

# Voorspelbare patroonmatige ontwikkeling van organisaties

**Met de schaalvergroting en steeds meer eerstelijns organisaties is het nuttig om de patroonmatige ontwikkeling van organisaties te voorspellen, zodat bestuurders en betrokkenen hier rekening mee kunnen houden.**

In de eerstelijnszorg kennen we de gezondheidscentra al zo'n dertig jaar. Uit ideële overwegingen gestart en blijven steken op vijftien procent van de eerstelijnszorg. Daarna rond 2000 de huisartsenposten uit pragmatische overwegingen: de huisartsen konden de werkdruk van de diensten niet meer aan en er ontstonden organisaties om het werk buiten kantooruren te organiseren. En sinds 2006 de zorggroepen, waarbij in eerste instantie de huisartsen, maar later ook apothekers, fysiotherapeuten en eerstelijns psychologen zich zijn gaan organiseren. Daarnaast zijn er enkele franchiseachtige organisaties als Arts en zorg en Rondom podotherapie of dieetketens. Kortom er ontstaan steeds meer organisaties in de eerstelijnszorg.

## Evolutie en revolutie

Organisaties kennen een afwisselende ontwikkeling van evolutie en revolutie. Steeds moeten er aanpassingen plaatsvinden om aan te blijven sluiten bij de externe- en interne ontwikkelingen. Hoe meer onzekerheden en hoe kleiner de speelruimte, hoe groter de kans dat er een crisis ontstaat, waardoor de evolutie overgaat in een revolutie. Veel eerstelijns organisaties zijn informeel begonnen. Er bestonden geen voorbeelden voor de eerste gezondheidscentra, huisartsenposten of zorggroepen. Er werd leentjebuur gespeeld door te kijken hoe men dergelijke organisatievraagstukken in andere aanverwante sectoren georganiseerd had en dit werd vertaald naar de eigen nieuwe organisatie. Na enige jaren wordt bij interessante ontwikkelingen onderzoek gedaan of organisatiehandboeken geschreven, ontstaat landelijke overleg omdat organisaties zich willen gaan vergelijken, kennis en ervaring gaan uitwisselen. Dan komen

er ook best practices-organisaties en die bepalen de verdere ontwikkeling van eerstelijns organisaties. Ook omdat externe stakeholders zoals zorgverzekeraars, banken of gemeenten, eisen gaan stellen aan de organisaties. Er vindt een proces van formalisatie plaats en de organisaties als geheel krijgen een positie in de landelijke bestuurlijke belangenarena. Intussen gaat de interne ontwikkeling door. De kartrekkers van het eerste uur hebben na een intensieve periode van gemiddeld zo'n vijf jaar behoefte aan nieuwe leiders. Daar waar de eerste leiders spontaan uit de groep naar voren kwamen, worden bij de nieuwe leiders profielen opgesteld en vindt formele werving en selectie plaats. De organisatieontwikkeling gaat door, tenzij men zich niet aan de pioniers-

fase weet te onttrekken. Na een crisis ontstaat er vaak weer groei. In volume, in deelnemers, in belangrijkheid, in portfolio of in integratie en samenwerking met andere organisaties. Tot de volgende crisis zich aandient.

## De praktijk

De gezondheidscentra zijn als organisatiefenomeen enkele jaren geleden in een identiteitscrisis geraakt. De ideële organisaties hebben moeite gehad om hun meerwaarde op basis van uitkomstindicatoren te bewijzen en in te spelen op de verzakelijking. Daardoor zijn de samenwerkingssubsidies verlaagd en is er een nieuw soort realiteit ontstaan voor deze multidisciplinaire eerstelijnszorg die vooral in grote steden en vaak in sociaal zwakkere wijken de continuïteit van zorg en werknemers borgen.

De huisartsenposten voldoen nog steeds aan de behoefte om de spoedzorg buiten kantooruren te realiseren. De eerste ontwikkelingsfasen heeft men achter de rug en inmiddels is de samenwerking met medisch-specialistische spoedzorg cruciaal. Er is in Nederland nog slechts een beperkt aantal losse locaties. Door de concentratie van de spoedzorg in een beperkt aantal ziekenhuizen wordt de externe druk opgevoerd. Daarnaast de veranderingen in onder andere de ggz, ouderenzorg, farmacie. Hierdoor zal de komende jaren een nieuwe ordening ontstaan.

## Beheerscrisis

De zorggroepen zijn de jongste huisartsenorganisaties. Er is een beperkt aantal algemene eisen, doordat de zorgverzekeraars allen hun eigen beleid voeren. Toch is een algemene professionalisering aan de orde. Bestuurders scholen en ontwikkelen hun strategische competenties, toezichhouders

## Organisaties kennen een afwisselende ontwikkeling van evolutie en revolutie

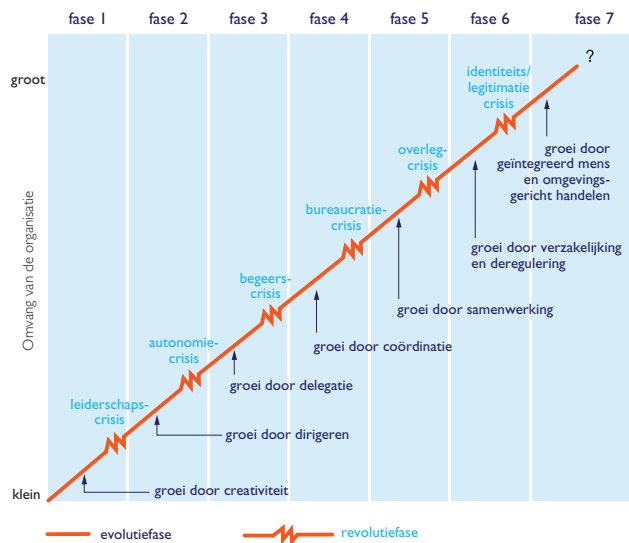
doen hun intrede en de landelijke brancheorganisatie biedt handvatten als KKK-spelregels en voorwaarden. De komende jaren zal het vooral de kunst zijn om een beheerscrisis door overbelasting en bureaucratiseringscrisis door toenemende verantwoordings-eisen te weerstaan. Zorggroepen van apothekers, fysiotherapeuten en eerstelijns psychologen volgende min of meer dezelfde stappen als de huisartsen, maar hebben vanwege een afwijkende positie in de eerstelijnszorg ook weer eigen specifieke kenmerken, zoals een overaanbod van deelnemers.

## Altijd ontwikkeling

Een troostrijke gedachte: organisaties zullen zich altijd ontwikkelen tot ze opgehouden te bestaan. Door zicht te hebben op de voorspelbare patronen en ontwikkelingen kunnen bestuurders, leden en stakeholders zich voorbereiden en de evolutie- en revolutie-effecten beperken.

Jan Erik de Wildt en Marc Bruijnzeels  
Coördinatoren masterclass eerstelijns bestuurders  
TRANZO, Universiteit van Tilburg en Jan van Es instituut

Model van Greiner



Ziekenhuizen en medisch specialisten hebben geen belang bij substitutie. De organisatie- en persoonlijke belangen prevaleren boven het maatschappelijk belang. Interessant is de rol van de Raad van Toezicht, die juist de verbinding met de maatschappij zou moeten maken en hierin wellicht het voortouw zouden moeten nemen! Als de afhankelijkheid van de eerstelijnszorg groot is en het ziekenhuis zonder een goede relatie geen bestaansrecht heeft, dan ontstaat bereidheid om substitutie te realiseren. En als de medisch specialisten in loondienst zijn, is de prikkel om de patiënten te behouden kleiner en komt substitutie beter op gang. In de andere gevallen is het moeilijker.

Stel je bent medisch specialist in een maatschap van vier personen en er is duidelijk minder werk in de toekomst, laat zeggen de longartsen. Dan zou de pensioengerechtigde longarts bij zijn afscheid niet vervangen kunnen worden en daarmee de productierugloop gecompenseerd kunnen worden. Maar dan veranderen de diensten en de vakantieroosters en dat heeft directe negatieve consequenties voor de overgebleven longartsen. Daarnaast neemt de invloed in de medische staf af.

Of je bent bestuurder in een regio met drie of vier ziekenhuizen. En er is te veel ziekenhuiscapaciteit. Dan kun je beter fuseren en daarmee tijd rekken dan vrijwillig meewerken aan substitutie. Want als je bijvoorbeeld de cardiologie neemt, waarvan enkele cardiologen zelf zeggen dat men dertig procent kan terugverwijzen naar de huisarts. Je gaat dit als bestuurder regelen, zelfs als het je geld kost voor de infrastructuur van het ziekenhuis.

Dan krijg je direct ruzie met de cardiologen die minder gaan verdienen en jouw positie als bestuurder is uiterst onzeker geworden. Dan wordt je wellicht ontslagen en als je nog een nieuwe baan als bestuurder vindt, dan is wel de Wet Normering topinkomens van toepassing en kun je zomaar 50 duizend euro minder gaan verdienen. Dat is geen leuke boodschap aan het thuisfront.

Dit wordt nooit hardop gezegd, maar om deze redenen is substitutie in de ziekenhuizen zo moeilijk!

Jan Erik de Wildt  
Directeur De Eerstelijns