4.9 Genoemde faalfactoren en/of leerpunten

Uit de interviews kwamen de volgende faalfactoren en/of leerpunten naar voren:

- Snelheid van regionale groei. Het streven naar schaalgrootte mag niet ten koste gaan van gevoel van cohesie binnen de organisatie.
- Organisatiestructuur: gecentraliseerde versus gedecentraliseerd.
- Strategie in meenemen van organisatieonderdelen in verandering.

4.10 Aandachtspunten voor fase 2

Uit deze analyse komen zeven thema's naar voren die belangrijk lijken voor het realiseren van sterke regionale huisartssamenwerkingsvormen. Deze thema's zijn in fase 2 verder verdiept.

1) Het gevoeld eigenaarschap door huisartsen

De betrokkenheid van huisartsen lijkt te zijn ingegeven door het gevoelde eigenaarschap van huisartsen t.a.v. de organisatie. De mate van meebeslissen op diverse niveaus dient te zijn gerealiseerd.

Het gecentraliseerd of gedecentraliseerd karakter van organisatiestructuur lijkt van invloed, waarbij een te sterk gecentraliseerde structuur de betrokkenheid lijkt te doen afnemen. De klinische kwaliteit en zorg-inhoudelijke aspecten kunnen een bindende factor zijn om het gevoeld eigenaarschap te doen vergroten.

2) Complexiteit en overzichtelijkheid van de regio

Een belangrijk element lijkt te zijn de overzichtelijkheid van de regio. Daar waar reeds enige zorg-inhoudelijke verbanden zijn binnen regio's, lijkt een goede basis naar verankering van regionale samenwerking.

De ervaren wederzijdse afhankelijkheid van organisaties onderling binnen de regio, waarbij sprake lijkt van ervaren gelijkwaardigheid van partners lijkt dit te versterken. In regio's met een grote complexiteit met meerdere zorgaanbieders in de verschillende domeinen (veelal

meer verstedelijkte gebieden) is de wederzijdse afhankelijkheid (door het grotere aantal aanbieders) minder groot. Dit lijkt bepalend te zijn voor de organisatiekracht van eerstelijnsorganisaties.

3) Kwaliteitsbeleid als instrument voor draagvlak ontwikkeling en behoud of als instrument voor verbetering en innovatie. Het gevolg lijkt een groter productportfolio.

Organisaties vanuit functionaliteit gegroeid (facilitair en ondersteunend), gericht op ontzorgen, met groter productenportfolio, lijkt kwaliteitsbeleid meer instrument te zijn voor verbetering en innovatie.

Bij organisaties met enkel of klein productenportfolio lijkt kwaliteitsbeleid een minimale aanjager te zijn van verbetering en innovatie.

4) Versterking van bestaande regionale verbanden

Basis voor cohesie en uitbreiding van samenwerkingsverbanden en/of productenportfolio lijkt samen te hangen met oorspronkelijk bestaande zorg-inhoudelijke verbanden tussen zorgprofessionals en organisaties. De duur van de relatie en de cultuur in de regio is daarbij van belang.

5) Leiderschapsstijl

Een spanning tussen de bestuurlijke ambities van de bestuurder en het draagvlak onder de huisartsenachterban wordt door alle organisaties ervaren.

6) Koppeling van fasen van organisatieontwikkeling met vorm van organisatie / organisatiestructuur.

Vanuit de organisatie-theorie wordt gesteld dat organisaties een bepaalde levenscyclus kennen en dat zij op gezette momenten dienen door te ontwikkelen omdat anders afsterven dreigt. Daartoe hoort een geschikte ontwikkelingsstrategie, zoals de keuze voor een passende organisatievorm of organisatiestructuur. Uit de interviews komt naar voren dat er een verband lijkt te zijn tussen de fase van ontwikkeling van de organisatie en de organisatievorm/-structuur die gekozen is.

Het verschil in ambitie, omvang van productportfolio en draagvlak voor de organisatie onder de huisartsen achterban verschilt sterk tussen de organisaties. Als gevolg hiervan zijn de organisaties niet vergelijkbaar in de ontwikkelingsfase van de organisatie in de regio. De gekozen organisatiestructuur is hieraan gerelateerd, van een vorm met weinig gevoel en feitelijk eigenaarschap (stichting) tot aan een vorm met alle zeggenschap bij de achterban (coöperatie of besloten vennootschap).

7) Creatief ondernemen

Er lijkt een verband te zijn tussen de mate van innovatie en de grootte van het productenportfolio dat door de organisaties wordt aangeboden met de mate waarin bestuurders/organisaties creatief de gesegmenteerde financieringsstromen (en begrotingen) benutten. Creatief ondernemen betekent de randen opzoeken om met de verschillende middelen die men tot haar beschikking heeft de achterban zo goed mogelijk aan zich te binden door het productenportfolio op klinisch ondersteunend gebied uit te breiden.

5 Bevindingen uit fase 2

In dit hoofdstuk worden de bevindingen uit de interviews in fase 2 op hoofdlijnen beschreven aan de hand van de thema's bevestigd in de interviews.

Op basis van de volgende criteria zijn de organisaties in fase 2 geselecteerd:

- overzichtelijkheid van regio: veel / weinig verschillende partijen.
- grootte van productenportfolio: veel / weinig verschillende producten.
- duur van samenwerking: lang bestaande samenwerkingsverbanden / nieuw te vormen samenwerking.

Hieronder volgt een korte beschrijving van de organisaties in fase 2.

Organisatie 4

Organisatie 4 is een fusieorganisatie van drie zorggroepen en heeft een holdingstructuur. De huisartsenvereniging is enig aandeelhouder van de organisatie. De zorgmanager van de zorggroep is in dienst van de zorggroep.

Organisatie 5

Organisatie 5 is een coöperatie, waarbij de huisartsenvereniging enig aandeelhouder is. De organisatie heeft een holdingstructuur, met Raad van Bestuur (een bestuurder en een medisch-directeur) voor de holding en de afzonderlijke BV's worden geleid door huisarts-bestuurders.

Organisatie 6

Organisatie 6 heeft haar oorsprong in een gezondheidscentrum, dat ANW-zorg heeft overgenomen na een faillissement van een huisartsenpost (HAP). Inmiddels heeft de organisatie meerdere HAP-locaties en meerdere gezondheidscentra. Bestuurder is naast bestuurder van de huisartsenposten ook bestuurder van de gezondheidscentra. Per gezondheidscentrum is er een locatiemanager (huisarts)

Organisatie 7

Organisatie heeft haar oorsprong in een stichting, welke later is omgevormd naar een coöperatie met een holdingstructuur. De coöperatie van huisartsen is enig aandeelhouder. De Raad van Bestuur kent twee leden, en de vijf regio's (gevormd rondom huisartsenposten) hebben een gemandateerd manager (huisartsen).

Organisatie 8

Organisatie 8 is een coöperatie, en kent een holdingstructuur waarbij de coöperatie enig aandeelhouder is. De Raad van Bestuur telt twee leden (een directeur-bestuurder en een huisarts als klinisch bestuurder) en is in dienst van de coöperatie. De RvB treedt op als bestuurder van de holding. De organisatie kent meerdere BV's, die een medische staf hebben (huisartsen).

Organisatie 9

Organisatie 9 is een stichting, waarbij het algemeen bestuur wordt gevormd door vijf huisartsen als vertegenwoordiging van de vijf huisartsengroepen. De organisatie kent een medisch-directeur, welke formeel bestuurder is (huisarts) en een gemandateerd directeur.

Organisatie 10

Organisatie 10 is een coöperatie, en kent een holdingstructuur, waarbij de coöperatie enig aandeelhouder is. De algemene ledenvergadering benoemt het bestuur, het bestuur benoemt de directie. Naast de directeur die leiding geeft aan de gehele holding, kent iedere BV een medisch directeur (huisartsen).

Organisatie 11

Organisatie 11 is een stichting, waarbij het algemeen bestuur wordt gevormd door huisartsen. De organisatie kent een gemandateerd directeur en per huisartsenpost een manager (huisarts).

Organisatie 12

Organisatie 12 is een stichting, waarbij de huisartsendeelnemersraad enig aandeelhouder is. De organisatie omvat vijf regio's en vijf huisartsenposten. Het dagelijks bestuur wordt gevoerd door een uitvoerend directeur en 5 medisch managers (huisartsen) (per regio een medisch manager). Vijf HAP-locaties worden geleid door 3 locatiemanagers (huisartsen) en per regio's wordt de organisatie geleid door een regionale werkgroep van medisch manager en vertegenwoordigers van huisartsen uit de regio.

5.1 Het gevoeld eigenaarschap door huisartsen

De bevindingen uit de interviews bevestigen het beeld uit fase 1 dat het gevoeld eigenaarschap door huisartsen bepalend is voor de sterkte van de interne cohesie van regionale eerstelijnsorganisaties, als voor de sterkte van de relaties van regionale zorgorganisaties met andere partijen in de regio.

Door alle geïnterviewden in fase 2 wordt aangegeven dat de band van de organisatie met de huisartsen in de achterban een zeer belangrijk element is. Aangegeven wordt dat de organisaties veelal vanuit maatschappelijke ontwikkelingen zijn opgericht: huisartsen zagen meer taken op zich afkomen zoals het verzorgen van de avond-, nacht-, en weekendzorg (ANW-zorg), het maken van inkoopafspraken met zorgverzekeraars en het leveren van goede doelmatige dienstverlening passend bij prestatie-indicatoren. Vanuit veelal de huisartsenkringen van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) zijn huisartsen zich gaan verenigen en hebben zij initiatieven ontplooid om in gezamenlijkheid facilitaire ondersteuning te organiseren om aan deze taakvergroting te kunnen voldoen. De reden die in alle interviews hiervoor genoemd wordt, is het 'ontzorgen van huisartsen' en voor huisartsen het werk verlichten.

Door de geïnterviewden wordt tevens aangegeven dat het creëren en behouden van 'gevoeld eigenaarschap door huisartsen' een precare opgave is. De geïnterviewde

bestuurders geven aan dat het voortdurend balanceren is in het zoeken van mogelijkheden voor vernieuwing en innovatie, het verbeteren van de kwaliteit van die dienstverlening en het behouden van de cohesie onder de huisartsen in de achterban. Of zoals een van de bestuurders aangaf: “het bestuur moet vooral niet te veel voor de troepen uit willen lopen. Huisartsen moeten zich vooral betrokken blijven voelen bij de organisatie en het beleid”.

In alle organisaties zijn huisartsen vertegenwoordigd op diverse posities in de governance structuur van de organisaties. In alle organisaties – zowel die organisaties met een coöperatieve holdingstructuur met BV's als die organisaties met een stichtingsmodel - daar hebben huisartsen een afvaardiging, dat in het bestuur zitting heeft. In de organisaties die een keuze hebben gemaakt voor een governance structuur met een Raad van Toezicht en of Raad van Advies (in sommige gevallen ook wel 'participatieraad' genoemd); hebben huisartsen tevens zitting in een vaak onafhankelijke adviesraad, die de Raad van Bestuur adviseert over medisch-inhoudelijke zaken en kwaliteitsbeleid. In deze gevallen zijn huisartsen vaak ook lid van de Raad van Bestuur, als medisch verantwoordelijk bestuurder. In alle organisaties zijn huisartsen ook vertegenwoordigd als locatiemanagers of medisch managers van huisartsenposten en eventuele ondergebrachte huisartsenpraktijken. In organisaties met een stichtingsmodel, daar vormt een vertegenwoordiging van huisartsen het bestuur, waaronder een gemandateerd directeur uitvoering geeft aan het beleid, die vaak geen medische maar een bedrijfsmatige achtergrond heeft.

Reden die hier in alle interviews voor wordt aangegeven is, het creëren en behouden van betrokkenheid van huisartsen bij de organisatie en op deze manier ook het gevoeld eigenaarschap van huisartsen behouden en versterken.

Ook wordt in de interviews aangegeven dat om het 'gevoeld eigenaarschap van huisartsen' te behouden en te vergroten een beleid gevoerd wordt van op centraal niveau organisatie breed de beleidskaders vaststellen en het decentraal en deze op lokaal laten operationaliseren. Hierbij wordt aangegeven dat de regionale samenwerking veelal gestoeld is op reeds bestaande relaties die huisartsen met andere organisaties in hun adherentiegebied hebben.

Een aantal geïnterviewden gaf aan dat zij momenteel verkennen welke governance structuur het best passend zou zijn bij de eigen organisatie en de ontwikkelingsfase waarin zij zich bevindt.

5.2 Complexiteit en overzichtelijkheid van de regio

De bevindingen uit de interviews bevestigen het beeld uit fase 1 dat de complexiteit en overzichtelijkheid van de regio van invloed is op de mate van regionale organisatiekracht.

Uit de interviews komt naar voren dat organisatiekracht zowel intern als naar buiten toe gedefinieerd kan worden. De bevindingen laten zien dat die organisaties die geografisch over een meer landelijk of minder stedelijk gebied uitgespreid zijn, dat zij intern een sterke(re) cohesie onder de huisartsen achterban lijken te hebben en dat zij met externe partners meer evenwaardige samenwerkingsrelaties lijken te hebben, dan organisaties die zich geografisch in meer verstedelijkte regio's bevinden.

In die organisaties die in meer landelijk gebied acteren, daar lijken samenwerkingsrelaties tussen huisartsen onderling en met externe samenwerkingspartners meer gebaseerd te zijn op persoonlijke relaties en reeds bestaande zorg-inhoudelijke relaties.

De overzichtelijkheid van de regio, alsook de overzichtelijkheid van het aantal potentiële samenwerkingspartners dat daarmee samenhangt, maakt dat contacten voor het aangaan van samenwerkingen voor het kunnen leveren van nieuwe diensten of uitbreiding van het productenportfolio, en het uitbouwen van bestaande samenwerkingsrelaties, sneller gelegd zijn. Of zoals een geïnterviewde aangaf: “dan zijn de juiste mensen ook sneller te vinden”.

Zichtbaar is dan ook dat in die regio's met een lage mate van verstedelijking, samenwerkingsrelaties met externe partners worden aangegaan op basis van gelijkwaardigheid en een gezamenlijk gedragen gevoel van noodzaak tot samenwerking om de bestaanszekerheid van de samenwerkende organisaties te versterken. Hoewel hierbij wel aangegeven wordt, dat in sommige overzichtelijke regio's samenwerkingsrelaties met samenwerkingspartners worden geprikkeld en versterkt door verkenningen van de eerstelijnsorganisatie met potentiële partijen van buiten de regio, die een zelfde type dienstverlening leveren dan de beoogde samenwerkingspartner (concurrentie prikkels).

In die regio's met een grote mate van verstedelijking is het aantal huisartsen dat aangesloten is bij de organisatie in verhouding groter dan bij organisaties in minder verstedelijkte regio's, en – zo wordt door een aantal geïnterviewde organisaties aangegeven – lijkt de cohesie onder de huisartsen onderling ook minder groot. In deze regio's is relatief een klein deel van de gehele huisartsenpopulatie actief betrokken bij de organisatie (bijvoorbeeld de aanwezigheid op ledenvergaderingen, het benutten van inspraak in adviescommissies, of het aangeven van ideeën voor het verbeteren van de dienstverlening). Tevens is deze verstedelijkte regio's ook het aantal potentiële samenwerkingspartijen zeer groot en wordt een zelfde dienstverlening door meerdere organisaties geleverd. In dergelijke regio's lijken relaties van regionale eerstelijnsorganisaties met externe samenwerkingspartners eerder tot stand te komen als resultaat van afhankelijkheid en ongelijke machtsverhoudingen. Het lijkt er ook op dat in deze meer complexe regio's het lastiger is om de productenportfolio te verbreden als gevolg van de grote hoeveelheid aanbieders.

5.3 Kwaliteitsbeleid als instrument voor draagvlak ontwikkeling en behoud of als instrument voor verbetering en innovatie

Op basis van de bevindingen uit de interviews moet de stelling over dit thema zoals opgesteld in fase 1 enigszins genuanceerd worden.

In alle interviews wordt aangegeven dat het bereiken van een uniform niveau van kwaliteit van dienstverlening, het behouden en het verbeteren van de kwaliteit van de dienstverlening een streven is binnen alle regionale eerstelijnsorganisaties. De geïnterviewden geven haast unaniem aan dat een kwaliteitsbeleid een belangrijke voorwaarde is voor het bestaansrecht van de organisatie. Juist het kunnen verantwoorden van de geleverde kwaliteit naar de Inspectie voor de Gezondheidszorg en naar de zorgverzekeraars toe, is essentieel voor het voortbestaan van de organisaties. Het kunnen voldoen de aan gestelde kwaliteitseisen maakt de organisatie een betrouwbare gesprekspartner voor (potentiële) samenwerkingspartners. Tevens wordt aangegeven dat het hebben van een goede reputatie op het gebied van kwaliteit van dienstverlening, ook een belangrijk element voor

communicatie naar verzekeraars en de Inspectie voor de Gezondheidszorg in geval er intenties zijn om nieuwe diensten te ontwikkelen of het productenportfolio te vergroten, zo geven een aantal geïnterviewden aan.

In dit opzicht lijkt een kwaliteitsbeleid een vehikel te zijn om als organisatie betrouwbaar over te komen naar externe partijen.

De tegenstelling die in de stelling over dit thema - zoals opgesteld in fase1 – is geformuleerd, wordt door de geïnterviewden niet als tegenstelling ervaren. En dient om die reden dus genuanceerd te worden. In organisaties met een klein productenportfolio (alleen ANW-zorg) en organisaties met een groot productenportfolio – veelal de organisaties met een coöperatieve holdingstructuur – wordt het kwaliteitsbeleid ingezet als een vehikel om de kwaliteit van de dienstverlening te behouden en te verbeteren. In geval van het ontwikkelen van nieuwe diensten of producten wordt kwaliteitsbeleid gezien als de voorwaarde waaraan nieuw te ontwikkelen diensten of producten dienen te voldoen. Of zoals een aantal geïnterviewde organisaties aangeeft, dienen de nieuw te ontwikkelen diensten of producten van de organisaties, eenzelfde niveau van kwaliteit te behalen en hebben dan de overige producten in het portfolio. Dit om de reputatie van een goede betrouwbare samenwerkingspartner niet te schaden.

Indien binnen de organisaties geconstateerd wordt middels interne kwaliteitsmonitoring, dat huisartsen mindere kwaliteit leveren dan collega's worden initiatieven ontplooid om deze huisartsen te faciliteren hun dienstverlening te verbeteren (benchmarks, kwaliteitsverbeteringsplannen die door een kwaliteitsfunctionaris worden opgevolgd). Of zoals een geïnterviewde verwoordde: "dan gaat de kwaliteitsfunctionaris erop af en dan wordt er met die huisarts een verbeterplan opgesteld, dat wordt gevolgd".

In geval huisartsen ondanks de faciliterende inspanningen van de organisatie toch 'onder de maat' blijven presteren, zo gaven de geïnterviewden aan is er eigenlijk geen sprake van het toepassen van sancties. In dit opzicht is het kwaliteitsbeleid niet alleen een vehikel voor het verbeteren en vernieuwen van de dienstverlening, maar tegelijkertijd ook een vehikel voor het behouden van de huisartsen achterban en de cohesie daarbinnen. Een aantal geïnterviewden gaf aan dat er binnen de organisatie verkend wordt of sancties gewenst zijn in de toekomst en in welk vorm (bijvoorbeeld het aanpassen van clausules in de dienstverleningscontracten met huisartsen met die voorwaarde dat de dienstverleningsovereenkomst kan worden ontbonden bij slechte prestaties, of het niet uitkeren van bonussen indien er sprake is van onvoldoende kwaliteit van de dienstverlening).

Uit de interviews kwam tevens naar voren dat er tussen de geïnterviewde organisaties grote verschillen bestaan in hoe ze kwaliteitsinformatie binnen de organisatie genereren. In een aantal organisaties wordt er gebruik gemaakt van een uniform kwaliteitsinformatiesysteem, dat ook door de huisartsen in de eigen individuele praktijken wordt gebruikt.

Kwaliteitsgegevens worden op een uniforme en 'snelle' manier verzameld, en de prestaties van huisartsen kunnen beter en sneller met elkaar vergeleken worden. Hier zie je dan ook dat kwaliteitsinformatie gebruikt wordt om de kwaliteit van de algehele bedrijfsvoering van de organisatie te verbeteren. Hoewel veel van de geïnterviewde organisaties de voordelen van een dergelijke uniform kwaliteitsinformatiesysteem onderschrijven, heeft het overgrote deel van de geïnterviewde organisaties een dergelijk systeem nog niet. Redenen die daarvoor onder andere genoemd worden zijn: nog te weinig draagvlak onder de huisartsen achterban, huisartsen hebben een eigen kwaliteitssystemen en daar dient een nieuw organisatie breed kwaliteitsinformatiesysteem op aan te sluiten, of het invoeren van een

organisatie breed kwaliteitsinformatiesysteem heeft binnen de organisatieontwikkeling nog geen prioriteit.

En dus wordt kwaliteitsinformatie in deze organisaties per huisartsenpraktijk opgevraagd en dusdanig bewerkt dat de kwaliteitsgegevens vergelijkbaar zijn.

5.4 Versterking van regionale samenwerking en uitbreiding productenportfolio

Uit de interviews komt naar voren dat de geïnterviewde organisaties allen rond dezelfde periode rond de eeuwwisseling zijn ontstaan (periode 2000 tot 2004). Alle geïnterviewde organisaties hebben een facilitaire basis; welke zijn oorsprong heeft in het organiseren en ondersteunen van de dienstenstructuur in de avond-, nacht-, en weekendzorg (ANW-zorg) vanuit huisartsenverenigingen. Niet-patiënten gebonden diensten, zoals inkoop, financiële administratie, personele ondersteuning, technische ondersteuning (ICT) en ondersteuning in bedrijfsvoering werden – en worden – vanuit facilitaire ondersteuning geleverd.

Zichtbaar is dat verschillende huisartsenverenigingen vanuit deze facilitaire ondersteuning voor ANW-zorg ook zorggroepen hebben opgericht, die zowel verschillende zorgprogramma's voor chronische aandoeningen als nieuwe diensten hebben ontwikkeld, zoals deskundigheidsbevordering en scholing, vastgoedbeheer en sommigen zelfs een ICT systeem, al dan niet onder één organisatie.

Bevindingen uit de interviews laten zien dat indien organisaties meerdere diensten of producten leveren, de organisatievorm hiervoor is veranderd van een stichtingsmodel naar een holdingstructuur met een werkmaatschappij en Besloten Vennootschappen (BV's). In die regio's waar deze diensten of producten niet onder één organisatie georganiseerd zijn, zijn er relaties tussen de verschillende regionaal georganiseerde eerstelijnsorganisaties binnen dezelfde regio. Aangegeven wordt dat deze relaties worden gelegd en onderhouden, om onduidelijkheid over belangenbehartiging en vertegenwoordiging van huisartsen naar externe partners te voorkomen; door intensief contact tussen organisaties die ANW-zorg verzorgen en losse zorggroepen en het gezamenlijk aangaan van relaties met beoogde samenwerkingspartners zoals bijvoorbeeld ziekenhuizen, wordt gezorgd voor "één smool naar buiten".

Zoals ook in paragraaf 5.2 is beschreven, worden dergelijke intensieve contacten met andere eerstelijnsorganisaties als met andere zorgorganisaties in de eigen regio aangegaan voor het waarborgen van bestaansrecht van de organisaties. Of zoals in een aantal interviews werd aangegeven, is het soms noodzakelijk om coalities met andere eerstelijnsorganisaties of andere zorgorganisaties aan te gaan om de continuïteit van de dienstverlening ten behoeve van de patiëntenzorg in de regio op een goede eenduidige manier te kunnen organiseren. Aangegeven wordt dat de samenwerkingspartners elkaar veelal vinden op zorg-inhoudelijke gronden. Een van de geïnterviewde gaf aan: het is ook veel beter om zorgprofessionals vanuit zorg-inhoud samenwerkingen aan te laten gaan, want daar vinden zij elkaar op elkaar. Hoe dan de samenwerking concreet georganiseerd en gefaciliteerd moet worden vanuit de organisatie, volgt hieruit.

Zoals ook in paragraaf 5.2 is geschetst worden in overzichtelijke regio's ook samenwerkingsrelaties aangegaan op basis van persoonlijke contacten. In regio's die geografisch ook meer afgesloten zijn, speelt dit sterker, omdat huisartsen en andere zorgprofessionals alsook bestuursleden van verschillende organisaties elkaar ook in het dagelijks leven tegen komen. Daarentegen wordt ook aangegeven, dat indien deze

persoonlijke relaties niet goed zijn; deze een goede samenwerkingsrelatie tussen zorgprofessionals onderling als tussen samenwerkende organisaties in de weg kunnen staan en mogelijk het innovatievermogen (het uitbouwen van diensten met andere partijen) kunnen beïnvloeden.

5.5 Leiderschapsstijl en innovatie

Op basis van de bevindingen uit de interviews kan niet hard geconcludeerd worden dat er een verband bestaat tussen de innovativiteit van de organisatie, de ambitie van de bestuurders en de cohesie van de organisatie.

Uit de interviews komt naar voren dat alle bestuurders op een of andere manier een spanningsveld ervaren tussen het behouden van het bestaansrecht van de organisatie, dat ook beslissingen, beleidswijzigingen of innovaties (bijvoorbeeld kwaliteitsverbetering initiatieven, ontwikkeling van nieuwe diensten) in zich heeft die de huisartsen achterban niet altijd zonder weerstand accepteren, met het behouden van de cohesie onder de huisartsen achterban. Door de geïnterviewde bestuurders worden aangegeven dat om op maatschappelijke veranderingen te kunnen anticiperen, het soms noodzakelijk is om beslissingen of beleidswijzigingen voor te stellen aan de huisartsen achterban, die zij niet altijd 'leuk vinden'. En dat zij daar soms ook persoonlijk op reflecteren of dergelijke beslissingen of beleidswijzigingen te kenmerken zijn als 'ambitie van de bestuurder' of 'noodzakelijk voor de bestaanszekerheid van de organisatie'. Hoewel door een aantal geïnterviewden wordt aangegeven dat zij organisaties kennen waar de desbetreffende bestuurders andere of grotere ambities hebben dan de huisartsen achterban, kon uit de interviews niet opgemaakt worden of dat bij de geïnterviewden ook het geval was.

Een aantal geïnterviewde zorg-inhoudelijke verantwoordelijken (klinische leiders of medisch managers) gaf aan, dat huisartsen van oudsher een zeer autonome beroepsgroep zijn, die de verdergaande ontwikkeling naar een meer gecentraliseerde organisatie van diensten ervaren als een steeds groter wordende inmenging 'van buiten'. De geïnterviewden gaven dan ook aan, dat om beleidswijzigingen of organisatie brede beslissingen, die invloed hebben op de bedrijfsvoering en werkzaamheden van de huisartsen – zowel in de ANW-zorg als mogelijk in de individuele praktijken – door te kunnen voeren, er omzichtig omgegaan wordt met kritische huisartsen in de achterban. Zo gaf een geïnterviewde aan: "je kent je pappenheimers, je kent ze, je weet wat er speelt in hun praktijken, en als je weet dat er ontwikkelingen zijn die daar invloed op gaan hebben, dan ga je met hen in gesprek hierover".

De geïnterviewden gaven aan dat zij een faciliterende leiderschapsstijl hanteren, waarbij zij aangaven dat de ontstaansreden van de organisaties – het 'ontzorgen' van huisartsen' – hieraan ten grondslag ligt. Zij gaven aan de visie en behoeften van huisartsen hierin te dienen. De geïnterviewde bestuurders gaven aan dat zij in hun positie hierin een adviserende en informerende rol hebben. Zij bereiden de beleidskaders en de te nemen beslissingen voor, en voorzien daarin het bestuur en de huisartsen achterban van uitgebreide achtergrond informatie; de daadwerkelijke beslissing over de beleidskaders of het te volgen beleid dient gedragen te worden door de huisartsen. Om het draagvlak onder de huisartsen achterban te vergroten, gaven zij aan gebruik te maken van 'informele leiders' binnen de organisatie. Huisartsen die aanzien onder de collega-huisartsen genieten, worden bijvoorbeeld gevraagd om dergelijke beslissingen en beleidswijzigingen mee voor te

bereiden alvorens ze met het bestuur en indien van toepassing met de Algemene Ledenvergadering worden besproken.

5.6 Koppeling van fasen van organisatieontwikkeling met vorm van organisatie / organisatiestructuur.

Bevindingen uit de interviews laten zien dat alle organisaties zijn ontstaan vanuit een facilitaire basis. Het ondersteunen en 'ontzorgen' van huisartsen in het uitvoeren van allereerst de ANW-zorg (huisartsenposten). Vanuit de ANW-zorg en facilitaire dienstverlening (administratieve en secretariële ondersteuning), zijn bij een groot deel van de geïnterviewde organisaties, andere ondersteunende diensten ontwikkeld, zoals deskundigheidsbevordering, personele ondersteuning (inzet van praktijkondersteuning en assistenten) en personeelsbeleid, en zorgprogramma's voor chronische aandoeningen. Een enkele organisatie gaat daarin verder en maakt gebruik van een uniform en eenduidig registratie- en kwaliteitsinformatiesysteem, dat door alle individuele huisartsenpraktijken binnen die regio gebruikt wordt.

Duidelijk komt daarbij naar voren dat de organisaties allen zijn gestart met een stichtingsmodel als organisatiestructuur, en naarmate het aantal diensten of producten van de organisaties is toegenomen de organisatiestructuur veelal veranderd is naar een holdingstructuur met BV's. De bevindingen laten zien dat momenteel de organisaties met een enkelvoudig of beperkt dienstenpallet (bijvoorbeeld alleen ANW-zorg of alleen zorgprogramma's) een stichtingsmodel hanteren, en organisaties met een breed dienstenpallet een holdingstructuur. Hier uit kan geconcludeerd worden dat er daadwerkelijk een verband bestaat tussen de ontwikkelingsfase van een organisatie en de organisatiestructuur die wordt gehanteerd.

Echter kan niet uit de interviews opgemaakt worden welke omstandigheden bepalend zijn voor de keuze voor een nieuwe organisatiestructuur. Een belangrijk element dat gedurende de organisatieontwikkeling minder aandacht heeft gehad, maar waar de geïnterviewden wel van aangeven dat dat aandacht verdiend is een ondersteunend registratie- en kwaliteitsinformatiesysteem. Een aantal van de geïnterviewden gaf aan dat zij door de tijd heen bemerkt hebben dat de registratiedruk en sturing op prestatie-indicatoren voor de organisatie is toegenomen, en dat zij achteraf gezien een dergelijk ondersteunend systeem minder prioriteit hebben gegeven.

5.7 Creatief ondernemen

Bevindingen uit de interviews laten zien dat er inderdaad een verband lijkt te zijn tussen de mate van innovativiteit en de grootte van het productenportfolio dat door de organisaties wordt aangeboden met de mate waarin organisaties creatief ondernemen en gebruik maken van gesegmenteerde financieringsstromen en begrotingen.

Uit de interviews komt naar voren dat de organisaties met een groter dienstenpallet meer financiële mogelijkheden hebben om winsten binnen de organisatie in te zetten voor kwaliteitsverbeteringsinitiatieven of voor het verkennen en ontwikkelen van nieuwe diensten of producten. Alle geïnterviewde organisaties gaven aan – zowel de organisaties met een enkelvoudig als de organisaties met een breed dienstenpallet – dat de budgetten voor patiëntgebonden diensten, zoals ANW-zorg en zorgprogramma's afhankelijk zijn van

contractafspraken met zorgverzekeraars. Deze contractafspraken geven kleine marges voor het kunnen bekostigen van kwaliteitsverbetering van de bestaande dienstverlening. Deze marges zijn onvoldoende voor het daadwerkelijk verkennen en ontwikkelen van volledig nieuwe diensten. De geïnterviewden gaven dan ook aan dat, indien daadwerkelijk nieuwe diensten (bijvoorbeeld een zorgprogramma voor eerstelijns GGZ) ontwikkeld gaan worden, creatief gezocht moet worden naar bekostigingsmogelijkheden. Vaak worden deze gevonden in het opzetten van een joint venture met de samenwerkingspartijen, waarbij beide organisaties aandeelhouder zijn en de ontwikkeling van de nieuwe dienst financieren, of worden er speciale afspraken gemaakt met zorgverzekeraars om innovatiegelden te benutten.

De geïnterviewden gaven aan dat zij zich niet kunnen vinden in de connotatie die creatief ondernemen kan oproepen, nl. die van 'creatief boekhouden'. Alle geïnterviewden gaven aan dat de organisaties worden aangemerkt als 'bedrijf' met de daarbij behorende verplichtingen van toezicht, deugdelijk financieel beheer en belastingverplichtingen.

6 Bevindingen uit de Organisatie Vermogenscan

Aan alle organisaties/deelnemers binnen het onderzoek is gevraagd of zij de Eerstelijns Organisatievermogen Scan van het Jan van Es Instituut wilden invullen. Deze scan is bedoeld om inzicht te krijgen in de toekomstbestendigheid van de organisaties. De vragenlijst bestaat uit een aantal algemene vragen, gevolgd door 8 of 9 stellingen per INK-domein:

1. Leiderschap;
2. Excellerende medewerkers en professionals;
3. Management van middelen;
4. Procesmanagement;
5. Stakeholdermanagement;
6. Strategie en beleid;
7. Sociaal ondernemerschap;
8. Good Governance;
9. Verandervermogen.

Op alle vragen kan op een schaal van 1 tot en met 7 gescoord worden, waarbij 1 'helemaal niet' betekent en 7 'heel erg' (4=neutraal).

6.1 Respons

De Organisatie Vermogenscan is uitgezet onder alle geselecteerde organisaties uit fase 1 en fase 2; in totaal 18 geïnterviewden van 12 organisaties. Zestien van de 18 mensen hebben de vragenlijst volledig ingevuld, waarmee de respons 88,9% bedraagt.

6.2 Resultaten

De resultaten van de Eerstelijns Organisatie Vermogenscan zijn waar mogelijk langs de zeven gevonden thema's uit de eerste fase gelegd. Per thema worden de resultaten besproken, waarbij vooral gefocust op de onderscheidende antwoorden tussen de organisaties. In alle grafieken staan op de x-as de organisaties, met dezelfde nummering als in de rest van deze rapportage.

6.2.1 Gevoeld eigenaarschap

Uit de scan blijkt dat niet alle organisaties jaarlijks een tevredenheidsonderzoek houden onder de professionals. Opmerkelijk genoeg zijn de respondenten het binnen een aantal organisaties (3 en 4) het niet eens met elkaar op dit vlak. De meeste organisaties hebben een strategie uitgewerkt voor verschillende groepen professionals, ook al zijn de respondenten dat ook niet binnen alle organisaties (5 en 11) helemaal met elkaar eens. (zie figuur 4)

Zowel tussen als binnen organisaties verschilt de mate waarin voorstellen (van bestuurders) tot verandering geen weerstand en pessimisme opleveren bij hun professionals. Een groot aantal van de bevroegde organisaties daar wordt meer weerstand en pessimisme ervaren van professionals (met name de organisaties 2, 3, 4, 8, 11 en 12). Het richten van de strategie om meerdere wederzijdse afhankelijkheden te creëren met hun professionals (bijv. op het terrein van huisvesting, financiën en waarneming) lukt bij vier organisaties ook ten dele (met name voor organisaties 3, 7, 8 en 10). Binnen twee organisaties heerst verdeeldheid (5 en 11). (zie figuur 5)

6.2.2 Complexiteit regio

In de Organisatie Vermogenscan zijn geen vragen gesteld over de ervaren complexiteit van de regio.

Echter is op basis van de interviews een overzicht gemaakt van de organisatiekarakteristieken van alle organisaties in dit onderzoek betrokken. Uit dit overzicht is op te maken dat in diverse regio's het aantal aanbieders groot is, derhalve dat het aantal samenwerkingsrelaties waar de bevroegde eerstelijnsorganisaties mee te maken hebben ook groot is. Dit maakt de overzichtelijkheid van de regio's complex.

6.2.3 Kwaliteitsbeleid

Het kwaliteitsbeleid is opgedeeld in zorginhoudelijk en bedrijfseconomisch kwaliteitsbeleid. Op zorginhoudelijk vlak wordt vooral hoog gescoord bij twee organisaties (5 en 7). Bij drie organisaties worden de prestaties van hun professionals actief gemonitord (4, 8 en 11). Vier organisaties geven daarentegen aan geen effectieve sanctiemogelijkheden tegen slecht presterende professionals te hebben (2, 3, 6 en 11). (zie figuur 6)

Op bedrijfseconomisch vlak vallen vooral de lage scores van organisatie 2 op. Zij zijn samen met organisatie 10 de enige organisaties die laag scoren op het gebruik van systematische evaluaties om verbeterprocessen te realiseren. Drie organisaties scoren hoog op deze indicatoren (5, 7, en 12). Zij scoren namelijk ook hoog op het 'met 1 druk op de knop' kunnen genereren van rapportages 'voor alle partijen'. (figuur 7)

6.2.4 Productportfolio

Uit het overzicht wordt tevens zichtbaar dat het productenportfolio van de bevroegde organisaties verschilt. Daarbij valt op te maken de organisaties op een continuüm te plaatsen zijn, waarbij aan ene de zijde sprake is van zeer smal productenportfolio met een zeer intern gerichte focus (het 'ontzorgen' van huisartsen) en waarbij aan de andere zijde sprake is van een zeer breed productenportfolio met een zeer extern gerichte focus (ontwikkelen van nieuwe diensten en producten met externe partners).

6.2.5 Leiderschap en innovatie

De resultaten met betrekking tot leiderschap tonen over het algemeen aan dat de bestuurders hoog scoren op dit vlak. Alleen op de indicator 'ik wil het graag voor het zeggen hebben' is onderscheid te zien: met name de organisaties 2 en 10 scoren laag. Organisaties 3 en 11 scoren hoog. (zie figuur 8)

Op het gebied van innovatie is veel variatie te zien: een aantal organisaties (3, 7, 10 en 12) stelt dat hun ICT-infrastructuur de innovatiekracht maximaal ondersteunt. Drie organisaties

scoren op deze indicator het laagst, al is daar binnen deze organisaties intern wel verdeeldheid over (2, 5, en 11). (zie figuur 9)

6.2.6 Organisatievorm

Het overzicht geeft tevens een beeld van de organisaties en de organisatievorm en bijbehorende governance structuur. Uit dit overzicht valt op te maken dat naarmate organisaties meer maturiteit hebben, of een breed productenportfolio hebben, zij overgestapt zijn van een stichtingsmodel naar een holdingstructuur met een werkmaatschappij en verschillende besloten vennootschappen.

6.2.7 Creatief ondernemen

Alle organisaties scoren hoog op het gebied van creatief ondernemen. Ze stellen dat ze allen een onderscheidende strategie hebben ten opzichte van andere zorgorganisaties. Ook kunnen ze met hun bedrijfsvoering vertrouwen creëren bij externe stakeholders en hebben ze ook een strategie die uitgewerkt is voor die stakeholders. Alleen binnen organisatie 11 heerst verdeeldheid op dit laatste punt. (zie figuur 10 en 11)

7 Bevindingen in relatie tot bestaande kennis: Op weg naar sterke regionale huisartsorganisaties

Zoals uit hoofdstuk 2 naar voren komt is het voor organisatieontwikkeling belangrijk dat er verbindingen zijn tussen de verschillende niveaus van integratie. Tevens bleek dat de mate van meebeslissen van huisartsen binnen de organisatie en de duur van de relatie van huisartsen met de organisatie bepalende factoren zijn. Uit dit onderzoek komt naar voren dat voor de versterking van organisatiekracht van regionale eerstelijnsorganisaties de verbinding tussen de professionele wereld (professionals onderling) en die van de organisatie wereld (professionals met de organisatie) en systeem wereld (organisatie binnen gehele zorgsysteem met externe stakeholders) van groot belang zijn. Als deze niveaus binnen de organisatie en door bestuurders op een goede wijze verbonden worden, wordt de organisatiekracht versterkt.

In dit hoofdstuk zal dit aan de hand van de zeven thema's worden getoond, op basis van de gegevens uit hoofdstuk 5 en hoofdstuk 6.

7.1 Gevoeld eigenaarschap door huisartsen

De bevindingen in onderzoek laten zien dat het verbinden van de professionele wereld en de wereld van het zorgsysteem een belangrijk element is voor de regionale organisatiekracht van eerstelijnsorganisaties.

Zoals de bevindingen uit de interviews uit fase 1 en fase 2 laten zien, ervaren de bestuurders het verbinden van de huisartsen achterban met de organisatie als een voortdurend balanceren van het verbinden van de professionele wereld met de wereld van de organisatie en die van het zorgsysteem. De vraag die voortdurend speelt, hoe deze verbinding zo te organiseren, dat huisartsen zich onderdeel en gevoeld eigenaar blijven voelen van de organisatie zonder dat veranderingen vanuit het zorgsysteem geïnitieerd en opgelegd geschuwd wordt. Aan de ene kant is zichtbaar dat huisartsen zich conformeren naar de normen en conventies van de eigen beroepsgroep. Dit wordt zichtbaar door het feit dat huisartsen zich op basis van prestatienormen en kwaliteitsuitkomsten spiegelen aan elkaar en op deze wijze hun prestaties verbeteren, of zich laten aanspreken door collega-huisartsen op kwaliteit en functioneren. Aan de andere kant is daar het zorgsysteem waarop op een rationele manier met prestatienormen en kwaliteitseisen wordt omgegaan en waar organisaties worden afgerekend op resultaat en uitkomsten. Deze kenmerken van de systeemwereld wordt door de huisartsen als inmenging van buitenaf ervaren. Zoals de uitkomsten in hoofdstuk 6 laten zien, lijken alle organisaties op een instrumentele wijze geleid en bestuurd te worden. Hoewel wordt aangegeven dat voorstellen voor verandering zonder al te veel pessimisme worden ontvangen, laten de resultaten zien dat het verbinden van de organisatiestrategie met de huisartsen achterban en het creëren van wederzijdse afhankelijkheid tussen de organisatie en de huisartsen achterban niet geheel van de grond komen.

Uit deze bevindingen kan worden afgeleid dat voor het versterken van de organisatiekracht van eerstelijnsorganisaties er nog meer aandacht en ruimte moet komen voor de professionele wereld binnen de regionale eerstelijnsorganisaties. Het "ambacht van huisarts"

daar voelen zorgprofessionals zich mee verbonden, en laten zij zich het meest op aanspreken.

Organisaties die ook zorggroepen in zich hebben opgenomen, daar lijkt de interne cohesie en het gevoel eigenaarschap van huisartsen groter te zijn dan organisaties die dat niet hebben. De activiteiten binnen zorggroepen, staan ook dicht bij de professionele leefwereld van huisartsen, nl. de inhoud van zorg (richtlijnen, protocollen, werkprocessen e.d.). Hier is een sterkere verbinding van de organisatie met de huisartsen, als met de huisartsen onderling zichtbaar. Deze verbondenheid wordt ook in het klein bij de kleinste huisartsenpost gevoeld.

Dit brengt ons tot de conclusie dat het van groot belang is om de verbinding te maken met de professionele wereld, meer aandacht wordt besteed aan casuïstiek, en alles dat direct van invloed is op direct patiëntencontact.

Vertalen we dit naar het realiseren van organisatiekracht, dan dient voor huisartsen duidelijk gemaakt te worden (en te zijn) wat de daadwerkelijke meerwaarde voor het uitoefenen van de professie is voor het regionaal optreden als huisartsengroep of de meerwaarde van samenwerking zowel intern als extern.

Opvallend is dat de bevindingen laten zien dat een financiële prikkel, maar ook de gekozen organisatievorm (stichting of coöperatie met holdingstructuur) waarin de governance wordt geregeld niet nadrukkelijk als een stimulans ervaren wordt om het gevoel eigenaarschap van huisartsen te vergroten. Dit is niet hetzelfde als dat financiële prikkels of organisatievorm de organisatiekracht niet kunnen versterken; voor het aspect “gevoeld eigenaarschap” geldt geen effect van financiën of organisatievorm (cf. Putters 2009; den Breejen et al 2010).

7.2 Complexiteit en overzichtelijkheid van de regio

Uit de gegevens van hoofdstuk 5 en hoofdstuk 6 komt naar voren dat de overzichtelijkheid van de regio een belangrijk element is voor organisatiekracht.

Echter wat uit de interviews naar voren komt, is dat binnen landelijke of minder verstedelijkte gebieden de cohesie binnen de organisatie verschillend wordt ervaren. Dit wordt eveneens door de bevindingen van de Organisatie Vermogenscan bevestigd.

Binnen verstedelijkte regio's is bekend dat de veelheid van relaties in een groot veld van zorgorganisaties en potentiële samenwerkingspartners (met andere woorden dat er veel knopen in het netwerk van samenwerkingspartners zijn) cohesie tegenwerkt. Door de veelheid aan knopen in het netwerk (door de aanwezigheid van meerdere organisaties in eenzelfde gebied) wordt samenwerken lastiger. In landelijke regio's, waar het aantal relaties met samenwerkingspartners (m.a.w. het aantal knopen in het netwerk van samenwerkingspartners) veel minder is, kan de verwachting rijzen dat in deze regio's de cohesie sterker wordt ervaren.

Echter dit onderzoek toont dat deze uitspraak genuanceerd dient te worden.

Zo zou men bijvoorbeeld verwachten dat in regio's die te kenmerken zijn als landelijke overzichtelijke regio's met een beperkt aantal (potentiële) samenwerkingspartners (zoals de regio's Friesland en Zeeland), een hoge cohesie ervaren wordt. Toch komt uit de Organisatie Vermogenscan en de interviews naar voren dat de cohesie binnen dergelijke regio's verschillend ervaren wordt.

Hoewel de omgevingsfactor (continuüm van landelijke naar sterk verstedelijkte regio), een belangrijke randvoorwaarde is, lijken er toch andere krachten binnen deze regio's een belangrijke rol te spelen. Als alternatieve verklaring zou gedacht kunnen worden aan de mate van gevoelde historische en etnisch-culturele binding van de huisartsen met een regio. Zo is de eilandenbinding een sterkere factor dan de Zeeuwse binding, terwijl in Noord Limburg wel een regionale binding lijkt te hebben. Uit de bevindingen komt naar voren dat de historische zorg-inhoudelijke en persoonlijke relaties tussen zorgprofessionals als basis dienen voor de ontwikkeling en groei van eerstelijnsorganisaties. En binnen minder complexe regio's kunnen deze relaties meer uitgebouwd worden, omdat zorgprofessionals door een etnisch-culturele binding met de regio ook niet of nauwelijks uit deze regio's wegtrekken. Hierdoor is een langere van continuïteit van relaties tussen zorgprofessionals mogelijk. De mate van historische en/of etnisch-culturele binding met de regio, kan het voor regionale organisaties mogelijk maken dat er van een natuurlijke cohesie sprake is zowel tussen alle zorgprofessionals binnen de organisatie als tussen de organisatie met externe samenwerkingspartners. Met andere woorden, door de historische relaties en etnisch-culturele binding met de regio is het waarschijnlijker dat er sprake is van langer bestaande relaties tussen organisaties en zorgprofessionals, wat kan worden geïnterpreteerd als de aanwezigheid van natuurlijke organisatiekracht; er is reeds een natuurlijke verbinding van de professionele wereld met de systeemwereld. Voor het versterken van de organisatiekracht van de organisatie kan deze natuurlijke organisatiekracht worden aangewend.

Binnen verstedelijkte regio's – zo komt uit de bevindingen naar voren – zijn relaties tussen zorgprofessionals en organisaties meer onderhevig aan machtsverhoudingen, strategische overwegingen en concurrentieprikkels. (NB. In landelijke regio's is er veelal geen sprake van concurrentievoordeel in samenwerking). Vanuit de economische theorie is het bekend dat concurrentieprikkels en competitie zowel bevorderend als belemmerend kunnen werken voor de ervaren cohesie en samenwerking binnen een regio. En tevens bevorderend als belemmerend kunnen worden voor de organisatiekracht van regionale organisaties.

Echter is er over dit element nog te weinig bekend, om goede gefundeerde uitspraken te doen op welke wijze dit een succes- of faalfactor is voor regionale organisatiekracht in meer verstedelijkte gebieden. Het strekt dan ook tot de aanbeveling om meer onderzoek naar de invloed van dit element te doen.

7.3 Kwaliteitsbeleid als instrument voor draagvlak ontwikkeling én als instrument voor verbetering en innovatie

Uit de bevindingen van dit onderzoek komt naar voren dat binnen alle organisaties kwaliteitsbeleid op twee niveaus wordt ingestoken. Aan de ene kant heeft kwaliteitsbeleid betrekking op zorg inhoud; te denken valt hierbij aan het verbeteren van bijvoorbeeld medicatieverstrekking of werkwijzen. In geval kwaliteitsbeleid zorginhoudelijk wordt ingestoken, zo komt uit de bevindingen naar voren, dan is er sprake van een grote verbondenheid van de huisartsen met de organisatie. Huisartsen zien toe op de kwaliteit van zorg, en geven advies middels de kwaliteitscommissies en geven aanbevelingen voor zorginhoudelijke verbeteringen. Met andere woorden, op het moment dat kwaliteitsbeleid zorginhoudelijk wordt ingestoken fungeert het als een middel om de professionele wereld met die van de systeemwereld te verbinden.

Aan de andere kan, zo valt uit de bevindingen op te maken, kwaliteitsbeleid ook een procedureel en instrumenteel karakter hebben. In geval hiervan sprake is, wordt kwaliteitsbeleid erg procedureel ingericht, middels allerhande procedures voor benchmarking en verbeterprocedures. Deze procedures worden als inmenging van de systeemwereld in de professionele wereld ervaren en leiden juist tot een grotere afstand tussen de “organisatie” en de huisartsen achterban.

De vraag die echter voorligt is of kwaliteitsbeleid leidt tot organisatieontwikkeling en versterking van de organisatiekracht. Wat duidelijk uit de bevindingen naar voren komt is dat het initiëren of hebben van een kwaliteitsbeleid leidt tot het maken van afspraken die betrekking hebben op het professioneel handelen van huisartsen (zoals richtlijnen, werkwijzen en protocollen). Dit leidt tot een bepaalde mate van uniformiteit van professioneel handelen binnen organisaties. Een zorginhoudelijk kwaliteitsbeleid maakt dat zorgprofessionals zich op grond van zorg inhoud en consensus over richtlijnen, werkwijzen en protocollen zich met elkaar verbinden: professionele integratie. Het spreekt zorgprofessionals aan op vakinhoudelijke gronden. Positief is dat organisaties zich nu tevens beraden over de wijze waarop slecht presterende zorgprofessionals (lees: collega's) door het kwaliteitsbeleid kunnen worden gesanctioneerd. In een zich ontwikkelende organisatie en sector is het logisch dat men hierover nadenkt, voordat externe organisaties deze sancties opleggen.

Uit de bevindingen komt naar voren dat organisaties zich blijvend richten op professionele integratie op basis van kwaliteitsbeleid. Zichtbaar hierbij is dat kwaliteitsbeleid als een “sturingsinstrument” gezien wordt. Het zet namelijk aan tot verandering van professioneel handelen, richting vastgestelde prestatienormen en kwaliteitseisen. Op basis van benchmark informatie worden huisartsen aangezet om hun professioneel handelen ten opzichte van de collega's in de beroepsgroep te veranderen en verbeteren. Dit is een sterke aanpak bij zorgprofessionals. Echter wat opvalt in de interviews is dat binnen de organisaties kwaliteitsbeleid erg procedureel en instrumenteel wordt georganiseerd. Dit laten ook de bevindingen van de Organisatie Vermogenscan zien. Het merendeel van de organisaties geeft aan gebruik te maken van systematische evaluaties en van structurele kwaliteitscycli, waarbij uit de interviews naar voren komt dat deze systematische evaluaties worden ingezet om te kunnen voldoen aan prestatienormen en kwaliteitseisen die door de Inspectie voor de Gezondheidszorg en zorgverzekeraars worden opgesteld en opgelegd. Door het op deze wijze organiseren van het kwaliteitsbeleid, wordt het kwaliteitsbeleid een verlengde van de systeemwereld, waarbinnen organisaties zich begeven. Dit werkt juist averechts bij zorgprofessionals. Hiermee bestaat het risico dat de verbinding met de professionele wereld onder druk wordt gezet en bestaat de kans op verlies van de betrokkenheid van de huisartsen achterban, omdat het ver af staat van de zorg inhoudelijke professionele leefwereld van huisartsen.

Met nadruk stellen wij dat het de taak is van de organisaties en bestuurders hier een goede verbinding te maken tussen zorginhoudelijk kwaliteitsbeleid als gevoeld professionele meerwaarde en de instrumentele systeemwereld (cf. Stoopendaal 2008). Die organisaties die “leunen” op de gevoelde/ervaren professionele meerwaarde om de systeemwereld van de juiste informatie/verantwoording te voorzien voeren deze balansactiviteiten dusdanig uit dat het de organisatiekracht doet toenemen.

7.4 Versterking van regionale samenwerking en uitbreiding productenportfolio

Uit dit onderzoek komt naar voren dat versterking van regionale samenwerking en uitbreiding van het productenportfolio samenhangt met de financiële armslag, die de organisaties hebben.

Zo wordt duidelijk uit de gegevens dat grote organisatie – met of een groot productenportfolio of groot zijn in omvang van de achterban – meer eigen financiële middelen kunnen genereren voor innovatie of het ontwikkelen van nieuwe producten of diensten. Organisaties met een zeer beperkt productenportfolio of een kleine omvang van de achterban (zoals alleen HAP of zorggroep in een kleine regio), hebben minder eigen financiële reserves voor het initiëren van verbeteringen, veranderingen of innovaties. Dit is inherent aan de manier waarop zorgorganisaties worden bekostigd en vergoed: op basis van verrichtingen. Dergelijke organisaties hebben of krijgen te maken met het ingewikkelde vraagstuk van continuïteit van de organisatie; hoe de bestaanszekerheid van de organisatie te waarborgen in een omgeving die juist meer “ontzorging” van de huisarts vraagt?

Vanuit de organisatie-theorie wordt gesteld dat organisaties een bepaalde levenscyclus kennen en dat zij op gezette momenten dienen door te ontwikkelen omdat anders afsterven dreigt (cf. Ten Have 2005). Echter voor het doorontwikkelen is de juiste transitie-strategie nodig. Voor dergelijke innovaties en veranderingen is financiële armslag nodig. In het geval van de huisartsorganisaties is een bepaalde schaalgrootte (of in productportfolio of in omvang van aangesloten huisartsen) om financiële middelen te kunnen aanwenden voor de innovatie of transitie.

Duidelijk is dat door het creëren van schaalgrootte (m.a.w. veel aangesloten huisartsen in de achterban of een uitgebreid productenportfolio), regionale organisaties in de eerstelijns meer financiële ruimte hebben om hun bestaanszekerheid veilig te stellen, al dan niet door het verkennen en ontwikkelen van nieuwe diensten en producten (zoals bijvoorbeeld nieuwe chronische zorgprogramma's of eerstelijns GGZ).

Uit de gegevens van de Organisatie Vermogenscan komt echter naar voren dat organisaties een aantal kansen voor kostenbesparing onbenut laat, zoals bijvoorbeeld het organiseren van gezamenlijke inkoop van materiaal (zoals noodzakelijke ICT of kwaliteitsprocessen). Door het gezamenlijk organiseren van inkoop van materialen, kan een aanzienlijke kostenbesparing voor meerdere organisaties gerealiseerd worden. Een verklaring voor dit fenomeen is echter met de gegevens van dit onderzoek, niet te geven. Mogelijke verklaring zou wel kunnen zijn dat het spreken over bedrijfsvoering onder bestuurders en hun peers 'not done' is. Eerdere ervaringen in onderzoek, laten een zelfde beeld zien. Bestuurders spreken over het algemeen niet met elkaar over bedrijfsvoering, ervaren problemen daarbij of de financiële positie van de organisatie. Echter waarom het onder bestuurder 'not done' is om te spreken over bedrijfsvoering, daarvoor wordt aanbevolen vervolgonderzoek te doen.

7.5 Leiderschapsstijl en innovatie

Uit de resultaten en literatuur (zie bijvoorbeeld Rittenhouse et al 2010; Singer en Shortell 2011) concluderen wij dat dit aspect moeilijk te duiden is en daarmee het lastig is vast te stellen of en hoe het effect op organisatie ontwikkeling moet worden vastgesteld.

Uit de Organisatie Vermogenscan komt naar voren dat over het algemeen de bestuurders een zeer positief zelfbeeld hebben. Misschien speelt hier sociaal wenselijkheid en overschatting mee. Tevens komt naar voren dat zij een sturende leiderschapsstijl hebben, terwijl zij in de interviews aangeven vooral dienend en facilitair te zijn. In de Organisatie Vermogenscan geven zij aan, dat zij zich definiëren als “ik ben leider”. Zij geven aan zich bewust te zijn dat zij verbinding met de huisartsen achterban dienen op te bouwen en te hebben, terwijl zij een grote afstand tot de zorgprofessionals binnen de organisaties ervaren. Deze discrepantie roept vragen op. Welke leiderschapsstijl hebben zij nu? En in welke organisaties is welke leiderschapsstijl geboden? Men spreekt van dienend en facilitair, echter is dat wel de juiste stijl gegeven de huidige ontwikkelingen? In pionierende organisaties is een charismatische leider die richting geeft nodig, terwijl in meer uitgekristalliseerde organisaties een meer sturende leider meer passend is die de zorgprofessionals voldoende ruimte binnen kaders laat.

Tevens komt naar voren dat binnen de bevroegde organisaties sprake is van professioneel en klinisch leiderschap. In alle lagen van de organisatie, is er sprake van klinische leiders; medisch managers, of medisch-inhoudelijk bestuurders. Hierbij wordt aangegeven dat dit is om de relatie met de huisartsen achterban te behouden en te versterken. Met andere woorden, binnen de bevroegde organisaties is er sprake van bestuursmanagers – die zich richten op de bedrijfsmatige aspecten van het leiden van een organisatie - en klinisch managers. De eerder genoemde balans tussen de professionele en systeemwereld wordt op deze wijze in twee personen binnen de organisaties belegd.

Dit geeft enig inzicht en richting ten aanzien van de competenties die eerstelijns bestuurders hebben en kunnen aanwenden om de systeemwereld waarin de organisaties zich begeven te verbinden met de professionele leefwereld van de zorgprofessionals binnen de organisaties en visa versa (cf. Noordegraaf et al 2005; Stoopendaal 2008).

Dit stelt ons voor de vraag wat voor type bestuurder het meest geschikt is voor het versterken van de organisatiekracht van eerstelijnsorganisaties: dient een bestuurder een bedrijfsmatige achtergrond te hebben (kenmerkend voor de systeemwereld) die vervolgens verbinding zoekt met de professionele wereld, of dient een bestuurder een klinisch leider te zijn die verbinding kan maken met de systeemwereld.

Het valt te verwachten dat naarmate de complexiteit van de regio toeneemt, de (klinisch) leider over meer bestuurlijke en bedrijfsmatige competenties dient te beschikken. In overzichtelijke regio's is het voor een klinisch leider mogelijk om te functioneren en te acteren, omdat veelal in dergelijke regio's samenwerkingsrelaties worden aangegaan op basis van langdurige persoonlijke contacten. In complexe regio's waar meer sprake is concurrentie en competitie, is het belangrijk te onderzoeken welke type leider het meest geschikt is in welke type organisatie en onder welke regionale omstandigheden. Het strekt dan ook tot de aanbeveling van meer vervolgonderzoek. Een duidelijkere definiëring van het benodigde competentieprofiel van bestuurders is relevant voor de ontwikkeling van relevante (bij)scholings- en trainingsprogramma's.

7.6 Organisatievorm en organisatieontwikkeling

Uit de bevindingen van dit onderzoek komt naar voren dat er een relatie is tussen de organisatievorm en de mate van gevoeld eigenaarschap van huisartsen.

Uit de gegevens van de Organisatie Vermogenscan komt naar voren dat de items onder het onderwerp 'strategie – beleid', grote variatie laten zien op de items die te maken hebben met afhankelijkheidsrelaties met zorgprofessionals.

Uit de literatuur over organisatieontwikkeling en samenwerking is bekend dat organisaties afhankelijk van de mate van afhankelijkheidsrelaties met de zorgprofessionals zich doorontwikkelen van een stichtingsmodel naar een holdingstructuur. Dit wordt in dit onderzoek ook bevestigd. Het lijkt hier om een duidelijk verband te gaan tussen wat organisaties doen om hun bestaanszekerheid te waarborgen (breedte van het productenportfolio) en de keuze voor een bepaalde organisatievorm. Met andere woorden, naarmate het productenportfolio toeneemt en de organisaties meer op externe stakeholders en toekomst gericht raken, lijkt een stichtingsmodel met de bijbehorende governance structuur niet meer passend.

Dit is eveneens zichtbaar in de bevindingen uit het overzicht waarin de ontstaansgeschiedenis van de organisaties zichtbaar is gemaakt. Hieruit valt op te maken dat alle organisaties een facilitaire oorsprong hebben en opgericht zijn in de periode van 2000 – 2004. Allen startten als een stichtingsmodel, welke naarmate het productenportfolio werd uitgebreid omgevormd werden naar een coöperatiemodel. Vanaf 2004 laat de ontwikkeling van de organisaties een gevarieerd beeld zien; de organisaties met een breder wordend productenportfolio zijn omgevormd tot holdingstructuren, mede op grond van beleidsmatige prikkels om zorginkoop te vergemakkelijken (ontstaan van zorggroepen en de mogelijkheid om chronische zorgprogramma's te kunnen contracteren).

Zichtbaar is dat bij die organisaties die een externe en toekomstgerichte focus hebben en als gevolg een breed productenportfolio, zij een wezenlijke verbinding hebben kunnen maken tussen de professionele wereld en de systeemwereld, en dit op dusdanig wijze ook in de organisatie hebben kunnen inbedden. Opvallend is dat dergelijke organisaties in niet zeer complexe regio's opereren. Dit sterkt te overtuiging dat in deze regio's een sterke etnische-culturele binding en geografische afbakening bijgedragen hebben tot de ervaren cohesie binnen de organisaties en de organisatiekracht. Uit de bevindingen komt naar voren dat de mate van gevoeld eigenaarschap van de huisartsen achterban in deze organisaties hoog is. Hieruit lijkt een volgordelijkheid naar voren te komen, welke van belang kan zijn voor het versterken van organisatiekracht van regionale eerstelijnsorganisaties. Het lijkt allereerst van belang dat eigen interne organisatie op orde is, met een passende governance structuur en verbondenheid van zorgprofessionals met de organisatie, alvorens met externe partijen samenwerkingsrelaties kan worden aangegaan.

Organisaties die enige schaalgrootte hebben, en tevens aangeven minder binding met de huisartsen achterban te ervaren, zijn mogelijkwerwijs te snel te groot geworden, waardoor het gevoeld eigenaarschap van de huisartsen achterban onder druk is komen te staan of verloren is gegaan.

Dit strekt dan ook tot de aanbeveling dat intern organiseren leidt tot extern excelleren. Met andere woorden, organisatieontwikkeling en organisatiekracht kan pas versterkt worden als binnen organisaties eerst een goede verbinding is gezocht en gevonden met de professionele wereld.

7.7 Creatief ondernemen

De bevindingen in dit onderzoek laten zien, dat organisaties met schaalgrootte en een breed productenportfolio meer financiële ruimte hebben voor innovatie: om nieuwe diensten of producten te ontwikkelen of om bestaande diensten te verbeteren. De organisaties zelf geven aan dat zij met hun eigen strategie onderscheidend zijn van de andere organisaties. Echter, de kunst die de bestuurders zich eigen moeten maken is om met de zeer beperkte marges toch een breder productportfolio te realiseren dat aansluit bij de leefwereld van de zorgprofessionals. De creativiteit om met stakeholders en andere zorgorganisaties slimme verbindingen aan te gaan, waarbij het draagvlak bij de huisartsen achterban moet worden geborgd, is een kenmerk waardoor organisaties sterker kunnen staan. Een dergelijk type bestuurskunst lijkt nodig.

7.8 Op weg naar sterke regionale eerstelijnsorganisaties....

Indien we bovenstaande gegevens met de verschillende theoretische noties met elkaar in verbinding brengen ontstaat het volgende beeld:

De regionale eerstelijnsorganisaties zijn ontstaan vanuit de behoefte om de huisartsen te "ontzorgen, hen facilitair te ondersteunen op het gebied van de ANW dienst, de chronische zorg en soms overige facilitaire zaken. In enige gevallen zijn de organisaties voor ANW en chronische zorg opgegaan in één organisatie. Momenteel is de uitdaging om het dienstenpalet te vergroten gezien de uitdagingen die aan de eerstelijns gezondheidszorg worden gesteld. De eerste dienstverlening voor GGZ, complexe ouderenzorg e.d. ziet men ontstaan. Op basis van dit onderzoek onderscheiden we de volgende typen organisatievormen in de eerstelijnszorg. We hebben de organisaties geïdentificeerd op twee kritische assen zoals geïdentificeerd:

- homogeen of heterogeen productportfolio in combinatie met de schaal van de organisatie;
- opererend in een complexe of overzichtelijke regio.

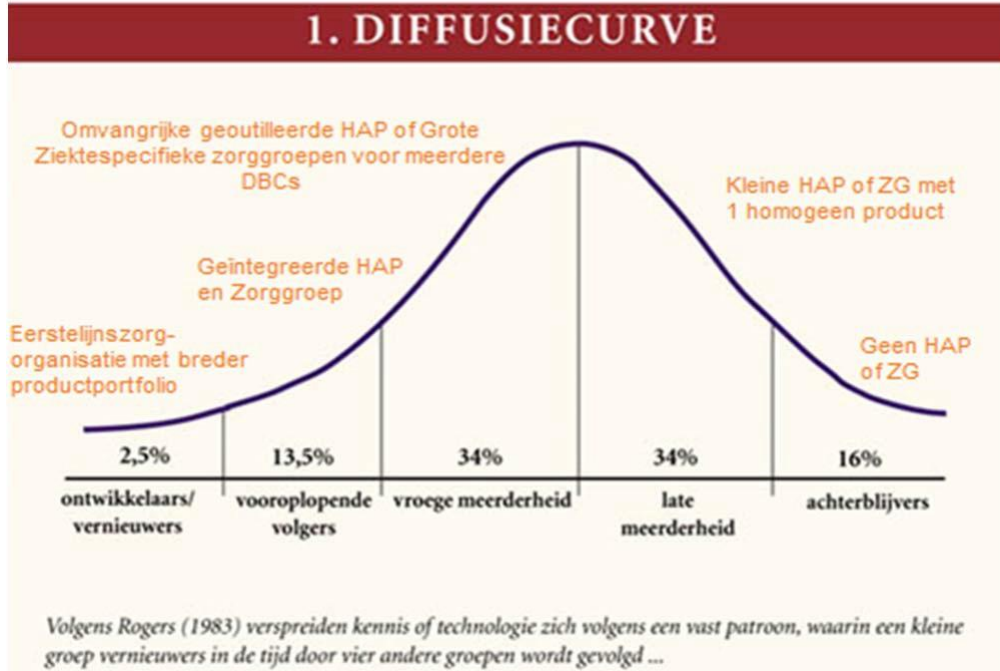
Dit resulteert in het volgende kwadrant waarin vier typen zijn te onderscheiden:

Elementen van organisatiekracht Regionale Eerstelijnsorganisaties

Tabel 2: Kwadrant van organisatievormen

		Overzichtelijke regio	
homogeen	<ul style="list-style-type: none"> - Te kleine schaal voor innovatie - Geen financiële armslag - Moeite om draagvlak te houden - Te weinig normatieve binding om slag naar heterogene productportfolio te maken 	<ul style="list-style-type: none"> - Sterke middelgrote organisaties - Dominante monopolistische marktpositie - Handelend vanuit het "ontzorgen", zowel professioneel als managerial - Veel langdurige relaties vanuit etnisch culturele basis 	heterogeen
	<ul style="list-style-type: none"> - Grote organisaties met smal productenportfolio (HAP of ZG) - Sterk gericht op de systeemwereld - Moeite om draagvlak te houden - Huisartsen ervaren van organisatie te weinig toegevoegde waarde 	<ul style="list-style-type: none"> - Kleinere gezondheidscentra achtige constructies - Handelend vanuit maatschappelijk perspectief - Concurrentie volop op een markt met veel aanbieders - Gericht op professionele en systeemwereld 	
		Complexe regio	

Deze vier typen maken een bepaalde ontwikkeling door. De verschillende fasen van ontwikkeling kan men schetsen aan de hand van de diffusiecurve van Rogers waarmee de verspreiding van innovaties wordt beschreven. Aangezien er geen kwantitatief onderzoek onder alle eerstelijnsorganisaties is verricht, is de volgende curve vooralsnog gebaseerd op dit materiaal en de eigen JVEI waarnemingen (Bruijnzeels en Vlonk 2013).



Figuur 13: Schets van ontwikkeling van regionale eerstelijnsorganisaties op basis van de Diffusiecurve van Rogers (2003 [1962, 1971, 1983, 1995])

Het is duidelijk dat het merendeel van de organisaties te typeren zijn als grote organisaties met een beperkt productportfolio. De doorontwikkeling zou langs twee lijnen kunnen plaatsvinden: naar een meer heterogeen productenportfolio, waarbij nadrukkelijk over de schaalgrootte moet worden nagedacht. Groot is zeker niet altijd de beste optie. Uit dit onderzoek komt naar voren dat de middelgrote heterogene organisaties het beste draagvlak onder de huisartsen achterban hebben en dat zij in staat zijn om innovaties door te kunnen voeren.

Vanuit de verschillende dimensies van integratie valt de volgende ontwikkelstrategie af te leiden. Vanuit een sterke normatieve binding binnen de huisartsen achterban is het "ontzorgen" op facilitair terrein zeer belangrijk. Met de huidige en toekomstige ontwikkeling in de zorg is een sterkere eerstelijns gezondheidszorg, die nog meer zorg gaat coördineren van belang. Door vanuit de klinische en professionele leefwereld deze extra coördinatie ter hand te nemen (zoals bij de Basis GGZ en de complexe ouderenzorg, maar mogelijk ook bij de Verpleegkundige Praktijk) ontstaat veel draagvlak bij de huisartsen achterban. De zorginhoudelijke en bedrijfsmatige meerwaarde wordt dan door de huisartsen ervaren. Dit is vaker het geval indien er sprake is van langdurige relaties tussen de huisartsen. De keerzijde is natuurlijk dat indien deze relaties negatief worden ervaren vanuit het verleden, de basis om tot meer intensieve samenwerking te geraken ontbreekt. Deze hobbels uit het verleden dienen dan eerst te worden opgeruimd. Het professionele kwaliteitsbeleid met protocollen, nascholing, benchmarking, ondersteund door goede informatievoorziening, is een uitstekend vertrekpunt voor de verdere integratie. Het leiderschap, de organisatievorm en de financiën lijken dan ondergeschikt en afgeleid te worden ingevuld. Indien men toch start vanuit de systeemwereld (met organisatievormen en verantwoordingsprocedures vanuit de externe stakeholders) wordt het gevoelde eigenaarschap en daarmee het draagvlak belemmerd.

Uiteraard dient de systeemwereld wel mee te werken aan verdere uitbreiding van het productenportfolio. Indien met name zorgverzekeraars en gemeenten deze uitbreiding van eerstelijnsstaken niet met de huidige organisaties wensen te organiseren, dan dient eerst aan die relatie met de stakeholders te worden gewerkt.

In afsluiting van dit rapport kan geconcludeerd worden dat in dit onderzoek naar voren is gekomen dat de kunst van het verbindend organiseren tussen de professionele en systeemwereld een belangrijke uitdaging is voor regionale zorgorganisaties om naar toe te groeien of naar toe te werken. Belangrijke pijlers daarbij zijn met name de aansluiting met en ruimte van de professionele wereld, dat in de toekomst van de zorgsysteemwereld andere beheers- en controle maatregelen lijkt te vragen.

8 Aanbevelingen

Op basis van de bevindingen van dit onderzoek, kunnen de volgende aanbevelingen worden gedaan.

Ruimte en aandacht voor “ambacht van huisarts”: verbinden van achterban met de organisatie op basis van zorg-inhoud

Uit deze bevindingen kan worden afgeleid dat voor het versterken van de organisatiekracht van eerstelijnsorganisaties er aandacht en ruimte moet zijn voor de professionele wereld binnen de regionale eerstelijnsorganisaties. Het “ambacht van huisarts” daar voelen zorgprofessionals zich mee verbonden, en laten zij zich het meest op aanspreken. Van belang voor het versterken van organisatiekracht van eerstelijnsorganisaties is dan ook dat de verbinding tussen de professionele leefwereld van huisartsen verbonden wordt met de organisatie- en zorgsysteemwereld. Van belang is dat hierbij de verbinding met de professionele wereld gemaakt wordt op basis van zorg-inhoud: casuïstiek, en alles dat direct van invloed is op direct patiëntencontact. Vertalen we dit naar het versterken van organisatiekracht, dan dient voor huisartsen duidelijk te worden en te zijn wat de daadwerkelijke meerwaarde van regionale samenwerking is voor directe patiëntenzorg.

Mogelijke meerwaarde van financiële prikkel voor vergroten van gevoeld eigenaarschap van huisartsen

Opvallend is dat de bevindingen laten zien dat een financiële prikkel niet nadrukkelijk als een stimulans ervaren wordt om het gevoeld eigenaarschap van huisartsen te vergroten. Toch is uit eerdere studies bekend, dat financiële prikkels weldegelijk van invloed kan zijn op het gevoeld eigenaarschap. Hierbij valt te denken aan het uitkeren van bonussen bij goede en verbeterde prestaties, of het toepassen van financiële sancties bij het niet halen van prestatienormen en kwaliteitseisen. Om deze reden strekt het onderzoeken van de meerwaarde van financiële prikkels tot de aanbeveling.

Een zorg-inhoudelijk kwaliteitsbeleid verbindt de achterban met de organisatie

Voor organisatieontwikkeling en het versterken van de organisatiekracht is het van belang dat organisaties een goede verbinding creëren tussen de zorg-inhoudelijke professionele leefwereld van huisartsen met de externe geïnitieerde en opgelegde veranderingen in de zorgsysteemwereld. Een kwaliteitsbeleid dat voornamelijk een zorg-inhoudelijk nadruk heeft, waarbij de inrichting van een kwaliteitsbeleid op procedurele en instrumentele wijze ondersteunend hieraan is, kan ingezet worden om deze verbinding te creëren. Hierbij kan een zorginhoudelijk ingestoken kwaliteitsbeleid bij uitstek worden gezien als een instrument om te zien wat zorgprofessionals drijft en wat zij zorginhoudelijk belangrijk vinden.

Professionalisering van bedrijfsmatig en klinisch leiderschap draagt bij aan organisatiekracht

Naarmate de complexiteit van de regio toeneemt, en samenwerkingsrelaties met externe partijen veelal worden aangegaan op basis van machtsverhoudingen, strategische overwegingen en concurrentieprikkels, vergt dit andere competenties en vaardigheden van bestuurders dan in overzichtelijke regio's. Dit stelt ons voor de vraag wat voor type bestuurder het meest geschikt is voor het versterken van de organisatiekracht van

eerstelijnsorganisaties: dient een bestuurder een bedrijfsmatige achtergrond te hebben (kenmerkend voor de systeemwereld) die vervolgens verbinding zoekt met de professionele wereld, of dient een bestuurder een klinisch leider te zijn die verbinding kan maken met de systeemwereld. Het strekt dan ook tot de aanbeveling ondersteuning te bieden aan professionalisering van (klinische) bestuurders om in complexe regio's de juiste competenties en vaardigheden aan de dag te leggen.

Daarnaast draagt dit bij tot het behouden en vergroten van de betrokkenheid van huisartsen bij de organisatie; het verbinden van de professionele wereld met de organisatie. Het betrekken van huisartsen in het uitzetten van beleid en ontwikkeling van het dienstenpallet, als het positioneren van huisartsen op managementfuncties door de gehele organisatie heen, lijken belangrijke voorwaarden te zijn om het draagvlak onder huisartsen achterban te behouden. Meer onderzoek is echter nodig om het benodigde competentieprofiel voor eerstelijnsbestuurders scherper te krijgen; dit is relevant voor het ontwikkelen van specifieke (bij)scholings- en trainingsprogramma's

Intern organiseren leidt tot extern excelleren

Voor wat betreft de relatie tussen organisatievorm en fase van organisatieontwikkeling, laat dit onderzoek een volgordelijkheid zien, welke van belang kan zijn voor het versterken van organisatiekracht van regionale eerstelijnsorganisaties. Het lijkt allereerst van belang dat eigen interne organisatie op orde is, met een passende governance structuur en verbondenheid van zorgprofessionals met de organisatie, alvorens met externe partijen samenwerkingsrelaties kan worden aangegaan. Organisaties die enige schaalgrootte hebben, en tevens aangeven minder binding met de huisartsen achterban te ervaren, zijn mogelijkwerwijs te snel te groot geworden, waardoor het gevoel eigenaarschap van de huisartsen achterban onder druk is komen te staan of verloren is gegaan. Dit strekt dan ook tot de aanbeveling dat intern organiseren leidt tot extern excelleren. Met andere woorden, organisatieontwikkeling en organisatiekracht kan pas versterkt worden als binnen organisaties eerst een goede verbinding is gezocht en gevonden met de professionele wereld.

Aandacht voor een passende organisatie- en governance structuur per fase in organisatieontwikkeling

Echter gezien het feit dat de keuze voor een organisatiestructuur de groei van de organisaties lijkt te volgen, en de omstandigheden die bepalend zijn voor verandering van organisatiestructuur op basis van deze studie niet kunnen worden geduid, strekt het tot de aanbeveling hier vervolgonderzoek naar te doen.

Dit zelfde geldt eveneens voor de keuze voor een passend governance model gekoppeld aan de fase van organisatieontwikkeling. Gezien het feit dat er onder de geïnterviewde organisaties verschillende governance modellen worden gehanteerd, en enkele organisaties aangeven te verkennen welke governance structuur best passend is aan de ontwikkelingsfase waarin de organisatie zich bevindt, strekt het tot aanbeveling dit verder te onderzoeken.

Denk in vroeg stadium van organisatieontwikkeling na over een uniform ondersteunend registratie- en kwaliteitssysteem

Een belangrijke aanbeveling kan wel gedaan worden aan regionale zorgorganisaties die aan het 'begin' staan van hun ontwikkeling, al op een vroeg moment na te denken over een

Elementen van organisatiekracht Regionale Eerstelijnsorganisaties

uniform ondersteunend registratie- en kwaliteitssysteem. Dit lijkt de cohesie binnen de organisatie te vergroten.

Kwaliteitsbeleid en een passend (uniform) kwaliteitssysteem ondersteunen organisatiekracht: aandacht voor criteria en programma van eisen

Kwaliteitsbeleid en een passend (uniform) kwaliteitssysteem zijn belangrijke elementen voor het versterken van regionale eerstelijnsorganisaties. Het strekt tot de aanbeveling dat de InEen haar leden faciliteert door het opstellen van criteria waaraan een dergelijk uniform systeem zou moeten voldoen, en mogelijk haar leden kan ondersteunen bij het opzetten van een passend kwaliteitsbeleid en het kiezen van een passend systeem.

Persoonlijke relaties en contacten van zorgprofessionals en bestuurders dragen bij aan regionale organisatiekracht

Voor het versterken van regionale organisatiekracht zijn persoonlijke relaties en contacten van zorgprofessionals en bestuurders belangrijk.

9 Literatuur

Bowling, A. (2002). *Research methods in health: investigating health and health services*. Buckingham/Philadelphia: Open University Press.

Breejen, E. den, Putters, K., Frissen, P.H.A. (2010). *De winst van zorgvernieuwing*. Van Gorcum, Assen.

Bruijnzeels, M. en Vlonk A. (2013). De volgende stap in integratie. *De Eerstelijns december 2013*: 42-43.

Creswell, J.W. (2003). *Research Design; qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Thousands Oaks (etc.): Sage.

Emans, B. 2002. *Interviewen: Theorie, techniek en training*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.

Evers, J. (2007). *Kwalitatief interviewen: kunst én kunde*. Den Haag: Uitgeverij Lemma.

Putters, K. (2009). *Besturen met duivselastiek*. Oratie Erasmus Universiteit Rotterdam.

Netwerk Kwalitatief Onderzoek AMC-UvA (2002). *Richtlijnen voor kwaliteitsborging in gezondheids(zorg)onderzoek: Kwalitatief Onderzoek*. Amsterdam.

Noordegraaf, M., Meurs, P., Montijn-Stoopendaal, A. (2005). Pushed organizational pulls. Changing responsibilities, roles, and relations of Dutch health care executives. *Public Management Review* 7(1): 25-43.

Rittenhouse, D.R., Shortell, S.M., Gillies, R.R., Casalino, L.P., Robinson, J.C., McCurdy, R.K., Siddique, J. (2010). Improving Chronic Illness Care: Findings from a National Study of Care Management Processes in Large Physician Practices. *Medical Care Research and Review*, June 2010, 67(3):301-320.

Rogers E. (2003 [1962, 1971, 1983, 1995]). *Diffusion of Innovations*. The Free Press.

Singer, S., Shortell S.M. (2011). Implementing Accountable Care Organizations - Ten Potential Mistakes and How to Learn From Them. *JAMA*. Published online August 9, 2011 doi: 10.1001/jama.2011.1180

Stoopendaal, A. (2008). *Zorg met afstand. Betrokken bestuur in grootschalige zorgorganisaties*. Assen: Van Gorcum [proefschrift].

Ten Have, W. (2005). *Organisatiebesturing: het managementproces als basis voor onderscheidend vermogen*. *Management Executive*, november/december 2005: 1-19

Elementen van organisatiekracht Regionale Eerstelijnsorganisaties

Valentijn, P., Schepman, S., Opheij, W., Bruijnzeels, M. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care* [serial online] 2013 Mar 22. Available from: <http://www.ijic.org>. URN:NBN:NL:UI:10-1-114415

TNO

Polarisavenue 151
2132 JJ Hoofddorp
Postbus 718
2130 AS Hoofddorp

T +31 88 866 61 00

www.tno.nl
infodesk@tno.nl

Handelsregisternummer 27376655

Jan van Es Instituut

Randstad 2145-a
1314 BG Almere

T +31 36 767 03 60

www.jvei.nl
info@jvei.nl