

De eerstelijns moet zich anders organiseren

Ad Standaard. Juni 2007

De eerstelijnszorg organiseert zich in hoog tempo. Overal verschijnen centra waar eerstelijnsdisciplines zich onder een dak organiseren. Uit een oogpunt van samenhang en versterking van de eerstelijns lijkt dat een goede zaak, maar worden altijd wel de goede keuzes gemaakt? Nieuwe centra blijken als vanzelfsprekend voor traditionele organisatievormen te kiezen, terwijl bestaande centra nu tot heroverweging gedwongen worden door de marktwerking in de zorg. Er zijn dus redenen om passender opties te overwegen. In dit artikel wordt gepleit voor manieren van organiseren die beter passen bij de zorgverlening algemeen en bij de eerstelijns in het bijzonder.

- **Traditionele organisatievormen**

De georganiseerde eerstelijns is in een aantal opzichten een voorhoede. Bestaande samenwerkingsverbanden werden gevormd door zorgverleners die vaak moesten pionieren op het moeilijke pad naar een georganiseerd verband. In die eerste fasen waren het de zorgverleners zelf die de kar moesten trekken en die met veel overleg zorg moesten dragen voor alle randvoorwaarden. Er moest geld komen, afspraken worden gemaakt met verschillende zorgorganisaties en tenslotte moest er voor een rechtspersoon en een gebouw gezorgd worden.

De belangrijkste stap in de vormgeving van de organisatie is de aanstelling van een manager. De groep merkt al snel dat het op eigen kracht niet langer gaat. Het project vraagt steeds meer tijd en overleg en de energie dreigt eruit te gaan. Hulp van buiten is nodig: een manager. Iemand die het voor het team allemaal doet zodat de zorgverleners zich weer helemaal op de zorg kunnen concentreren. En zo gaat het dan ook letterlijk: er wordt onverwijld een manager aangesteld die de klussen overneemt. De zorgverleners kunnen weer aan het werk.

De organisatie ontwikkelt zich dan vaak als volgt. De manager doet voorstellen voor de organisatie. Er is een bestuur waaraan hij verantwoording moet afleggen en daarnaast is er natuurlijk ook een Managementteam (MT) nodig. De directeur heeft immers overleg met vertegenwoordigers van de zorgverleners nodig om besluiten te kunnen nemen? En zo krijgt de

traditionele zorgorganisatie vorm: de zorgverleners “zitten in” teams en weten zich vertegenwoordigd in een managementteam waar – uiteraard na goed overleg – de besluiten worden genomen.

- **Het probleem van de traditionele organisatievorm**

Vanzelfsprekend in deze structuur is de nadrukkelijke verticale ordening: boven het niveau van de zorgverleners (voor het gemak op één niveau gebracht) vind je achtereenvolgens het managementteam, de directeur en tenslotte het bestuur. Vaak wordt deze organisatievorm dan ook getypeerd als de hark. Op zichzelf hoeft dit geen probleem te zijn tenminste zolang de partijen hetzelfde willen en er niet teveel veranderd hoeft te worden. Want dat is een belangrijk kenmerk van deze structuur, ze is primair op overzicht en beheersing geënt en veel minder geschikt om zich te vormen naar een andere, meer dynamische omgeving. Zo worden veranderingen, aanpassingen of verbeteringen in de zorg in dit soort organisaties standaard tot onderwerp van 'beleid'. En beleid moet worden voorbereid, opgeschreven, op agenda's gezet, besproken, gewijzigd, genotuleerd, vastgelegd in een beleidsplan, door het bestuur worden vastgesteld en tenslotte worden geïmplementeerd.

Dit is het probleem van deze traditionele structuur: hij beheerst, maar kan slecht bewegen. Disciplinevertegenwoordigers wennen al snel aan de mores van het MT. De overvolle agenda, de notulen, de mededelingen, de post, de rondvraag en het aan de orde zijnde werkplan of jaarverslag eisen allemaal hun tijd op. Het agendapunt “van de teams”, dat ooit werd ingesteld om wat meer ‘bottom up’ geluiden te krijgen, levert zelden urgente en/of actuele kwesties op.

De zorgverleners weten allang hoe druk het ‘bovenin’ is en waar de MT leden allemaal mee bezig zijn. De suggesties die zij soms doen vanuit hun eigen ervaring druppelen zelden door naar boven. Ze hebben immers meestal al een plaats in een van de vele lopende procedures of komen in latere instantie aan de orde, zo wordt hen uitgelegd. De disciplinevertegenwoordiger besteed gaandeweg steeds meer tijd aan de uitleg over wat er allemaal niet loopt.

Want het is een feit dat er in deze organisatievorm vaak onvoldoende ‘loopt’. In ieder geval zit er weinig schot in die zaken die er juist echt toe doen: de eerstelijnszorgverlening. De hark houdt het gezondheidscentrum gevangen in de drie klassieke knelpunten in zorgorganisaties¹:

¹ ‘Waarom is management zo vaak een probleem?’. Ad Standaart. 2007

1. *Onevenwichtigheid in de energiehuishouding*
De energie van de organisatie gaat teveel naar boven. Beleid moet boven worden gemaakt en iedereen went aan die werkwijze. 'Onderaan' de organisatie komt men meer en meer in een passieve, afwachtende houding in plaats van zelf het voortouw te nemen.

2. *Een verouderde visie op management en sturing*
De manager voelt zich verantwoordelijk voor de zorgverlening. Hij kent het beleid, weet waar het naar toe moet en wil 'implementeren'. De zorgverlening wordt voor hem daardoor meer en meer 'object' van zijn handelen. De omgeving, de financier, de beleidsvoerders willen immers veel van hem en hij moet zorgen dat hij dat met zijn zorgverleners voor elkaar krijgt. Zo kruipt de hark steeds meer in zijn hoofd en probeert hij zijn MT leden te bewegen hun collegae te overtuigen.
De managementvisie die hiermee aan de oppervlakte komt is niet functioneel en verouderd omdat deze de trekken vertoont van de eenzijdige sturingsfilosofie uit de machinebureaucratie². Binnen professionele zorgorganisaties past deze managementrol niet, zeker niet in een meer marktgedreven omgeving die juist meer dynamiek en vernieuwing van de organisatie en haar medewerkers vraagt.

3. *Verwaarlozing professionele domein.*
De evenknie van de onder 1 genoemde onevenwichtigheid in energie, is de verwaarlozing van de organisatie van de zorgverleners. De zorgverleners worden afhankelijk en reactief ten opzichte van de drukte aan de bovenkant van de organisatie. Zij lijken niet meer 'aan slag te zijn' en beperken hun aandacht dus maar tot hun eigen praktijk. Hun gezamenlijke organisatiegraad is vaak zeer zwak. Het discipline-overleg is meestal nauwelijks geformaliseerd, zeer kwetsbaar en vervult maar zelden een formele rol en positie in de besluitvorming.
Een zwak georganiseerd verband van professionele zorgverleners is een zeer onderschat probleem³. Het veroorzaakt aanzienlijke sturingsproblemen en levert grote problemen op voor het management. Ondernemen en vernieuwen in de zorg, steeds belangrijker in een omgeving van marktwerking, wordt er ernstig door gehinderd.

² The principles of Scientific Management. F.W. Taylor. 1911

³ De medicus maatgevend. Over leiderschap en habitus. Yolande Witman. Van Gorcum 2007

- **De uitdaging voor eerstelijnsorganisaties**

Nu nieuwe regelgeving⁴ juist ondernemerschap van de eerstelijns eist, wordt de traditionele organisatievorm in de eerstelijns een nog groter probleem. Een eerstelijnscentrum met een structuur die de energie naar het centrale beleid doet gaan, zorgverleners van slag brengt en beter beheerst dan beweegt, gaat het zeer moeilijk krijgen.

Nu al zoeken werkgevers in de eerstelijns naar een andere relatie met hun professionals, omdat zij bemerken dat de nodige vitaliteit in hun organisatie ontbreekt⁵. Om financiers te overtuigen van de meerkosten van de infrastructuur van de eerstelijns zijn immers vernieuwende zorgprogramma's nodig. Primair zullen deze van de zorgverleners zelf moeten komen terwijl de huidige beheersstructuur hun initiatieven eerder smoort dan tot wasdom brengt.

De bakens moeten dan ook verzet worden nu het getij verloopt.

De eerstelijns beter organiseren is een uitdaging die van betekenis zal zijn voor de gehele gezondheidszorg. De hiervoor genoemde knelpunten in zorgorganisaties zijn immers mogelijk nog in sterkere vorm te vinden in de semi- en intramurale zorg. De eerstelijns is in veel opzichten een rijke bron van lessen in het organiseren van zorgverlening. Alle fasen van organisatieontwikkeling zijn er te vinden.

Daarmee geeft de sector een scherp zicht op de weeffouten die zoveel energieverlies in de gehele gezondheidszorg veroorzaken⁶. De uitdaging voor de ambulante sector is dan ook dat ze de kracht en overtuiging vindt om de komende jaren van organisatieontwikkeling een eigen weg in te slaan. Een weg die niet automatisch de fouten van grote organisaties in de gezondheidszorg kopieert, maar die ervoor kiest, de kracht en vitaliteit van de professionele zorgverlening in de ambulante sector in stand te houden en te versterken.

- **Passend organiseren in de eerstelijns**

Dat eerstelijnsorganisaties wel degelijk vitaal en innovatief kunnen zijn, blijkt gelukkig ook nog steeds in de praktijk. Er zijn ondernemende initiatieven te vinden in pionierende werkverbanden van zorgverleners en in verschillende gezondheidscentra. In deze organisaties kan evenwicht in energie bestaan dankzij de mensen die er werken en vaak ondanks de organisatievorm die zij kozen.

⁴ Nieuwe modulaire financiering van de huisartsenzorg

⁵ De werkgroep 'Visie op partnerschap' van de LVG. 2007.

⁶ 'It takes two to tango'. Obelon manifest bij het 25 jarig bestaan. September 2003

‘Passend organiseren’ in de eerstelijns betekent het vermijden van de klassieke knelpunten van het traditionele ‘harkmodel’. Dit vergt een nieuwe sturingsfilosofie (1), een andere inrichting van het management (2) en de communicatie (3) en overlegstructuur (4).

1. Een nieuwe sturingsfilosofie

‘Sturing’ is de belangrijkste opgave voor organisaties. Mensen worden in een werkverband verbonden door een organisatievorm, die in staat moet zijn zich aan te passen aan de eisen van de omgeving. Voor individuele werknemers is dat niet zo moeilijk. Een zorgverlener die een behandeling uitvoert die niet blijkt te werken, zal deze – als het goed is – naar bevind van zaken proberen aan te passen. In een team wordt dit al moeilijker. De signalen over de effectiviteit van de zorg zijn misschien verschillend, de opvattingen van de zorgverleners zijn dit meestal ook. Hoe komt men dan gezamenlijk tot een besluit?

Traditionele organisaties hebben daarvoor management. De manager stuurt en moet dus in de genoemde situatie beslissen. Maar kan hij dat ook? Maar zeer beperkt. De praktijk leert dat hij te ver van de vakinhoud afstaat om op zinvolle wijze, een besluit te kunnen nemen die recht doet aan de inhoud en context van het vraagstuk.

Kan een disciplinevertegenwoordiger het dan wel? Deze staat immers met één been in de praktijk en met het andere in het management. In de praktijk is deze daar ook niet voldoende toe in staat omdat hij daarvoor niet de bevoegdheid heeft. Moet hij deze bevoegdheid dan krijgen? Er moeten zeker formele bevoegdheden onder professionele zorgverleners worden verdeeld om tot betere sturing te kunnen komen. Een formeel 'leidinggevende van professionals, een hoofd huisartsenzorg, is echter om verschillende redenen niet vanzelfsprekend in een professionele omgeving. Daar passen bij uitstek leiderschapsvormen die vakinhoudelijk gefundeerd zijn en die recht doen aan de ruimte die de professionele beroepsuitoefening vergt.

2. Sturing en de manager

Een nieuwe sturingsfilosofie gaat uit van de onderkenning dat niet alleen de manager of zijn managementteam stuurt, maar dat in werkelijkheid sturing op alle niveaus van de organisatie plaatsvindt. Deze vaststelling heeft belangrijke gevolgen voor de organisatie en de inhoud van de managementfunctie. Naast het op beheersing en implementatie gerichte management, moet een manager er zich van bewust zijn dat hij zich temidden van verschillende niveaus van sturing bevindt, waar hij vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid een rol vervult.

Waar het gaat om de ontwikkeling van de zorgverlening is hij eerder de verbinder van stuurprocessen onder en boven hem, dan zelf aan het stuur. Hij moet zich realiseren dat zorgverleners binnen hun gezamenlijke domein en verantwoordelijkheid zelf moeten sturen en zich niet moeten laten wegzakken

in de dagelijkse druk uit de praktijk. Dat zorgverleners hun verantwoordelijkheid nemen en sturen is van groot belang voor de beleidsvoering van de eerstelijnsorganisatie. Informatie uit de zorgverlening en de keuzen die op basis daarvan moeten worden gemaakt zijn immers de onontbeerlijke fundamenten van beleid.

Ook boven de manager vindt sturing plaats, bijvoorbeeld door de financier en andere stakeholders. De manager moet daarop reageren en positie kiezen. Hiermee brengt de manager in essentie interne en externe stuurprocessen in evenwicht. Hij moet een optimale balans tussen deze processen bewerkstelligen. Deze zal bepalend zijn voor de effectiviteit van de organisatie.

3. Informatie en communicatie

Communicatie moet 'georganiseerd' worden, zeker waar gebrek aan ruimte en tijd de spontane ontwikkelingen van de benodigde communicatiepatronen belemmerd heeft. Ook voor de hand liggende, gelet op het primaire proces zinvolle, informatie-uitwisseling tussen professionals onderling vergt doorgaans structurering, facilitering en verankering. Of het nu gaat om vergader- en overlegtijd of de planning van de koffiepauze: informatie-uitwisseling moet georganiseerd en onderhouden worden.

Communicatie is meer dan iedere medewerker een eigen emailaccount geven. Techniek staat pas in tweede instantie ten dienste van interne en externe communicatie. Omdat de professional zelf kijk heeft op de inhoud van het proces is deze in eerste instantie het best in staat te beoordelen welke informatie- en communicatiekanalen bevaren moeten worden. Dit komt echter niet vanzelf tot stand maar vraagt facilitering en sturing van het management.

Informatie-uitwisseling tussen professionals vraagt iets anders dan de op controle en beheersing gerichte informatiesystemen, de pijlers onder de parafencultuur. Cruciaal voor een goede informatievoorziening binnen de zorg is het doorbreken van het autorisatieparadigma; het slechten van de hark in de informatiestructuur.

4. Overlegstructuur: kan de hark weg?

De traditionele organisatievorm sluit onvoldoende aan op de essentie van de eerstelijnszorgorganisaties. Naast de invulling van de managementfunctie is het overleg van disciplinevertegenwoordigers: het managementteam (MT) een belangrijke verankering van de hark. Het MT is een broedplaats van 'managementcultuur' en draagt bij aan een verambtelijking van het centrale gesprek binnen de organisatie. Waar vernieuwing en dynamiek de boventoon zou moeten voeren, wordt over het algemeen stropigheid en ambtelijke ballast ervaren.

Oplossing hiervoor is het terugdringen van het MT tot zijn beheersmatige kerntaak. Elke poging tot geautoriseerde besluitvorming zonder vakinhoudelijke kennis leidt onherroepelijk tot meer beheersing. Dit gaat ten koste van de arbeidsproductiviteit en effectiviteit van de organisatie.

Er moet meer ruimte en energie besteed worden aan het inhoudelijke en innovatieve gesprek. Innovatie en inhoudelijke vernieuwing horen immers centraal in de organisatie te staan, en als vanzelfsprekend aangezwengeld te worden door professionals die belast zijn met het primaire proces. Dit is dan ook waar de overlegstructuur op moet zijn ingesteld. Men zal dus zowel inhoudelijk als structureel meer ruimte moeten maken voor gespreksvormen in het centrum van de organisatie die de zorgverlening werkelijk verder kunnen helpen.

In de praktijk betekent dit het weer in overeenstemming brengen van de organisatiestructuur en -cultuur met de aan de inhoud van het werkveld gerelateerde processen. Wanneer professionals en manager op deze wijze, elk vanuit hun eigen competentie, de handen ineenslaan en tot zinvolle uitwisseling komen, dan is de weg geopend om innovatief strategisch beleid te ontwikkelen waarbij al bij voorbaat draagvlak binnen de organisatie bestaat.