

Bestuur in Beeld

Onderzoek naar governance bij eerstelijns zorgorganisaties, aangesloten bij
InEen

© D. Husselman / Husselman Advies

Zwolle, november 2015

Husselman  Advies

in opdracht van InEen, Utrecht


ORGANISEERT DE EERSTE LIJN

Samenvatting

In dit rapport wordt het onderzoek naar de feitelijke situatie van governance bij de leden van InEen en de daarbij voorkomende dilemma's uiteengezet en geduid. Van de InEen leden zijn de huisartsenposten, zorggroepen en gezondheidscentra hiervoor bevraagd. Daarvan heeft 61 procent de digitale vragenlijst ingevuld. Bij twintig leden is een verdiepend telefonisch interview afgenomen.

De mate van governance is vastgesteld aan de hand van elf, aan de literatuur ontleende indicatoren die de governance in al zijn facetten bestrijken. Governance is een dynamisch functioneel begrip dat betrekking heeft op de (bestuurlijke) inrichting van en het normatieve handelen in een organisatie. In de gezondheidszorg is het doel van governance het borgen van de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg. Daarbij spelen de klinische processen, het professionele handelen, de borging in de organisatie-inrichting en het systeem waarin dit vormgegeven is een rol. Verwijzingen naar relevante literatuur zijn in de literatuurlijst opgenomen.

Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat de formele governance, terug te voeren op wet- en regelgeving, het meest ontwikkeld is bij de huisartsenposten, terwijl de zorggroepen meer aandacht hebben voor de klinische processen en het professionele handelen. De gezondheidscentra geven, mede door de grote verscheidenheid binnen deze doelgroep, een diffuus beeld. Bij vrijwel alle respondenten blijkt weinig binding met en waardering voor de zorgbrede governance code te bestaan.

De resultaten laten tevens zien dat de juridische organisatievorm weinig invloed heeft op de bestuurlijke verhoudingen binnen een organisatie. Verder is het stakeholdermanagement, met name de patiëntparticipatie op beleidsniveau, bij geen van de bevraagde ledengroepen sterk ontwikkeld. Daarnaast hebben veel organisaties te maken met een frictie tussen de toezichthouders en de professionals. Bij toezichthouders ligt het accent veelal op de compliance (focus op het organiseren in overeenstemming met geldende wet- en regelgeving), terwijl professionals vanuit de (beroeps)waarden meer georiënteerd zijn op wat waardegedreven governance genoemd kan worden. Bestuurders proberen deze verschillen te overbruggen.

Conclusie van het onderzoek is dat voor de leden van InEen door de onderlinge verschillen veel te leren van elkaar is. Verder wordt in dit rapport geconcludeerd dat het interne debat zich kan richten op de wijze waarop er een verbinding aangebracht kan worden tussen de formele governance-eisen en de waarden die bij professionals en in het klinische proces dominant zijn. Het 'hoe gaan we dit doen?' vormt de kern van het gesprek met als doel de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg in de eerste lijn te stimuleren en te borgen.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
1.1	<i>Context van de eerstelijnszorg</i>	5
1.2	<i>Governance</i>	5
1.3	<i>Onderzoeksdoel Bestuur in Beeld</i>	6
1.4	<i>De leden van InEen</i>	7
1.5	<i>Onderzoeksaanpak</i>	8
2	Resultaten algemeen	10
2.1	<i>Profiel van de respondenten</i>	10
2.2	<i>Actualiteit van het onderwerp</i>	10
2.3	<i>Kenmerken van de organisaties</i>	10
3	Resultaten indicatoren	12
3.1	<i>Gedeelde verantwoordelijkheid</i>	12
3.2	<i>Mede-eigenaarschap van het klinische proces</i>	15
3.3	<i>Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van professionals.</i>	16
3.4	<i>Professionele belangen</i>	18
3.5	<i>Integriteit</i>	19
3.6	<i>Het gehechte belang aan de ZBC 2010 en meningen over governance</i>	19
3.7	<i>Stakeholders</i>	20
3.8	<i>Toezichthouders</i>	21
3.9	<i>Implementatie van (governance) wetgeving (WTZi 2006)</i>	24
3.10	<i>Mate van transparantie</i>	25
3.11	<i>Het functioneren als organisatie met een maatschappelijk belang</i>	26
4	Verklarende mechanismen	27
4.1	<i>Relaties: betrokkenheid en vertrouwen</i>	27
4.2	<i>Organisaties: toezicht en code</i>	29
4.3	<i>Stakeholders: de patiënt</i>	29
4.4	<i>Spanningsbron tussen toezicht en professionals</i>	30
4.5	<i>Verbindingen herstellen</i>	31
4.6	<i>Overzicht van resultaten en verklaringen</i>	32
5	Conclusies	34
6	Aanbevelingen	37
	Literatuur en achtergronden	39
	Bijlagen	41
Bijlage 1	<i>Verantwoording onderzoeksmethodiek</i>	41
Bijlage 2	<i>Aanvullende grafieken</i>	43
Bijlage 3	<i>Geïnterviewde organisaties</i>	45
Bijlage 4	<i>Vragenlijst</i>	46
Bijlage 5	<i>Themalijst interviews</i>	46
Bijlage 6	<i>Lijst gebruikte afkortingen</i>	48

Bestuur in Beeld

Deze rapportage is gebaseerd op het wetenschappelijk onderzoek 'Bestuur in Beeld' dat Husselman Advies in samenwerking met het Jan van Es instituut heeft uitgevoerd in opdracht van branchevereniging InEen. In het oorspronkelijke onderzoeksverslag zijn de onderliggende theorieën en de wetenschappelijke context opgenomen. Tijdens het onderzoek is het inzicht ontstaan dat er op onderdelen nog vervolgonderzoek en aanvullende analyses nodig zijn.

Vanwege de geformuleerde opdracht, de toepasbaarheid daarvan en de leesbaarheid voor InEen is afgezien van een wetenschappelijke wijze van presenteren. Deze rapportage presenteert de resultaten over de mate van governance bij de leden en dat wat nodig is voor de interne discussie die de leden van InEen met elkaar willen voeren. Uiteraard is het volledige onderzoek beschikbaar voor de geïnteresseerde lezer.

Mr. drs. Dite Husselman
Zwolle, november 2015

Leeswijzer

De rapportage schetst in de inleiding de context van de eerstelijnszorg, governance in de eerstelijnszorg alsook de onderliggende onderzoeksvragen (hoofdstuk 1). Tevens wordt de onderzoeksaanpak en het ledenprofiel in de inleiding benoemd. De gehanteerde indicatoren zijn terug te leiden op de wetenschappelijke literatuur die in het onderzoek is gebruikt. Vervolgens worden in hoofdstukken 2 en 3 de resultaten gepresenteerd. Deze worden in hoofdstuk 4 verder geduid in de verklarende mechanismen. De rapportage wordt afgesloten met de conclusies in hoofdstuk 5 waarin tevens de discussieonderdelen voor de intern te voeren discussie zijn opgenomen.

In de uitgebreide bijlagen is de gehanteerde onderzoeksmethodiek verder verantwoord en zijn aanvullende tabellen opgenomen. Ook is in de bijlagen een lijst met gebruikte afkortingen te vinden. In de literatuurlijst zijn naast auteurs en vindplaats ook een korte uitleg gegeven van de gebruikte artikelen. Als in de rapportage wordt verwezen naar 'de literatuur' geeft deze lijst in de meeste gevallen een korte uitleg.

1 Inleiding

1.1 Context van de eerstelijnszorg

De eerstelijnszorg is sterk in ontwikkeling in een dynamisch veld. Ingegeven door de beheersbaarheid van de zorgkosten en het economisch klimaat is er een maatschappelijk-politieke stroming waarbij wordt gestuurd op verschuiving van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn. De daarbij behorende samenhangende en multidisciplinaire aanpak veronderstelt samenwerking tussen de disciplines en (verdere) organisatie van zorg.

De eerstelijns gezondheidszorg kenmerkt zich door een hoge professionaliteit van de beroepsgroepen en een sterke positie van de huisarts. De maatschappelijke opdracht waartoe de eerste lijn zich gesteld ziet, betekent dat een verdere ontwikkeling van organisaties nodig is. Tevens leiden de geschetste ontwikkelingen ertoe dat deze organisaties zich verder oriënteren op samenwerkingsmogelijkheden. Deze samenwerkingsorganisaties (zullen) ontstaan in de vorm van samengestelde zorgorganisaties en strategische allianties of netwerkallianties, waar de verschillende publieke en private (zorggerelateerde) activiteiten in afzonderlijke rechtspersonen of contractuele vennootschappen worden ondergebracht.

Met deze ontwikkelingen ontstaat de vraag naar passende bestuurlijke inrichtingen, bestuursmodellen, de positie van de professional in deze modellen en een bestuurlijk governancekader dat aansluit bij de specifieke kenmerken van de eerste lijn. Verder vragen samenwerkingsarrangementen tussen zorgaanbieders om het ontwikkelen van een gezamenlijke visie, het inzichtelijk maken van de zorgkwaliteit en meer organisatiekracht van de eerste lijn.

InEen heeft als brancheorganisatie van de eerstelijnsorganisaties het voornemen deze ontwikkelingen te ondersteunen en haar leden bij te staan in hun organisatieontwikkeling. InEen heeft als functie het verwerven en uitdragen van kennis en informatie van en voor haar leden, het bieden van een platform voor uitwisseling en het ontwikkelen van visies en standpunten. Binnen deze kaders pakt InEen, binnen het project Bestuur in Beeld, de vraagstukken rond de bestuurlijke inrichting en de organisatiekracht op.

1.2 Governance

Governance is een dynamisch functioneel begrip waar de (formele) bestuurlijke inrichting en de (normatieve) bestuurlijke activiteiten onder te scharen zijn. Begrippen als accountability, in control, goed bestuur, leiderschap, organisatiekracht en het beleggen van verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden worden vaak in relatie met governance genoemd. Het accent ligt dan vaak op de compliance.¹

In diverse beleidsstukken (IGZ, VWS) wordt governance of goed bestuur in relatie gebracht met de kwaliteit van zorg. Governance is immers geen doel op zich, maar een middel om de publieke waarden kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg te stimuleren en te borgen.

Rond governance in de zorg doen zich ontwikkelingen voor. De eisen zijn op dit moment vastgelegd in de WTZi. Met een brief van 19 september 2013 kondigen minister en

¹ Compliance is het begrip waarmee wordt aangeduid dat de organisatie werkt in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving. Het gaat over het *nakomen* van normen of het *zich er naar schikken*. Het begrip is vooral actueel geworden na de beursschandalen in de negentiger jaren en leidde tot het opstellen van de Corporate Governance Code. Deze code heeft model gestaan voor veel codes in de organisaties met een maatschappelijk belang, zoals de gezondheidszorg. (De Zorgbrede Governance code)

staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer een wetsvoorstel 'Goed bestuur in de zorg' aan en geven zij daarop hun visie. Bij de beantwoording van vragen naar aanleiding van deze brief geven de bewindslieden aan voorlopig af te zien van een separaat wetsvoorstel.² De bewindspersonen geven daarbij wel aan dat de inzet van bestaande wetgeving wordt aangescherpt. De in ontwikkeling zijnde voorstellen rond bestuur en toezicht in het Burgerlijk Wetboek, de medezeggenschap en de verruiming van het enquêterecht moeten hieraan bijdragen. Daarnaast kunnen 'zelfontwikkelde' governancenormen een effectief instrument zijn om de gewenste cultuurverandering in de zorg te bereiken, mits de vrijblijvendheid van deze normen wordt verkleind' (p.4). Voor de, in de brief expliciet genoemde, eerstelijns gezondheidszorg zou dit betekenen dat de normen verplicht worden, ook als de brancheorganisatie niet is aangesloten bij de brancheorganisaties in de zorg (BoZ).³ De handhaving wordt belegd bij de NZa, IGZ en de zorgverzekeraars (p. 6 en 7).

Probleemstelling

Uit deze brief spreekt eens te meer de noodzaak om binnen InEen onderbouwing te ontwikkelen voor de discussie dat governance-eisen voor grote zorginstellingen, vaak met een verblijfsfunctie, anders zouden kunnen zijn dan governance-eisen voor eerstelijnsorganisaties. Aan deze eerstelijnsorganisaties zijn immers aanmerkelijk minder geld en financiële risico's verbonden. Ook zijn de professionals, met name huisartsen, doorgaans veel nauwer betrokken bij de organisatie.

1.3 Onderzoeksdoel Bestuur in Beeld

InEen beoogt met het onderzoek Bestuur in Beeld de huidige stand van zaken van governance bij haar leden te inventariseren, input te verkrijgen voor een interne discussie en kennis te verwerven om zo mogelijk invloed uit te oefenen op de toekomstige governance-eisen die aan de leden van InEen gesteld gaan worden. Het project bestaat uit verschillende deelprojecten.

Hoofdvragen onderzoek

Deze rapportage is gebaseerd op een onderzoek met de volgende onderzoeksvragen:

- Hoe is de feitelijke situatie van governance bij de leden van InEen?
- Welke dilemma's doen zich voor bij de besturing van de eerstelijnsorganisaties in het kader van governance? (als input voor interne discussie)

Aandachtspunten

In de bespreking van de onderzoeksopzet met de begeleidende BeleidsAdviesCommissie (BAC) Governance en Organisatie zijn de volgende aandachtspunten meegegeven:

- De mogelijkheid dat de leden van elkaar kunnen leren.
- De relatie tussen invloed en zeggenschap en de betrokkenheid van professionals.
- De functionele en normatieve kant van 'goed bestuur' verkennen.

Validiteit

In het onderzoek wordt governance opgevat als een pakket aan functionele maatregelen en het normatief handelen, bijdragend aan de (borging van) kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de eerstelijnszorg. In de literatuur wordt deze brede definitie van governance onderscheiden in klinische, professionele en organisatorische

² brief van 22 januari 2015 aan de Tweede Kamer.

³ Zorgbrede Governance Code 2010 (ZBC 2010)

systeemgovernance.⁴ De indicatoren voor het onderzoek zijn terug te voeren op deze literatuur.

1.4 De leden van InEen

De diversiteit tussen de ledengroepen van InEen - huisartsenposten, gezondheidscentra en zorggroepen, ROS'en en EDC's - is groot, zowel in omvang als in de ontwikkelingsfase en de portfolio. Ook zijn er verschillen in de regionale omstandigheden, de ontstaansgeschiedenis en bestuurlijke inrichting van de ledengroepen.

De regionale omstandigheden worden bepaald door de complexiteit van de omgeving met bijvoorbeeld meerdere zorgverzekeraars en/of meerdere ziekenhuizen.⁵ Verder heeft de ontstaansgeschiedenis effect op de inrichting en op de aansturing. Een zorggroep die ontstaan is vanuit een huisartsenlaboratorium met van oudsher een Raad van Toezicht heeft in vergelijking met een basale zorggroep gericht op positieversterking een andere startkwalificatie. De verschillende bestuurlijke inrichtingen zijn te onderscheiden in het Raad van Beheer en het Raad van Toezichtmodel.⁶

Gezondheidscentra

De meeste gezondheidscentra hebben een lange historie met als belangrijk kenmerk het leveren van multidisciplinaire zorg door professionals die vaak in loondienst zijn. Dergelijke centra zijn in de tachtiger jaren ontstaan, vaak gesitueerd in de destijds nieuwe wijken of in achterstandswijken, en gewend wijkgericht te werken. Hoewel er in de loop der tijd diverse varianten zijn ontstaan, soms ook als samenwerkingsverband van zelfstandige praktijken, is de samenwerking tussen huisartsen, fysiotherapeuten en een apotheek nog vrijwel altijd de basis. Er zijn ook grotere koepels die bestaan uit meerdere gezondheidscentra, zoals in Almere, Amsterdam, Eindhoven en Zoetermeer. De gezondheidscentra hebben momenteel te maken met de onzekerheid over de GEZ-financiering. Deze financiering, van oorsprong in de vorm van een subsidie, wordt door de inkopende zorgverzekeraar verbonden aan een grote set van indicatoren over de kwaliteit van de zorg. Verder hebben sommige gezondheidscentra de ketenzorg zelf gecontracteerd terwijl anderen hierin samenwerken met de ketenzorggroepen.

Huisartsenposten

De grootschalige dienstenwaarneming in de vorm van huisartsenposten heeft zich in vijftien jaar getransformeerd naar stevige staande organisaties, die zich volgens een respondent van dit onderzoek ontwikkeld hebben van een *'facilitair bedrijf voor huisartsen die hun diensten in een grootschalige structuur wilden samenvoegen naar een bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de acute ketenzorg in Nederland'*. Met de enorme groei van het aantal verrichtingen zijn de posten een voorziening geworden waar patiënten heel gemakkelijk gebruik van maken. In de meeste regio's is in de afgelopen vijf jaar een samenwerkingsverband met de SEH tot stand gekomen waarbij de huisartsenposten een nadrukkelijke poortwachtersrol uitvoeren. Daarom zijn veel posten fysiek voor de SEH geplaatst. Dit veelal onder druk van de zorgverzekeraars, om de

⁴ Opgenomen in de literatuurlijst.

⁵ Onderzoek 'Elementen van organisatiekracht Regionale Eerstelijnsorganisaties', Jan van Es Instituut en TNO, in opdracht van InEen, 9 januari 2014. Uit dit onderzoek is bekend dat regionale omstandigheden effect hebben op de ontwikkelingsmogelijkheden van een eerstelijnsorganisatie. Zie ook integratiemodel.

⁶ In een Raad van Beheermodel is er één bestuur met zowel uitvoerende bestuurders als niet-uitvoerende, toezichthoudende bestuurders. (Een dagelijks en een algemeen bestuur) Het algemeen bestuur is belast met het houden van toezicht op het dagelijks bestuur. Een groot deel van de zorggroepen heeft dit bestuursmodel; soms met een directie voor de uitvoerende taken. (bestuurs-directiemodel). Het komt ook voor dat het bestuur zelf de uitvoering doet. In alle gevallen is het bestuur als geheel eindverantwoordelijk voor de organisatie. Daarnaast komt het Raad van Toezichtmodel voor waarbij het bestuur uit een of meerdere bestuurders bestaat. Het – eenhoofdige of duale – bestuur is eindverantwoordelijk. De toezichthoudende taak ligt bij een Raad van Toezicht/Commissarissen.

toeloop op de dure tweedelijnszorg te verminderen. Naast de samenwerking met de ziekenhuizen zijn de posten in toenemende mate partner van de GGZ-crisisdienst, de dienstapotheken en de VV&T sector. Zij zijn onderdeel van de acute keten en actief in het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) en bij de opvang bij rampen en ongevallen (HAROP).

(Keten)zorggroepen

De meeste zorggroepen zijn tussen 2005-2008 ontstaan, toen de (financiële) mogelijkheid ontstond om de verantwoordelijkheid te nemen voor de multidisciplinaire zorg voor chronische ziektebeelden (DM2, COPD, CVRM en hartfalen). In vrijwel alle gevallen hebben huisartsen in verenigings- of coöperatieverband hiertoe het initiatief genomen. Momenteel oriënteren veel ketenzorggroepen zich op een verbreding van de portfolio, waarbij een verschuiving van de ziektespecifieke ketens naar zorg voor bepaalde populatiegroepen waarneembaar is. Veel zorggroepen verkennen thema's als ouderenzorg, samenwerken met de wijkverpleging, de GGZ of met gemeenten. De zorggroepen richten zich daarmee meer op externe partners en de bestuurders realiseren zich dat voor verdere samenwerking en ontwikkeling een bepaalde organisatiegraad noodzakelijk is.

EDC's en ROS'en zijn vanwege hun afwijkende structuur en portfolio niet meegenomen in dit onderzoek.

1.5 Onderzoeksaanpak

Methodiek

Het onderzoek valt de omschrijven als een mixed-methode, waarbij kwantitatieve en kwalitatieve onderzoekstechnieken zijn gebruikt om het begrip governance in de eerstelijnszorg te duiden. Het kwantitatieve gedeelte van het onderzoek bestaat uit een vragenlijstonderzoek met 55 vragen die zijn verspreid onder leden van InEen, gericht aan de bestuurder/directie. De kwalitatieve data komen uit telefonische interviews bij een selectie van de leden van InEen.

Populatie (leden van InEen)

Er zijn bijna driehonderd organisaties die in de eerste lijn opereren.⁷ Daarvan is 82 procent lid van InEen.⁸ De vragenlijst is bij wijze van proef uitgezet onder de bestuursleden van InEen waarin alle organisatievormen vertegenwoordigd zijn. Uit deze proef bleek dat de vragenlijst te weinig aansloot bij de ROS'en en EDC's, die een afwijkende organisatie- en financieringsstructuur hebben. Besloten is om de lijsten niet te verspreiden onder deze leden. Daarnaast komen onder de leden van InEen combinaties van organisaties voor (huisartsenposten met zorggroepen, gezondheidscentra met ketenzorg etc.) die onder hetzelfde bestuur en toezicht vallen. Verder bleken enkele leden zich in een fusietraject te bevinden. Op deze factoren is de te ondervragen populatie aangepast en zijn er uiteindelijk 161 vragenlijsten uitgezet. De enquête is door honderd leden ingevuld.(61 procent)⁹ Deze leden hebben niet alle vragen ingevuld, waarmee de N fluctueert per vraag.

Voor de selectie voor de telefonische interviews zijn de volgende criteria gehanteerd: organisatietype, al dan geen huisartsen in het bestuur, omvang en de aan- of

⁷ Op basis van een Nivel studie, een niet-gepubliceerd onderzoek naar huisartsenposten en een feitelijke telling kan worden vastgesteld dat er 103 organisatorische samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn (2009) zijn, 51 huisartsenposten, 18 Regionale ondersteuningsstructuren (ROS) en 10 eerstelijns diagnostische centra (EDC's) en naar schatting ruim 100 ketenzorggroepen (n = 291). Organisatorische samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn - Een verkenning. E.P.C. Hopman R.S. Batenburg D.H. de Bakker 2009 Nivel.

⁸ Het ledenbestand van InEen bestaat uit 72 gezondheidscentra, 51 huisartsenpostenorganisaties, 87 zorggroepen, alle ROS'en en EDC's.

⁹ Swanborn, 1991, p.95, de respons bij een postenquête van 40-60 procent.

afwezigheid van een toezichthoudend orgaan. Er zijn vier gezondheidscentra, zes huisartsenpostenorganisaties, zeven zorggroepen, twee combinatie organisaties (met bredere portfolio) en een samenwerkingsverband bevraagd.

De gehanteerde methodiek en verantwoording is verder opgenomen in de bijlagen.

Indicatoren in het onderzoek

De mate van governance van de leden van InEen is vastgesteld aan de hand van de volgende indicatoren.

1. Gedeelde verantwoordelijkheid (i.c. bestuurssamenstelling);
2. Mede-eigenaarschap van het primair proces;
3. Kwaliteit van zorg;
4. Professioneel belang;
5. Integriteit /tegengesteld belang;
6. Het belang dat aan de ZBC (2010) wordt gehecht;
7. Stakeholders; participatie van patiënten invloed van andere stakeholders;
8. Aanwezigheid van toezichthouders en het functioneren;
9. Implementatie van wetgeving;
10. Mate van transparantie;
11. Het functioneren als een organisatie met een maatschappelijk belang.

2 Resultaten algemeen

2.1 Profiel van de respondenten

De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 53,2 jaar. Daarvan is 40 procent meer dan zeven jaar in dienst, 42 procent tussen de twee en zeven jaar en 18 procent korter dan 2 jaar.

Van de respondenten werken er 55 vier of vijf dagen en 41 minder dan vier dagen. Het aantal deelnemende mannen en vrouwen is vrijwel gelijk. Daarvan is 77 procent academisch opgeleid en de rest op minimaal HBO niveau. Daarbij komen zorginhoudelijke of bedrijfskundige opleidingen (respectievelijk 34 en 32 procent) het meeste voor. Tenslotte heeft 37 procent van hen een BIG registratie (gehad).

De telefonische interviews zijn met twintig bestuurders of directies gehouden, waarvan er twee huisarts zijn.

In de ordening van de resultaten worden de organisatietypen vaak benoemd. Dit zijn de (koepels van) gezondheidscentra, de huisartsenposten, de zorggroepen of combi-organisaties die twee of meer functies van deze organisatietypen tot hun portfolio rekenen. In grafieken zijn deze soms als de categorie 'overige' opgenomen.

2.2 Actualiteit van het onderwerp

Uit de interviews bleek dat governance een actueel onderwerp is. De enquêtevraag naar de ambitie tot verbeteren geeft het volgende beeld. (n=77)

	<i>Huidig</i>	<i>Gewenst</i>	<i>Verschijscore</i>
GZC	7,16	8,37	1,21
HAP	7,38	8,38	1
ZG	6,62	8,3	1,68
Overig	7,06	8,78	1,72
Onbekend	5	8	3

2.3 Kenmerken van de organisaties

	GZC (21)	HAP (17)	ZG (20)	Combi (20)
Omvang op basis van patiënt aantallen en omzet	Verschillen in omvang en disciplinaire samenstelling.	Verschillen in omvang, nauwelijks in disciplinaire samenstelling.	Meeste diversiteit, zowel in omvang als in disciplinaire samenstelling.	In de meeste gevallen groter in omvang dan voorgaande organisatietypen. Diversiteit tussen combi organisaties is groot.
Aangesloten huisartsen	50% tussen 5 – 8 huisartsen.	5: <100 5: 100-150 7: > 200	11: <50 5: 50-100 4: >150	Grote spreiding.
Andere disciplines	8 van de 19 met apotheek.	Geen.	4 van de 20 met apotheek.	8 van de 20 met apotheek.
	17 van 21 met fysio.	Geen.	3 van de 20 met fysio.	9 van de 20 met fysio
	61% POH.	Geen.	70% POH.	50% POH.
Aanwezigheid				

van andere functionarissen Alg.manager(s)	17	13	19	16
Kwaliteits manager(s)	9	16	14	12
Medische manager(s)	4	10	12	11
Praktijk manager(s)	7	4	4	9
Staf medewerker(s)	11	13	16	16

Ook uit deze gegevens over de omvang en de aangesloten huisartsen kan worden afgeleid dat de diversiteit onder de respondenten van InEen groot is, zowel tussen de organisatietypen, maar ook binnen de organisatietypen. Het organisatietype huisartsenposten is het meest uniform.

Verder kan worden verondersteld dat bij de multidisciplinaire zorggroepen en combinatieorganisaties een gezondheidscentrum betrokken is. Bijvoorbeeld een gezondheidscentrum waar ook de ketenzorg gecontracteerd is en/of een combinatieorganisatie waar een gezondheidscentrum deel van uit maakt.

Tevens valt op dat huisartsenposten, zorggroepen en combinatieorganisaties de functie van medisch manager vaker voorkomt dan bij gezondheidscentra.

3 Resultaten indicatoren

3.1 Gedeelde verantwoordelijkheid

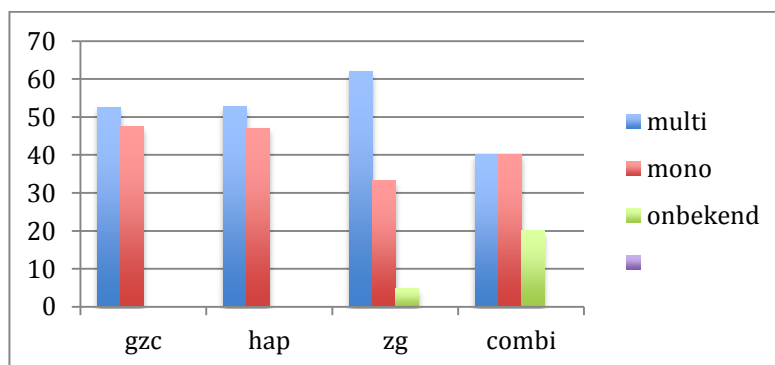
De samenstelling van het bestuur, de dualiteit van bestuur, directie of management is een indicatie voor de gedeelde verantwoordelijkheid in een organisatie. De resultaten zijn afgeleid van enquêtevragen 14, 20, 21, 23 alsook van kwalitatieve data.

Bij de vraag naar de samenstelling van het bestuur is onderscheid gemaakt tussen een uitvoerend bestuur met al dan niet met een statutair directeur of de besturing door een Raad van Bestuur.

Bij alle organisatietypen wordt in meer dan de helft van de gevallen de organisatie bestuurd door een uitvoerend bestuur (GZC 52,4%, HAP 52,9%, ZG 65% en Combi 50,1%). In de overige gevallen is sprake van een Raad van Bestuur.

Onderstaande grafieken geven een verdere uitsplitsing van beide typen weer.

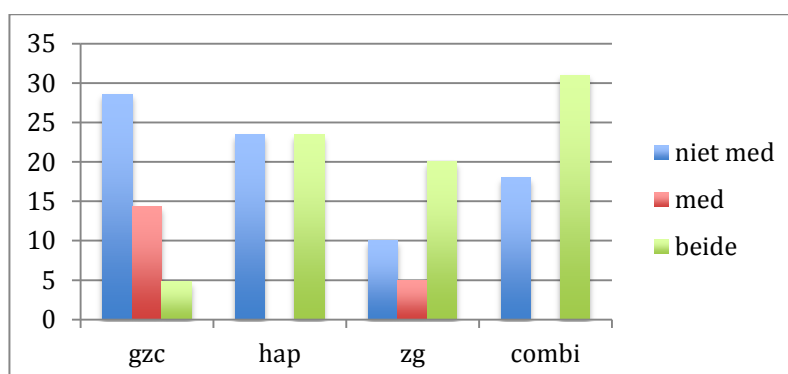
Uitvoerende besturen



Multi Een multidisciplinair bestuur is gedefinieerd als een bestuur bestaande uit verschillende disciplines al dan niet met een statutair directeur.

Mono Een monodisciplinair bestuur is gedefinieerd als een bestuur bestaande uit huisartsen al dan niet met een statutair directeur.

Raden van Bestuur



Niet med De Raad van Bestuur bestaat uit één niet-medische directeur-bestuurder.

Med De Raad van Bestuur bestaat uit één medisch directeur/bestuurder.

Beide De Raad van Bestuur bestaat uit niet-medische en medisch bestuurders.

Bij 75 procent van de organisaties zijn huisartsen opgenomen in het bestuur. De dominantie van de huisartsen in de besturing van de organisaties is groot. In vrijwel alle organisaties zijn de huisartsen in de besturen vertegenwoordigd en in een ruime meerderheid hebben de huisartsen ook de meerderheid in het bestuur. Een kwart van de gezondheidscentra en de huisartsenposten beschikt over een eenhoofdige niet-medische bestuurder.

Een ander opvallend gegeven is dat in de zorggroepen (enquêtevragen 14 van 21) en in de combinatieorganisaties (enquêtevragen 9 van de 20) wordt aangegeven dat de huisartsen invloed uitoefenen op het beleid via het aandeelhouderschap van de organisatie.

Vanuit de kwalitatieve interviews blijkt het belang van de huisartsen op de besluitvorming binnen de organisatie. De niet-medische bestuurders hechten hieraan en maken er gebruik van.

"Het huisartsenbelang blijft leidend."

"Ik doe niets zonder huisartsen."

"Je hebt betrokkenheid en inbreng van huisartsen nodig."

"Bij de verandering naar het Raad van Toezichtmodel hebben we gebruik kunnen maken van de kennis van een huisarts die ook juridisch geschoold is; hij heeft zijn collega's over de streep getrokken."

"Die huisarts heeft veel gezag naar de andere huisartsen toe, die wordt geaccepteerd, en als het over inhoud gaat, dan is er enorme betrokkenheid en motivatie om mee te doen, dat is echt nooit een probleem."

Twee van de eenhoofdige niet-medische bestuurders (huisartsenpost) zeggen behoefte te hebben aan een geformaliseerde duale constructie.

Daar waar duaal bestuur (een huisarts en een bedrijfsmatige bestuurder/directie) is ingevoerd wordt dit zonder uitzondering als zeer positief gewaardeerd. De meerwaarde wordt vooral gezien in de communicatie met de achterban.

"Ik zou wel een huisarts naast me willen hebben om te sparren, maar waar zit die know how?" (huisartsenpost met eenhoofdige RvB; niet-huisarts)

"Ik mis de verankering van de medische inhoudelijke kant. Ik zou er wel een medisch bestuurder bij willen hebben of desnoods een medisch adviseur." (huisartsenpost met eenhoofdige RvB; niet-huisarts)

"De medisch directeur is er om veel met de achterban te spreken, ook het medisch geweten van de organisatie – hij is medisch inhoudelijk ook erg goed." (zorggroep met 2 bestuurders; duaal)

Uit de interviews blijkt dat de eindverantwoordelijke uitvoerende (huisarts)bestuurders zichzelf soms in de loop der tijd steeds meer op afstand plaatsen, waardoor een verantwoordelijkheidsvacuüm wordt ervaren. Daarnaast constateren meerdere niet-medische bestuurders/directeuren van huisartsenposten dat de eerste voortrekkers van de huisartsenposten inmiddels plaats gemaakt hebben voor een 'tweede generatie', die minder gezag bij de achterban zou hebben.

"Het bestuur stelt zich op als toezichthouders, wij, medisch en bedrijfsmatig aanstuurders, krijgen veel vrijheid; zijn wij nou directie of bestuurders?" (zorggroep)

"Het huisartsenbestuur functioneert op afstand maar gaat ook met veel zaken naar de ALV; ze zouden wel meer gebruik mogen maken van hun mandaat." (huisartsenpost)

"De kartrekkers hadden gezag, die zitten nu bij de zorggroepen." (huisartsenpost)

"De eerste generatie sprak de collega's wel aan, toen de huidige voorzitter dit laatst deed vielen de collega's over hem heen." (huisartsenpost)

Huisartsenposten

Het verschijnsel lijkt zich bij de huisartsenposten, die nu rond de vijftien jaar bestaan, meer voor te doen. Een van de bestuurders sprak zelfs van een generatiekloof, hetgeen overigens door anderen niet herkend wordt.

"Degenen die nu de zorggroepen doen, zijn dezelfde mensen die de huisartsenpost hebben opgericht en die andere dingen doen. Die zie je daar vaak in terug, in dat soort dingen, functies..."

"Er zijn twee bestuurders na lange tijd gestopt, echte boegbeelden, en nu is er geen sturing meer, het is gaan zweven."

"Huisartsen willen niet meer in een bestuur; totdat je eindelijk iemand hebt die 'ja' zegt."

"Voor de huisartsenpost worden de mensen door de hagro aangewezen."

"Ik zie een groep van jonge artsen die wel roepen, maar geen verantwoordelijkheid nemen. Ze zijn meer gericht op zichzelf en er lijkt minder samenhang in de beroepsgroep te zijn."

Over de huisartsbesturen wordt door de niet huisarts-bestuurders verschillend gedacht. De aanwezige kennis van de medische inhoud staat soms een meer strategische, bestuurlijke insteek in de weg. Bovendien blijft het (onder)scheiden van het eigen (beroeps)belang en het organisatiebelang of maatschappelijk belang ingewikkeld. Daarvoor zijn huisartsen met een maatschappelijk engagement of een helicopterview nodig, die volgens een van de bestuurders zeker te vinden zijn. De meest gehoorde opmerking is dat de huisartsen eigenlijk te weinig tijd hebben voor het bestuurswerk. Bovendien worden termijnen van drie à vier jaar genoemd om ingewerkt te raken, waarbij de respondenten ook allemaal aangeven dat de organisatie graag extra energie steekt in het verder bekwamen van de bestuurlijke huisartsen, omdat er grote behoefte is aan huisartsen op dit niveau.

"Het bestuur is heel inhoudgedreven, maar dat gaat meestal niet samen met helicopterview."

"Onder huisartsen bevinden zich goede bestuurders."

"Ze voelen de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorggroep en spreken collega's ook aan op kwaliteit."

"Jong bestuur, ze moeten wennen aan hun rol."

"Ze kunnen het belang van de organisatie en het eigen belang niet los van elkaar zien."

"De huisartsen fietsten het niet bij, we moeten ze extra bijpraten op andere momenten."

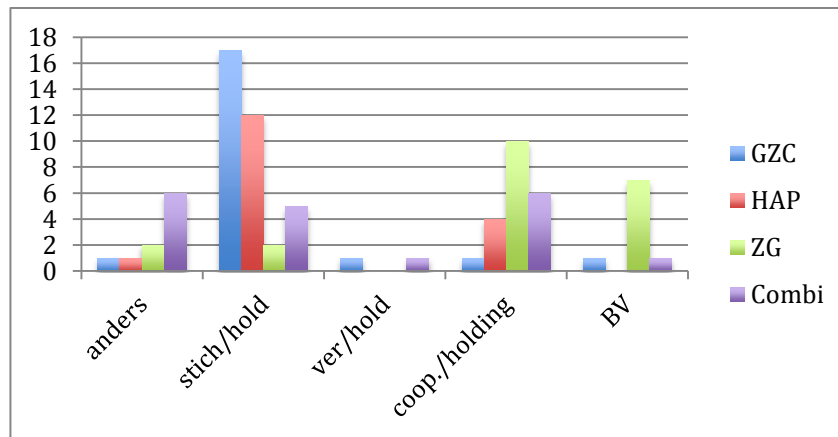
"De bestuurlijke kennis van de huisarts schiet te kort."

Efficiëntie

Bestuurders zoeken naar de balans tussen de invloed van de huisartsen en de efficiëntie en de bestuurlijke slagkracht van de organisatie. Met behulp van countervailing power (tegenkracht) creëert men hiervoor een speelveld. Doordat de ingestelde huisartsenraden door de informatieachterstanden en verschillen in voorbereiding niet altijd goed functioneren, zijn vertegenwoordigende functies als een 'huisartsenstaf met mandaat' of een medisch manager ingevoerd.

Juridische vormgeving

Er blijken geen significante verschillen te zijn tussen de juridische vormgeving (soort van rechtspersoon) en de bestuurlijke inrichting. Daaruit kan afgeleid worden dat de gedeelde verantwoordelijkheid meer een kwestie is van de (feitelijke werking van de) interne inrichting dan de soort rechtspersoon.



Bij stichtingen met een eenhoofdig, niet-medische bestuurder is de invloed van huisartsen belegd in (statutair vastgelegde) 'hulpconstructies' in de vorm van een huisartsenraad of iets dergelijks.

Bij een monodisciplinair bestuursmodel bestaande uit huisartsen blijkt uit de interviews dat de feitelijke invulling divers is. Bij drie zorggroepen en een huisartsenpost is sprake van een bestuur op afstand, terwijl bij een gezondheidscentrum, een zorggroep en een overkoepelende combi een min of meer uitvoerend bestuur taken op zich heeft genomen. Dit uitvoerend bestuur wordt dan ondersteund door een manager. Daarbij komt dat in de gekozen juridische constructen vaak coöperaties of verenigingen met een of meerdere B.V.'s, ook nog sprake is van eigendomsverhoudingen, aandeelhouders en dubbele posities van huisartsen. Soms is het coöperatiebestuur ook bestuur van de B.V., soms wordt juist op deze positie een - extern - algemeen directeur (in de zin van bestuurder van de vennootschap) benoemd. Daarmee verschuiven de verhoudingen weer. Zo'n verschuiving betekent dat het coöperatiebestuur alleen als aandeelhouder behoeft op te treden en geen bestuurlijke bemoeienis met de B.V. heeft, tenzij de statuten hen bevoegdheden toekent en de bestuurlijke ruimte van de algemene directeur daarmee ingeperkt is. In de interviews is niet doorgevraagd op deze juridische technische achtergronden.

3.2 Mede-eigenaarschap van het klinische proces

Het (ervaren van het) mede-eigenaarschap van het klinische proces is gebaseerd op de aan/afwezigheid van een (soort van) medische raad, waarbij de agendaonderwerpen een indicatie geven voor het mede-eigenaarschap van de professionals. De resultaten zijn afgeleid van enquêtevragen 14, 38 en 45 (kwalitatieve data).

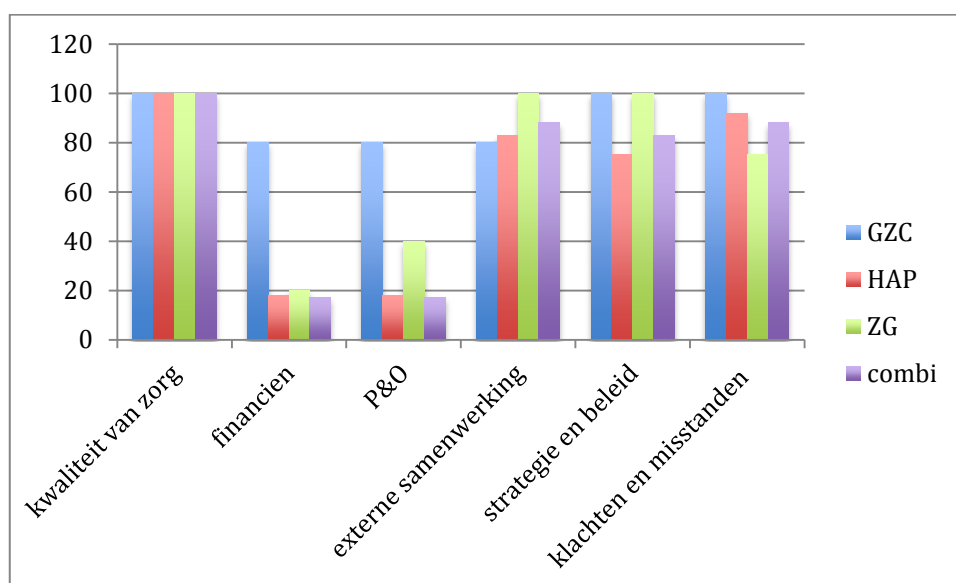
De invloed van huisartsen op het klinische proces is georganiseerd via een (vorm van een) medische raad. In 34 van de 82 organisaties die deze vraag beantwoordden, is een medische raad ingesteld. Opvallend is dat deze het minst vaak door de gezondheidscentra wordt genoemd (4 van de 21 centra), bij ruim de helft van de huisartsenposten (12 van de 17), bij 9 van de 21 zorggroepen en bij 43 procent van de 21 combinatie organisaties.

Via een structureel overleg met de bestuurder oefenen met name huisartsen invloed uit. Deze overleggen zijn er in de vorm van huisartsenraden, adviesraden, postbesturen en (decentrale) beleidscommissies met (zwaarwegende) advies- en instemmingsrechten (op medisch inhoudelijke zaken). Bij 2 van de 20 geïnterviewde respondenten zijn er samenwerkingsovereenkomsten met de regionale huisartsenvereniging, waarmee het mede-eigenaarschap formeel gezien buiten de eigen zorgorganisatie is geplaatst.

De niet-medisch inhoudelijk bestuurders in gezondheidscentra en huisartsenposten mengen zich niet of nauwelijks in de uitvoering van de medisch inhoudelijke onderwerpen. Ze richten zich vooral op het goed organiseren van de werkprocessen en stellen zich daarbij als een betrouwbare en goed aanspreekbare bestuurder op.

Bij de gezondheidscentra zijn professionals opgenomen in een (multidisciplinair) managementteam van de organisatie of ze zijn verantwoordelijk voor een van de centra (bij koepels). Zij houden zich - soms in kennisgroepen - volgens de geïnterviewde respondenten vooral bezig met de zorginhoudelijke onderwerpen zoals de persoonsgerichte zorg. Deze respondenten geven aan dat zij zelf vooral bezig zijn met de decentralisaties van de sociale wetgeving en de samenwerkingsvormen buiten het centrum.

Er is gevraagd naar de onderwerpen die op de agenda staan van de medische raden of soortgelijke gremia. Hieruit komt het volgende beeld naar voren.



Opvallend is dat uit de enquêterespons blijkt dat gezondheidscentra het beleid integraal in de medische raad bespreken terwijl bij de andere organisaties financiën en P&O nauwelijks geagendeerd worden. Naar de hoge score van zorggroepen op externe samenwerking is in de interviews doorgevraagd. Dit blijkt vooral uit het multidisciplinair overleg te bestaan dat nodig is voor de inrichting van de ketenzorg. Verder is opvallend dat de klachten en misstanden daar minder op de agenda staan. Naar eigen zeggen komt dit minder vaak voor.

Bestuurders/directies van gezondheidscentra, waar het managementteam bestaat uit de professionals, hebben wel grote invloed op de agendavorming in dat gremium.

"Zeer tegen mijn zin doe ik dat bijna altijd." (= samenstellen van de agenda)

"Dan regel ik de bestuursagenda, waar al die punten samen komen."

In grote huisartsenposten worden de kwaliteitsthema's zo dicht mogelijk bij de professionals gebracht door in de centrale of overkoepelende huisartsenraad een strategische agenda op hoofdlijnen vast te stellen, als kader voor de uitvoer door lokale beleidscommissies.

3.3 Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van professionals.

Doordat de vragenlijst niet is ingevuld door professionals is de 'kwaliteit van zorg vanuit het professionele perspectief' uit de kwalitatieve data (informatie van bestuurders of directeuren) afgeleid. Daarbij is de mate waarin de kwaliteit van zorg ervaren wordt als professioneel handelen conform richtlijnen en standaarden zoals in hun beroepsgroep gebruikelijk de indicatie. De resultaten zijn afgeleid van de kwalitatieve data.

Vragen over kwaliteit worden door bestuurders in alle gevallen gekoppeld aan indicatoren. Bij zorggroepen zijn de (inhoudelijke) indicatoren van de ketenzorg gebaseerd op professionele standaarden en richtlijnen. Bij huisartsenposten spelen de in de branche opgestelde normen een rol.

In alle typen organisaties is het vastleggen en toetsen van kwaliteit geen discussiepunt. Over het algemeen wordt aan het nut van de indicatoren niet getwijfeld, waarbij het zoeken naar de balans tussen registratie en bureaucratie een dilemma is. Bij de huisartsenposten is de toegankelijkheid van de zorg een reëel vraagstuk.

Huisartsenposten

"Streefnormen uit de branche werden meetnormen; dat moeten we op brancheniveau aankaarten. De cijfers sluiten niet goed aan bij de werkvloer."

"De huisartsen voelen zich in hun vrijheid beknot."

"Normen zijn te technocratisch; de zorgverzekeraar en IGZ zien het te zwart wit."

"De regelgeving is erg toegenomen, complexer geworden."

Zorggroepen

"Praktijken moeten voldoen aan de landelijke (InEen)indicatoren voordat ze aan een tweede keten mogen meedoen."

"Kwaliteitsindicatoren van InEen richten zich te veel op de huisartsen; we willen ook de kwaliteit van de zorgpartners in beeld krijgen."

"Meten we wel het goede?"

"We sturen op de kwaliteit van de praktijken."

"We hebben een enorme relatie via de stafverpleegkundigen, we hebben hier een aantal verpleegkundigen rondlopen die de praktijken ondersteunen, die gaan ook gewoon naar de praktijken toe, op basis van de uitkomsten... Op basis van de indicatoren zal ik maar zeggen, worden er ook gesprekken gevoerd met praktijken, 'gaat het goed' of 'wat heb je voor begeleiding nodig?'"

Gezondheidscentra

"Het ingewikkelde is dat al die aandoeningen op elkaar effect hebben, en dat de ene medicatie voor de ene ziekte weer slecht effect heeft op de andere ziekte zelfs, dus je moet gewoon een integraal zorgaanbod organiseren, maar het lastige is...in die indicatoren kan je alleen maar enkelvoudig registreren, want anders wordt het te ingewikkeld..."

In gezondheidscentra en huisartsenposten zijn kwaliteitssystemen gebruikelijk, terwijl de zorggroepen ermee bezig zijn. Een van de zorggroepen heeft meegedaan aan een pilot voor de NPA-registratie. In de combinatieorganisaties neemt de behoefte aan eenzelfde integraal kwaliteitssysteem voor meerdere organisatietypen en disciplines toe.

Met name de zorggroepen zien meer in het investeren in de zorgverleners dan het verder optuigen van kwaliteitssystemen en daar is ook beleid voor ontwikkeld. Opleidingen voor kaderartsen worden betaald, praktijken worden bezocht door verpleegkundigen en door middel van spiegelinformatie betreft men de professionals bij resultaten. In de huisartsenposten worden vooral de triageassistenten voortdurend opgeleid.

"De helft van ons beleid is gericht op kwaliteit, we investeren extra in praktijken die achterblijven en in the end zijn er financiële boetes." (zorggroep)

"Ik zie ons als instelling, als kwaliteitsinstituut zeg maar." (zorggroep)

"Voortdurend bezig met kwaliteit en veiligheid voor patiënten." (huisartsenpost)

3.4 Professionele belangen

Als indicator voor het borgen van de professionele belangen is gekeken naar de definiëring van de professionele belangen en hoe de bestuurders hun invloed op het primaire proces beoordelen. De resultaten zijn afgeleid van kwalitatieve data alsook van enquêtevraag 49.

De bevroegde bestuurders van huisartsenposten worstelen met het gegeven dat zij in formele zin eindverantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de zorg, maar ze signaleren dat afspraken door huisartsen op de werkvloer niet worden nagekomen of dat er simpelweg geen draagvlak is voor het nakomen van bepaalde kwaliteitsnormen. Het mede-eigenaarschap van het proces wordt niet gevoeld en er wordt gehandeld vanuit een eigen (professioneel) belang. Het afleggen van verantwoording over het professioneel handelen is bij huisartsenposten en gezondheidscentra geen vanzelfsprekendheid.

Bijna de helft van de bestuurders geeft aan geen of een beetje invloed op de kwaliteit van het primair zorgproces te hebben en 41 procent zegt hetzelfde over 'klachten en misstanden'. Over de hele linie zou men meer invloed op deze thema's willen hebben (respectievelijk 70 en 72 procent). Overigens beoordeelt de bestuurder van zorggroepen zich het minst als kwaliteitsbewaker. Dit komt later terug.

Ook het vinden van de balans tussen het professionele belang en het patiëntenbelang wordt in veel organisaties als thema gevoeld.

"Een deel van onze leden zegt: 'wij hebben een multidisciplinaire organisatie en we zijn er voor de patiënt' terwijl een ander deel aangeeft 'wij zijn een huisartsenorganisatie, maar in de visie staat dat wij een bijdrage leveren aan het welzijn van de burgers in onze regio'. Dus eigenlijk zijn wij er ook voor de patiënt, maar we dienen wel het belang van de huisarts." (zorggroep)

"Huisartsen hebben een belang dat de organisatie goed georganiseerd is en dat hun belangen niet altijd stroken met de belangen van patiënten of met belangen van medewerkers of met belangen van de organisatie of van wie dan ook. Dat blijft een eeuwig spanningsveld." (huisartsenpost)

Door zorggroepen wordt een grotere diversiteit aan professionele belangen ingebracht. Respondenten spreken over het belang dat gehecht wordt aan de herkenbaarheid van de organisatie, het belang van de eigen praktijk (werklast en tempo van implementatie van nieuwe zorgvormen) en het economische belang.

De transitie naar het toezichthoudend model, ingegeven door de invoering van de WTZi, gaat bij (sommige) huisartsenposten gepaard met de beklemmende vraag van huisartsen: 'Waar zijn onze belangen nu geborgd?'.

"Gevoelsmatig gaven zij een stuk zeggenschap uit handen."

Bij zorggroepen is sprake van een behoorlijke betrokkenheid van hun leden, maar men ervaart ook de kwetsbaarheid van het (huisartsen)bestuur bij het vertrek van een prominent bestuurder. Bovendien start met ieder nieuw bestuurslid een nieuwe fase van inwerken en leren. Sommige zorggroepen anticiperen op wijzigingen door scouting van bestuurlijke talenten, actief kennis te verspreiden en/of de bestuurswissels op het strategische niveau tot een minimum te beperken.

"We hebben het bestuur nu verbreed tot negen huisartsen".

"Met een nieuw onervaren bestuur liggen alle samenwerkingsideeën weer even stil omdat ze eerst druk bezig zijn om zelf het veld te overzien en te controleren en als je zelf minder goed controle hebt, dan ben je minder geneigd om te zeggen: we gaan samen iets opzetten".

Toegepaste oplossingen

"Vanwege de continuïteit wisselen we maar één huisarts per jaar op het strategisch niveau."

"We organiseren incompany opleidingen om die gemiste (bestuurlijke) kennis aan te vullen."

"We maken een onderscheid in inhoudelijk gedreven huisartsen, dat zijn meer de kaderartsen, en er zijn huisartsen die juist heel erg strategisch ingesteld zijn en op dat niveau goed mee kunnen denken en het interessant vinden. En nou, die komen dan met name richting de bestuurlijke posities."

"Bij regionale symposia en hagrobezoeken vallen mensen je op. En daar gaan we eigenlijk al een beetje voorselecteren, van: die en die zouden wel eens goeie kunnen zijn. En dan is het aan de commissie van afgevaardigden zelf om hun samenstelling te kiezen, de voordracht daarvoor te doen. Maar goed, wij proberen dat wel een beetje mee te sturen, in de zin van: die heeft potentie."

3.5 Integriteit

Onder integriteit is de aandacht voor een mogelijk tegengesteld belang voor professionals binnen de organisatie als indicator gebruikt. De resultaten zijn afgeleid van de kwalitatieve data.

Het omgaan met tegengestelde belangen is als indicator gebruikt voor de integriteit van de professionals. Een bestuursfunctie van de huisartsenorganisatie veronderstelt een bestuurlijke integriteit, ook voor de professional in die rol. Voor mogelijk tegengestelde belangen wordt unaniem de term 'dubbele petten' gebruikt.

"Dat er natuurlijk steeds meer gekeken wordt naar die governance en wij allen ons op een gegeven moment ook wel beseften hoe lastig het kan zijn als je laat ik maar zeggen met twee petten in een bestuur zit, hè."

"Als je huisarts bent en je zit in het bestuur van de stichting dan moet je...ja...ook boven je eigen belang kunnen hangen om in het belang van de stichting te kunnen denken."

"De tarieven per DM2-patiënten worden met de zorgverzekeraar afgestemd" [later] "De tarieven die je nu vaststelt, dat is lastig met de dubbele petten die we nu af en toe hebben en waar we denk ik goed mee omgaan. Je zou het nog beter kunnen borgen".

"En verder zit er natuurlijk wel iets in van voorinformatie en dat schuurt wel, dat vind ik formeel wel schuren met die dubbele pettenpolitiek. Ik heb natuurlijk dan op basis van de informatie waar ik over kan beschikken wel voorinformatie, en dat kan mijn eigen bedrijfsvoering ten gunste komen."

3.6 Het gehechte belang aan de ZBC 2010 en meningen over governance

Het belang dat aan de ZBC 2010 wordt gehecht, wordt afgeleid van de vraag waar de code wordt besproken en welke opvattingen er over de governance en code bestaan. Het betreft enquêtevraag 16 alsook resultaten uit kwalitatieve data.

Over de hele linie wordt de ZBC vrijwel niet besproken. Bij het al dan niet bespreken van ZBC 2010 in de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht wordt het meest 'niet van toepassing' ingevuld. Bij de huisartsposten en combinatieorganisaties is deze vrijwel niet besproken: 13 van de 17 bestuurders geven 'niet van toepassing' aan.

Bij de zorggroepen is de code in circa 30 procent van de verschillende gremia besproken. (maar nauwelijks in de Raad van Bestuur). In de gezondheidscentra is de code het meest besproken in de cliëntenraad (in 10 van de 21). Het aantal antwoorden met 'niet van toepassing' is opvallend.

Opvattingen over governance

"Governance is in principe dat je verantwoord bestuurt, dat je transparant bent naar buitenwereld toe."

"Afspraken die je maakt over wat je doet, hoe je het regelt: aansturing van de zorg en daar verantwoording over afleggen."

"Goed bestuur en toezicht, geen afrekencultuur maar openheid en transparantie, datgene doen waarvoor je in het leven geroepen bent, zorgvuldig met middelen en materialen en mensen omgaan, toetsen of je nog toegevoegde waarden hebt." (legitimiteit)

"Transparantie is van groot belang, verantwoording afleggen aan de gemeenschap."

"Transparant naar de gemeenschap bent en de externen, delen van je jaarrekening, verspreiden kwaliteitsberichten, salaris directie binnen de WNT."

"Governance betekent in principe dat je verantwoord bestuurt, dat je transparant bent en dat je inderdaad verantwoording kan afleggen naar de buitenwereld en als je dat goed wilt doen, even heel formeel, zou je met een bestuur en een raad van toezicht enzovoorts..."

De respondenten geven aan dat zij de zorgbrede governance code te weinig vinden aansluiten bij de situatie in de eerste lijn. De code wordt ervaren als een afvinklijstje of als een te breed bestuurlijk vehikel voor de kleinschalige eerstelijnsorganisaties.

"Aantal zaken moeten goed geregeld zonder bestuurlijk vehikel op te tuigen. Pas op voor waterhoofd."

"...dat vonden wij indertijd behoorlijk zwaar opgetuigd. We hebben er toen bewust niet voor gekozen, we hebben toen een Raad van Advies gekozen en die heeft natuurlijk toch een wat andere functie. En alhoewel we volledig transparant zijn, hebben we niet echt een Raad van Toezicht."

"Veel geld uitgeven of veel tijd aan allerlei overleggen, omdat het nou eenmaal moet; dat moet je niet willen."

3.7 Stakeholders

Participatie van patiënten

Als indicator voor het betrekken van stakeholders is de participatie van patiënten in een formele positie binnen de organisatie en de invloed van andere stakeholders gehanteerd. De resultaten zijn afgeleid van vragen 14, 44, 46, 47 alsook van kwalitatieve data.

Van de 79 organisaties geven 27 aan over een cliëntenraad te beschikken, waarvan het grootste aandeel bij de gezondheidscentra is ingesteld (9 van de 21). Bij de huisartsenposten, zorggroepen en combi's is dit respectievelijk 35, 28, 30 procent. De participatie van patiënten is geen thema dat de respondenten spontaan benoemen als gevraagd wordt naar samenwerkingsverbanden en/of stakeholders, maar wordt in het perspectief van de kwaliteit van zorg geplaatst.

Patiënten worden op verschillende wijzen betrokken bij het opstellen van het beleid, echter niet structureel zoals dat wel bij de professionals en medewerkers gebeurt. Bij 18 van de 74 organisaties geven de respondenten aan dat zij geen participatie van de patiënten hebben, terwijl 15 van de 74 aangeven dit via structureel overleg te doen. De gezondheidscentra doen dit vaker en de huisartsenposten het minst vaak.

Uit de kwalitatieve data blijkt dat vier gezondheidscentra of combiorganisaties, die als gezondheidscentra begonnen zijn, van oudsher een cliëntenraad kennen. Bij de huisartsenposten is dit minder ingeburgerd, daar is de vraag vooral welke doelgroep als patiënten aangemerkt moeten worden. Een van die organisaties experimenteert nu met een patiëntenklankbordgroep. Bij de zorggroepen is de participatie van patiënten een beleidsthema dat in ontwikkeling is. Twee zorggroepen hebben een formele cliëntenraad, waarbij thema's als zelfmanagement en de kwaliteit van de ketenzorg besproken worden. In een van de zorggroepen participeren patiënten ook in interne projectgroepen. Alle zorggroepen onderhouden contacten met de patiëntenverenigingen zoals de Nederlandse Diabetes Vereniging. Een van de zorggroepen heeft een extern bestuurslid, dat de patiëntbelangen in de gaten houdt.

Bij alle organisaties zijn klachtenprocedures ingeregeld. Bij 95 procent van de gezondheidscentra en huisartsenpost zijn klachtenregelingen aanwezig en bij respectievelijk 81 en 75 procent van de zorggroepen en combi-organisaties. Het onderwerp 'Klachten en misstanden' staat bij alle organisatietypen regelmatig op de agenda bij de cliëntenraad (GZC 75%, HAP 100%, ZG 80 % en combi 100%).

Invloed van andere stakeholders¹⁰

Ziekenhuizen: 13 van de 74 geven aan dat ziekenhuizen geen invloed hebben op hun beleid, dit betreft vooral gezondheidscentra (8 van de 13). Zorggroepen en huisartsenposten hebben in meerderheid structureel overleg.

Zorgverzekeraars: slechts 3 van de 76 organisaties geven aan geen invloed te hebben van de verzekeraars, terwijl bij 32 structureel overleg en 41 incidenteel overleg gevoerd wordt. Er zijn geen verschillen tussen de typen organisaties.

Gemeenten: 24 van de 76 organisaties hebben geen invloed van de gemeente op het beleid, slechts 7 via structureel overleg. Huisartsenposten hebben geen relatie met de gemeenten en circa 50 procent van de zorggroepen en gezondheidscentra overlegt met de gemeente over het beleid.

3.8 Toezichthouders

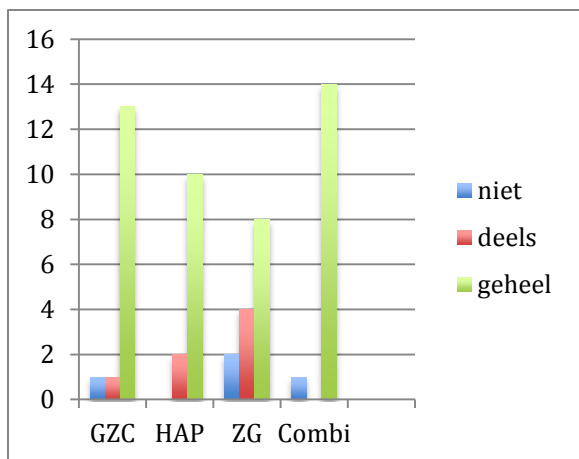
Voor het functioneren van toezichthouders zijn de aanwezigheid en de samenstelling van de toezichthouders, de agendasetting en het eigen kritisch vermogen (zelfevaluatie) de indicatoren. De resultaten zijn afgeleid van vragen 14, 28, 32, 33, 34, 36 alsook van de kwalitatieve data.

In meer dan de helft van alle organisatietypen is een toezichthoudend orgaan aanwezig.

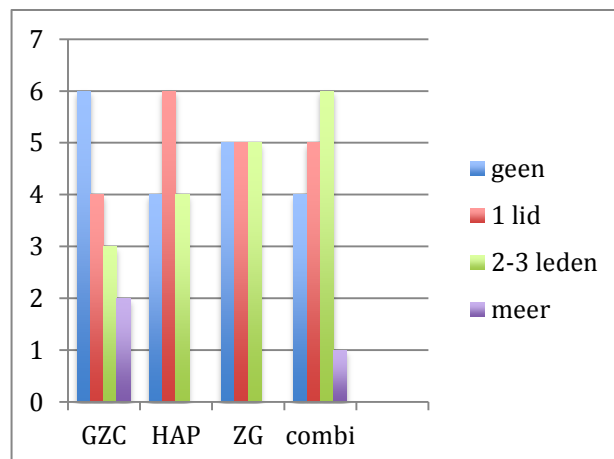
Organisatie	RvT	Totale respons
GZC	9	21
HAP	12	17
ZG	10	21
combi	13	20
totaal	44	79

Samenstelling en functioneren

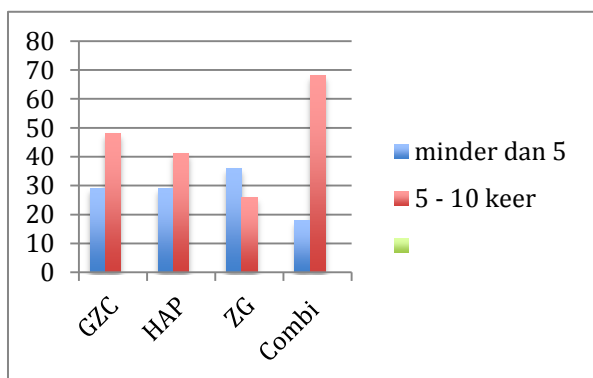
¹⁰ Grafieken zijn opgenomen in de bijlagen.



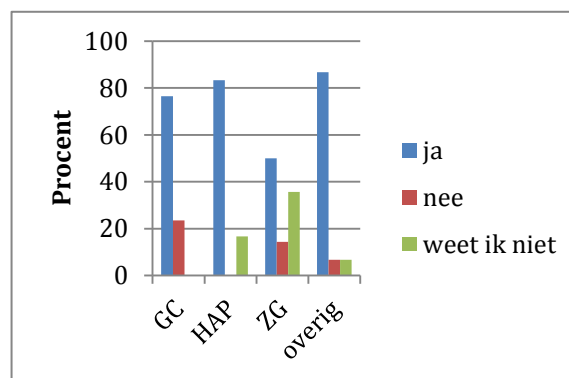
Het toezichthoudend orgaan bestaat niet/deels/geheel uit onafhankelijke leden.



De hoeveelheid leden van het toezichthoudend orgaan met een medische achtergrond.



Aantal overleggen tussen bestuur en toezichthouders.



Zelfevaluatie door toezichthouders.

Uit de 31 toegevoegde reacties bij de zelfevaluatie blijkt dat 4 bestuurders geen idee hebben wat er met de zelfevaluatie gebeurt, dat de uitkomsten 14 keer gedeeld worden met bestuur en/of huisartsen, dat bij 14 organisaties de uitkomsten op de een of andere manier opgenomen worden in (verbeterings)plannen en dat bij 9 organisaties de voortgang van de evaluatie in ontwikkeling zijn of niet van toepassing.

Bij 15 van de 21 gezondheidscentra is sprake van enige vorm van taakverdeling tussen de toezichthouders, bij 10 van de 17 huisartsenposten is dat het geval, bij 9 van de 21 zorggroepen en bij 10 van de 21 combi-organisaties.

De gehechte waarden aan de toezichthouders

De bestuurders zijn in de meeste gevallen positief over de bijdrage die de toezichthouders leveren aan de organisatie.

"Eye opener of invalshoek kiezen die ik zelf niet bedacht had." (combi)
 "Ze zorgen dat wij gemakkelijker toegang hebben tot hun netwerken." (zorggroep)
 "Dat er gewoon voldoende kritisch vermogen van buiten toe naar binnen komt." (zorggroep)

Naast deze positieve waardering benoemen vrijwel alle bestuurders de afstand die bestaat tussen de toezichthouders en de professionals/organisatie.

"Ze begrijpen de huisartsen cultuur niet."
"Ze spreken een andere taal."
"De Raad van Toezicht is minder congruent en minder voorspelbaar."

Het verschil in taal leidt tot problemen.

"...de opzet voor het beleidsplan was vorig jaar al begonnen met mensen die centrumbreed mee wilden denken en dat waren alle huisartsen, apothekers. Maar ook veel assistentes. Die hebben in twee beleidsavonden, na het werk, in eigen tijd, meegedacht over de vragen: 'waar lopen wij nou tegenaan' en 'wat zien we dan voor oplossingen?'. Dus er kwam een heel organisch gevormd beleid uit. En dat hebben wij ook zo opgeschreven, want dat was ons beleid. En dan kijkt er iemand heel bedrijfskundig naar en die wil dan scenario's en ontwikkelingen. Maar die stonden er wel in en dat zeiden ze ook, van: 'ja die staan er wel in', maar het moest toch anders."

Bestuurders zoeken naar de verbinding.

[en] "Over onafhankelijk toezicht kun je wel degelijk zeggen dat het prima is dat het er is, maar het kan veel handiger door dat juist samen met de belanghebbenden en het huisartsenbestuur in een club te zetten. Dan is het veel adequater en stop je veel minder energie in het rondpompen van gesprekken. En zit je met elkaar aan tafel, hoor je elkaars invalshoeken en argumenten. En dan is zelfs het toezicht scherper."

[in een organisatie waar toezichthouders samen met huisartsen vergaderen]

"Want zij (toezichthouders, DH) zeggen op onderliggende velden: 'Wij vinden nu dat de huisartsen iets moeten vinden over dit onderwerp.' En dat gaat natuurlijk vaak over zorginhoud enzovoorts, over incidenten die spelen. Ik vind dat onze toezichthouders, misschien ook omdat ze dat gewend zijn dat er altijd huisartsen aan zitten, daar wel een goede balans in proberen te zoeken. Dit is nu even aan jullie en dit is echt voor ons. Maar als het echt om toezicht houden gaat, nemen zij hun volle verantwoordelijkheid. Als het echt gaat om governance, dan is het wel de Raad van Toezicht die de verantwoordelijkheid neemt, bijvoorbeeld als gaat het om BTW-kwesties. Als het ook om patiëntveiligheid gaat, dan laten ze zich uiteraard adviseren door de huisarts maar dan nemen ze wel hun verantwoordelijkheid, zoals ook wij als bestuur onze verantwoordelijkheid nemen."

De kritische opmerkingen over toezichthouders betreffen het (gebrek aan) niveau of een te eenzijdige benadering van het beleid, met een focus op de financiering (bijvoorbeeld de onzekerheid rond de GEZ-financiering) en bedrijfskundige of juridische onderwerpen.

Hoewel twee zorggroepen van mening zijn dat een toezichthoudend orgaan niet nodig is omdat zij geen zorginstelling zijn, of al verantwoording afleggen aan het bestuur van de coöperatie en de zorgverzekeraar, bereidt een aantal zorggroepen zich voor op het instellen van een toezichthoudend orgaan.

"Bij de laatste bestuurswissel hebben we afgewogen of we een professioneel toezichthouder/bestuurder zouden binnenhalen zodat het op een hoger niveau gaat functioneren, maar het is een langzaam proces."

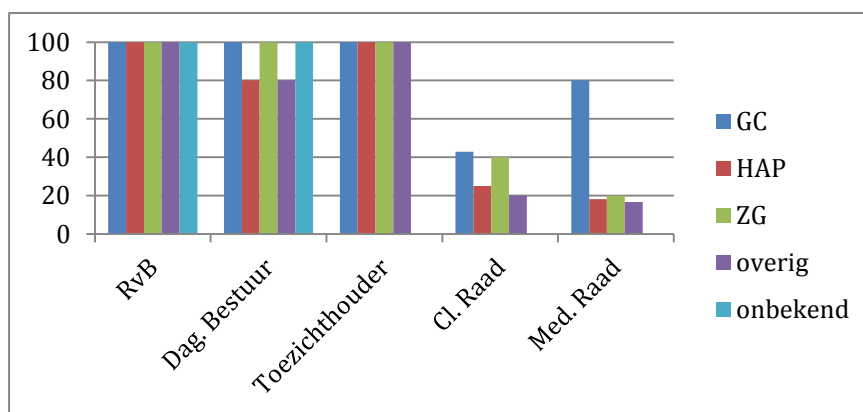
"Maar we gaan toch naar een andere vorm van toezicht. We hebben gezegd dat de Raad van Commissarissen huisartsen zijn en dat is toch het keuren van eigen vlees. Het gaat best om veel geld dus dat kan niet. Dus we zijn bezig om ons voor te bereiden op een Raad van Toezicht."

"Bij een doorontwikkeling gaan we ons ook oriënteren op een Raad van Toezicht."

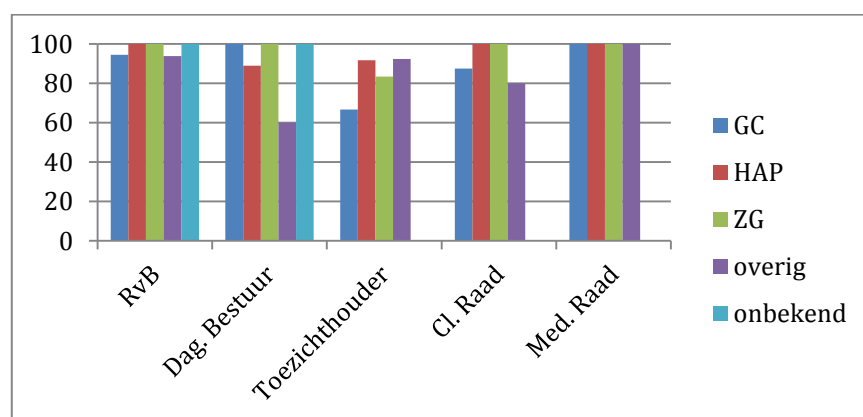
Agendasetting

Uit de opbouw van de agenda blijkt met welke onderwerpen de verschillende gremia zich bezig houden.

Financiën



Kwaliteit



Bij de toezichthouder staan zowel de financiën als de kwaliteit van zorg hoog genoteerd terwijl de financiën bij de Medische Raad onder de 20 procent scoort. Om de mate van belang dat gehecht wordt aan de onderwerpen financiën en kwaliteit is ook gevraagd naar de contacten met de externe toezichthouders i.c. de accountant en de IGZ (jaargesprek) door de toezichthouders.

De jaarstukken worden door 45 procent van de organisaties met toezichthouders, al dan niet in aanwezigheid van bestuurder, met de accountant besproken.

Uit de begeleidende opmerkingen blijkt dat IGZ slechts beperkt 'jaargesprekken' houdt. Deze vraag kon door 52 respondenten worden ingevuld. De aantallen zijn te klein om naar organisatietype te splitsen. Uit het totaaloverzicht blijkt dat deze gesprekken bij 12 procent van de organisaties door een bestuur met toezichthouders worden gevoerd en dat 88 procent van de bestuurders dit alleen doet.

3.9 Implementatie van (governance) wetgeving (WTZi 2006)

Als indicator voor de implementatie van wet- en regelgeving wordt de implementatie van het toezicht in de huisartsenposten en gezondheidscentra nagegaan (WTZi 2006). Gekeken is ook hoe andere regelgeving (nevenfuncties bestuur en toezicht, openbaarheid van salarissen, klokkenluidersregeling) wordt nageleefd. De resultaten zijn afgeleid van enquêtevragen 32, 43, 44 alsook van de kwalitatieve data.

De transitie naar een toezichthoudend model is bij de huisartsenposten in 2005 en 2006 op gang gekomen. Naar het verloop van deze transitie is gevraagd. De transitie is in gang gezet door externe druk en een gevoelde interne noodzaak. De invoering van de WTZi en de druk vanuit de zorgverzekeraar zijn aanleiding tot een herstructurering, maar bij huisartsenposten heeft ook het onvolledig functioneren van de bestaande interne

structuren een rol gespeeld. Een aantal organisaties van huisartsenposten is ook van rechtspersoon gewisseld.

"Op de ledenvergaderingen kwamen vier van de honderd leden."

"De verenigingsstructuur voldeed niet meer; de deelverenigingen per post kwamen niet meer bij elkaar."

Grote gezondheidscentra of centra met een brede portfolio regelden in dezelfde periode het toezicht. Uit de interviews blijkt dat het bestaande - vaak externe - bestuur omgevormd werd in een Raad van Toezicht. In de centra vormen de professionals meestal het managementteam en zij bleven dat, waardoor de transitie minder aandacht trok. Voor de wat kleinere centra is het thema lastiger en is er soms een andere aanleiding om alsnog tot wijziging over te gaan.

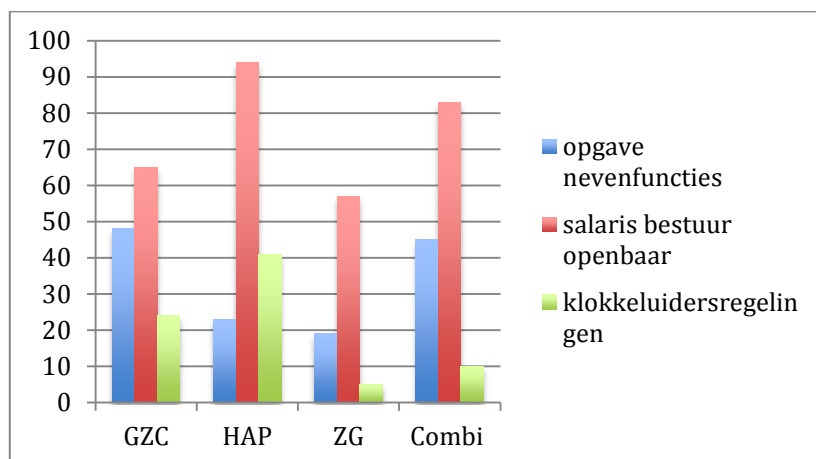
"Met de problematiek rond de GEZ financiering heb ik tegen het bestuur gezegd: jullie moeten toezichthouder worden, want met deze problemen zijn jullie veel te kwetsbaar."

Voor de implementatie is de tijd genomen. In een aantal gevallen is het huisartsenbestuur, dat de facto als raad van toezicht fungeerde, stap voor stap vervangen voor onafhankelijke toezichthouders. Bij een van de respondenten heeft dit proces tot 1 januari 2014 geduurd. Bij een huisartsenpost waar de Raad van Toezicht in 2013 werd ingevoerd, gaf dit nog nauwelijks beroering.

"Het werd gezien als een stap in de professionalisering."

"Het bestuur functioneerde als Raad van Toezicht, ik was directeur, dus in de beleving bleef alles hetzelfde."

Andere door de maatschappij belangrijk geachte regelgeving wordt in onderstaande tabel uiteengezet. Opvallend zijn de hoge scores van de huisartsenpost in deze reeks.



3.10 Mate van transparantie

Voor transparantie is de indicator de wijze waarop de respondenten transparantie benoemen. De resultaten zijn afgeleid van de kwalitatieve data.

Door respondenten wordt governance in alle gevallen geassocieerd met transparantie. Tegelijkertijd worden er verschillende betekenissen aan toebedeeld. Dit impliceert dat governance in dit onderzoek een ambigu begrip blijkt.

"Daarom vind ik transparantie ook wel heel erg van belang. De zorgverzekeraar krijgt gewoon te zien 'dit is binnengekomen, dit is eruit gegaan en zo zit het in elkaar', dus we

zijn aan het kijken nu of we bijvoorbeeld met de zorgverzekeraar onze jaarrekening kunnen delen en bespreken zodat we...ja, dan heb je dus een soort maximale transparantie..."

"En we proberen alle beslissingen zo te nemen dat we zeggen 'goh, als morgen het NOS-journaal voor de deur staat dan moeten we dit allemaal uit kunnen leggen.'"

"Ik ben erg voor transparantie. Iedereen mag alles weten, ook als het gaat om cijfers en indicatoren. Als je het hebt over kwaliteit mogen ze ook zien als het niet goed gaat. Als je maar kunt laten zien wat je er mee doet."

Transparantie staat voor de respondenten voor openbaarheid, voor het geven van inzicht communicatie en wordt vaak betrokken op het financiële beleid. De relatie tussen transparantie (middel) en het afleggen van verantwoording (doel) wordt minder gelegd.

3.11 Het functioneren als organisatie met een maatschappelijk belang

Als indicator voor het besef van de organisatie die een maatschappelijk belang heeft, geldt het afleggen van verantwoording aan de (vertegenwoordigers) van de maatschappij.¹¹ De resultaten zijn afgeleid van enquêtevraag 47 alsook van kwalitatieve data.

Het afleggen van verantwoording

Alle organisatietypen scoren in het afleggen van verantwoording aan patiënten en cliënten tussen de 20 en 30 procent. Ook in het afleggen van verantwoording aan respectievelijk zorgverzekeraars, gemeenten of ziekenhuizen scoren de organisaties niet boven de 30 procent.

Uit de enquête blijkt dat 47 van 75 respondenten het jaarverslag delen met de zorgverzekeraar en 25 van de 75 voeren een formeel overleg in het kader van het afleggen van verantwoording. De eigen website wordt in beperkte mate gebruikt om verantwoording af te leggen (20 procent).

Doordat ook is gevraagd naar de wijze waarop verantwoording wordt afgelegd kan er een vertekening hebben plaatsgevonden. Met name de dominante rol van de zorgverzekeraars en het op detailniveau verantwoording moeten afleggen is wel in de interviews genoemd. Ongevraagd voegden bestuurders de noodzaak van doelmatig werken toe en daarmee de betaalbaarheid van het zorgsysteem

"Want het is niet ons geld. Ik zeg dat ook heel vaak tegen huisartsen. Dat weten ze ook heel goed. Ik zeg het ook tegen personeel. Het is niet ons geld."

"We willen voor iedereen beschikbaar zijn."

"Wat maatschappelijk nodig is."

"We willen goed omgaan met publiek geld."

"Het maatschappelijk belang is ook dat niet alle hulpvragen bij de dure avond-, nacht- en weekendzorg moeten komen. Wat uitgesteld kan worden moet naar de dagzorg."

¹¹ Doelgericht en doelmatigheid werken komt wel voor in de Zorgbrede Governance Code en niet in de eed van Hippocrates.

4 Verklarende mechanismen

Respondenten in de interviews geven vaak het hoe en het waarom van bepaalde verschijnselen aan. Door de interviewtranscripten te vergelijken en de literatuur te betrekken is het mogelijk om tot gefundeerde verklaringen over de onderliggende mechanismen te komen. Bovendien worden de enquêtegegevens zo verrijkt met de contextgebonden factoren en inzichten over de interne (bestuurlijke) mechanismen binnen organisaties.

4.1 Relaties: betrokkenheid en vertrouwen

De literatuur geeft aan dat openheid, oprechtheid en vertrouwen tussen de professionals en het bestuur/management belangrijke voorwaarden zijn voor de (borging van de) kwaliteit van zorg. In de interviews worden de termen betrokkenheid van met name de huisartsen, het vertrouwen in en de betrouwbaarheid van de bestuurder veel gebruikt als gesproken wordt over de relatie tussen de organisatie en de professionals.

De zorggroepen spannen zich in om de betrokkenheid van de huisarts-leden te behouden. Dat doen zij met een veelheid aan instrumenten zoals het bezoeken van hagro's, regionale bijeenkomsten, koploperdiners, spiegelavonden, scholingen voor artsen en POH'ers en regionale symposia. Veel waarde wordt gehecht aan de zorginhoudelijke kwaliteitsfunctionaris die de praktijken bezoekt. Onder benamingen als bijvoorbeeld stafverpleegkundige, consulente of praktijkmanager onderhoudt deze functionaris de verbinding tussen huisartsenpraktijken en organisatie. Het succes van de betrokkenheid wordt afgemeten aan het bezoek van collectieve activiteiten. Regionale symposia, visiedagen en de Algemene Ledenvergaderingen worden goed bezocht, door 50 tot 75 procent van de aangesloten huisartsen, zo blijkt uit de interviews.

Bij de huisartsenposten en de gezondheidscentra worden bij de vraag naar de relatie tussen de huisartsen en de organisatie (of het bestuur) de begrippen informatie of communicatie vaker gebruikt.

"We informeren ze veel op veel verschillende manieren."

"Er liep een ontwikkelingstraject over.....niet goed. Na heel veel communiceren en nog eens communiceren is na anderhalf jaar toch het eerder voorgestelde besluit genomen."

"Communicatie is de grootste bottleneck. We hebben nog steeds vergaderingen waarbij stukken niet gelezen zijn en niet zijn voorbereid."

"Wat we ook doen, ook bij belangrijke vergaderingen, de opkomst is niet groot".

Respondenten constateren evenwel een verminderde betrokkenheid bij de huisartsenpost en verklaren dit onder andere door de deelname aan de 'tweede generatie' huisartsen die nu in besturen en medische raden zitting hebben genomen. In gezondheidscentra lijkt de bestuurder/manager meer extern (wijk)gericht te opereren, terwijl de professional meer bemoeienis met de interne organisatie heeft. Het wordt niet duidelijk of deze twee perspectieven met elkaar verbonden worden.

Opvallend is dat zorggroepen meer langs de medisch inhoudelijke thema's opereren en zich bedienen van instrumenten die het professioneel handelen zichtbaar maken (spiegelinformatie). Daarbij wordt wel opgemerkt dat de relatie tussen de (toenemende) kwaliteitsnormen en de professionele standaarden daarbij belangrijk zijn en niet verloren mogen gaan. De gepleegde inzet op scholing (vakbekwaamheid) en de actieve huisarts-bestuurders met gezag zien de respondenten ook als elementen die bijdragen aan betrokkenheid van de beroepsgroep.

Overigens geven zorggroepen ook andere verklaringen voor de bestaande betrokkenheid. De huisartsen zouden een groter belang hebben vanwege de toenemende financiering en de noodzakelijke collectieve contractering via de zorggroepen (S2 en S3). (economisch belang; inkomen)

"De zorggroep is veel meer in ontwikkeling. En huisartsen hechten er ook meer belang aan, blijkbaar is dat door die nieuwe financiering gekomen. Ook omdat een heel groot stuk van hun salaris komt uit S2 en S3."

"Nou, ik denk dat we (een zorggroep, DH) toch voor veel huisartsen een soort noodzakelijk kwaad waren. En misschien voor een heleboel nog wel zijn. De kosten die de huisartsen vraagt, het feit dat ze niet individueel konden contracteren met de zorgverzekeraar, daar hebben ze ook niet om gevraagd. Dus ze moesten zich aansluiten bij een organisatie om nog de zorg te kunnen leveren.....maar in de loop der jaren zijn er ook huisartsen aangesloten die zich niet meer met de organisatie verder bemoeien. Ja en die afstand is groot. Die zien ons ook meer als een facilitair bedrijf."

Daarnaast is voorstelbaar dat de betrokkenheid bij de zorggroep groter is omdat de chronische (keten)zorg in de eigen praktijk met eigen medewerkers aan eigen patiënten gegeven wordt, waarmee het mede eigenaarschap van het primaire proces een vanzelfsprekendheid is. Daardoor heeft het beleid van de zorggroep direct effect op de eigen bedrijfs- en praktijkvoering, zodat de zorgverlener belang heeft bij betrokkenheid bij het zorggroepbeleid.

Bij de huisartsenposten wordt het economische belang (een lagere frequente van diensten en de relatief lage beloning) niet meer of veel minder ervaren. Daarnaast voelt de huisarts zich nauwelijks mede-eigenaar van het primaire zorgproces, waar kwaliteitsnormen veel minder relatie hebben met professionele standaarden, er buiten de eigen praktijk gewerkt wordt en zorg verleend wordt aan patiënten waar geen relatie mee is. Dit zogenoemde 'los zingen' van de beroepsgroep uit zich vervolgens door de invulling van de bestuursposities en adviesraden door huisartsen van minder statuus die in de groep 'aangewezen worden'. Deze representanten van de beroepsgroep ervaren dat soms ook zo; zij koppelen veel terug naar ledenvergaderingen om het mandaat steeds bevestigd te krijgen.

De sterkere borging van het professionele belang in de bestuurlijke posities van de zorggroepen verhoudt zich niet altijd met de belangen die de huisarts ook als zorgverlener heeft (tegengestelde belangen). Het dilemma dat op kan treden tussen de deze bestuurlijke posities en een mogelijk tegengesteld belang neemt men voor lief. Aan de borging van de professionele belangen wordt vooralsnog meer waarde gehecht dan aan het ontstaan van eventuele tegengestelde belangen, dat men overigens binnen die mogelijkheden zo goed mogelijk probeert op te lossen.

In de interviews is het begrip vertrouwen een veel gebruikt woord. Uit de uitspraken blijkt dat vertrouwen bij huisartsen verkrijgen veel te maken heeft met vaste en (al lange tijd) bekende mensen. Het vertrouwen moet echt op persoonlijk niveau gewonnen worden.

"Achterban meekrijgen, vertrouwen mee krijgen en houden." (zorggroep)

"Mij kennen ze, ze laten wel erg veel aan mij over."

"Ze kennen mij, ze weten hoe ik ben en dat merk ik ook wel in z'n algemeenheid in het management. De algemene theorie is dat je gewoon ergens een aantal jaren moet zitten en dan moet je gewoon weggaan, maar ik merk dus in de eerste lijn, waar huisartsen en apothekers levenslang werken, dat die het heel prettig vinden dat het vaste personen zijn die ze kennen en dat ze weten wat ze eraan hebben... De eerste jaren waren gewoon het zwaarst, want wat is je functie, en hoe kom je hier eigenlijk, en waarvoor hebben wij een directeur nodig... en dat daarna wordt gezegd: 'oh, het is wel handig', 'oh, het is wel prettig', 'het is...'. Nou ja, en we kunnen haar vertrouwen, en dat is dan toch die persoonlijke factor, die is toch heel erg belangrijk". (zorggroep)

"Ja, ik vertrouw jou wel want jij bent degene die ik op het goede moment opriep maar ik vertrouw je opvolger niet meer, want ik weet niet wie dat gaat worden en hoe die erin staat' en daarom hebben we toch bepaalde regeltjes nodig, dat is een beetje eigenlijk de gedachte." (zorggroep)

"Ik let op dat ik ze steeds goed informeer over cijfers, productie, samenwerkingen maar over het algemeen merk ik ook wel zo'n houding van: zij heeft het goed geregeld dus het zal wel goed zijn. Er zijn relatief weinig kritische vragen. (combi)

De informanten uit alle soorten van bevraagde organisatietypen vertelden over de periode die ze nodig hadden om zich de cultuur van de huisartsen/eerste lijn eigen te maken.

"Het duurt jaren voordat je de cultuur van de eerste lijn een beetje leert kennen."

"Intussen heb ik veel rondgekeken dus ik snap intussen ook wel waar ze mee bezig zijn, kan me redelijk aansluiten. Je moet het wel verdienen, de huisartsen moet je echt verdienen. Het is een beroepsgroep waar je het niet meteen verdient, je moet wel eventjes meelopen. En je moet het laten zien, want het zijn allemaal doeners. Ze moeten actie van je zien."

4.2 Organisaties: toezicht en code

Uit de vragenlijsten blijkt dat daar waar toezichthouders zijn, deze in het algemeen redelijk tot goed functioneren. In de meeste gevallen is sprake van (gedeeltelijk) onafhankelijk toezicht, worden er zelfevaluaties gehouden en is er een interne taakverdeling. Bestuurders en directies geven ook de meerwaarde van de toegevoegde expertise en het toezichthoudend perspectief aan.

De huisartsenposten scoren hoog bij de invulling van de functionele governance én bij de implementatie van wetgeving. De vraag doet zich voor of deze compliance ontstaat als compensatie voor de verminderde betrokkenheid van de professionals of dat de aanwezigheid van een raad van toezicht dit proces bespoedigt.

Hoewel externe druk helpt bij het invoeren van wetgeving zoals de WTZi kiezen meerdere organisaties voor de weg van de geleidelijkheid. Het temporiseren in de tijd helpt in het acceptatieproces. De acceptatie bij de implementatie van de wetgeving wordt groter als er vertrouwen in de bestuurder c.q. directie is.

In gesprekken over de code wordt geen enkele keer een normatieve waarde van de code ingebracht. De focus van de bestuurder ligt sterk op de functionele instrumenten. De opvallende score van de 'niet van toepassing' van de ZBC 2010 kan mogelijk worden verklaard uit het feit dat brancheorganisatie InEen zich niet verbonden heeft aan het BoZ, het platform van brancheorganisaties waar de code is ontwikkeld. Zij legt de code dus niet op aan de leden. Ook het feit dat enkele zorggroepen zich profileren als 'geen instelling' kan bijgedragen hebben de mening dat de ZBG 2010 niet van toepassing is. Hoewel bijvoorbeeld betrouwbaarheid, waar bestuurders naar eigen zeggen aan hechten, gekwalificeerd kan worden als de waarde 'onkreukbaar bestuur' uit de zorgbrede governance code, wordt die relatie niet gelegd. Governance wordt op organisatieniveau vooral functioneel instrumenteel ingevuld.

4.3 Stakeholders: de patiënt

De resultaten van de enquête zouden tot de conclusie kunnen leiden dat zowel huisartsenposten, zorggroepen als combi's met rond de dertig procent cliëntenraden een vergelijkbaar profiel hebben, maar hier geven de kwalitatieve data een genuanceerder beeld van. Zorggroepen hebben een grotere diversiteit aan instrumenten in het betrekken van patiënten(verenigingen). Ondanks deze pogingen is er het feit dat de

patiëntparticipatie op beleidsniveau niet of nauwelijks van enige betekenis is. Dit geldt ook voor andere stakeholders, waarbij de zorgverzekeraar door haar rol van zorginkoper een iets andere positie inneemt.

Uit de literatuur blijkt dat de participatie van stakeholders effect heeft op de legitimiteit van een organisatie. De ervaren vanzelfsprekendheid van een organisatie, een positieve beoordeling door stakeholders en een eenduidig en herkenbaar handelen van de organisatieleden zijn aspecten van legitimiteit. Legitimiteit, die door de omgeving sociaal geconstrueerd wordt, is sterk afhankelijk van het oordeel van de stakeholders die zich - impliciet - steeds de vraag stellen of de organisatie bestaansrecht heeft en de handelswijze acceptabel is.

Deze beoordeling staat niet los van het belang. Het patiëntenbelang is vooral gelegen in de kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg, terwijl een zorgverzekeraar aan een herkenbaar, eenduidig handelen van organisatieleden (i.c. professionals, bestuur toezichthouders) hecht. In de literatuur wordt gepleit voor een actief mobiliseren van stakeholders vanwege het oordeel, maar ook omdat het gegeven oordeel bepaalt welke houding de stakeholder aanneemt tegen de organisatie. Een geloofwaardige organisatie wordt met meer vertrouwen tegemoet getreden. Het zal duidelijk zijn dat verbinding tussen professional, bestuur en toezicht binnen een organisatie bijdraagt in een positieve beoordeling van stakeholders.

4.4 Spanningsbron tussen toezicht en professionals

Governance staat voor het systeem van check and balances in de verdeling, de verantwoording en de controle van bevoegdheden en het normatieve handelen in deze context. Het normatieve handelen is veelal gebaseerd op waarden en belangen van (een groep van) actoren. Een huisartsenorganisatie heeft per definitie professionele, bedrijfsmatige en maatschappelijke belangen in zich. Het besturen van zulke organisaties wordt wel gedefinieerd als het managen van de spanningen die tussen deze waarden en belangen bestaan. Het is aan het bestuur een werkbare en hanteerbare balans te vinden tussen de van belang geachte waarden in bestuurskamers én de waarden in de dagelijkse werkprocessen waarin de huisartsen een belangrijke rol vervullen.¹²

Bestuurders geven - expliciet en impliciet - aan dat zij een spanning ervaren tussen toezicht en professionals i.c. huisartsen. Expliciet door uitspraken als 'ze begrijpen de huisartsen niet', maar veelzeggender is het duiden van de spanning in het impliciete taalgebruik van bestuurders. Zij bedienen zich van een andere taal als zij over professionals spreken. Begrippen als vertrouwen, betrokkenheid en betrouwbaarheid komen dan veelvuldig aan de orde, terwijl begrippen als scenario's, risico's, in control, indicatoren en analyses gebruikt worden als er over de toezichthouders gesproken wordt.

Taalgebruik is verbonden aan de wereld waarin de gebruiker gesocialiseerd is en is een uiting van de waarden die belangrijk gevonden worden. Het verschil of de spanning tussen de (wereld van) toezicht en (de wereld van) professional wordt hiermee zichtbaar. Met het 'rondpompen van gesprekken' lijkt de bestuurder een cruciale rol te spelen in de poging de verbinding te maken. Mogelijk dat de bestuurder deze rol zelf benoemt als netwerker en verbinder, zoals uit de enquête blijkt. (> 50 procent) Ook in de interviews zeggen zij ondersteund en facilitair te willen zijn.

¹² L. Huberts en E. van Hout, 2011, en G. de Graaf, L. Huberts, R. Smulders, Publieke waarden. De beginselen van goed bestuur in de dagelijkse praktijk van ziekenhuis en gemeente, 2012.

Het is opvallend dat de rol van vertrouwenspersoon en leider lager scoren, in aanmerking genomen dat vertrouwen zo'n belangrijk thema is, en dat uit eerder onderzoek blijkt dat het succes van een organisatie samenhangt met leiderschap.¹³

Een ander opvallend element is dat bestuurders van zorggroepen zichzelf minder zien als kwaliteitsbewaker. Dit zou verklaard kunnen worden uit het feit dat het primaire proces van zorggroepen zich afspeelt in de huisartsenpraktijken en dat men daarmee de kwaliteit van de zorg meer aan de zorgverlener zelf laat.

4.5 Verbindingen herstellen

Met het signaleren van de spanning ontstaat de vraag of de waarden die ten grondslag liggen aan de toezichthoudende rol in overeenstemming zijn te brengen met de waarden die ontleend zijn aan het vakmanschap van de zorgverleners. De literatuur wijst op het bestuurlijk balanceren waarbij het laveren tussen de waarden als minder effectief gezien wordt. Gepleit wordt voor het creëren van meerwaarde binnen de netwerken.

In een aantal organisaties worden instrumentele maatregelen ingezet om de (waarden van) professionals en de toezichthouders bij elkaar te brengen. Bijvoorbeeld door een huisarts (niet-praktiserend of uit een andere regio) in de Raad van Toezicht op te nemen. Bij één van de bevraagde organisaties vergaderen de toezichthouders samen met een afvaardiging van de huisartsen.

De literatuur verwijst naar de mogelijkheid van klinisch bestuur/leiderschap om de verbinding tot stand te brengen. Klinisch leiderschap wordt gezien als een kritische succesfactor in het realiseren en verbeteren van een veilige, effectieve en patiëntgerichte zorg. Op basis van de diepgaande kennis in hun eigen vakgebied zouden leidinggevende zorgverleners een sterke visie hebben op kwaliteit, patiëntveiligheid en patiëntgerichte zorg en is hun handelen gebaseerd op richtlijnen en inzichten. Het klinisch leiderschap legt de nadruk op de noodzakelijke samenwerkingsverbanden (je kunt de arts niet lostrekken uit het geheel) en de context binnen een team.¹⁴ Daarbinnen ziet de arts de verbeteringen en de managers operationaliseren het. Het lijkt erop dat de gewaardeerde duale bestuur/directiesamenstelling van een niet-medicus en een medische professional hier een pragmatische invulling van is.

Alleen het klinisch leiderschap met bovenstaande definiëring als solitaire oplossing is te beperkt om van governance als check and balance systeem te kunnen spreken. Een deugdelijk stelsel van het afleggen van verantwoording van professional en bestuur en de bijpassende controlemechanismen zijn daarbij ook essentieel. Dit vraagt om een verdere uitwerking. Als de - van nature naar binnen gerichte - beroepsgroep zich wil beroepen op de intrinsieke waarden zullen deze veel meer geëxpliciteerd moeten worden. Impliciete waarden zijn een te wankel basis voor de maatschappelijke legitimiteit.

Een opvallende notie is dat zorggroepen zichzelf een lagere beoordeling geven en zich bewust zijn van de onvolkomenheden, terwijl dit voor huisartsenposten blijkbaar minder inzichtelijk is. Dit sluit aan bij de (maatschappelijke) beleving over governance: er wordt vooral gedacht aan de formele instrumentele invulling en minder aan de governance als middel tot kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg, waar de zorgverlener zelf een rol inspeelt.

Uit het eerder aangehaalde wetenschappelijk onderzoek in samenwerking met het Jan van Es instituut, in opdracht van InEen, wordt het vermogen een verbinding aan te

¹³ Onderzoek 'Elementen van organisatiekracht Regionale Eerstelijnsorganisaties', Jan van Es Instituut en TNO, in opdracht van InEen, 9 januari 2014. Uit dit onderzoek is bekend dat regionale omstandigheden effect hebben op de ontwikkelingsmogelijkheden van een eerstelijnsorganisatie.

¹⁴ De veranderende rol van de specialist, Zorgmarkt, september 2010.

brengen tussen de professionele wereld en de systeemwereld als succesfactor gezien voor organisatiekracht van een regionale eerstelijnsorganisatie. Vooralsnog ziet de bestuurder zich genoodzaakt de verbinding te leggen tussen de 'twee werelden', met alle risico's van dien.

4.6 Overzicht van resultaten en verklaringen

In dit globale overzicht zijn de belangrijkste verschillen en overeenkomsten per organisatietype opgenomen.

Indicatoren	Gezondheidscentra	Huisartsenposten	Zorggroepen	Combi
Gedeelde verantwoordelijkheid.	Meest multidisciplinair bestuur. 25% niet medisch directeur/bestuurder	Informele (getrapte) invloed huisartsen. Minder betrokkenheid. 25% niet medisch directeur/bestuurder.	Huisartsen in meerderheid in besturen. Aandeelhouders/leden vergaderingen. Betrokkenheid met organisatie. 10% niet medisch directeur/bestuurder.	Duaal management. Hoogste score van meerdere bestuurders met medisch en niet-medische achtergrond.
Mede-eigenaars.	Integraal beleid op agenda. Onderscheid in interne (zorg)onderwerpen en externe zaken (directie).	Huisartsparticipatie /-betrokkenheid afgenomen. Scheiding niet-medisch bestuurder/medische onderwerpen.	Zorgproces veelal in eigen praktijk	Huisartsen structureel invloed op beleid.
Kwaliteit van zorg/ professioneel handelen.	Grote set aan indicatoren van buiten opgelegd. Gering afleggen van verantwoording.	Branchenormen. Gering afleggen van verantwoording. Fricatie tussen bestuurlijke verantwoordelijkheid en professioneel handelen.	Professionele standaarden. Instrumenten gericht op reflectie op professioneel handelen.	
Professionele belangen.	Professionals intern gericht, organisatie (directie) meer naar buiten gericht.	Het 'minder dienstdoen' is weggeëbd. Weinig betrokkenheid.	Meerdere professionele belangen: inhoud van zorg, eigen praktijkvoering, economische belangen. Expliciet beleid om huisartsenbestuur op peil te houden.	Ketenzorgbeleid krijgt veel aandacht inclusief professionele belangen.
Integriteit tegengestelde belangen.			"Dubbele petten" worden (h)erkent, geen maatregelen.	Dubbele petten komen voor.
Gehecht belang aan ZBC.	Hoge score op niet besproken en niet van toepassing. Code sluit niet/weinig aan.	Hoge score op niet besproken en niet van toepassing.	Hoge score op niet besproken en niet van toepassing. Een te veel opgetuigde code. Bestuurders leggen (impliciet de verbinding.	Hoge score op niet besproken en niet van toepassing. Geen thema.
Stakeholders; patiënt.	Meeste cliëntenraden. Meeste contacten met gemeenten.	Minste contacten met patiënten.	Inzet van diverse middelen t.b.v. patiëntparticipatie. Meest structureel contact met zorgverzekeraars en ziekenhuizen.	
Toezicht Houders.	42% toezicht met focus op financiën.	70% toezicht met meeste focus op kwaliteit.	48% toezicht minste score op onafhankelijke leden.	65% toezicht met focus op kwaliteit.

		Waarschijnlijk aan de hand van de branchenormen.		
Implementatie wetgeving i.c. WTZi. Nevenfuncties, openbaarheid salaris, klokkenluiders regeling.	Derde positie in implementatie wetgeving.	Eerste positie in implementatie wetgeving. Bestuurders gebruiken systeemtaal om de governance te duiden.	Vierde positie in implementatie wetgeving.	Tweede positie in implementatie wetgeving.
Transparantie.	Gericht op openbaarheid van (bedrijfs)gegevens.	Gericht op openbaarheid van (bedrijfs)gegevens.	Openbaarheid van (bedrijfs)gegevens; sterk gericht op zorgverzekeraar.	Openbaarheid van de gegevens.
Besef maatschappelijk belang.		Er is meer besef over de betaalbaarheid van zorg/maatschappelijke positie.		

NB Gezien de onderlinge verschillen tussen de combi-organisaties zijn hier minder generaliseerbare uitspraken over te doen.

5 Conclusies

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste conclusies gegeven over de feitelijke situatie van governance bij de leden van InEen. Daarnaast worden de dilemma's benoemd die als input kunnen dienen voor het interne debat dat de leden van InEen de komende periode willen voeren.

Uit de eigen beoordelingen over governance en de gewenste situatie (pag. 10 en 31) blijkt een ambitie en grote bereidheid tot verdere ontwikkeling van governance. Iedere soort van organisatie streeft een verbetering van de governance na. Dit maakt een interne discussie binnen de branchevereniging kansrijk.

Governance

In een eigentijdse governance benadering wordt gehecht aan de compliance én aan waardegedreven governance, een discussie die in de literatuur steeds meer aandacht krijgt. Vanuit het perspectief van de organisatie en het toezicht krijgt de compliance meer accent terwijl de waardegedreven governance haar wortels heeft in de primaire processen en het professionele handelen. Daarvoor is niet één oplossing te benoemen; het is een combinatie van menselijk handelen, in te zetten instrumenten en het herijken van de governance benadering.

In dit onderzoek zijn de indicatoren een weergave van deze beide aspecten. Dan blijkt dat de zorggroepen meer gericht zijn op de gedeelde verantwoordelijkheid, het mede-eigenaarschap van het primaire proces en het professioneel belang (zorg-waarde gedreven), terwijl de huisartsenposten sterker zijn in de 'formele' governance-eisen, zoals vastgelegd in wet -en regelgeving. Het is echter geen kwestie van of-of maar van én-én. Hier liggen de kansen voor het leden-leren-van-leden principe.

In alle organisaties is de formele en informele invloed van huisartsen groot. Bij gezondheidscentra en huisartsenposten komt vaker een eenhoofdige niet-medische Raad van Bestuur voor. Een duale samenstelling van bestuur, directie of management met een medicus en niet-medicus wordt hoog gewaardeerd.

Alleen in medische raden of in een vergelijkbaar gremium in gezondheidscentra wordt het beleid integraal besproken. Bij zorggroepen, huisartsenposten en combi-organisaties komen personeels- en financiële onderwerpen nauwelijks aan de orde.

De governance wordt door alle geïnterviewden eenzijdig gedefinieerd (in organisatie en systeem termen) en de zorgbrede governance code speelt in de beleving van de leden nauwelijks een rol. De mogelijkheid van het principe "pas toe en leg uit" wordt niet of nauwelijks toegepast.

Daar waar toezicht is ingevoerd functioneert het volgens de regelgeving redelijk tot goed en wordt de toegevoegde waarde door de bestuurders (h)erkend.

Er bestaat natuurlijke frictie tussen de toezichthouders en de professionals in de organisatie, die inherent is aan de verschillende perspectieven waarmee de organisatie beoordeeld wordt. In veel gevallen overbrugt de bestuurder – impliciet en expliciet- deze verschillen. Vermoed kan worden dat leiderschapskwaliteiten van de bestuurder daarbij een belangrijke succesfactor is.

De toezichthouders in eerstelijnsorganisaties lijken zich (te) weinig bewust van het spanningsveld tussen compliance en professionals en de precaire positie van bestuurders hierin. Het 'aan één tafel brengen' van de diverse waarden en belangen lijkt bij te dragen aan het 'elkaar verstaan'. Daarmee bedoelen we dat toezichthouders, in welke vorm dan ook, vaker het gesprek aan gaan met de professionals.

Governance wordt geassocieerd met het begrip transparantie. Daarbij wordt transparantie gezien als doel op zich en wordt opgevat als 'het inzicht geven in' (economische) gegevens aan bijvoorbeeld de zorgverzekeraar. In feite is transparantie een middel dat bijdraagt aan 'het afleggen van verantwoording' aan de maatschappij. Deze verbinding wordt nauwelijks gelegd.

De patiëntparticipatie is op beleidsniveau in de meeste huisartsenorganisaties minimaal ontwikkeld, wat op termijn de legitimiteit van de organisatie kan aantasten.

De juridische vormgeving heeft weinig invloed op de feitelijke interne werking in de bestuursverhoudingen.

Huisartsenposten

Met de betere scores op de aanwezigheid en het functioneren van onafhankelijk toezicht en de implementatie van wetgeving voldoen veel huisartsenposten aan de eisen van governance in de zin van compliance.

Bij de uitkomsten van de indicatoren 'gedeelde verantwoordelijkheid', 'de mede-eigenaarschap van het primair proces' en de 'professionele belangen' valt op dat bij huisartsenposten de verbinding met de professionals onder druk staat.

Het gegeven dat huisartsenposten met normen en indicatoren werken, die door huisartsen in mindere mate herkend en onderschreven worden, doet vermoeden dat de gehanteerde branchenormen onvoldoende aansluiten bij de professioneel standaarden. Dit gecombineerd met een niet-medische bestuurder die zich te weinig betrokken weet bij de medische inhoud en huisartsen die zich geen mede-eigenaar voelen van het primaire proces, veroorzaakt een kwetsbare situatie. Het herijken van de normen met de professionele standaarden lijkt noodzakelijk evenals het (her)formuleren van de klinische en professionele waarden in de context van de acute zorg.

Bij de huisartsenposten ligt de nadruk sterk op een instrumentele invulling van governance, terwijl de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van zorg daarmee niet als vanzelfsprekend geborgd is. Bij huisartsenposten, waar meer elementen van de organisatie- en systeemgovernance voorkomen, is wetgeving meer compleet geïmplementeerd.

Het verbinden van het toezicht (gericht op verantwoording en controle) en het professionele handelen is de grootste opgave.

Zorggroepen

Bij de zorggroepen komt de gedeelde verantwoordelijkheid in de vorm van de samenstelling van bestuur en directie vaker voor, terwijl ook het mede-eigenaarschap van het primair proces breder geborgd is. De kwaliteit van zorg krijgt veel aandacht en het professionele belang wordt gevoeld, waarbij het economische belang (inkomen) aanmerkelijk meeweegt.

Het afleggen van verantwoording, onafhankelijk toezicht en implementatie van wetgeving is bij zorggroepen minder ontwikkeld. Een aantal zorggroepen hebben aangegeven van plan te zijn een toezichthoudend gremium in te stellen. De uitdaging is om daarmee de verbinding met de huisartsen niet te verliezen.

Het belang van de professionals lijkt verband te houden met de economische component (inkomen) en de invloed van het organisatiebeleid op de eigen praktijkvoering. Het professioneel belang is belegd bij bestuursleden uit de beroepsgroep. Na verloop van tijd blijkt deze construct kwetsbaarder omdat het bestuur verder op afstand komt te staan of als gezaghebbende bestuursleden aftreden.

Bij coöperaties, waar huisartsen veelal aandeelhouder zijn én uitvoerder van de chronische zorg wordt een mogelijk tegengesteld belang niet als probleem ervaren.

Respondenten benoemen het tegengesteld belang zonder uitzondering “dubbele petten”, waar men zich bewust van is en zo verantwoord mogelijk mee omgaat.

De eerder opgedane (compliance) ervaring bij huisartsenposten verklaart mogelijk de weerstand van (huisarts-bestuurders van) zorggroepen tegen het predicaat ‘zorginstelling’. Zij benadrukken waarschijnlijk om die reden de faciliterende rol van een zorggroep. Ook de dominantie van de huisartsen in de zorggroepen wijst hierop. De borging van de professionele belangen is gekoppeld aan bestuursposities in de organisatie. Waarschijnlijk draagt het feit dat de indicatoren meer aansluiten bij de professionele standaard alsook het feit dat er meerdere instrumenten worden ingezet om het professionele handelen te bevorderen ook bij aan de connectie tussen de professional en de organisatie.

Gezondheidscentra

Tussen gezondheidscentra zijn de verschillen zo groot dat de verbeterpunten minder eenduidig te benoemen zijn. Een nadere vergelijking tussen koepelorganisaties van meerdere gezondheidscentra en kleine multidisciplinaire centra is nodig om hier meer uitspraken over te kunnen doen. Een deel van de grotere gezondheidscentra, die tevens de chronische ketenzorg verlenen zijn in dit onderzoek meegenomen in de combi-organisaties. In het algemeen scoren deze op de formele governance eisen van redelijk tot goed. De werking van de – in meerderheid van de gezondheidscentra – voorkomende inrichting van bestuur met een niet-medische directeur en een managementteam bestaande uit professionals kan productief zijn, maar kent ook het gevaar van een gap tussen de focus van directeur en professionals.

De gezondheidscentra onderscheiden zich positief in het stakeholdersmanagement. Bijna 40% onderhoudt contact met de gemeenten en bijna de helft van de centra heeft een cliëntenraad.

6 Aanbevelingen

Een brede discussie.

In de Beleidscommissie Organisatieontwikkeling en governance (BAC OO & G), die als begeleidingscommissie van dit onderzoek heeft opgetreden, is gewezen op de negatieve connotatie van governance bij vooral professionals/huisartsen. De leden wijzen op de noodzaak om de discussie binnen InEen in de volle breedte te voeren, waarbij de relatie tussen goed bestuur en goede zorg gelegd wordt.

Om de noodzakelijke discussie in de breedte te kunnen voeren dient een diversiteit aan middelen ingezet te worden: themabijeenkomsten zowel op landelijk als regionaal niveau, communicatie met behulp van specials e.d.

Een samenwerking met de LHV kan het bereik bij huisartsen vergroten.

Betrekken van professionals

Het betrekken van de professionals bij het bestuur en beleid van een organisatie is een belangrijke factor voor een succesvolle werking van governance in al zijn brede aspecten. Het inrichten van een orgaan bestaande uit professionals met zwaarwegende advies- en instemmingsrechten of dual bestuurs/directies behoren tot de mogelijkheid. Het verdient aanbeveling om het integrale beleid inclusief personeels- en financiële onderwerpen te agenderen vanwege de samenhang en de effecten op de kwaliteit van zorg.

Huisartsen

Gezien het oordeel over huisarts-bestuurders en de noodzakelijke verdere ontwikkeling van het klinisch leiderschap staat de beroepsgroep zelf voor een grote opgave. Het door ontwikkelen van het klinisch leiderschap en medisch management dragen bij aan de ambities van de beroepsgroep om verantwoordelijkheid te kunnen blijven dragen voor de eerstelijnsorganisaties.¹⁵

Het expliciteren van de professionele waarden, waar de eed van Hippocrates de basis voor is, dragen bij aan het verder vullen van het begrip waardegedreven governance in de eerste lijn.

Het toepassen van meer transparantie in de betekenis van het afleggen van verantwoording aan de organisatie, die vervolgens verantwoording aflegt aan de maatschappij zijn daarbij essentieel.

Toeziethouders

De Zorgbrede Governance Code 2010 geeft aan:

De Raad van Toezicht dient zodanig te zijn samengesteld dat hij zijn taak naar behoren kan vervullen.

Ieder lid beschikt over 'specifieke deskundigheid'

Ten minste één lid van de Raad van Toezicht beschikt over voor de zorgorganisatie relevante kennis van en ervaring in de zorg.

(artikel 4.2. lid 2,3 en 5)

De aanwezigheid van specifieke kennis over m.n. huisartsen in het toezichthoudend orgaan bevordert de relatie tussen de organisatie en de professionals.

Het opnemen van een (oud) huisarts als toezichthouder of het bijeenbrengen van een huisartsenafvaardiging en de toezichthouders zijn inmiddels beproefde modellen die navolging verdienen. Hiermee kunnen meerdere belangen 'aan één tafel' afgewogen worden.

In december 2015 maakten de besturen van de brancheorganisaties, verbonden in het BOZ, bekend dat zij voornemens zijn de Zorgbrede governance code 2010 te herijken en stevig te vernieuwen. Dit voornemen kan niet los gezien worden van het feit dat een aparte wet Goed Bestuur niet verschijnt en de code als veldnorm aan kracht zal winnen.

¹⁵ Zie bij bijlage 2 waarin een overzicht is overgenomen van de soorten van leiderschap.

Hoewel InEen tot dusver geen deel uitmaakt van de BOZ verdient het aanbeveling dat zij zich actief op stelt in dit proces.

In de te voeren interne discussie binnen InEen en het noodzakelijke leerproces zullen toezichthouders betrokken moeten worden. Van toezichthouders mag de competentie 'om te kunnen gaan met een diversiteit aan waarden' verwacht worden.

In samenwerking met de NVTZ dient een cursus ontwikkeld te worden die zich richt op toezichthouders in eerstelijnsorganisaties. Overwogen kan worden om hier extra aandacht te besteden aan huisarts-toezichthouders.

Literatuur en achtergronden

N.M.H Kromme e.a., 2011,

Clinical Governance en het streven naar excellentie, Kwaliteit in zorg, nr 3., p.10
Klinische governance: het gaat om instrumenten en onderliggende waarden die zorgen voor constructieve verbeteringen in de klinische zorg en het voorkomen van fragmentatie in de zorg.

B. van Gevel, 2013,

Garanties bij kwaliteit van zorg, Raad voor Volksgezondheid en Zorg. p.2
Invloed van de organisatie van medisch specialisten op de governance van het ziekenhuis, een achtergrondstudie bij genoemd rapport.

H. Hoek, 2007,

Governance en Gezondheidszorg, Van Gorcum, p.122
Professionele governance: het gaat om de professionele verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid van zorg voortkomend uit de beroepsopvattingen.

L. Huberts en E. van Hout, 2011,

Goed bestuur: kiezen of delen? Bestuurskunde, 20(2) 53-62 met drie hoofdstrategieën over het bestuurlijk anticiperen op een diversiteit van waarden.

G. de Graaf, L. Huberts, R. Smulders, 2012

Publieke waarden. De beginselen van goed bestuur in de dagelijkse praktijk van ziekenhuis en gemeenten. VU-rapport op verzoek van ministerie van Binnenlandse Zaken.
Voor artsen staan de belangrijkste waarden in de Eed van Hippocrates, die zij na hun opleiding afleggen. In de eed zijn verschillende waarden opgenomen zoals het leveren van kwalitatief hoogwaardige goede zorg, bijdragen aan toegankelijkheid en beschikbaarheid van de zorg, een cliëntgerichte benadering, openheid, verantwoording, integriteit, professionaliteit en geheimhouding. Uit het onderzoek blijkt dat de artsen er niet dagelijks bij stil staan, maar dat de inhoud van de artseneed geïnternaliseerd is.

De veranderende rol van de specialist, september 2010. Zorgmarkt,
In dit artikel wordt onderscheid gemaakt tussen medisch leiderschap en klinisch leiderschap.

J. Alexander e.a. 2003

Governance Forms in Health systems and Health networks. Health care Management review: Juli/aug/sept 2003- volume 28 – issue 3 – pp 228-242.

Artikel behelst een studie naar diverse soorten van governance, waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen de zorg in (hiërarchische)systemen als de ziekenhuizen en in lossere verbanden als netwerken.

Artikel spreekt over het klinische bestuur, dat gericht is op kwaliteit in het primaire proces, gezamenlijke doelstellingen in de organisatie; kwaliteit van diensten en de participatie van patiënten.

Halligan and L.Donaldson

Implementing clinical governance: turning vision into reality

BMJ 2001;322 doi:<http://dx.doi.org/10.11156/bj:322.7299.1413>. (published 09 juni 2001).

Artikel besteedt aandacht aan het feit dat de sturing met indicatoren (systematisch) op zich meetbare gegevens kent en dat de kritiek is dat professional te veel gedomineerd wordt door de instrumenten.

Klinisch bestuur wordt als oplossing gezien. Daar ligt een mogelijkheid om de uiteenlopende en de gefragmenteerd aanpak te integreren in de zorg. Ook hier krijgt het klinische bestuur en dominante rol.

Th.P.M. Schraven, 2012,

Over governance in de zorg en de medische specialist als eigenaar van het ziekenhuis.,
Mediform

Schraven onderscheidt de corporate governance van de clinical governance. De corporate governance heeft de basis in de private sector waar dit oorspronkelijk het afleggen van verantwoording aan de eigenaars/kapitaalverschaffers van de onderneming betekende. Dit afleggen van verantwoording verbreedde zich naar het afleggen van verantwoording aan meerdere belanghebbenden (stakeholders). Niet alleen over financiële resultaten maar ook over de geleverde prestaties. Clinical governance ontstond in de jaren negentig in UK bij de NHS. Schraven ziet dit als een nieuwe fase in de ontwikkeling van de kwaliteitssystemen in de zorg. In de publieke verantwoordelijkheid/afleggen van verantwoording en de maatschappelijke plicht hiertoe zouden de clinical en corporate governance elkaar raken.

Sennet, The Craftsman, 2008

Hierin wordt de ontwikkeling van het vakmanschap geschetst. Na een opleiding is een professional vakbekwaam, maar gedurende het uitoefenen van het vak bereikt hij de status van meester in het vak. Sennet ziet vakmanschap als een intrinsieke waarde die de professional in beweging brengt. Vanuit die waarde kunnen ze een zinvolle bijdrage leveren aan de wereld om hen heen. Dat is een roeping en de waarde van het collectief. Het handelingsrepertoire breidt zich voortdurend uit en zo leert hij de dieperliggende waarden van zijn vak kennen en daarmee de opvattingen die bij zijn groep horen. Daarmee komt het belang van de beroepsorganisaties naar voren, de contacten met collega's, de nascholing en de kennisvermeerdering, getoetst aan het collectief.

De wetgeving belemmert deze opvattingen in principe niet. In de WGBO wordt de eigen verantwoordelijkheid van de arts benadrukt en is er geen behoefte aan het dichtregelen van de verhouding tussen arts en patiënt. Richtinggevend is wat een 'redelijk bekwaam vakgenoot in dezelfde omstandigheden zou doen'. Dit is ook het toetsingskader van het tuchtrecht in de wet BIG. (Kamerstukken 1990/91, 21561, nr. 6, p.3 en p.45)

Bijlagen

Bijlage 1 Verantwoording onderzoeksmethodiek

Gezien het exploratieve karakter van het onderzoek is gekozen voor een mixed method van vragenlijsten én interviews. De opdrachtgever wil een beeld krijgen van de huidige situatie van de governance situatie van haar leden én input vergaren voor een discussie onder de leden. Met voldoende respons op de vragenlijsten zijn de uitkomsten generaliseerbaar, waarmee de eerste onderzoeksvraag beantwoord kan worden. De verdiepende interviews leggen de voorkomende dilemma's bloot en dragen bij aan de input voor de gewenste ledendiscussie.

Ontwikkeling vragenlijst

Met behulp van de volgende zoektermen is binnen Medline en Scopus gezocht naar relevante vragenlijsten op het gebied van governance: *'Instrument', 'tools', 'Questionnaire', 'Governance', 'integrated care', 'primary care', 'organizational development'*. Deze zoekstrategie leverde aanvankelijk instrumenten op die vooral de klinische governance vaststelden. Daarom is binnen GoogleScholar en Google nog een aanvullende zoekstrategie toegepast om meer instrumenten in kaart te krijgen die specifiek gericht waren op organisatie governance vraagstukken. Op basis van de geïnccludeerde publicaties is onderzocht welke instrumenten het meest geschikt zijn om het begrip governance in de context van de geïntegreerde eerstelijnsgezondheidszorg vast te stellen. In het eerste onderdeel van de vragenlijst is zijn 12 vragen gesteld over de achtergrond en organisatiekenmerken. Het tweede onderdeel bevat 24 vragen over de structuurkenmerken van de organisatie m.b.t. de governance (RvB, cliëntraad etc.). En in het derde deel van de vragenlijst (8) kan worden aangegeven in hoeverre een respondent het eens was met een bepaalde stelling omtrent de governance binnen de eigen organisatie.

De vragenlijst is uitgezet bij het adressenbestand van InEen waar men berichten aan bestuurder, directeur en/of manager stuurt. Om een breder beeld te krijgen van de meningen over governance vanuit verschillende perspectieven is besloten om het derde deel van de vragenlijst ook voor te leggen aan een actieve huisarts en een toezichthouder. Om dit te kunnen organiseren is de eerste respondent gevraagd mailadressen van deze beoogde respondenten door te geven. Daarnaast is de organisaties gevraagd hun jaarverslag (op het tijdstip dat de enquête werd verspreid (april/mei) waren de jaarverslagen 2014 nog in voorbereiding) separaat naar de onderzoekers te sturen.

Om na te gaan of de (organisaties van de) respondenten voldoende representatief zijn, is een non-responsanalyse op organisatieniveau uitgevoerd.

Interviews (telefonisch)

In 40 vragenlijsten zijn de adressen van een toezichthouder en huisarts opgegeven, waarna deze groep benaderd is. Er zijn 28 vragenlijsten geretourneerd. Deze aantallen zijn te weinig om conclusies aan te kunnen verbinden en zijn niet meegenomen in het onderzoek. Op het verzoek het meest recente jaarverslag te sturen hebben 15 respondenten gereageerd. De jaarverslagen hebben in het onderzoek verder geen rol meer gespeeld.

Literatuur search

Aanvullend op de literatuursearch voor de enquête is met name voor de normatieve lading van governance literatuur uit bestuurskunde toegevoegd, welke in het theoretisch kader governance is genoemd. In overleg met de Beleid Advies Commissie Organisatieontwikkeling en Governance (BAC) die als begeleidingscommissie optreedt, is een lijst van topics opgesteld ten behoeve van twintig interviews. Voor de interviews is gebruik gemaakt van een half gestructureerde themalijst. De eerste vier interviews zijn

door twee interviewers gehouden, waarbij na iedere twee gesprekken de themalijst is geanalyseerd en aangepast. De resterende zestien interviews zijn door de interviewers apart afgenomen, waarbij tussentijds afstemming plaats vond. De respondenten was gevraagd om een ruim uur beschikbaar te houden voor het afnemen van een telefonisch interview, wat - op een uitzondering na - ook daadwerkelijk is gedaan. De interviews duurden tussen de 50 en 60 minuten. De interviews zijn opgenomen, uitgeschreven en geanalyseerd. In de analyse is onderscheid gemaakt in een aantal ingebrachte thema's en de thema's die spontaan door respondenten zijn ingebracht.

Voor de interviews zijn de organisaties geselecteerd op vier criteria: organisatietype, al dan geen huisartsen in het bestuur, omvang, al dan geen toezichthoudend orgaan. Er zijn vier gezondheidscentra, zes huisartsenpostorganisaties, zeven zorggroepen, twee combinaties van ketenzorg met huisartsenposten en één samenwerkingsverband van regionale eerstelijnsdisciplines geïnterviewd.

Dataverzameling

Enquête

De kwantitatieve data zijn bewerkt waarmee diverse databronnen zijn ontstaan:

- globale data zoals de digitale analyse van alle enquêtes die weergeeft;
- data uit een bewerkte analyse als een syntax van de gegevens;
- data uit crosstabellen als bewerking van de syntaxgegevens.

De vragenlijst is in de laatste bijlage opgenomen.

Voor de analyse van de organisatietypen worden de volgende groepen onderscheiden: huisartsenposten, gezondheidscentra, zorggroepen en combinaties van deze drie organisaties. Doordat in een deze combinatieorganisaties dubbel registreert onder meerdere organisatietypen is een precies percentage van respons niet te geven. Met de aanname dat de combinatieorganisaties in de drie typen gelijkelijk voorkomen kan een respons van ruim 30 tot bijna 50 procent aannemelijk worden gemaakt.

De themalijst voor de interviews is in de bijlage opgenomen. Na twee (try out) gesprekken is besloten om het interview - na de introductie - te starten met een open vraag wat de respondent verstaat onder governance. Door deze duiding krijgen de vervolgvragen meer context. Na vijf gesprekken werd duidelijk dat de respondenten het vasthouden van verbinding met de professionals i.c. de huisartsen een belangrijk thema vinden. In de volgende interviews is dit thema specifiek aan de orde gesteld.

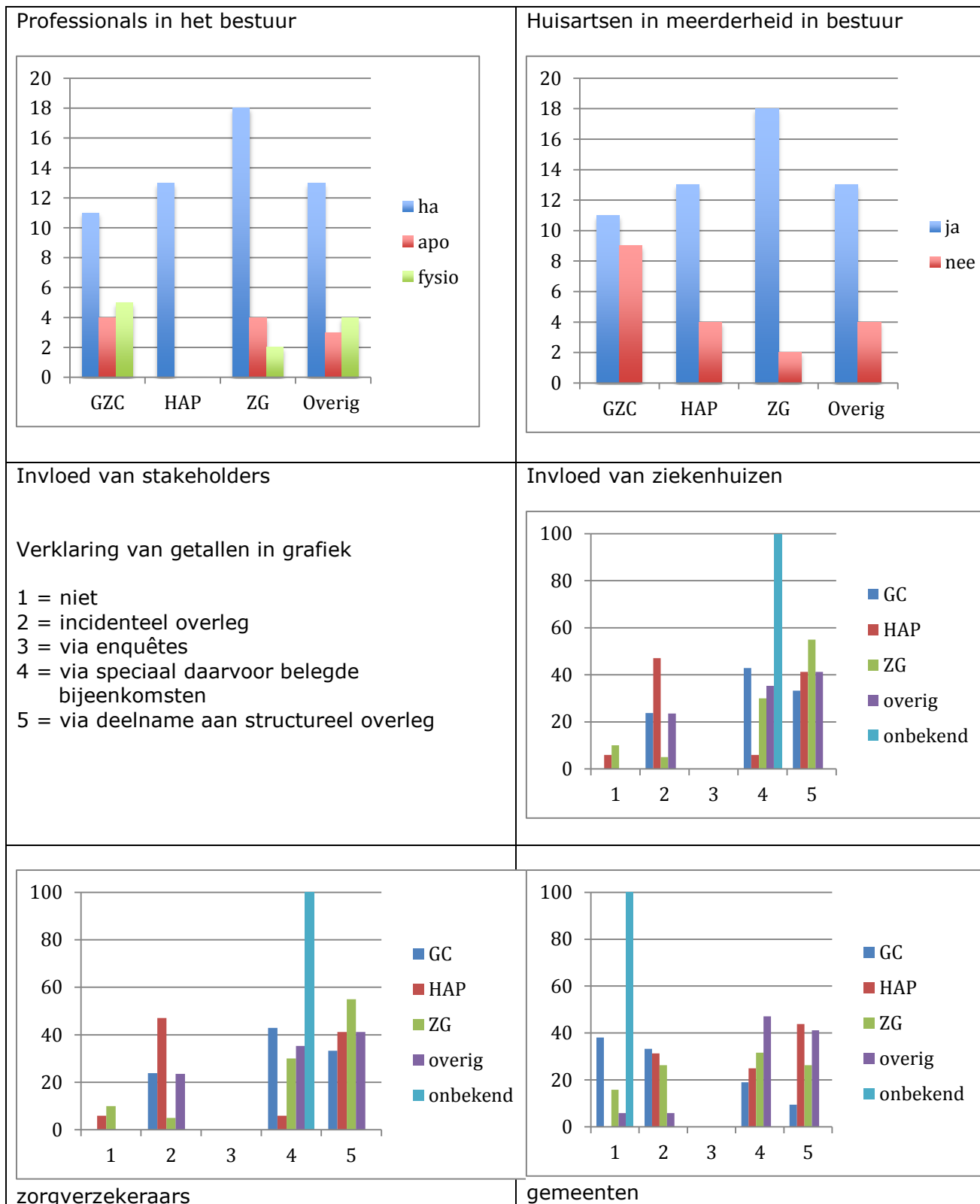
Data analyse

Er is een eerste bewerking gemaakt in de enquêteresultaten om daarmee de interviewkandidaten op basis van de criteria te kunnen selecteren. De data analyse is gestart met het analyseren van de kwalitatieve gegevens. De thema's zijn geordend en gezocht is naar overeenkomsten en verschillen. Bovendien spontaan thema's door de respondenten ingebracht. Voor een deel zijn deze al ingebracht in vervolginterviews.

Bij de analyse van de uitgeschreven interviews werd duidelijk dat de respondenten zich van een ander taalgebruik bedienden als zij informatie geven over de huisartsen of over de toezichthouders. Dit was zo opvallend dat vervolgens alle interviews opnieuw op dit gegeven zijn bekeken.

Bijlage 2 Aanvullende grafieken

De samenstelling van de besturen van de organisaties is als volgt.



Medisch Leiderschap



Persoonlijk Leiderschap



Zorg-organisatie

- Patiëntenzorg
- Onderzoek
- Onderwijs

- Management
- Bestuurlijke rol

Zorg-stelsel

- Bestuurlijke rol
- Adviserende rol
- Maatschappelijke rol

© Hilders & Idenburg

Bijlage 3 Geïnterviewde organisaties

Huisartsenposten:

Stichting Huisartsenposten West Brabant.
Stichting Doktersdiensten Groningen.
Centrale Huisartsenposten Rijnmond.
Stichting Huisartsenposten Delft e.o..
Stichting Huisartsenpost Maastricht en Heuvelland.
Stichting Huisartsenposten Midden Brabant, Tilburg.

Zorggroepen:

Stichting Diamuraal
Zorggroep De Beverlanden, Goes.
PreventZorg B.V.
Eerstelijns Zorggroep Haaglanden.
Regionale Ondersteuning Huisartsen Amsterdam.
Huisartsenzorggroep Breda.
PoZoP, Veldhoven.

Gezondheidscentra:

Gezondheidscentrum Kersenboogerd, Hoorn
Stichting Amsterdamse Gezondheidscentra.
Stichting Geïntegreerde Eerstelijnszorg Assen Noord.

Combi's

Gezondheidscentrum Haarlemmermeer.
Eerstelijnscentrum Tiel.
ujCoöperatie IJsselstromen.
Federatie Eerstelijnszorg Almelo.

Bijlage 4 Vragenlijst

De vragenlijst is op te vragen bij dite@husselmanadvies.nl

Bijlage 5 Themalijst interviews

Protocol

Naam organisatie

Naam informant

Functie informant

Deel A. Algemeen deel

Hoe lang bestaat uw organisatie in deze vorm?

Hoe is zij tot stand gekomen

Zijn er plannen voor organisatiewijzigingen

Aan de informant wordt gevraagd de organisatie kort te beschrijven in structuur. / i.c. verbaal organigram

Inconsistentie met enquête noteren en doorvragen.

Kunt u een beschrijving geven van de activiteiten van de organisatie?

Van welk deel van de organisatie is de informant het meest op de hoogte?

Deel B. Werking van de inrichting

Wat werkt goed met de geschetste inrichting?

Wat zijn de belangrijkste discussiepunten in de organisatie?

Expliciete knelpunten wat betreft de inrichting?

Weet u welke afwegingen gemaakt zijn bij de bestuurlijke inrichting:

Deel C. Specifieke thema's

Keus rechtspersoon:

- Afwegingen, hoe werkt het
- Bij coöperaties/BV : rolopvatting van participanten
- Bij stichtingen: inbreng van professionals georganiseerd?

Rol huisartsen

Kunt u een beschrijving geven van de formele rol van huisartsen in de organisatie

Idem informele rol

Zijn er ook andere professionals betrokken/invloedrijk (m.n. gezondheidscentra)

Op welk onderdeel /onderwerp hebben de professional/huisartsen de meeste formele of informele invloed.

Wat ziet u daar van terug in de organisatie/sturing/

Huisartsen in bestuur

Zijn die er? Hoeveel, in welke rollen plaatje goed laten schetsen!

Welke afwegingen zijn er gemaakt om huisartsen te besturen

Samenstelling: alleen huisartsen of combi met niet huisarts bestuurder

Waarom huisartsen die rol gegeven.

Is er Spanning tussen bestuurlijke en professional rol? Voorbeelden?

Welke effecten / is dit conform verwachting

Voorbeelden van tegenstrijdig belang i.c. huisarts beslist als bestuurder over tarief diabetes waarbij hij zelf uitvoerder is bijv. . Andere voorbeelden?

Toezicht

U heeft wel/niet een RvT

Niet: Waarom niet? Welke effect verwacht u da optreedt als er een RvT zou zijn

Wel:

Kunt een beschrijving van de toezichthouders: Wijze van optreden: Relatie bestuur toezicht: Relatie professional toezicht: Onderlinge verhoudingen binnen de toezicht
Afkoms: geografisch/ kennis/ achtergrond: Reflectievermogen
Rolopvatting
Meerwaarde van RvT; kunt u daar een voorbeeld van geven?
Wat is voor toezichthouders van buiten de sector het meest ingewikkeld?

Werking van de organisatie:

Op welke momenten/welke onderdelen is de organisatie het meest kwetsbaar /
Maatregel genomen om in control te zijn ? in controle is compliance/ welke wetgeving
belangrijk: rol accountant; rol IGZ
Voelt u zich als bestuurder ook degene die stuurt.,
Hoe zou u hun rol willen beschrijven :
Waar bent u afhankelijk van?
Incidenten tussen verschillende gremia
Interne verhoudingen: Huisartsenachterban – bestuur; Huisartsen toezichthouders
Rolvastheid van betrokkenen?

Transparantie

De enquête vragen betrekken over stakeholders, agendavorming e.d.
Verantwoording afleggen, aan wie, welke onderdelen , maatschappelijke out come
Werkt u samen met ander partijen om de kwaliteit van zorg te garanderen
Uit welke activiteiten blijkt dit ?

Positie van patiënten

Formeel / metingen / effect ervan / doorwerking in organisatie / effect op huisartsen.
Informeel
Contacten met off. Patiëntenorganisaties: diabetesvereniging, NCPF, Zorgbelang
Waarom hecht u aan die contacten?

Waarden

Hoe beoordeelt u de activiteiten van uw organisatie in het licht van patiëntenzorg?
Wat vindt u belangrijk in de organisatie voor de interne cultuur; externe uitstraling;
herkenbaarheid voor samenwerkingspartners;
Hoe wilt u dat anderen u beoordelen/karakteriseren
Bijv. innovatief; betrouwbaar; kundig ; eerlijk etc.
Drie belangrijkste eigenschappen voor een bestuurder in de eerste lijn
Drie belangrijkste eigenschappen voor een toezichthouder
Drie belangrijkste eigenschappen voor een huisarts bestuurder
Zijn deze eigenschappen herkenbaar in uw organisatie
Ziet u een discrepantie tussen de gevraagde maatschappelijke out come
(Kwaliteit/toegankelijkheid en betaalbaarheid) en de wijze waarop de organisatie
acteert?

Welke waarden zijn belangrijk: (ontleent aan Zorgbrede zode 2010)

Openheid
Participatie van stakeholders/patiënten
Verantwoording
Rechtmatigheid
Integriteit
Doelgerichtheid
Doelmatigheid
Professionaliteit
Verlenen verantwoorde zorg

Bijlage 6 Lijst gebruikte afkortingen

Algemeen

BoZ	Brancheorganisaties in de Zorg
BAC	BeleidsAdviesCommissie
GZC	Gezondheidscentrum
Hagro	Huisartsengroep
HAP	Huisartsenpost
HaROP	Huisartsen Rampen Opvang Plan
POH	Praktijkondersteuner Huisartsenzorg
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorg
RvC	Raad van Commissarissen
RvT	Raad van Toezicht
SEH	Spoedeisende Eerste Hulp
WNT	Wet Normering Topinkomens
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
ZBC	Zelfstandig BehandelCentrum
ZG	Zorggroepen

Organisaties

IGZ	Inspectie voor Gezondheidszorg
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport