Studies naar Samenwerking 13

DE POSITIE VAN GEBRUIKERS IN BESTUREN VAN GEZONDHEIDSCENTRA

D. Guyt
W.G.W. Boerma

Mei 1991

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
(NIVEL) - Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - telefoonnr. 030 - 31 99 46

De reeks 'Studies naar Samenwerking' bestaat uit onderzoeksrapporten over bepaalde aspecten van samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg. Daarnaast is er de serie 'Cijfers over Samenwerking' waarin jaarlijks statistische overzichten worden gepubliceerd uit de registratiesystemen van gezondheidscentra en home-teams.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Guyt, D.

De positie van gebruikers in besturen van gezondheidscentra /
D. Guyt, W.G.W. Boerma. - Utrecht : Nederlands Instituut voor
Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL. - (Studies naar
samenwerking : 13)
ISBN 90-6905-131-1 geb.
SISO 601.51 UDC 614.253
Trefw. patiëntenparticipatie ; gezondheidscentra.

Utrecht, 1991

Tekstverwerking: mevrouw C. Ruiter

INHOUD

pag.

Vervolg inhoud

VOORWOORD

Hoewel patiënten- of gebruikersparticipatie in gezondheidscentra betere tijden heeft gehad, zijn er actuele redenen om juist aan de participatie in besturen van gezondheidscentra aandacht te besteden.
In een eerder onderzoek van het NIVEL, naar het reilen en zeilen van patiëntengroepen, bleek er in deze groepen twijfel te bestaan aan het nut van bestuurlijke participatie. Het veelal ontbreken van een actieve achterban was daar niet vreemd aan.
Misschien wordt daar nu genuanceerder over gedacht. In de eerste plaats lijken marktprincipes ook in de gezondheidszorg meer te gaan gelden, waardoor de gunst van "de klant" aan betekenis wint. Ook in gezondheidscentra is deze gerichtheid merkbaar. In de tweede plaats staan versterking en schaalvergroting van het management van gezondheidscentra in de belangstelling. Dat blijkt uit de opkomst van coördinatoren en directeuren in de centra en uit adviezen om het management van meerdere gezondheidscentra te combineren of tot de vorming van bestuurlijke koepels over te gaan.
Tegen deze achtergrond is het zowel voor "de klant" van een gezondheidscentrum van belang de ontwikkeling te blijven volgen en deze mede richting te geven, als voor het gezondheidscentrum om direct contact te hebben met "de vraagzijde".

Dit rapport is als volgt opgebouwd. Het eerste inleidende hoofdstuk verschaft achtergronden bij het begrip patiënten- of gebruikersparticipatie, typeert het gezondheidscentrum en zijn bestuur in organisatorisch opzicht, en toont knelpunten en mogelijkheden van bestuurlijke participatie.
In hoofdstuk 2 staat de opzet van het onderzoek, waaronder de vraagstelling, het conceptueel model dat als uitgangspunt dient, en de concrete uitvoering.
Hoofdstuk 3 geeft een beschrijving van doelstellingen en reikwijdte van de stichtingen en hun besturen.
Hoofdstuk 4 richt zich daarna op de positie van de bestuursleden die als patiënt of gebruiker een plaats in het bestuur bekleden.
In hoofdstuk 5 tenslotte wordt gezocht naar verband tussen de deelname van één of meer gebruikersvertegenwoordigers aan het bestuur en de "bestuursoutput" oftewel datgene waar die besturen zich mee bezig houden.
Hoofdstuk 6 bevat de samenvatting en conclusies.

1. INLEIDING

In dit hoofdstuk wordt stilgestaan bij de participatie van gebruikers in het algemeen en in besturen van gezondheidscentra in het bijzonder. Daarbij wordt ingegaan op de interne organisatie van gezondheidscentra en de positie die het bestuur hierbij inneemt. Steeds worden knelpunten m.b.t. gebruikersparticipatie aangegeven en ontwikkelingen geschetst.

1.1. Gebruikersparticipatie in gezondheidscentra

Participatie is op z'n eenvoudigst te omschrijven als het deelnemen van de één, aan de besluitvorming van de ander. Soms wordt deze omschrijving verder uitgebreid: de deelname moet geformaliseerd zijn en vanuit een bepaalde collectiviteit plaatsvinden (Patiëntenbeleid, Tweede Voortgangsnota, 1988). Soms ook staat het contact en de wisselwerking tussen de actoren meer centraal (Bertels, 1983).
Participatie is ontstaan als een onderdeel van een meer omvangrijk maatschappelijk democratiseringsstreven. In de gezondheidszorg werd aan dit streven in het midden van de jaren zeventig voor het eerst uiting gegeven.

1.1.1. Niveaus van participatie

Op verschillende manieren kan worden geparticipeerd. Een veel gehanteerde indeling hierbij is die van Bertels (1983). Zij onderscheidt:
1. participatie op het nivo van de hulpverlening zelf;
2. participatie op het bestuurlijk nivo;
3. participatie op het nivo van de, zoals ze dat noemt, 'informele participatie-vormen'. Hiermee worden informele overleggen bedoeld die mogelijk wel een officiële status hebben, maar waaraan niet vanuit vaste rollen of vertegenwoordigingen wordt deelgenomen.

1.1.2. Verandering

Het doel van participatie is aan het veranderen. Van een collectief, inhoudelijk democratiseringsstreven lijkt het doel van participatie te verschuiven naar vooral een belangenbehartiging. In een eerder onderzoek van het NIVEL werd deze tendens ook al geconstateerd (Boerma en Warmenhoven, 1986). Participatie krijgt hierdoor een meer functionele betekenis (Stevens, 1983). Dit komt onder meer tot uiting in een verandering van de oriëntatie van de participatie. Bertels pleitte in haar onderzoek 'Kwaliteit in discussie' nog voor een voornamelijk maatschappelijk-georiënteerde participatie. De maat-

schappelijke samenhang diende hierbij niet verloren te gaan. In elk geval moet participatie in haar visie 'meer' inhouden dan enkel een consument-oriëntatie, in de zin van 'waar voor je geld krijgen'. Deze benadering staat haaks op één van de latere uitgangspunten van het patiëntenbeleid, zoals vastgelegd in de Tweede Voortgangsnota. Onder de titel: "Van patiënt naar consument", worden patiënten beschouwd als consumenten van - door hen zelf betaalde - voorzieningen (Tweede Kamer, 1988).
Behalve dat deze verandering in het licht gezien moet worden van een veranderd politiek klimaat, hebben ook teleurstellende ervaringen en de economische recessie ertoe geleid dat de maatschappelijke steun voor de democratiseringsbeweging de laatste jaren is weggeëbd (Wersch, 1986).
Alvorens specifiek in te gaan op de participatie van gebruikers in besturen van gezondheidscentra, wordt in het volgende ingegaan op de organisatie van gezondheidscentra en de positie die het bestuur hierbij inneemt.

1.2. Het gezondheidscentrum als organisatie getypeerd

1.2.1. De organisatie

Een gezondheidscentrum heeft trekken van een 'professionele bureaucratie' zoals die is beschreven door Mintzberg (1979): het is als organisatie sterk afhankelijk van de kennis en vaardigheden van de uitvoerende professionals die daarom binnen de organisatie een sleutelpositie innemen. Ze genieten grote vrijheid en kunnen vrijwel autonoom handelen. De cultuur is sterk individualistisch en methodisch georiënteerd. De instellingsidentiteit is zwak, waardoor de organisatie weinig samenhang vertoont. Koot (1983) heeft hiervoor de benaming 'segmenten-organisatie' geïntroduceerd. Doordat de professionals zich sterk op hun vak - de professie - richten is de gerichtheid op de markt waarvoor men werkt klein. De leiding in dit type instelling heeft louter voorwaardenscheppende taken.
Dit beeld geeft voor gezondheidscentra - met immers een expliciete samenwerkingsdoelstelling - een aantal knelpunten weer, zoals de samenwerking tussen autonome professionals, de samenwerking met de patiënten en de beperktheid van het sturingsmechanisme.
Verhaaren (1983) heeft gezondheidscentra qua organisatie nader onderzocht en onderscheidt, afhankelijk van de mate waarin samenwerking wordt gerealiseerd, drie verschillende typen:

1. Het segmentale type.
   In dit type is de mate van samenwerking gering, beleidsvorming beperkt zich tot randvoorwaardelijke zaken, en er heerst een sterk vakspecifiek/autonoom klimaat. Dit type benadert de professionele bureaucratie het dichtst.

2. Het professionele type.
   Er is sprake van samenwerking tussen de professionele hulpverleners, en de beleidsvorming betreft ook inhoudelijke zaken. (Overigens blijft de beleidsvorming in handen van de professionals zodat dit type ook wel een 'collegiale organisatie' wordt genoemd.) Het klimaat is professioneel geïntegreerd en collegiaal verantwoordelijk.
3. Het buurtgerichte type.
   De samenwerking strekt zich bij dit type uit tot een samenwerking tussen de professionele hulpverleners onderling, maar ook tot een samenwerking met de cliënt. Dit type is cliëntgericht en heeft een open organisatie: beleidsoverleg vindt plaats op het nivo van geïntegreerde beleidscommissies, waarin teamleden, cliënten en bestuursleden zitting hebben. Het klimaat is niet alleen klantgericht, maar ook buurtgericht.

Later geeft Verhaaren dit type een duidelijkere benaming, namelijk het 'cliëntgericht type'.

1.3. De positie van het management

De drie onderscheiden typen kennen verschillende posities en mogelijkheden van het management.
Binnen een segmentale organisatie is slechts een bescheiden rol voor het management weggelegd: het belangrijkste coördinatiemechanisme is de professionele methodiek. Coördinatie vindt extern plaats door de standaardisering van vaardigheden tijdens de opleiding en training. Het management heeft derhalve geen inhoudelijke inbreng maar een voorwaardenscheppende taak.
Bij het collegiale type heeft het management een grotere rol, mits het over voldoende inhoudelijke expertise beschikt. Het belangrijkste coördinatiemechanisme is de onderlinge overeenstemming. De macht binnen deze beslissingsrelatie vloeit naar degene die de meeste deskundigheid of expertise bezit. Invloed wordt niet verkregen door een formele positie maar vooral door deskundigheid en interpersoonlijke vaardigheden (het soepel laten verlopen van de samenwerking). Het professionele karakter van de organisatie blijft echter bestaan.
Voor beide typen kan worden gesteld dat de professional geen inhoudelijke bemoeienis toestaat (het segmentale type), anders dan door collega professionals (collegiale type). Alleen indien er een verandering in het professionele karakter van de organisatie optreedt, is er interne sturing door het management mogelijk. Het gezondheidscentrum van het buurtgerichte type is hiervan een voorbeeld (Van der Krogt & Verhaaren, 1986). Daarin wordt professionele externe sturing gecombineerd met interne sturing vanuit het management. Deze interne sturing zou professionals bewust moeten maken

van het belang van een kwalitatief goede dienstverlening aan de cliënt. Dit vraagt volgens Verhaaren een verandering van het beroepsbeeld. (Verhaaren, 1987)

1.4. Bestuurstaken en bestuursmodellen

In een organisatie die zich richt op een goede dienstverlening aan de cliënt heeft het management dus een omvangrijker taak. Niet alleen het voorwaardenscheppend beleid, maar ook het inhoudelijke beleid behoort tot haar taakgebied. Wie of wat is dat eigenlijk, het management?
Voor de meeste centra geldt dat, formeel juridisch, het bestuur als houder van een stichting verantwoordelijk is voor het reilen en zeilen van het gezondheidscentrum. In de praktijk bestaat er echter naast het bestuur een rijke schakering aan beleidsbepalende organen: directies, coördinatoren, beleidscommissies, coördinatiecommissies, bestuurscommissies, managementteams, 'klein team', 'plenair team' en zo meer. Vaak is de verdeling van taken en bevoegdheden ten aanzien van de beleidsvorming tussen de verschillende organen van het gezondheidscentrum niet helder. Mede hierdoor is er zelden sprake van een 'bevoegd gezag' dat kracht kan zetten op het bestuurlijk vlak.
Welke beleidsbepalende organen er naast het bestuur bestaan hangt sterk samen met de taak die het bestuur voor zichzelf ziet of opgelegd heeft gekregen. Wersch (1979) onderscheidt een drietal bestuursvormen, te weten: het voorwaardenscheppend-, het beleidsbepalend- en het toezichthoudend bestuur. Het voorwaardenscheppende bestuur laat beslissingen inzake het professionele beleid over aan de professionele medewerkers van de instelling. Deze zienswijze komt nauw overéén met de taak van het management in het segmentale en het professionele organisatietype.
Bij het beleidsbepalende bestuur staat niet de opvatting over voorwaardenscheppend en professioneel beleid centraal, maar het onderscheid tussen de dagelijkse en algemene leiding. Het bestuur bepaalt het algemene beleid (constituerende leiding), en een directie heeft de dagelijkse leiding (dirigerende leiding). Het toezichthoudende bestuur heeft behalve de dirigerende, ook de constituerende leiding overgedragen aan de directie. Het bestuur heeft derhalve geen beslissingsmacht meer. Het bestuur heeft primair een toezichthoudende en adviserende functie, en is daarmee te vergelijken met een Raad van Commissarissen.

Het voorwaardenscheppende bestuur geniet bij weinigen de voorkeur: Er bestaat er geen scherpe scheiding tussen voorwaardenscheppend- en professioneel beleid en het is niet wenselijk de beslissingen inzake het professionele beleid geheel in handen te leggen van de professionele

medewerkers. De keuze voor een beleidsbepalend of een toezichthoudend bestuur is sterk afhankelijk van het type organisatie, de grootte van de instelling en de kwaliteit van het management.
Momenteel valt, als gevolg van de versterking van het management, een trend waar te nemen waarin het toezichthoudende bestuursmodel aan populariteit wint (Van der Lans, 1989). 'Besturen op afstand' is hierbij het credo. De taak van het bestuur is hierin vooral het bewaken van de kwaliteit van het management vanuit de missie van de organisatie en de visie die het bestuur hierop heeft. Het bestuur functioneert als het ware als dynamische tegenspeler van de directie. Dit geldt met name grotere organisaties met een goed ontwikkeld management. Gezondheidscentra hebben als organisatie vaak een dergelijke omvang niet. Van der Lans over de positie van het bestuur bij kleinere organisaties: "Besturen zullen daar als gevolg van het ontbreken van een sterk management veel meer de vinger aan de pols moeten houden en dus als beleidsbepalend bestuur blijven functioneren."
Een bestuursmodel waarbij een beleidsbepalend bestuur de algemene leiding heeft, en de dagelijkse leiding is overgedragen aan een dirigerend orgaan lijkt daarom voor de meeste gezondheidscentra een goede keuze. Voor grotere stichtingen, met bijvoorbeeld het beheer van meerdere centra, is mogelijk het toezichthoudend bestuursmodel meer passend.

1.5. Knelpunten en mogelijkheden van bestuurlijke participatie

Bestuurlijke participatie wordt van oudsher van patiëntenzijde van slechts betrekkelijk belang geacht. Bertels (1983) vindt dat het in het geheel van participatie-activiteiten geen hoge prioriteit verdient. Een ander onderzoek naar patiëntenparticipatie geeft hetzelfde beeld: "... het nut van bestuurlijke participatie wordt door onze gesprekspartners vrij algemeen betwijfeld." (Boerma en Warmenhoven, 1986).
De vraag waaròm participatie op bestuurlijk niveau achter blijft bij de oorspronkelijke verwachting, is hiermee nog niet beantwoord. Als we er van uitgaan dat mensen alleen zullen participeren als ze zich betrokken voelen bij concrete kwesties, waarvan ze zelf vinden dat ze er iets aan kunnen bijdragen en er een aansprekende organisatorische vorm is (Westpalm van Hoorn, 1974), dan kunnen we bovenstaande scepsis wellicht beter begrijpen. Knelpunten bij bestuurlijke participatie hangen ten dele samen met het doel van de participatie. Dit blijft meestal algemeen en is weinig geëxpliciteerd. Bovendien wordt binnen een gezondheidscentrum een inhoud aan participatie gegeven die voortkomt uit een streven naar een vernieuwing van de hulpverlening. Een dergelijke brede doelstelling is nauwelijks een

concrete kwestie te noemen. Gebruikers in de rol van consument zullen in het algemeen weinig betrokkenheid ervaren met een dergelijke doelstelling. De gebruikers die participeren (en kennelijk wel betrokken zijn) hebben opvallend vaak een beroepsmatige binding met de gezondheidszorg. Door de complexe doelstelling, en door de geringe sturinginstrumenten van het (voornamelijk voorwaardenscheppend) bestuur zijn de mogelijkheden beperkt om daadwerkelijk iets te kunnen doen. Participatie door gebruikers wordt zo gemakkelijk een frustrerende aangelegenheid. Vooral de participatie op het nivo van de hulpverlening en op het bestuurlijke nivo zullen een kwijnend bestaan leiden. Het eerste omdat dit bij uitstek het terrein van de eigen professie betreft waarop de professional weinig bemoeienis toestaat. Het tweede omdat binnen het bestuur alleen ruimte is om te participeren in de voorwaardenscheppende beleidsvorming.

Toch zijn er tekenen die wijzen op nieuwe mogelijkheden voor gebruikersparticipatie op bestuurlijk nivo. Een drietal ontwikkelingen doet zich momenteel voor. Ten eerste is er een toenemende marktwerking binnen de gezondheidszorg te verwachten. Patiënten worden meer en meer gezien als (ook) cliënten naar wiens gunst men in toenemende mate dingt. In gezondheidscentra zien we dat een methodiek voor patiëntenraadpleging is ontwikkeld om zo goed mogelijk te kunnen inspelen op wat er aan de vraagzijde leeft. In de tweede plaats vindt er een verschuiving plaats van een voornamelijk maatschappelijke oriëntatie van de gebruikersparticipatie, die zijn oorsprong vindt in een algemeen democratiseringsstreven, naar een veeleer consument gerichte oriëntatie. Een concrete functionele doelstelling (belangenbehartiging) lijkt de 'vage' ideële doelstelling te verdringen. Ten slotte is er de ontwikkeling van het management van de gezondheidscentra. Gezondheidscentra lijken zich meer en meer te ontwikkelen tot het cliëntgerichte type. Enerzijds vraagt de ontwikkeling van de 'markt' een grotere externe gerichtheid en een klantvriendelijker opstelling. Anderzijds is er vanuit de doelstelling van veel gezondheidscentra, een autonome ontwikkelingstendens in die richting. Hiermee kan het bestuurskarakter zich ontwikkelen van voorwaardenscheppend naar beleidsbepalend of - in grotere centra - naar toezichthoudend. Daarnaast is de schaalvergroting van het management van gezondheidscentra voor gebruikers van belang. Zij zullen mede richting moeten geven aan zaken als koepelvorming en combinatiemanagement.
De toenemende marktwerking en consumentoriëntatie zullen vooral het doel van de participatie verhelderen. De ontwikkeling van het management biedt vooral meer mogelijkheden voor een werkelijke gebruikers inbreng.

2. DE OPZET VAN HET ONDERZOEK

2.1. Vraagstelling

De **algemene vraagstelling** waar het in dit onderzoek om draait, luidt: Wat is de positie van gebruikers in besturen van gezondheidscentra en zijn er aanwijzingen dat zij een specifieke bijdrage leveren aan de beleids- en besluitvorming?
Beantwoording van deze algemene vraagstelling zal plaats vinden met behulp van de volgende **deelvragen**:

- **Wat is de plaats van het bestuur in het geheel van de organisatie van het gezondheidscentrum**
  Gezondheidscentra en hun stichtingen zullen hierbij onderscheiden worden naar hun doelstellingen, het in dienst hebben van ondersteunend personeel en hulpverleners en de structuur van de beleidsorganen en besluitvormingsroutines.
- **Wat is de formele positie van gebruikers in het stichtingsbestuur**
  Deze vraag heeft betrekking op de zetelverdeling en het aantal zetels voor gebruikers.
- **Wat is de feitelijke positie van de gebruikers in het stichtingsbestuur**
  We kijken hier naar verschillen tussen bestuursleden met betrekking tot algemene kenmerken zoals leeftijd, geslacht, opleiding, ervaring en maatschappelijke positie. Ook gaat het hierbij om contacten met een achterban en de wijze van standpuntbepaling.
- **Wat zijn de opvattingen van gebruikersbestuursleden** over hun rol in het bestuur, tevredenheid over het gevoerde beleid en de toekomst van gebruikersparticipatie.
- **Onderscheiden besturen mét gebruikersvertegenwoordigers zich van besturen zonder die vertegenwoordigers** in de aard en intensiteit van de onderwerpen die zij behandelen. Wij zullen hierbij vooral kijken naar het inhoudelijke, strategische en voorwaardenscheppende beleid.

2.2. Gebruikte begrippen

Nadat wij in het inleidende hoofdstuk zijn ingegaan op de inhoud van het begrip participatie, besteden wij hier aandacht aan de relatie van participatie met het bestuur en gebruikers en die tussen bestuur, beleid en omgeving.
Hierbij kunnen vier relaties worden onderkend die voor dit onderzoek van

belang zijn.

A. **Gebruikers - Participatie**
   Hier gaat het om de kenmerken van de participatie en om vragen als: wat is participatie? In welke vormen komt het voor? Welke ontwikkelingen doen zich voor? Dit is in de inleiding aan de orde geweest.
B. **Participatie - Bestuur**
   Hierbij staat de formele en feitelijke positie van de participanten centraal. Het gaat hierbij om de bestuurssamenstelling (kwantitatief). Ook kwalitatieve aspecten spelen een rol zoals bijvoorbeeld: Op welke titel, acceptatie, kwaliteiten en omschreven doelstelling (zie tweede en derde deelvraag).
C. **Bestuur - Beleid**
   Hierbij gaat het om de plaats die het bestuur bij de beleidsvorming binnen de organisatie inneemt, zoals het professionele karakter van de organisatie, de structuur en mogelijke andere beleidsorganen dan het bestuur (zie eerste deelvraag). Hier hoort ook thuis de invloed van gebruikersvertegenwoordigers op de beleidsvorming (zie vijfde deelvraag).
D. **Omgeving - Beleid**
   Bij beleid gaat het hier voornamelijk om de externe afstemming. Hierbij spelen de kenmerken van de omgeving een belangrijke rol; welke eisen van buitenaf worden aan de organisatie gesteld? Ook dit is in de inleiding besproken.

Gesteld kan worden dat gebruikers - door middel van bestuurlijke participatie - pas dàn invloed kunnen hebben op de beleidsvorming, als de balans ten aanzien van de drie eerste punten positief is: van beleidsbeïnvloeding door "de" gebruiker kan alleen sprake zijn als er voldoende draagvlak is voor de participatie onder de gebruikers. Beleidsbeïnvloeding in het bestuur kan alleen plaats vinden als er zowel kwalitatief als kwantitatief een voldoende vertegenwoordiging is van de gebruikers in het bestuur. Beleidsbeïnvloeding vanuit het bestuur is alleen mogelijk als het bestuur in de praktijk werkelijk "iets in te brengen heeft". De zwakste schakel zal de sterkte van de gehele keten (dus de invloed op het beleid)bepalen. Met andere woorden, elk van de genoemde kenmerken vormt een noodzakelijke voorwaarde voor een werkelijke beïnvloeding van het beleid door gebruikers.
Ook de invloed van de omgeving op het beleid is belangrijk. In dit onderzoek is volstaan met de constatering dat de ontwikkelingen in de gezondheidszorg tot een grotere externe gerichtheid aanleiding geven van gezondheidscentra. De relatie omgeving-beleid vormt dus eerder een aanleiding tot dit onderzoek dan het onderwerp daarvan.

2.3. Uitvoering van het onderzoek

2.3.1. Aard en omvang van de onderzoekspopulatie

Dit onderzoek betreft besturen van gezondheidscentra. Op 1 januari 1989 waren er in Nederland 152 gezondheidscentra. Hiervan maken er 117 (77%) deel uit van in totaal 89 stichtingen, die dus soms meer dan één gezondheidscentrum beheren. De overige 23% heeft geen stichtingsvorm. (Voor meer basisgegevens betreffende gezondheidscentra zie: Hessels en Boerma, 1989).

De reikwijdte van de stichtingen is heel verschillend. Soms zijn ze er uitsluitend voor het beheer van de roerende en onroerende goederen, soms hebben ze een deel of alle ondersteunende functionarissen in dienst en soms zijn ze tevens werkgever van de hulpverleners (voor zover niet gedetacheerd).

Het onderzoek van gebruikersparticipatie in besturen van gezondheidscentra heeft zich beperkt tot de centra in Nederland die zijn ondergebracht in een stichting. Alleen de besturen van deze centra hebben in formeel juridische zin zeggenschap. Dit in tegenstelling tot verenigingsbesturen waar de uiteindelijke zeggenschap bij de leden ligt. (Overigens komt deze rechtsvorm nauwelijks voor bij gezondheidscentra).

2.3.2. Dataverzameling

Voor het onderzoek zijn op drie manieren gegevens verzameld, te weten:

1. Via een algemene enquête
   Deze enquête is er op gericht inzicht te verwerven in de algemene bestuurlijke situatie zoals de bestuurssamenstelling, de stichtingsdoelstelling, het al dan niet in dienst hebben van hulpverleners, bestaande overlegvormen, de organisatiestructuur en de besluitvorming. Deze vragenlijst bestond geheel uit voorgestructureerde vragen en werd ingevuld door een vanuit het bestuur aangewezen contactpersoon.
2. Via een enquête voor gebruikersvertegenwoordigers
   Deze is erop gericht inzicht te verkrijgen in de achtergronden, motieven en ervaringen van gebruikersvertegenwoordigers in gezondheidscentra. Per stichtingsbestuur konden maximaal twee vertegenwoordigers/bestuursleden een lijst invullen. Deze bestond uit voornamelijk voorgestructureerde vragen. Daarnaast waren drie open "opinievragen" opgenomen.
3. Via een documentenonderzoek
   Tenslotte heeft aan de hand van de bestuursnotulen een beleidsanalyse van een twaalftal besturen plaats gevonden. Deze analyse betrof de notulen van de vergaderingen welke in 1988 gehouden werden. Hierdoor wilden wij een beeld krijgen omtrent de zaken waarmee het bestuur zich, in aandacht en besluiten, gedurende deze periode heeft

beziggehouden. De stukken zijn ter plaatse in het gezondheidscentrum bestudeerd.

Beleid werd in het notulenonderzoek gespecificeerd naar de aard, en niet naar de exacte inhoud. Het ging namelijk niet om de specifieke beleidsbeslissingen, maar om de vraag op welke beleidsterreinen de verschillende besturen met name actief zijn. Hiertoe is onderscheid gemaakt tussen de volgende beleidsgebieden:

A. Voorwaardenscheppend beleid, betreffende de personele, materiële en immateriële voorwaarden voor het functioneren van het gezondheidscentrum.
B. Professioneel inhoudelijk beleid, betreffende beslissingen die in het kader van de doelstelling van de instelling richtinggevend zijn in het vlak van haar kernwerkzaamheid.
C. Strategisch beleid, betreffende die zaken waarbij vooral de continuïteit van de organisatie in het geding is.
D. Klantgericht beleid, betreffende de zaken die te maken hebben met de dienstverlenende aspecten van de hulpverlening en het centrum in het algemeen.

Met behulp van het, in de bijlage weergegeven, scoringsformulier is per bestuursvergadering geïnventariseerd welke zaken aan de orde kwamen. Scoring geschiedde door twee observatoren; telkens één per centrum (na een inwerkperiode waarin samen werd gescoord teneinde uniformiteit in het scoren en het gebruik van het formulier te bewerkstelligen). Vervolgens zijn de, door het bestuur behandelde onderwerpen in de vier beleidscategorieën ingedeeld en is aangegeven hoeveel gewicht en aandacht de betreffende zaken in de vergadering hebben gekregen.

2.3.3. De respons

Van de 89 stichtingen die één of meer gezondheidscentra beheren, hebben er 61, na ons schriftelijk verzoek, hun medewerking aan het onderzoek toegezegd. Deze stichtingen werden daarop één algemene enquête en twee enquêtes voor gebruikersvertegenwoordigers toegezonden. Wij maken onderscheid tussen dienstverband- en niet-dienstverbandcentra, omdat dienstverbandcentra vaker een stichtingsvorm hebben en vaker expliciet patiëntenparticipatie als doelstelling hebben.

Tabel 2.1.: Respons naar aard van de stichting

	dienstverband-centra			geen dienstver-bandcentra			totaal	
	abs	resp %	repres %	abs	resp %	repres %	abs	resp %
Medewerking toegezegd*	33	(100)	(54)	28	(100)	(46)	61	(100)
Alg. enquête	31	(94)	+2%	24	(86)	- 2%	55	(90)
Enq. gebr. vertegenw.	25	(76)	+9%	15	(54)	-18%	40	(66)

* In totaal werden 89 stichtingen benaderd, 40 (45%) met hulpverleners in dienst en 49 (55%) zonder hulpverleners in dienstverband.

De responsetabel geeft zowel kolom- als rijpercentages. De kolompercentages geven de omvang van de respons weer, terwijl de rijpercentages en de afwijkingspercentages laten zien in hoeverre er verschillend is gerespondeerd in de beide onderscheiden groepen (representativiteit).

De algemene enquête
Uiteindelijk hebben 55 stichtingen (90%) de algemene vragenlijst ingevuld teruggestuurd. Bij dienstverbandstichtingen is de respons beter dan bij de overige stichtingen. In het algemeen geldt dat vrijwel alle stichtingen die aanvankelijk medewerking toezegden de algemene enquête hebben geretourneerd.

De enquête voor de gebruikersvertegenwoordiger
Doordat niet alle stichtingen één of twee gebruikers in het bestuur hebben, was niet op voorhand bekend hoeveel formulieren terug moesten worden verwacht. Uiteindelijk werden 59 formulieren terug ontvangen van in totaal 40 stichtingen. Acht stichtingen met gebruikers in het bestuur hebben geen vragenlijsten teruggestuurd, terwijl eveneens acht stichtingen waarvan uit de algemene enquête of het aantal gebruikers in het bestuur onbekend was, òf geen gebruikersparticipatie in het bestuur was gebleken, wèl respondeerden.

Het documentenonderzoek
Twaalf stichtingen werden uitgekozen voor verder onderzoek. Deze stichtingen zijn, naar de mate van vertegenwoordiging, geselecteerd in drie groepen van elk vier stichtingen. Hierbij werden onderscheiden:
- geen vertegenwoordiging van patiënten/gebruikers;
- een vertegenwoordiging zonder overleg met de achterban;
- een vertegenwoordiging die regelmatig met de achterban overlegt;

Deze indeling werd gekozen, omdat wij hiermee drie categorieën hebben met een opklimmende graad van gebruikersvertegenwoordiging. Gebruikers met contact met een achterban stellen wij daarbij dus boven hen die dat contact ontberen.
Elke groep bestaat uit een gelijk aantal dienstverband, en niet-dienstverband stichtingen.

3. GEZONDHEIDSCENTRA EN HUN BESTUREN

Dit hoofdstuk behandelt resultaten van de algemene enquête die werd gehouden onder besturen van gezondheidscentra (zie paragraaf 2.3.2.). Het gaat hier vooral om achtergrondkenmerken. Ingegaan wordt op de stichtingsdoelstelling, het aantal gezondheidscentra in beheer, het al dan niet optreden als werkgever en het vóórkomen van verschillende beleidsorganen binnen het gezondheidscentrum en de vergaderroutines van het bestuur.

3.1. De stichting

3.1.1. De doelstelling

Om een indruk te krijgen van de aard van de stichtingen is gevraagd naar de statutaire doelstelling. Bij de beantwoording hebben de meeste respondenten zich beperkt tot de "kale" doelstelling. De statutaire middelen ter realisatie van dit doel bleven hierdoor buiten beschouwing.
Bij driekwart van de stichtingen (74%) wordt het bieden van geïntegreerde zorg in de doelstelling genoemd. Het bieden van zorg binnen een bepaald omschreven gebied komt bij 66%, en het beheer van middelen bij 23% van de stichtingen in de doelstelling voor.
Samenwerking en gebruikersparticipatie scoren hier betrekkelijk laag, respectievelijk 21 en 11%. Deze onderwerpen werden (evenals het beheer van middelen) voornamelijk bij de statutaire middelen genoemd (tabel 3.1).

Tabel 3.1.: Vermelding van doelstellingen in statuten van de stichtingen

Doelstelling	Stichtingen	
	abs	%
Geïntegreerde zorgverlening	35	74
Wijkgerichtheid	31	66
Beheer middelen	11	23
Samenwerking	10	21
Betrekken van gebruikers	5	11

N = 47
(Meerdere doelstellingen konden worden vermeld)

Door besturen met hulpverleners in dienstverband worden geen andere doelstellingen geformuleerd dan door besturen van niet-dienstverband-stichtingen.

3.1.2. Aantal gezondheidscentra per stichting

Veruit het grootste aantal stichtingen, te weten 47 (85%), exploiteert één gezondheidscentrum. De overige onderzochte stichtingen beheren er meer, variërend van twee tot twaalf gezondheidscentra.

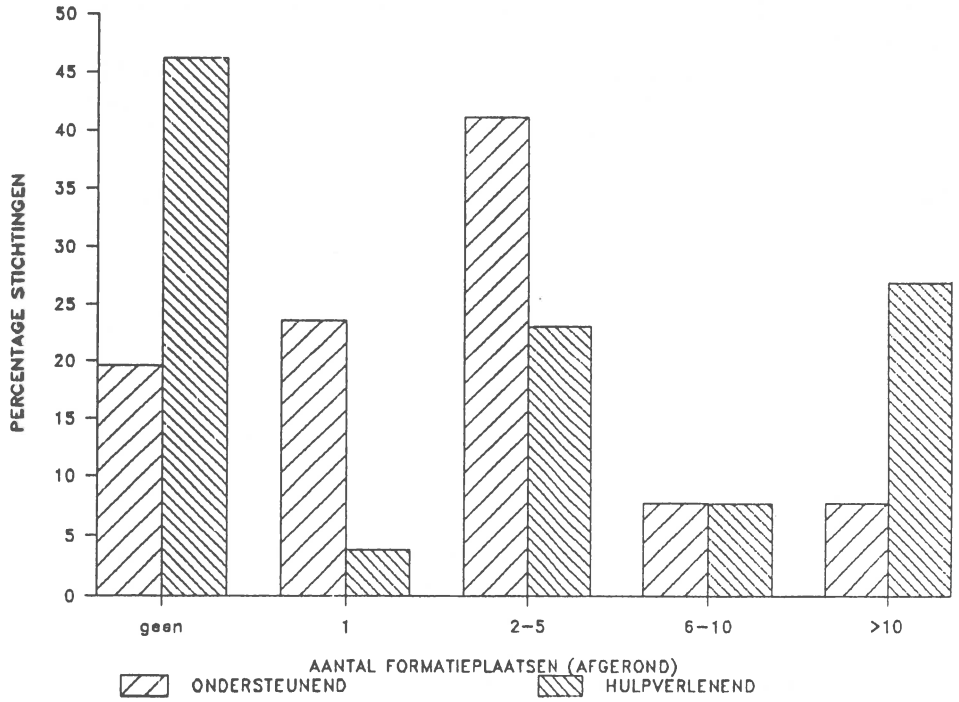
Tabel 3.2.: Aantal gezondheidscentra per stichting

Aantal beheerde centra	Stichtingen	
	abs	%
1	47	85
2	4	7
7	1	2
3	1	2
5	2	2
12	1	2
Totaal	55	100

3.1.3. Personeel in dienst van de stichting

Als stichtingen personeel in dienst hebben, wat niet altijd het geval is, kan dit zeer verschillen naar de aard van de medewerkers en het aantal. Soms is er maar één huishoudelijk medewerker in dienst; soms zijn ook assistentes en administratief personeel in dienst van de stichting. Tenslotte is het ook mogelijk dat huisartsen, fysiotherapeuten en andere hulpverleners de stichting als werkgever hebben.

Figuur 3.1.: Stichtingen en personeel in dienstverband (N=51)



In figuur 3.1. is een overzicht gegeven van het aantal personeelsleden dat in dienst is van de stichting. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen ondersteunend en hulpverlenend personeel.
De figuur dient als volgt gelezen te worden. Ongeveer 20% van de stichtingen heeft geen ondersteunend personeel in dienst; en ruim 45% heeft geen hulpverleners in dienst. Ruim 40% van de stichtingen heeft twee tot vijf ondersteunende personeelsleden in dienst. Bijna een kwart is werkgever van twee tot vijf hulpverleners etc. In het algemeen hebben stichtingen van gezondheidscentra dus een zeer beperkte werkgeversfunctie.

3.2. De bestuurlijke organisatie

Naast het bestuur bestaat een rijke schakering van, in meer of mindere mate, beleidsbepalende organen in gezondheidscentra.
Er is getracht de bestuurlijke organisatie van gezondheidscentra te inventariseren: Hoe vaak vergadert het algemeen bestuur (AB)? Worden er notulen samengesteld? Worden agenda's tevoren verspreid? Hoe is dit voor het dagelijks bestuur (DB)? Is er een dagelijks bestuur? Zijn er ook andere beleidsorganen? Zijn ze bevoegd, en hoe is deze bevoegdheid overgedragen? Is er overleg tussen bestuur en hulpverleners? Waar vindt in de praktijk de besluitvorming plaats?

3.2.1. De vergaderfrequentie van het bestuur

De vergaderfrequentie van de (algemene) besturen van gezondheidscentra blijkt sterk uiteen te lopen. Deze variëert van 2 tot 17 keer per jaar. De meeste besturen vergaderen echter maandelijks, één keer per twee maanden of één keer per kwartaal. Alle bestuursvergaderingen worden genotuleerd en vrijwel altijd wordt de agenda van te voren onder de leden verspreid.
Tweederde van de stichtingen heeft naast het algemeen bestuur een dagelijks bestuur. De vergaderfrequentie loopt sterk uiteen; namelijk van sporadisch tot wekelijkse vergaderingen. Een kwart van de DB-vergaderingen wordt niet genotuleerd en bij meer dan een derde wordt geen agenda verspreid.

3.2.2. Overige beleidsbepalende organen

Bij een stichting berusten formeel alle bevoegdheden in laatste instantie bij het bestuur. In de praktijk heeft het bestuur dikwijls een deel van haar bevoegdheden overgedragen aan een ander orgaan, c.q. andere organen. Gevraagd is in hoeverre hier sprake van is, aan welke organen bevoegdheden zijn overgedragen en hoe deze overdracht is vastgelegd.

Tabel 3.3.: Het vóórkomen van beleidsbepalende organen naast het algemeen- en dagelijks bestuur

Beleidsorganen	Stichtingen	
	abs	%
Geen	11	20
Alleen directeur	5	9
Directeur + ander(e) organen	4	7
Alleen coördinator	11	20
Coördinator + ander(e) organen*	17	31
Overige	7	13
Totaal	55	100

* De combinatie met een directeur (1x) is hierbij niet meegeteld.

Van de 55 stichtingen die zijn ondervraagd hebben er 44 (80%) bestuursbevoegdheden overgedragen aan andere organen. In totaal hebben 37 stichtingen (67%) een directeur en/of coördinator in dienst. Hiervan is bij 9 stichtingen (16%) sprake van overdracht van bevoegdheden aan een directeur en bij 28 (51%) aan een coördinator. Bij één stichting functioneert zowel een directeur als een coördinator. In de overige gevallen (13%) zijn geen bevoegdheden overgedragen aan een directeur of coördinator, maar aan een commissie, het team of anderszins.
Van de 37 stichtingen met een directeur of coördinator zijn er 21 die daarnaast nog één of meer beleidsorganen hebben.

Behalve naar de aanwezigheid van beleidsbepalende organen is gevraagd hoe deze organen bevoegd zijn. In tabel 3.4. zijn de resultaten hiervan gepresenteerd.

Tabel 3.4.: Beleidsbepalende organen en de wijze van overdracht van bevoegdheden

Orgaan	aantal	wijze van overdracht			
		statuten	schriftelijk	mondeling	onbekend
Directeur	9	7 (78%)	2 (22%)	-	-
Coördinator	28	6 (21%)	17 (61%)	4 (14%)	1 (4%)
Commissie	16	3 (18%)	11 (68%)	1 (6%)	1 (6%)
Team	14	4 (29%)	5 (36%)	3 (21%)	2 (14%)
Anders	11	1 (9%)	8 (73%)	2 (18%)	-

Alleen directeuren van gezondheidscentra zijn in meerderheid statutair bevoegd. Van de overige organen is de bevoegdheid doorgaans wel op schrift gesteld, maar is deze niet in de statuten vastgelegd.
Opmerkelijk is dat er coördinatoren zijn, maar ook teams en een commissie, aan wie uitsluitend mondeling bevoegdheden zijn overgedragen.

3.2.3. Mate van structurering

De stichtingen met een directeur in dienst zijn het meest gestructureerd: de bevoegdheden en onderlinge betrekkingen zijn het meest vastgelegd. De directeur is over het algemeen statutair bevoegd en de hulpverleners zijn in dienstverband. Dit zijn ook de grootste stichtingen: gemiddeld ruim 15 formatieplaatsen hulpverleners en bijna 13 formatieplaatsen ondersteunend personeel (Stichting EVA in Almere is hier vanwege de grote omvang even buiten beschouwing gelaten).

Stichtingen met een coördinator zijn minder gestructureerd. De coördinator is meestal niet statutair bevoegd en ook zijn de hulpverleners meestal niet in dienst van de stichting. Waar wel hulpverleners in dienst zijn bedraagt het aantal formatieplaatsen gemiddel 11 à 12. Stichtingen met een coördinator hebben gemiddeld tusen 3 en 4 formatieplaatsen ondersteunend personeel.

De minst gestructureerde stichtingen hebben noch een directeur noch een coördinator in dienst. Deze stichtingen hebben in meerderheid geen hulpverleners in dienst. Als ze wel hulpverleners in dienst hebben, bedraagt het aantal hiervan gemiddel ruim 5 formatieplaatsen. Deze minst gestructureerde stichtingen hebben gemiddeld één formatieplaats beschikbaar voor ondersteunend personeel.

Al met al lijkt het zo te zijn dat directeuren in andersoortige centra werken dan coördinatoren. Hieruit mag afgeleid worden dat het hier niet gaat om verschillende benaming van eenzelfde functie, zoals wel eens verondersteld wordt.

Tabel 3.5.: Directeur en coördinator naar aard van de stichting

Soort stichting	directeur		coördinator		anders	
	abs	%	abs	%	abs	%
Met hulpverleners in dienst	9	100	12	43	8	44
Zonder hulpverleners in dienst	0	-	16	57	10	56
Totaal	9	100	28	100	18	100

3.2.4. Overleg tussen bestuur en hulpverleners

Bij meer dan de helft van de onderzochte stichtingen vindt geen gestructureerd overleg plaats tussen het bestuur en hulpverleners. Bij 24 stichtingen (44%) is dit wel het geval, waarschijnlijk zijn hieronder ook enkele gevallen begrepen waarin hulpverleners deel uitmaken van het besuur zonder dat er sprake is van aparte vergaderingen met de hulpverleners. De frequentie van dit overleg variëert van jaarlijks tot maandelijks, met een gemiddelde van vijf keer per jaar. Waar geen gestructureerd overleg plaats vindt, is uiteraard meestal wel sprake van tenminste enig contact. Doorgaans ligt in de communicatie tussen bestuur en team de nadruk op het ongestructureerde informele overleg.

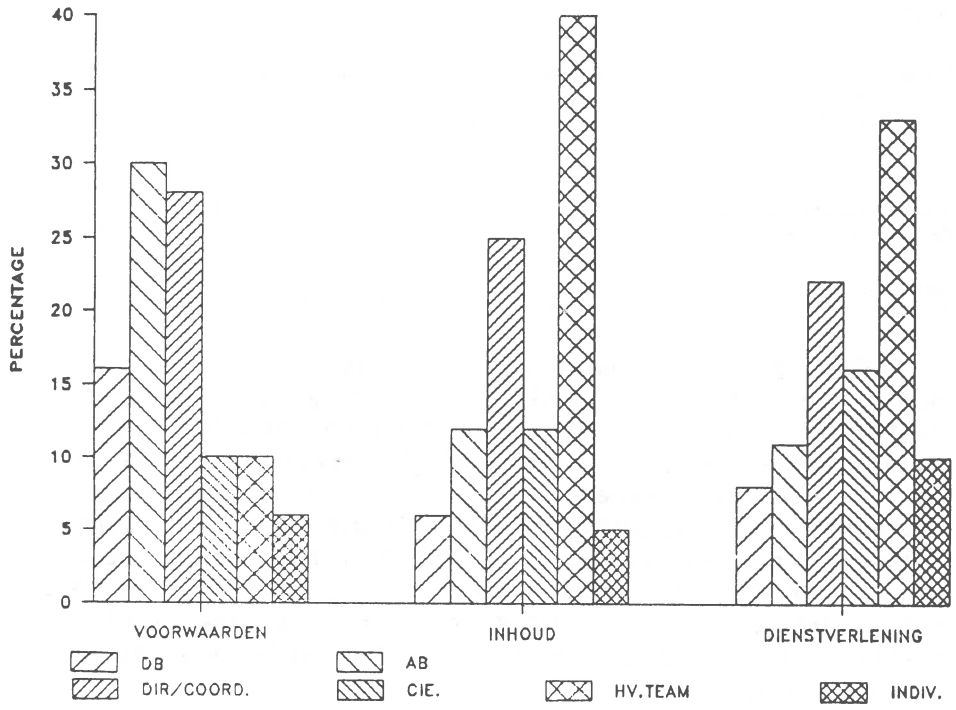
Dit soort overleg vindt in driekwart van de stichtingen plaats. In de enquête werd deze vorm van overleg niet naar de aard en omvang omschreven, maar de indruk bestaat dat hieronder vele vormen werden verstaan. Dit

blijkt ondermeer uit de sterk wisselende frequentie van dit overleg (van 1 tot 104 keer per jaar). Ook werd vaak (bij meer dan 20%) "indien nodig" geantwoord.

3.2.5. Niveaus van besluitvorming

Aan de respondenten werd gevraagd aan te geven bij welke personen of organen ten aanzien van een tiental genoemde beleidszaken het zwaartepunt van de besluitvorming binnen de betreffende stichtingen ligt. Hierbij mocht de respondent niet meer dan één orgaan aankruisen. (Niet alle respondenten hebben zich hieraan gehouden. Per beleidsonderwerp zijn daardoor in het totaal meer dan 55 beleidsorganen genoemd.)
Genoemde zaken zijn onder te verdelen in voorwaardenscheppende zaken (verbouw, personeel, inventaris), inhoudelijke zaken (samenwerking, thuiszorg, preventie) en zaken welke de dienstverlening betreffen (voorlichting, inrichting, klachten, openingstijden).
In figuur 3.2. worden de bevindingen gepresenteerd. Per categorie (bv. algemeen bestuur, dagelijks bestuur, directeur/coördinator etc.) wordt aangegeven wat de relatieve inbreng is met betrekking tot voorwaardenscheppend, inhoudelijk en dienstverleningsbeleid. Bij elk van deze drie categorieën tellen de staatjes op tot 100%.

Figuur 3.2.: Besluitvorming per niveau en per beleidsonderdeel (N=55)



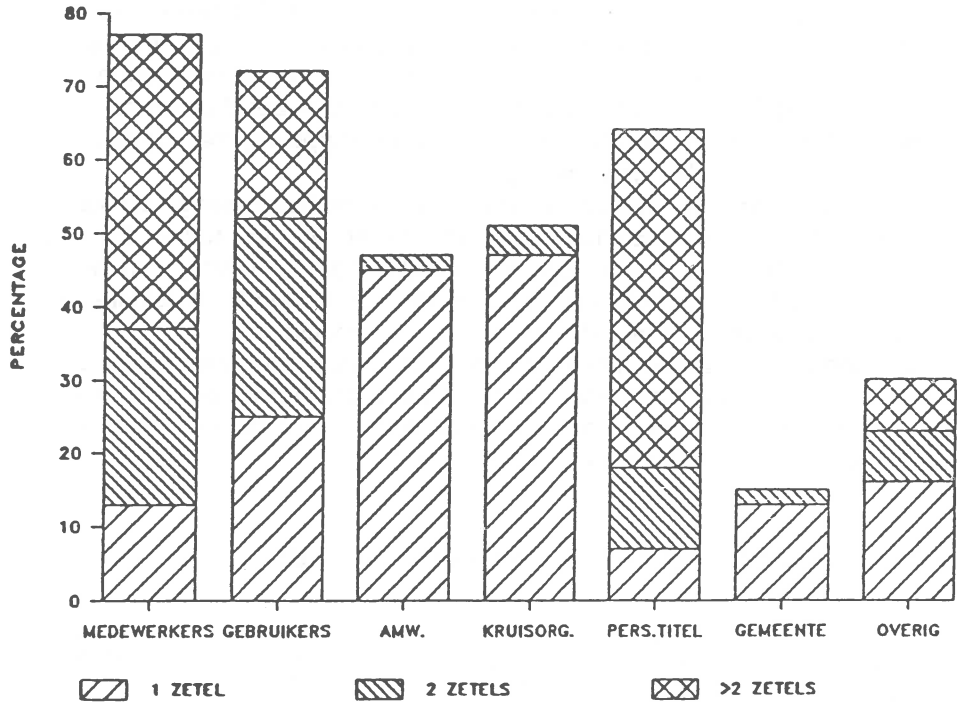
Beslissingen met betrekking tot het voorwaardenscheppend beleid worden vooral genomen door het bestuur en de directeur of coördinator (tezamen 73%). Beleid ten aanzien van inhoudelijke zaken en over dienstverleningsaspecten wordt vooral gevormd binnen het team van hulpverleners en in mindere mate door de directeur/coördinator. Het bestuur blijft ten aanzien van deze zaken ver achter. Met name voor het beleid met betrekking tot de dienstverlening is het opvallend dat het bestuur zo'n bescheiden rol speelt. Hierbij is immers geen sprake van een directe koppeling met de professionele methodiek van de hulpverlening.
Ook de totale rol van de hulpverleners bij de besluitvorming valt op; het zwaartepunt van de besluitvorming ligt vooral bij het team. De directeur/coördinator komt hierbij op de tweede plaats, waarbij kan worden opgemerkt dat de besluitvorming over de verschillende beleidsterreinen binnen deze functie het meest evenwichtig is verdeeld.
Uitsplitsing naar besturen mèt en zonder gebruikersvertegenwoordigers leert dat op alle drie beleidsterreinen aan het team en individuele hulpverleners minder invloed wordt toegekend als gebruikers in het bestuur participeren, en aan de overige personen en organen meer.

3.3. Zetelverdeling in het algemeen bestuur

De helft van de besturen van gezondheidscentra bestaan uit zes, zeven of acht personen. Bij 15% van de stichtingen is dit aantal kleiner en bij 36% is het bestuur groter dan acht personen.
Ruim 80% van de stichtingen kent een formele verdeling van de bestuurszetels. De feitelijke verdeling wijkt hier over het algemeen niet veel van af. In de praktijk zijn meer zetels op persoonlijke titel bezet dan formeel is vastgelegd. Het algemeen maatschappelijk werk en de kruisorganisaties zijn feitelijk iets minder in aantal vertegenwoordigd dan op grond van de formele verdeling zou mogen worden verwacht.
In figuur 3.3 (zie volgende pagina) is de feitelijke verdeling van de bestuurszetels weergegeven.

De medewerkers/hulpverleners zijn het meest in de besturen van gezondheidscentra vertegenwoordigd, namelijk in ruim driekwart van de stichtingsbesturen. Ook gebruikers zijn qua aantal goed vertegenwoordigd. Zij participeren in meer dan 70% van de besturen. Het algemeen maatschappelijk werk en de kruisorganisaties hebben beide in ongeveer de helft van de besturen zitting.
Aan tweederde van de besturen nemen (ook) bestuursleden op persoonlijke titel deel. Gemiddeld bezetten zij in deze besturen 3 à 4 bestuurszetels. Ook medewerkers/hulpverleners hebben meestal in één bestuur meerdere zetels. Hun gemiddelde ligt tussen 2 en 3. Gebruikers participeren in de besturen waarin ze zitting hebben met gemiddeld ruim 2 vertegenwoordigers. Daar waar het algemeen maatschappelijk werk en de kruisorganisaties aan het bestuur deelnemen, doen zij dit in de regel met één bestuurslid.

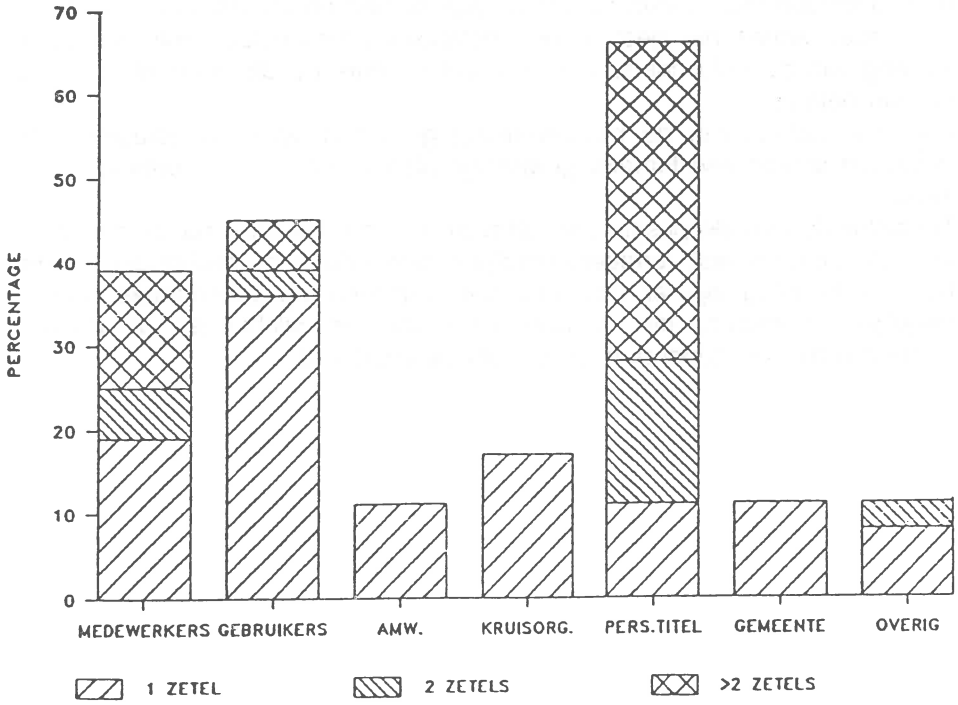
Figuur 3.3.: Vertegenwoordiging in besturen van gezondheidscentra (N=55)



3.4. Het dagelijks bestuur

Tweederde van de stichtingen (67%) heeft naast het algemeen bestuur (AB) een dagelijks bestuur (DB). Het DB bestaat uit twee tot zeven bestuursleden. Soms is er tevens een teamlid, directeur of coördinator als adviserend lid aanwezig. De meeste DB's bestaan uit 3 à 4 leden.
De vertegenwoordiging in het DB wijkt op een aantal punten belangrijk af van die in het AB. Vertegenwoordigers van medewerkers en gebruikers, die in ongeveer driekwart van de algemene besturen zijn vertegenwoordigd, maken slechts van ca. 40% van de DB's deel uit. Ook de detacherende instellingen komen in DB's veel minder voor dan in AB's. Bij bestuursleden op persoonlijke titel zien wij dit verschil niet. In ongeveer tweederde van de AB's zowel als DB's komen zij voor; doorgaans met twee of meer personen. Dagelijkse besturen worden dus getalsmatig nogal gedomineerd door personen die niet een instelling of groepering vertegenwoordigen.

Figuur 3.4.: De verdeling van de bestuurszetels binnen het dagelijks bestuur (N=36)



3.5. Samenvatting

Stichtingen van gezondheidscentra noemen in hun doelstellingen vooral geïntegreerde zorgverlening en wijkgerichtheid. Samenwerking en het betrekken van gebruikers bij de zorgverlening zijn veel minder vaak genoemde items.
Kleinschaligheid is een algemeen kenmerk van deze stichtingen. In verreweg de meeste gevallen wordt slechts één centrum bestuurd, en als er personeel in dienst is gaat het meestal om een klein aantal.
Besturen van stichtingen lijken verschillende posities te hebben in de bestuurlijke organisatie van het gezondheidscentrum. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de zeer uiteenlopende vergaderfrequentie, van sporadisch tot wekelijks, en uit de delegatie van bevoegdheden en de mate waarin die geformaliseerd is. In centra waarin een directeur is aangesteld is meer sprake van structurering en formalisering dan in overige centra. Dit wijst op een andere constellatie en wellicht ook op een verschil in de funkties van directeur en coördinator. Overigens is het overleg tussen bestuur en hulpverleners in de regel ad hoc.

Bij de onderlinge taakverdeling tussen bestuur, directeur/coördinator en hulpverleners ("wie gaat waar over") zien we accentverschilen. In voorwaardenscheppende zaken heeft het bestuur een belangrijke stem, gevolgd door directeur/coördinator. Op inhoudelijk gebied en als het om dienstverlening gaat, speelt het bestuur een betrekkelijk bescheiden rol; hier is de inbreng van de hulpverleners en in mindere mate de directeur of coördinator van belang.
Over het geheel van de besluitvorming genomen, wordt directeuren/coördinatoren steeds een tamelijk gewichtige plaats in de besluitvorming toegekend.
Tenslotte de formele positie van gebruikers in het bestuur. na de medewerkers zijn zij de meest vertegenwoordigde categorie in de stichtingsbesturen. Naar verhouding zijn er ook veel bestuursleden op persoonlijke titel. In dagelijkse besturen, die in tweederde van de stichtingen voorkomen, hebben deze niet-gebonden leden zelfs de overhand.

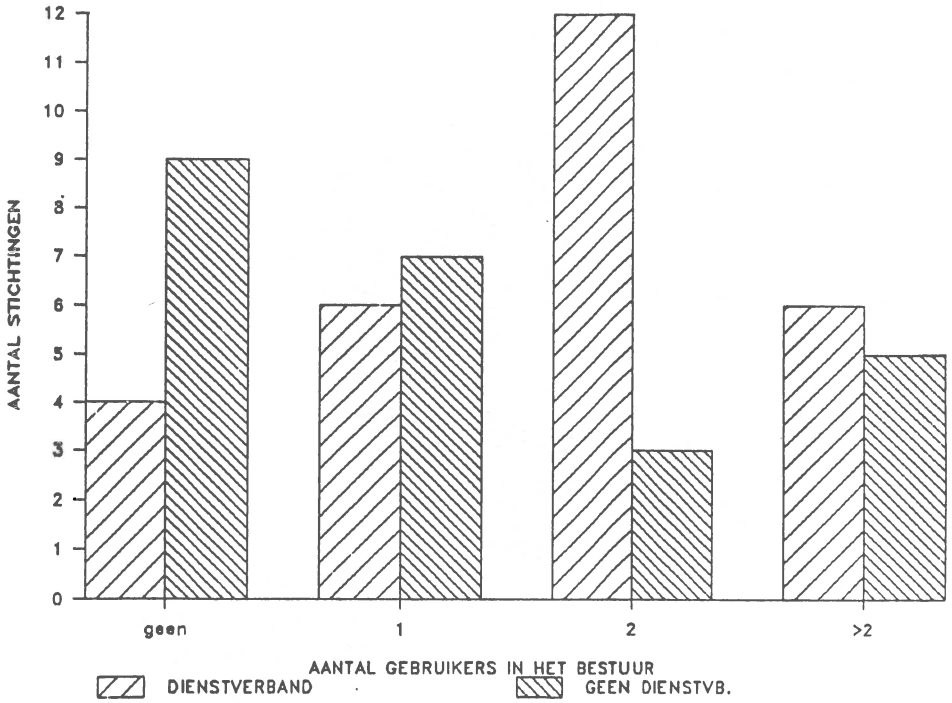
4. DE GEBRUIKER IN HET BESTUUR

In dit hoofdstuk worden de resultaten gepresenteerd van de enquête onder gebruikersvertegenwoordigers in besturen van gezondheidscentra. Behalve het vóórkomen van bestuurlijke participatie, wordt ingegaan op contacten met een achterban, de achtergronden van de gebruikers in het bestuur, hun motivatie en ervaringen. Tot slot worden enkele knelpunten gesignaleerd.

4.1. Algemeen

In het vorige hoofdstuk zagen wij dat gebruikers - in aantal - over het algemeen goed in besturen van gezondheidscentra zijn vertegenwoordigd: in 73% van de besturen participeren ze met één of meer personen (zie figuur 3.3). Uitsplitsing naar dienstverband- en niet-dienstverbandcentra geeft aanzienlijke verschillen te zien, zoals uit figuur 4.1 blijkt. (In deze en volgende figuren is de N niet steeds gelijk in verband met ontbrekende waarden.)

Figuur 4.1.: Bestuurlijke participatie in loondienst- en niet-loondienstcentra (N=52)



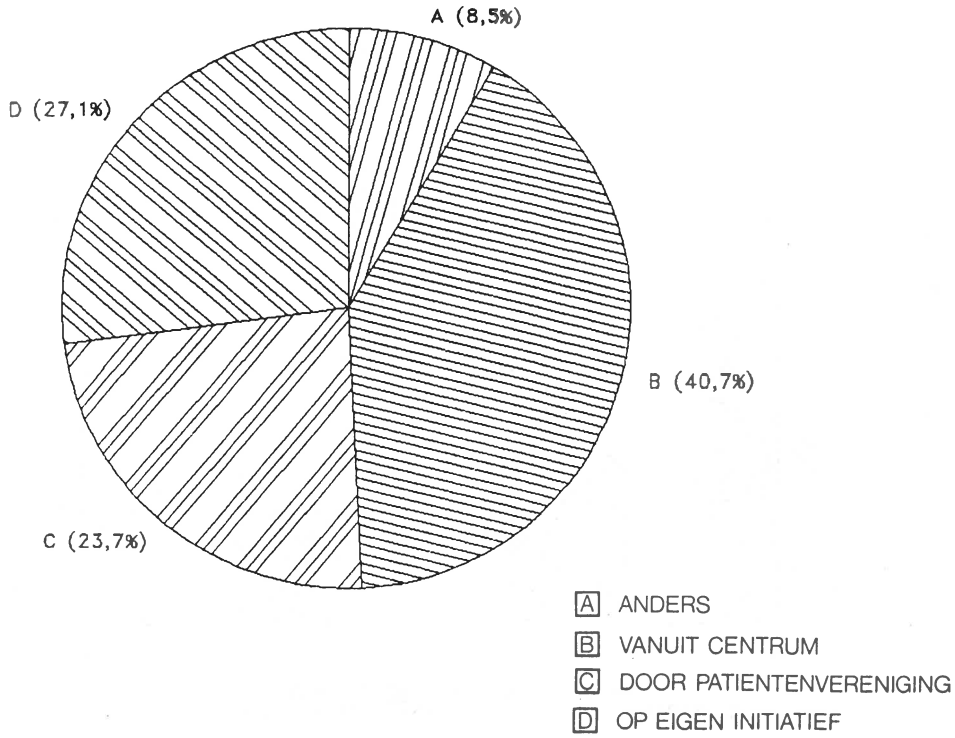
In 86% van de loondienstcentra zitten gebruikers met één of meer zetels in het bestuur. Dit cijfer is voor niet-loondienstcentra aanmerkelijk lager; namelijk 63%. Stichtingen zonder gebruikers in het bestuur zijn voor meer dan tweederde stichtingen zonder hulpverleners in dienstverband.
Bijna alle gebruikersvertegenwoordigers die aan dit onderzoek meededen, namelijk 54 van de 59 (92%) staan ingeschreven bij een huisarts van hetzelfde gezondheidscentrum als waarbinnen zij bestuurlijk participeren. Het is ook niet in alle besturen statutair mogelijk gebruikers van het centrum te vertegenwoordigen zonder één van hen te zijn.

4.2. Vertegenwoordiger of niet?

Een heet hangijzer bij de gebruikersvertegenwoordiging is de zogenaamde "achterbanproblematiek". Het gaat hierbij om het draagvlak van de participatie. Kun je iemand die als individuele patiënt deel uitmaakt van het bestuur een vertegenwoordiger van de patiënten noemen of is hiervoor een concretere achterban noodzakelijk?
In het onderzoek zijn enkele vragen gesteld die de mate van de vertegenwoordiging aangeeft. In het volgende wordt hiervan verslag gedaan.

4.2.1. De werving

Figuur 4.2.: Wijze waarop gebruikersbestuursleden zijn aangezocht



Een groot deel van de gebruikers (41%) dat in een bestuur van een gezondheidscentrum zitting heeft, is door één van de overige bestuursleden of door een hulpverlener/medewerker aangezocht om in het bestuur zitting te nemen. Iets minder dan een kwart is door een patiëntenvereniging gevraagd om (al dan niet namens deze) in het bestuur zitting te nemen. Een vrij grote groep (27%) heeft zelf het initiatief genomen als gebruiker tot het bestuur toe te treden (figuur 4.2).

4.2.2. Het contact met de achterban

Essentieel voor de vraag of de gebruikers als groep door de gebruiker in het bestuur wordt vertegenwoordigd of niet, is de vraag of het bestuurslid al dan niet contacten onderhoudt met de gebruikers.
Opvallend is het grote aantal dat deze contacten niet heeft. Ruim de helft (58%) van het onderzochte aantal gebruikers in het bestuur heeft geen overleg met een achterban. De bestuurders die dit contact wel hebben (42%), overleggen in meerderheid met een patiëntengroepering behorend bij het gezondheidscentrum. Ook vindt overleg plaats met groeperingen buiten het gezondheidscentrum zoals bewoners-verenigingen en regionale patiëntenplatforms (tabel 4.1). De gemiddelde frequentie van overleg bedraagt zeven maal per jaar.

Tabel 4.1.: Overleg van gebruikersvertegenwoordigers met een achterban

Overleg met	vertegenwoordigers	
	abs	%
a. patiëntengroep bij GC	13	22
b. patiëntengroep niet bij GC	3	5
c. andere groep 3	3	5
d. combinatie a + b	5	8
e. combinatie a + c	1	2
Totaal wel overleg	25	42
Geen overleg	34	58
Totaal	59	100

4.2.3. De standpuntbepaling

Behalve de vraag òf er overleg is tussen bestuurder en achterban, is de inhoud van dit overleg van belang voor de mate waarin de gebruikers binnen het bestuur vertegenwoordigd zijn. In het onderzoek is dan ook gevraagd in hoeverre de achterban, bij de standpuntbepaling van haar vertegenwoordigers binnen het bestuur, een rol van betekenis speelt.

Tabel 4.2.: Standpuntbepaling en ruggespraak

Aard van de standpuntbepaling	geregeld overleg		geen overleg		totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
Geheel persoonlijk	2	8	5	72	7	100 (12)
Rekening houdend met 'patiëntenbelang'	12	31	27	69	39	100 (66)
Besproken met achterban	7	88	1	12	8	100 (14)
Vertolking standpunt achterban	4	80	1	20	5	100 (8)
Totaal	25	41	34	59	59	100

(tussen haakjes staan de totaal-kolompercentages)

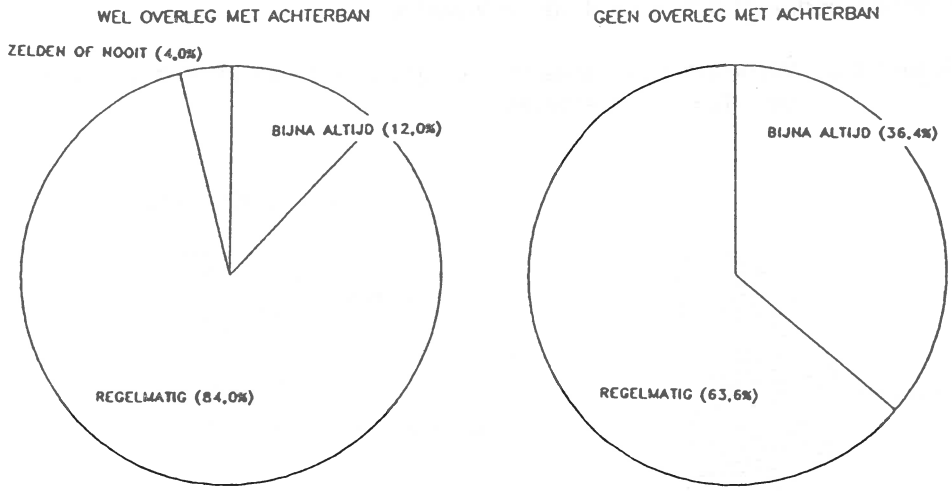
Slechts 8% van de gebruikersvertegenwoordigers in besturen van gezondheidscentra vertolkt binnen het bestuur een standpunt zoals dat door de achterban is ingenomen. Een aantal van 14% bespreekt het in te nemen standpunt tevoren met een achterban. Liefst 78% van de gebruikers in het bestuur neemt een persoonlijk standpunt in (12% zegt hierbij ook geen rekening te houden met de achterban).
Het zal duidelijk zijn dat wij dit het meest aantreffen waar geen overleg met een achterban plaats vindt. Opmerkelijk is wellicht dat de helft van de vertegenwoordigers met achterbanoverleg toch zeggen dat de standpuntbepaling voornamelijk persoonlijk is.

4.2.4. "Socialisatie"

Gebruikers binnen besturen van gezondheidscentra kunnen, ondermeer vanwege een gebrek aan identiteit en binding met de achterban, zichzelf meer als lid van het bestuur beschouwen dan als vertegenwoordiger van de patiënten. Een belangrijke reden hiervoor is het optreden van een soort socialisatie van de vertegenwoordigers. Dit kan des te sterker optreden naarmate er minder controle is vanuit de eigen achterban. Een mogelijk gevolg van deze socialisatie is dat er een groter belang wordt gehecht aan het handhaven van harmonie. Hierbij kan aan feitelijke belangenverschillen voorbij worden gegaan.

In figuur 4.3 (zie volgende pagina) staat het antwoord op de vraag in hoeverre gebruikersbestuursleden het eens zijn met de overige leden. Een kwart van de gebruikers in het bestuur zegt het vrijwel altijd met de overige bestuurders eens te zijn. Het conflictmodel komt nauwelijks voor. Slechts één bestuurder namens gebruikers zegt vrijwel altijd met de overige bestuurders van mening te verschillen. Uit vergelijking van de diagrammen zien we dat gebruikersvertegenwoordigers die geen overleg hebben met een achterban wat meer harmonie rapporteren dan gebruikersvertegenwoordigers met een achterban. De categorie "bijna altijd" is in de linker taart wat kleiner dan in de rechter en de categorie "regelmatig" navenant wat groter. Of dit verband houdt met socialisatie valt met dit materiaal niet te zeggen.

Figuur 4.3.: Consensus tussen gebruikersvertegenwoordiging en overige bestuursleden naar overleg met een achterban (N=25 respectievelijk 33)



Concluderend kunnen we stellen dat er nauwelijks van echte vertegenwoordiging sprake is. Een minderheid van bestuurders onderhoudt contacten met de achterban. De "gebruikersvertegenwoordigers" die de standpuntbepaling (op z'n minst) bespreken met een achterban zijn nog geringer in aantal.
Misschien dat vertegenwoordigers in het bestuur zich toch meer bestuurder voelen dan vertegenwoordiger. Voor een deel is dit een gevolg van de wijze waarop zij in het bestuur zijn toegetreden - meestal naar aanleiding van een verzoek van het bestuur of de medewerkers. Ook vormt dit een verklaring voor het feit dat de principiële belangenverschillen tussen gebruiker en hulpverlener in het bestuur nauwelijks tot uiting komen.
In paragraaf 4.5 worden de ervaringen van de gebruikers in het bestuur besproken. Daar komen we op dit onderwerp terug.

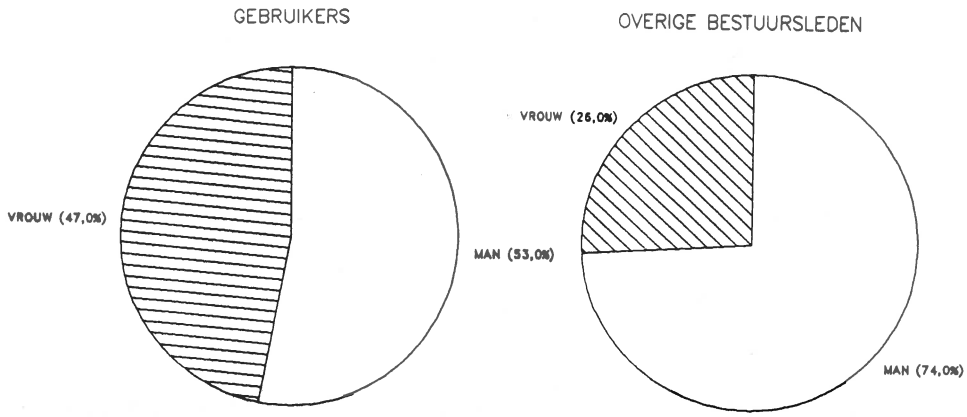
4.3. Achtergronden van de gebruikersvertegenwoordiging

In deze paragraaf wordt gekeken naar de gebruikers binnen het bestuur: onderscheiden zij zich als groep van de overige bestuursleden? Hoe verhoudt hun potentiële bestuurlijke kwaliteit (opleiding, ervaring, maatschappelijk functie etc.) zich met die van de rest van het bestuur? Wat zijn de belangrijkste verschillen?

4.3.1. Geslacht en leeftijd

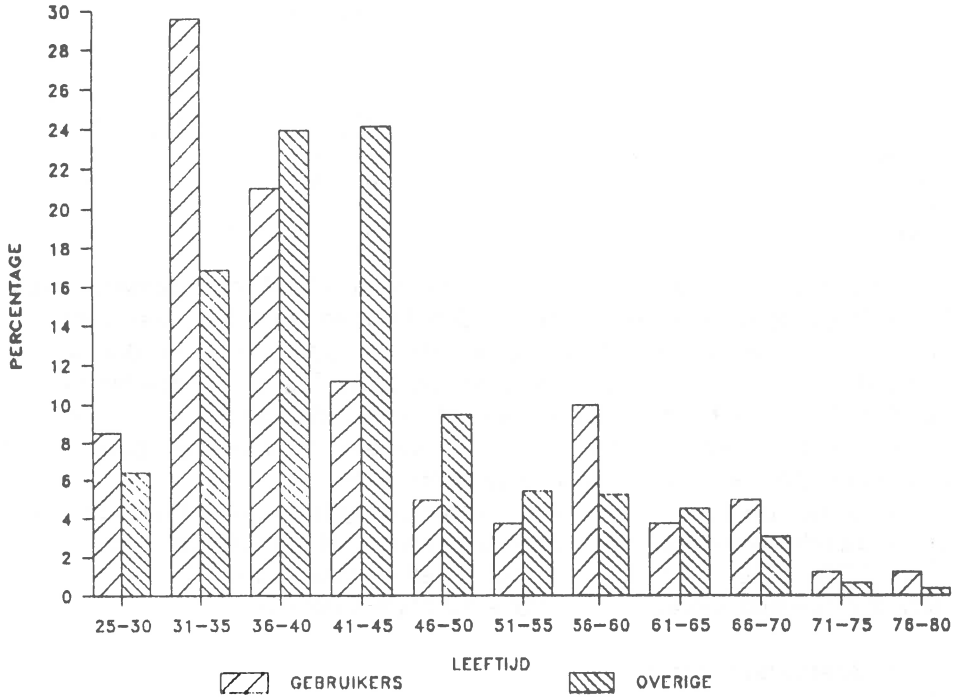
In tegenstelling tot het beeld bij de overige bestuurders van gezondheidscentra, zijn de aantallen vrouwen en mannen onder de vertegenwoordigers van de gebruikers in het bestuur, redelijk in evenwicht. Het percentage mannen bedraagt 53% en dat van vrouwen 47%.

Figuur 4.4.: Verdeling naar geslacht van gebruikers- en andere bestuursleden (N= .. respectievelijk ..)



Voorts zijn de gebruikersvertegenwoorditers gemiddeld enkele jaren jonger dan de overige bestuursleden. Hun gemiddelde leeftijd bedraagt namelijk 40 jaar. Dit is slechts voor een deel te verklaren uit het grotere percentage - gemiddeld jongere - vrouwen. De lagere gemiddelde leeftijd geldt zowel voor mannen als vrouwen. Figuur 4.5 geeft de leeftijdsverdeling weer.

Figuur 4.5.: Leeftijden van gebruikers en overige bestuursleden



4.3.2. Opleidingsniveau en werkkring

Gebruikers die in besturen van gezondheidscentra participeren zijn in het algemeen hoog opgeleid: bijna 80% heeft een hogere of universitaire opleiding. In verhouding tot de overige bestuurders is het percentage dat een universitaire opleiding heeft genoten iets geringer (8%), het percentage met een hogere opleiding is gelijk. Overigens geldt dit niet voor beide sexen. De vrouwelijke gebruikersbestuursleden hebben nl. vaker een universitaire en minder vaak een hogere opleiding dan de mannelijke gebruikersbestuursleden; dit in tegenstelling tot de overige bestuursleden (zie tabel 4.2).

Tabel 4.3.: Opleidingsniveau van gebruikers- en overige bestuursleden naar geslacht

Sekse	Opleidingsniveau									
	% lager		% middelb.		% hoger		% univ.		* N=	
	gebr.	ov.	gebr.	ov.	gebr.	ov.	gebr.	ov.	gebr.	ov.
Mannen	7	-	10	10	46	40	37	50	30	268
Vrouwen	4	-	25	22	39	50	32	29	28	98
Totaal	5	-	17	13	44	43	34	44	58	366

* Door ontbrekende waarden is de N in de verschillende tabellen in dit hoofdstuk niet steeds gelijk.

Tabel 4.4.: Het hebben van een betaalde baan bij gebruikers- en overige bestuursleden naar sekse

Sekse	Betaalde baan					
	% wel		% niet		N=	
	gebr.	ov.	gebr.	ov.	gebr.	ov.
Mannen	77	83	23	17	31	263
Vrouwen	60	83	40	17	28	98
Totaal	69	83	31	17	59	361

Een overgrote meerderheid van de bestuursleden heeft een betaalde werkkring. Mannelijke gebruikersbestuursleden hebben duidelijk vaker dan hun vrouwelijke collega's een betaalde werkkring. Opmerkelijk is dat we dit verschil niet vinden bij de overige bestuursleden. Dat ligt waarschijnlijk aan het feit dat deze bestuursleden, man of vrouw, doorgaans in het bestuur zitten namens een instelling waar ze werken of vanwege persoonlijke kwaliteiten die ook met een functie samenhangen.
Toch ligt het percentage van 60% vrouwelijke gebruikersbestuursleden met een betaalde (veelal part-time) baan ver boven het landelijk gemiddelde van 41% (SCR, 1988). Het zijn dus toch relatief vaker werkende vrouwen die gebruikersbestuurszetels in gezondheidscentra innemen.

4.3.3. Bestuurservaring

Tabel 4.5.: Bestuurservaring elders van gebruikers- en overige bestuursleden naar geslacht

Sekse	Bestuurservaring					
	% wel		% niet		N=	
	gebr.	ov.	gebr.	ov.	gebr.	ov.
Mannen	81	84	19	16	31	257
Vrouwen	61	61	39	39	28	87
Totaal	71	78	29	22	59	344

Rond driekwart van de bestuursleden heeft ook elders bestuurlijke ervaring (gehad). Gebruikers en anderen verschillen daarin weinig. Wel is er een duidelijk verschil tussen mannen en vrouwen; mannen hebben vaker ook elders bestuurservaring opgedaan.

4.3.4. Duur van het bestuurslidmaatschap

Ten aanzien van de duur van het bestuurslidmaatschap is de groep gebruikersvertegenwoordigers exact gelijk aan het algemene beeld. De gemiddelde duur is ca. vier jaar, 5% participeert langer dan tien jaar en 44% zit korter dan twee jaar in het bestuur.

4.4. De belangrijkste verschillen met de overige bestuurders

In de vorige paragraaf zijn de achtergronden van de gebruikers in besturen van gezondheidscentra besproken en vergeleken met de andere bestuursleden. In deze paragraaf worden de belangrijkste verschillen nogmaals op een rijtje gezet in een schema.

Schema 4.1.: Gebruikers en overige bestuurders vergeleken

	GEBRUIKERS	OVERIGE BESTUURDERS
GESLACHT	53% mannen 47% vrouwen	74% mannen 26% vrouwen
LEEFTIJD	gemiddelde leeftijd: mannen 41 jaar vrouwen 38 jaar totaal 40 jaar	gemiddelde leeftijd: mannen 45 jaar vrouwen 39 jaar totaal 43 jaar
OPLEIDING	lager 5% middelbaar 17% hoger 44% universitair 34%	lager - middelbaar 13% hoger 43% universitair 44%
WERK	betaald werk 69% geen betaald werk 31% vrouwen werken meestal part-time, mannen meestal full-time	betaald werk 83% geen betaald werk 17% verschillen t.a.v. part-time/ full-time niet bekend
BESTUURSERVARING	71% heeft elders bestuurlijke ervaring opgedaan	80% heeft elders bestuurlijke ervaring opgedaan
ZITTINGSDUUR	gemiddelde zittingsduur bedraagt ca. 4 jaar; 44% zit korter dan 2 jaar in het bestuur	idem

4.5. Opvattingen van gebruikersvertegenwoordigers

Zijn gebruikers in besturen van gezondheidscentra tevreden over hun inbreng in het bestuur? En die van het bestuur zelf? Wat zijn eigenlijk hun belangrijkste motieven om bestuurlijk binnen een gezondheidscentrum te participeren? Hoe staan ze tegenover de ontwikkelingen in de gezondheidszorg zoals de "Dekker plannen"?
Deze paragraaf gaat op bovenstaande vragen in.

4.5.1. Gebruikersvertegenwoordigers en hun motieven

De gebruikersbestuursleden werd gevraagd om, uit vier verschillende doelen van participatie de voor hen meest aansprekende doelstelling aan te

geven. Ook werd naar de minst aansprekende doelstelling gevraagd. In tabel 4.6 zijn de resultaten gepresenteerd.

Tabel 4.6.: Gebruikersvertegenwoordigers en hun motieven

Doelstelling	Meest aansprekend		Minst aansprekend	
	abs	%	abs	%
Verbeteren van de kwaliteit van de eerste-lijnsgezondheidszorg	29	49	0	0
Behartiging van het consumentenbelang	17	29	5	8
De democratisering van de gezondheidszorg	7	12	14	24
Persoonlijke ontplooiing ten dienste van een algemeen belang	6	10	40	68
	59	100	59	100

Het verbeteren van de kwaliteit wordt algemeen als belangrijkste doelstelling gezien. Deze doelstelling scoort als meest aansprekende doelstelling het hoogst (49%) en als minst aansprekende heeft niet één respondent deze doelstelling genoemd.
De democratiseringsdoelstelling is misschien wat op zijn retour. In elk geval spreekt deze slechts 12% het meeste aan, terwijl bijna een kwart dit de minst aansprekende doelstelling vindt. Behartiging van de consumentenbelangen spreekt meer aan. Dit wordt door 29% als meest, en door 8% als minst van toepassing zijnde doelstelling genoemd. De persoonlijke ontplooiing wordt vrij algemeen als minst aansprekende doelstelling gezien. Toch spreekt deze doelstelling 10% van de gebruikers in het bestuur het meeste aan.
Er blijkt geen verband te bestaan tussen de voorkeur voor één van de doelstellingen en de mate van contact met de achterban. Ook ten aanzien van de leeftijd bestaat er geen verband.

4.5.2. Gelegenheid tot inbreng

Hoe ervaren gebruikersvertegenwoordigers hun positie binnen het bestuur. Vinden ze dat de anderen hen voldoende gelegenheid laten hun inbreng te geven, of hebben ze, extreem gesteld, meer het gevoel "voor spek en bonen" in het bestuur te zitten. In de enquête is de gebruikers hiernaar gevraagd. Hierbij hadden de respondenten de mogelijkheid hun (meerkeuze) antwoord toe te lichten.
De overgrote meerderheid van de gebruikers in besturen van gezondheidscentra oordeelt positief over de mate waarin zij in de gelegenheid worden gesteld bestuurlijk te functioneren. Bijna 60% ervaart zonder meer voldoende gelegenheid; 14% vindt dat deze te wensen over laat (tabel 4.7). Gebruikers die regelmatig overleg hebben met een achterban zijn iets minder tevreden, maar een duidelijke relatie tussen deze twee factoren is niet aangetoond.

Tabel 4.7.: Gelegenheid tot inbreng, naar het hebben van overleg met een achterban

Voldoende gelegenheid	Wel overleg		Geen overleg		Totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
zonder meer	12	50	22	64	34	59
doorgaans wel	8	33	8	24	16	28
af en toe	3	13	1	3	4	7
onvoldoende	1	4	3	9	4	7
Totaal	24	100	34	100	58	100

Uit de toelichtingen op deze vraag blijkt dat degenen die niet zonder meer voldoende gelegenheid ervaren, dit aan een drietal factoren toeschreven. Deze zijn:

1. De overige bestuurders hebben directe (financiële) belangen. Dit geldt in centra waar de hulpverleners zelf in het bestuur zitting hebben.
2. De besluitvorming wordt gedomineerd door het dagelijks bestuur. Besluiten worden in het DB volledig voorgekookt.
3. De besluitvorming beperkt zich vooral tot het voorwaardenscheppende beleid. Inhoudelijke zaken komen in het bestuur nauwelijks aan de orde.

4.5.3. Richting geven

Met dat laatste punt is een belangrijke kwestie aangesneden. Al eerder zagen we besturen zich voornamelijk met het voorwaardenscheppende beleid bezighouden en feitelijk vaak niet aan de inhoud van het beleid toekomen.
In het onderzoek is gevraagd in hoeverre de gebruikers in besturen van gezondheidscentra tevreden zijn met de mate waarin het bestuur richting geeft aan "de gang van zaken" binnen de gezondheidscentra. Ook hier kon het antwoord worden toegelicht.

Tabel 4.8.: Tevredenheid over het bestuursbeleid naar overleg met een achterban

Voldoende richting	Wel overleg		Geen overleg		Totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
zonder meer	5	20	4	12	9	15
doorgaans wel	8	32	23	67	38	53
niet altijd	6	24	4	12	10	17
onvoldoende	6	24	3	9	9	15
Totaal	25	100	34	100	59	100

Twee elementen bij de beantwoording vallen op. In de eerste plaats is het globale beeld veel minder positief dan bij de vraag naar het al of niet ervaren van voldoende gelegenheid tot inbreng door bij gebruikers. In de tweede plaats is er nu een groter verschil tussen gebruikers met een achterban en gebruikers zonder; gebruikers die wel regelmatig met een

achterban overleggen, zijn minder tevreden. Op de mogelijke oorzaken hiervan komen wij later terug. Nu eerst enkele cijfers. Ruim tweederde is doorgaans of zonder meer tevreden, echter eenderde van de gebruikers is matig of onvoldoende tevreden over de mate waarin het bestuur richting geeft aan het beleid van het gezondheidscentrum (tabel 4.8).
Uitsplitsing voor wel of geen overleg met een achterban geeft een duidelijk verschil te zien. Van degenen die met een achterban overleggen, is bijna de helft niet tevreden over het richting geven door het bestuur; van hen die dat overleg niet hebben, is slechts 21% niet tevreden.
Als we kijken naar de reden waarom gebruikers in het bstuur minder of niet tevreden zijn, komt een aantal zaken naar voren. Deels zijn deze ook in de vorige paragraaf genoemd.

1. Het meest genoemd wordt het gemis aan inhoudelijke inbreng door het bestuur. Vrij algemeen is het gevoel dat het bestuur zich teveel met de randvoorwaarden bezig houdt en te weinig met de inhoud van de hulpverlening. Hierbij wordt door sommigen opgemerkt dat de hulpverleners hier ook niet altijd voor open staan.
2. Het bestuur heeft een te grote afstand tot het gezondheidscentrum.
3. Ook de bestuurssamenstelling wordt weer genoemd. Hulpverleners in het bestuur blijken de overige bestuursleden vaak te overvleugelen. Het vrijwillige karakter van de bestuursfunctie is hier mede debet aan.
4. Verschillende keren wordt het ontbreken van (een adequate) doelstelling genoemd als oorzaak voor een min of meer afwachtende houding van het bestuur.
5. Het ontbreken van een achterban wordt door één respondent genoemd als een reden waarom weinig inhoud wordt gegeven aan het bestuursbeleid.

4.5.4. Toekomst voor gebruikersparticipatie

De gezondheidszorg is in beweging. Aan de gebruikersvertegenwoordigers is gevraagd wat hun toekomstverwachtingen zijn voor de participatie door gebruikers in het licht van deze ontwikkelingen.

De meeste vertegenwoordigers verwachten in een meer marktgerichte gezondheidszorg een grotere rol te kunnen gaan spelen. Of zoals een bestuurslid het uitdrukt: "Door de commissie Dekker wordt een legitimatie verschaft aan de participatie door gebruikers". Hierbij wordt vooral aan belangenbehartiging gedacht. Verwacht wordt dat belangentegenstellingen zich binnen gezondheidscentra duidelijker zullen aftekenen. Vertegenwoordigers kunnen de kwaliteit niet alleen van de zorg, maar ook van de dienstverlening aan de client bewaken. Zij kunnen als het ware een antennefunctie vervullen voor klachten en onvrede onder de gebruikers. Voorwaarde hiervoor is echter wel dat de vertegenwoordigers aanspreekbaar zijn (o.a. door het houden van spreekuren). Veel gebruikers verwachten dat gezondheidscentra hun concurrentiepositie zullen versterken door rekening te houden met wat er onder de patiënten leeft: "Het is een goed kwaliteitskenmerk wanneer een gezondheidscentrum zijn gebruikers de kans geeft mee te denken en te beslissen in beleidszaken". Veel bestuursleden wijzen

op het belang dat de gebruikersvertegenwoordiger voldoende deskundigheid bezit: "Het is niet voldoende de stem van de patiënten te zijn, maar men moet ook kunnen vooruitzien op nieuwe ontwikkelingen en daarin een goede afweging kunnen maken".
Twee vragen krijgen in de beantwoording opvallend vaak de aandacht. In de eerste plaats is dit de vraag of participatie op het bestuurlijk nivo wel de meest zinvolle participatievorm is. De één vraagt zich het nut ervan af, de ander vindt dat de gebruiker via het bestuur structureel en wezenlijk zijn stem kan laten horen en kan meebeslissen over het beleid. Waarschijnlijk speelt hierbij de positie van het bestuur binnen het gezondheidscentrum een belangrijke rol: is er een grote afstand tussen bestuur en werkers of is deze afstand niet zo groot en participeren bijvoorbeeld werkers en bestuurders gezamenlijk in commissies en werkgroepen? Ook de bestuurlijke deskundigheid en het contact met de achterban speelt hierbij waarschijnlijk een belangrijke rol.
In de tweede plaats wordt de vraag gesteld wie er het beste namens de patiënten in het bestuur kan zitten. Is dit iemand uit de directe patiëntenkring of iemand vanuit een patiëntenorganisatie die wat meer afstand tot het gezondheidscentrum heeft? Het eerste heeft als nadelen dat de persoonlijke en vertrouwensrelatie, die je als patiënt met de hulpverleners hebt, verstoord kan raken door het bestuurswerk (één respondent overweegt om deze reden een andere huisarts te zoeken). Een ander nadeel is het probleem dat de gebruikers moeilijk te mobiliseren zijn. Vertegenwoordiging vanuit een patiëntenorganisatie heeft deze nadelen in mindere mate en het voordeel dat gemakkelijker een specifieke deskundigheid kan worden opgebouwd. Daar tegenover staat dat mogelijk minder betrokkenheid wordt ervaren met het gezondheidscentrum waardoor bijvoorbeeld niet op andere nivo's in commissies wordt geparticipeerd. Hierdoor blijft mogelijk de afstand tussen bestuurders en werkers groot.

4.6. Samenvatting

Dit hoofdstuk handelt over de positie van gebruikersparticipatie en -participanten in de stichtingsbesturen, zowel ten opzichte van een eventuele achterban, als ten opzichte van de overige bestuursleden. Deze participatie blijkt zich in dienstverbandcentra beduidend meer voor te doen dan in niet niet-dienstverbandcentra.
Wat betreft de verhouding tot de achterban is gekeken naar de wijze waarop men voor het bestuurslidmaatschap is aangezocht, het bestaan van contacten met een patiëntengroep en daarmede verband houdend hoe de standpuntbepaling is in het bestuur.
Nog geen kwart van de gebruikersbestuursleden is via een patiëntengroep in het bestuur gekomen. Meestal is men persoonlijk benaderd vanuit het centrum of heeft men zelf stappen ondernomen. Een meerderheid heeft geen contacten met wat een achterban genoemd zou kunnen worden. Contacten die er zijn, hebben plaats met een patiëntengroep verbonden

aan het gezondheidscentrum. Het is niet verantwoordelijk dat bij minder dan een kwart van de gebruikersbestuursleden standpunten worden ingenomen na raadpleging van een dergelijke groep. Gesteld kan dan ook worden dat in de meeste gevallen niet gesproken kan worden van feitelijk patiëntenvertegenwoordiging.
Met betrekking tot de positie ten opzichte van de andere leden van het bestuur wordt door de gebruikers in het bestuur een harmonieus beeld gerapporteerd. In de meeste gevallen is er doorgaans consensus met die andere bestuursleden. Gebruikersleden **met** een achterban laten zich hierover iets minder gunstig uit.
Achtergrondkenmerken van bestuursleden omtrent leeftijd, opleiding, werkkring e.d. kunnen informatie verschaffen waaruit de gelijkwaardigheid van de bestuursleden kan worden afgeleid. Gebruikersbestuursleden blijken iets jonger te zijn dan de overige leden. Wat betreft hun opleiding doen ze nauwelijks onder voor de overige bestuursleden; ze zijn allemaal hoog tot zeer hoog opgeleid. Vrouwelijke gebruikers in het bestuur zijn relatief zelfs wat hoger opgeleid dan overige vrouwelijke bestuursleden.
In het algemeen hebben gebruikersbestuursleden minder vaak een betaalde baan dan de overigen. Vrouwelijke gebruikers in het bestuur hebben evenwel veel vaker een betaalde baan dan gemiddeld in Nederland. Wat bestuurservaring betreft, onderscheiden beide categorieën bestuursleden zich niet van elkaar; ongeveer driekwart heeft elders al bestuurservaring opgedaan.
Gevraagd naar de tevredenheid met de mogelijkheid een inbreng te leveren in het bestuur, antwoordt een grote meerderheid positief (al zijn degenen met een achterban iets minder tevreden). Wel is men kritischer over de invloed van het bestuur in het algemeen op de gang van zaken in het gezondheidscentrum. En hier zijn de bestuursleden met een achterban beduidend kritischer dan die zonder een achterban. Vooral de inhoudelijke inbreng van het bestuur wordt te gering geacht. Ook vindt men de afstand tussen het bestuur en de "werkvloer" te groot en vindt men soms dat vertegenwoordigers van de medewerkers in het bestuur te veel domineren.
Wat het toekomstperspectief betreft, wordt verschillend geoordeeld over het nut van bestuurlijke participatie. Waar men hoopvol is worden mogelijkheden gezien met de invoering van marktelementen in de gezondheidszorg. Men ziet hier een mogelijke nieuwe legitimatie voor patiënten- of gebruikersparticpatie. In dit verband wordt meer aandacht voor belangenbehartiging bepleit. Het "oude" democratiseringsideaal lijkt daarbij als motief voor participatie meer en meer op de achtergrond te raken. Het scoort laag op de vraag naar de persoonlijke drijfveren om als gebruiker in het bestuur te participeren. Verbetering van de zorgkwaliteit en belangenbehartiging worden veel vaker genoemd.

5. BESTUURLIJKE PARTICIPATIE EN BELEID

Nadat we in de twee voorgaande hoofdstukken zijn ingegaan op de stichtingsbesturen van gezondheidscentra en de formele en feitelijke postie van gebruikersvertegenwoordigers daarin, besteden we nu aandacht aan "de output" van het bestuur; waar houden besturen zich mee bezig en onderscheiden besturen mèt gebruikersvertegenwoordigers zich van besturen zonder dezen?

5.1. Werkwijze

Aan de 62 stichtingen die hun medewerking aan het eerste deel van het onderzoek hebben toegezegd, is - na uitleg over de bedoeling ervan - gevraagd ook aan het documentenonderzoek deel te nemen (zie ook paragraaf 2.3.2.). Hierop hebben 39 stichtingen (63%) positief gereageerd. Hieruit zijn twaalf stichtingen gekozen waarbij dit onderzoeksdeel heeft plaats gevonden. Bij de selectie is gekeken naar de mate van vertegenwoordiging en het al dan niet in dienst hebben van de hulpverleners. Zo ontstonden zes groepen. Per groep werden twee stichtingen gekozen. Tabel 5.1 laat de verdeling zien.

Tabel 5.1.: Selectie van stichtingen ten behoeve van notulenonderzoek

	VERTEGENWOORDIGING			
DIENSTVERBAND	geen vertegenw.	zonder overleg	met overleg	totaal
Geen dienstverband	2	2	2	6
Wel dienstverband	2	2	2	6
Totaal	4	4	4	12

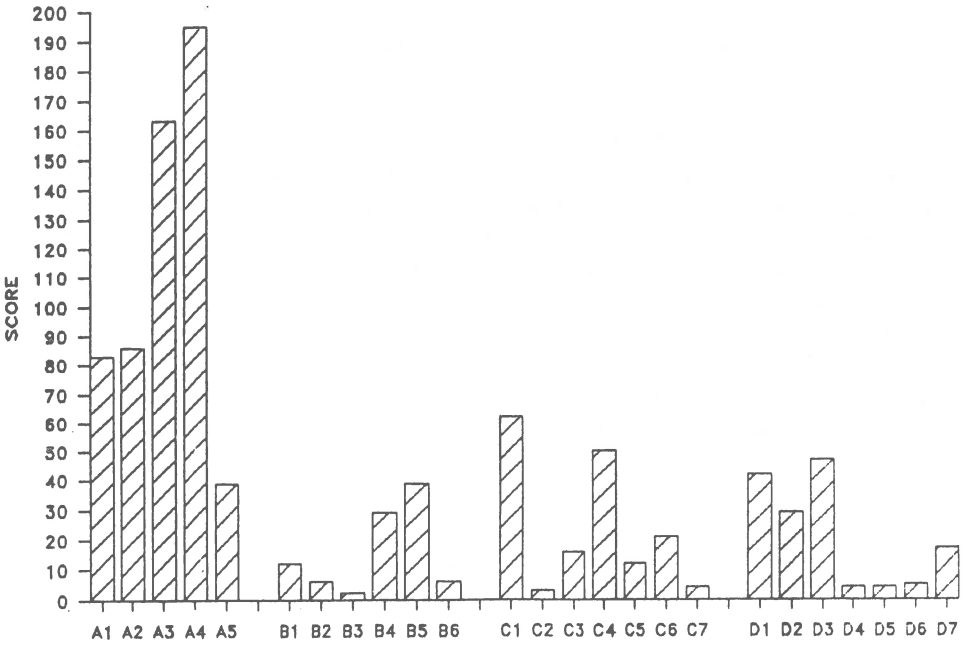
Van de twaalf geselecteerde stichtingen werden de bestuursnotulen onderzocht die betrekking hadden op de periode van 1 januari tot en met 31 december 1988.
Met behulp van het, in de bijlage weergegeven, scoringsformulier is per bestuursvergadering geïnventariseerd welke zaken aan de orde kwamen. Vervolgens zijn deze zaken naar aard ingedeeld in voorwaardenscheppend, inhoudelijk, strategisch of klantgericht beleid. Door middel van een score werd aangegeven hoeveel gewicht en aandacht de betreffende zaken in de vergadering hebben gekregen. Enerzijds werd de hoeveelheid aandacht beoordeeld, en anderzijds werd beoordeeld of er over het betreffende onderwerp besluitvorming heeft plaatsgevonden. De aandacht die een onderwerp kreeg, werd op de volgende manier gescoord: een 1 voor weinig, een 2 voor matig en een 3 voor veel aandacht. Als over het onder-

werp duidelijk een besluit werd genomen, werd de score verdubbeld. Als zodanig scoorde een onderwerp uit de notulen dus minimaal 1 en maximaal 6 punten.
Het zal duidelijk zijn dat we gewerkt hebben met een betrekkelijk grof observatie-instrument, waarmee slechts globale typeringen gemaakt kunnen worden van besturen; meer was ook niet nodig in het kader van deze studie.
Het ging ons in dit onderzoek niet in de eerste plaats om de inhoud van specifiek beleid, maar om de aard ervan. Dit betekent dat niet zozeer de gescoorde puntenaantallen van belang zijn, maar de verhouding tussen scores van de verschillende beleidsgebieden. Met behulp van de gescoorde punten is het mogelijk per bestuur het relatieve aandeel van een beleidsgebied te bepalen, en zo de verschillende stichtingen met elkaar te vergelijken.

5.2. De aandacht voor verschillende beleidsterreinen

Voordat zal worden ingegaan op de relatie tussen de mate van vertegenwoordiging en het bestuursbeleid enerzijds en de loondienstkarakter en het bestuursbeleid anderzijds, worden in deze paragraaf allereerst de resultaten in algemene termen besproken.
In figuur 5.1 (zie volgende pagina) is een overzicht gegeven van de mate waarin de onderzochte besturen zich in aandacht en besluiten hebben bezig gehouden met de onderscheiden beleidsterreinen.
Deze figuur kwam tot stand door de per beleidsterrein gescoorde punten van de twaalf onderzochte besturen bij elkaar op te tellen. Dat we van de 78 bestuursvergaderingen in totaal 976 punten scoorden, is van minder belang dan de onderlinge verhouding tussen de onderscheid categorieën.
Het meest opvallend in de gepresenteerde figuur is de hoeveelheid aandacht die het voorwaardenscheppend beleid van het bestuur vergt. (Misschien is dit beter te formuleren als de hoeveelheid taken in de voorwaardenscheppende sfeer die het bestuur op zich neemt). Vooral het financiële beheer en het beheer van de organisatie scoren hoog. Bij het laatste moet worden gedacht aan zaken als wisseling van bestuursleden, taak- en functie-omschrijving coördinator, opstellen huishoudelijk regelement, perikelen rond detachering e.d. Overigens krijgt de organisatie ook binnen het strategisch beleid relatief veel aandacht. Hierbij gaat het dan bijvoorbeeld om de plaats of de formele samenstelling van het bestuur. In het algemeen kan worden gesteld dat gezondheidscentra gedurende de onderzoeksperiode duidelijk bezig zijn geweest zich te bezinnen op de eigen organisatie. Mogelijk speelt hierbij een rol dat veel gezondheidscentra relatief jong zijn en nog bezig zijn zich te ontwikkelen.

Figuur 5.1.: De gezamenlijke bestuursoutput van de onderzochte besturen



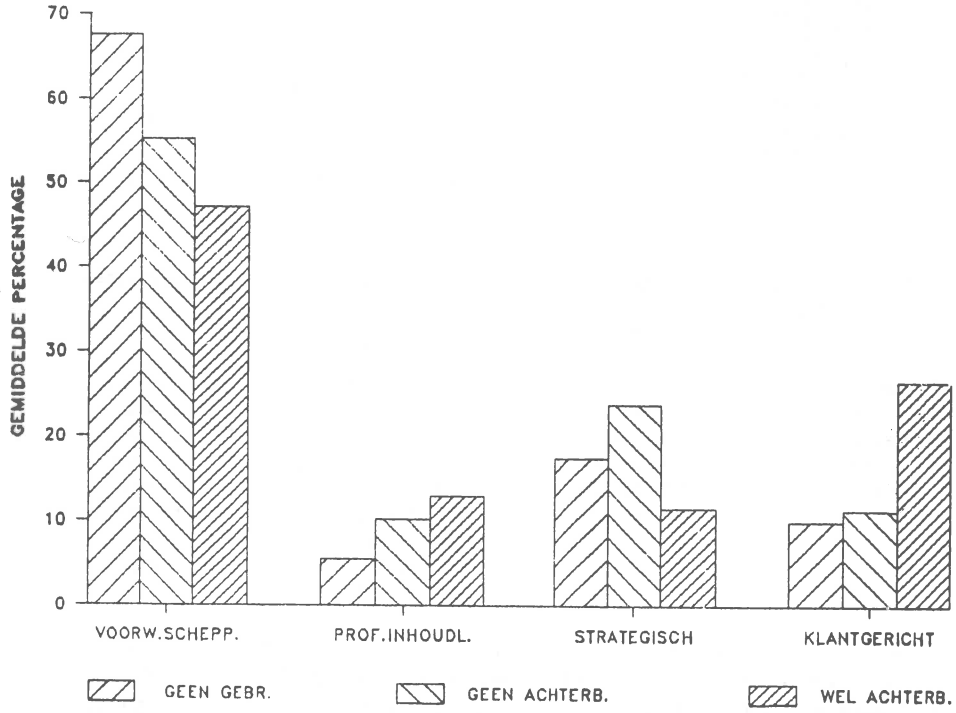
A. VOORWAARDEN-SCHEPPEND	B. PROFESSIO-NEEL/INHOU-DELIJK	C. STRATEGISCH	D. KLANT GERICHT
A1 gebouw	B1 samenwerking	C1 externe samenw.	D1 informatie ver-schaffen
A2 personeel	B2 scholing	C2 doelen	D2 bereikbaarheid
A3 financiën	B3 toetsing	C3 ontwikkelingen	D3 klachten
A4 organisatie	B4 zorgbeleid	C4 structuur	D4 incasso
A5 overig	B5 kwaliteit	C5 public relations	D5 dienstverlening
	B6 overig	C6 sterkte/zwakte	D6 privacy
		C7 overig	D7 overig

De drie overige beleidsgebieden blijven ten opzichte van het voorwaardenscheppende beleid achter. Wel is aan de figuur goed te zien dat twee door de Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra onder haar leden verspreide nota's niet onopgemerkt zijn gebleven. Dit betreft een discussienota over kwaliteitskenmerken van gezondheidscentra en een nota waarin een model klachtenregelement is aangegeven. De bijbehorende beleidscategorieën (B5 en D3) kregen hierdoor betrekkelijk hoge scores.
Tot zover dit algemene beeld. In de volgende paragraaf zal meer specifiek worden ingegaan op de relatie tussen vertegenwoordiging en het bestuursbeleid.

5.3. Het bestuursbeleid en de mate van vertegenwoordiging

In figuur 5.2 is een overzicht gepresenteerd van de bevindingen per onderzoekscategorie en per beleidsonderdeel. In tegenstelling tot het algemene beeld dat in de vorige paragraaf werd besproken en waarbij de absolute scoringsgetallen werden gehanteerd, gaat het hier om de relatieve score per beleidsonderdeel. Per bestuur is gekeken hoe de vier genoemde beleidsonderdelen zich tot elkaar verhouden. Hiertoe werden de per onderdeel gescoorde punten als percentage aangegeven van het door dat bestuur totaal aantal gescoorde punten. De staven in de grafiek geven per beleidsonderdeel het gemiddelde van de percentages van de betreffende stichtingen weer.

Figuur 5.2.: De aard van de bestuurlijke activiteiten naar de mate van vertegenwoordiging

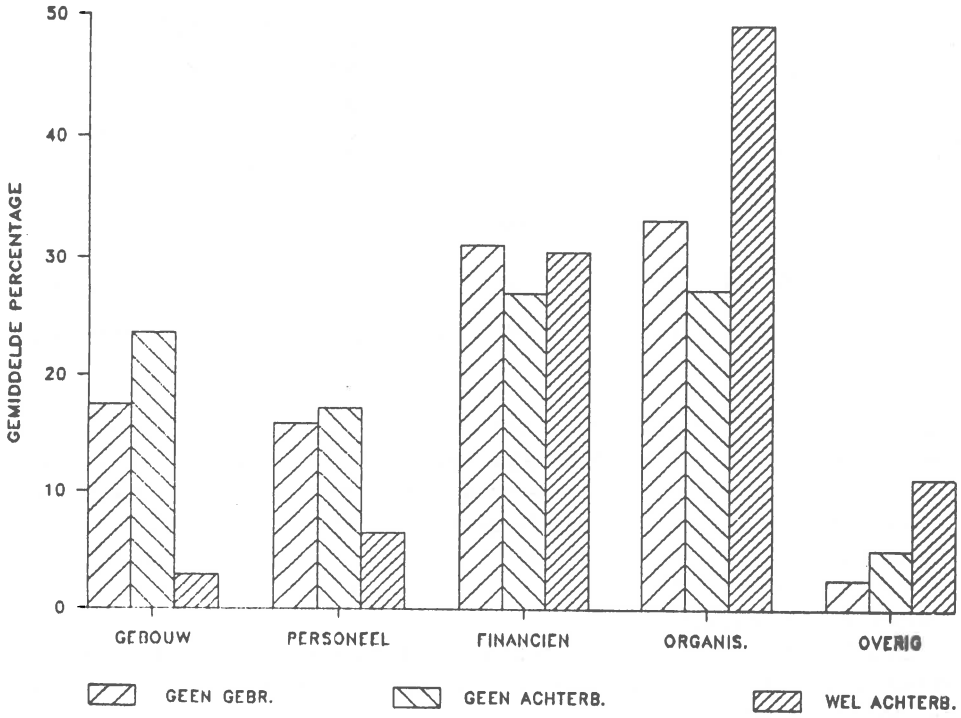


Het meest in het oog springend in de figuur zijn de verschillen ten aanzien van het voorwaardenscheppend beleid. De stichtingsbesturen zonder gebruikers scoren hier met 68% aanzienlijk hoger dan de besturen waarin wel gebruikers zitten en die met een achterban overleggen (47%). Besturen met gebruikers die geen overleg met een achterban hebben, nemen ten aanzien van het voorwaardenscheppend beleid een middenpositie in (55%). Ook de verschillen in klantgerichtheid zijn opvallend. De besturen met de "zwaarste" gebruikersvertegenwoordiging doen het hier opvallend goed. Met 27% scoren zij beter dan beide overige categorieën, waarvan de score

respectievelijk 10% (geen gebruikers) en 11% (wel gebruikers, geen overleg) bedraagt.
Ten aanzien van het strategisch beleid blijven de besturen met gebruikers die met een achterban overleggen, met hun score van 12%, duidelijk achter bij de andere besturen. Met name de besturen waarin gebruikers zitting hebben die geen overleg met een achterban hebben, scoren hier met 24% hoog. Maar ook besturen zonder gebruikers doen het met 17% beter dan de eerstgenoemde groep.
Het professioneel inhoudelijk beleid scoort bij alle drie de bestuursvormen laag. Vooral besturen zonder gebruikers houden zich weinig met voor de hulpverlening inhoudelijke zaken bezig.

Nu de verschillen tussen de onderzochte groepen op hoofdpunten zijn aangegeven, kijken we meer specifiek per beleidsterrein hoe de scores zijn verdeeld over de deelterreinen.
De verschillen in het voorwaardenscheppend beleid worden vooral veroorzaakt door verschillen in de hoeveelheid aandacht die besturen hebben voor het beheer van de huisvesting en het beheer van het personeel. (zie figuur 5.3).

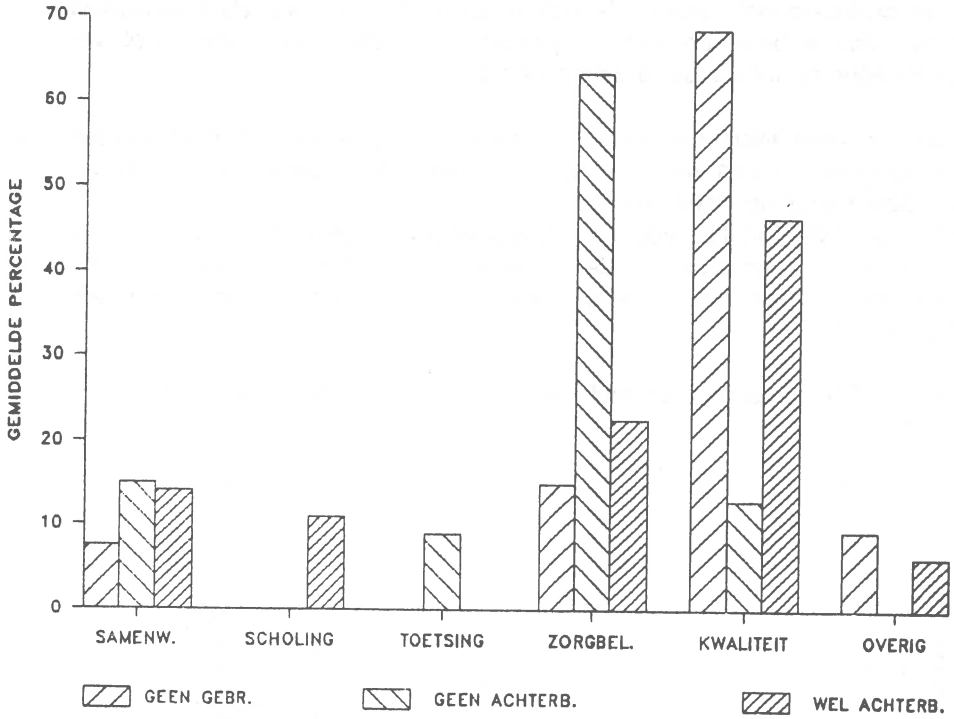
Figuur 5.3.: Bestuursaandacht voor voorwaardenscheppend beleid



* Per bestuur is gepercenteerd over de totale score voor voorwaardenscheppend beleid.

Met name bij deze categorieën scoren besturen waarin gebruikers participeren die regelmatig overleg hebben met een achterban aanzienlijk lager. In mindere mate geldt dit ook voor het beheer van de financiën.
Ten aanzien van het professioneel inhoudelijke beleid scoren besturen waarin gebruikers zitting hebben aanzienlijk hoger dan de besturen zonder gebruikers (figuur 5.4).

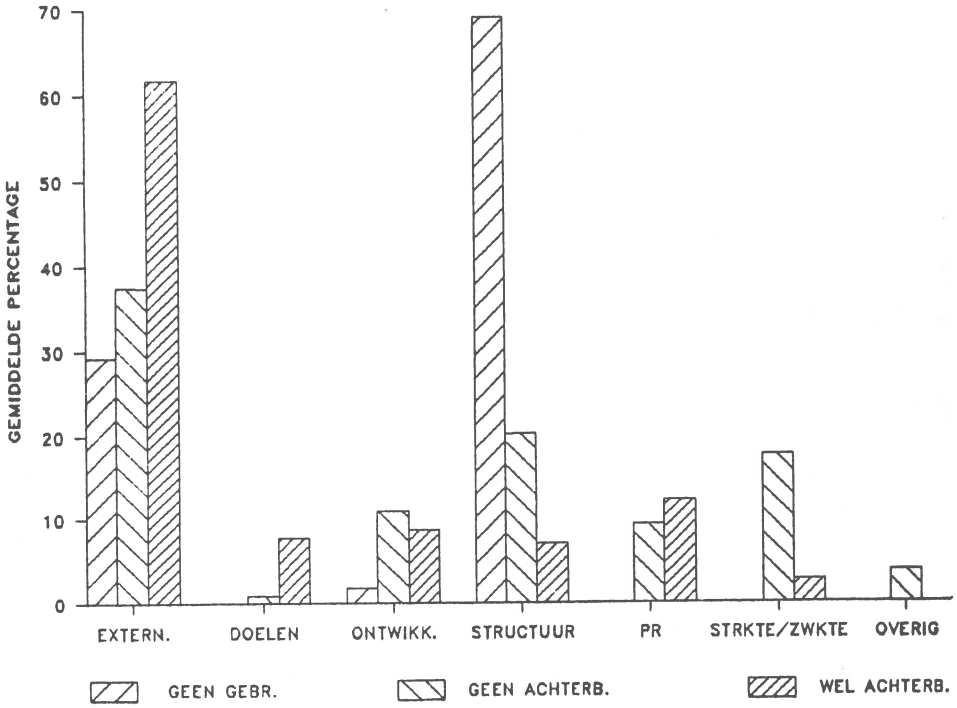
Figuur 5.4.: Bestuursaandacht voor professioneel-inhoudelijk beleid



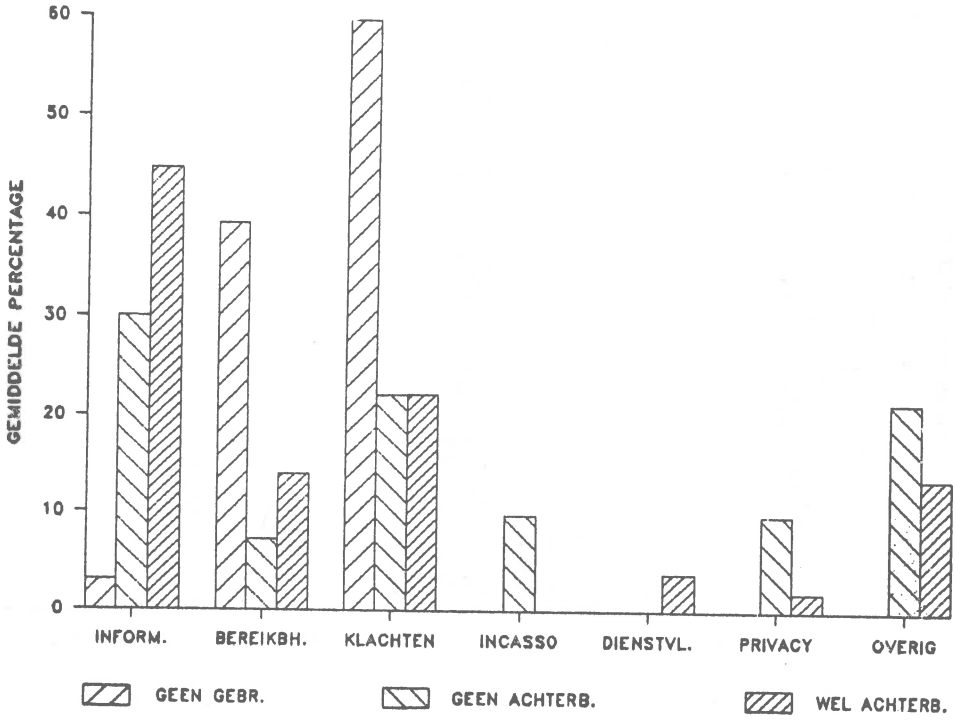
* Gepercenteerd is over de totale score voor professioneel-inhoudelijk beleid.

Besturen waarvan de gebruikers geen overleg hebben met een achterban danken deze score voornamelijk aan een duidelijk omvangrijker zorgbeleid. De besturen waarvan de gebruikers wel met een achterban overleggen, hebben over de gehele linie een hogere score. Hierop vormt het beleid ten aanzien van toetsing een uitzondering. Door deze besturen is hieraan in de onderzoeksperiode, voor zover uit de notulen valt op te maken, geen aandacht geschonken.
Bij uitsplitsing van het strategisch beleid valt de invloed van zaken rond de structuur op. Met name de score van de besturen zonder gebruikers wordt hierdoor beïnvloed.
Binnen alle onderzochte besturen spelen de externe contacten binnen het strategisch beleid een belangrijke rol (zie figuur 5.5).

Figuur 5.5.: Bestuursaandacht voor strategisch beleid (gepercenteerd is over de totale score voor strategisch beleid)



Figuur 5.6.: Bestuursaandacht voor klantgericht beleid (gepercenteerd is over de totale score voor klantgericht beleid)



Besturen waarvan de gebruikersparticipanten regelmatig met hun achterban overleggen, scoren met betrekking tot het klantgericht beleid, voor alle onderscheiden onderwerpen hoog. Vooral de informatie aan de patiënten krijgt in deze besturen beduidend meer aandacht dan bij de andere besturen.

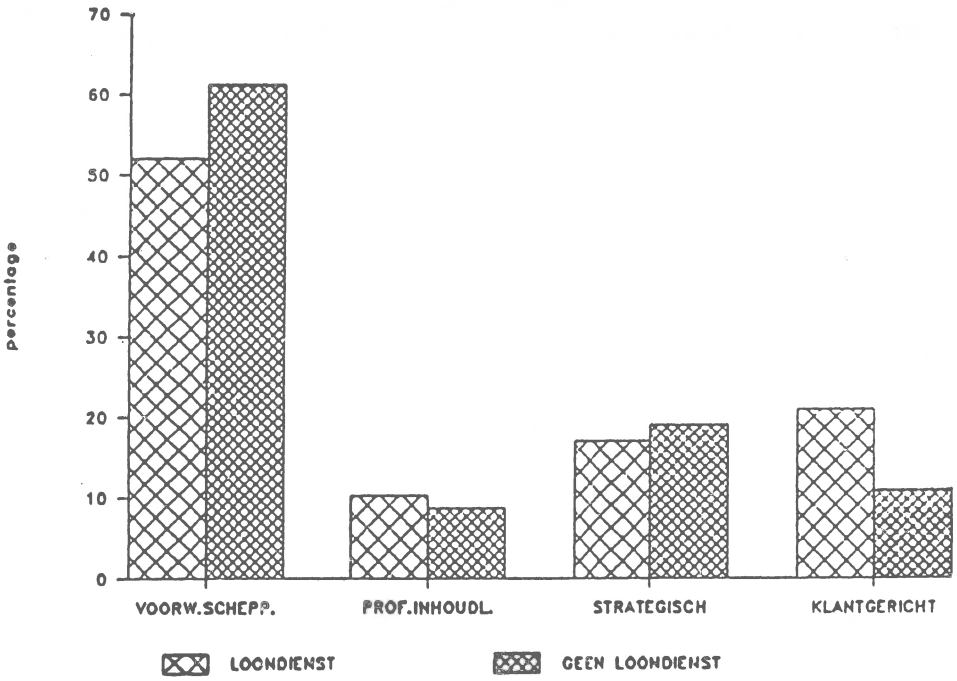
Tot zover de gevonden cijfers over het bestuursbeleid met betrekking tot de mate van vertegenwoordiging door de gebruikers. Tot slot van dit hoofdstuk brengen wij de gegevens in verband met het al dan niet loondienst-karakter van de stichtingen.

5.4. Het loondienstkarakter en het bestuursbeleid

Bij de indeling naar de mate van vertegenwoordiging van de onderzoeksgroepen hebben we binnen elke groep een gelijk aantal loondienstcentra en niet-loondienstcentra opgenomen. De belangrijkste reden hiervoor was de mogelijke invloed van dit kenmerk op het bestuursbeleid.
In figuur 5.7 zijn de resultaten van deze analyse weergegeven. Hoewel klantgericht beleid betrekkelijk weinig aandacht krijgt vergeleken met

voorwaardenscheppend beleid, zien we hier toch dat in dienstverbandcentra het bestuur in het algemeen meer klantgericht is. De overige verschillen zijn minder uitgesproken. Het verschil ten aanzien van het voorwaardenscheppend beleid tussen de beide stichtingsvormen ligt geheel aan de veel ruimere aandacht voor beheer van het gebouw in de niet-loondienstcentra. Als we dit beheersaspect buiten beschouwing zouden laten dan zouden loondienstcentrumbesturen hoger scoren op voorwaardenscheppende aspecten.
De verschillen ten aanzien van het professioneel inhoudelijke en het strategisch beleid zijn gering en bedragen respectievelijk 1 en 2%.

Figuur 5.7.: Het bestuursbeleid en het loondienstkarakter



5.5. Samenvatting

In een deelstudie van bestuursnotulen in twaalf gezondheidscentra werd gekeken naar de relatieve aandacht voor verschillende onderdelen van het beleid. Daarbij werd onderscheid gemaakt naar voorwaardenscheppend-, professioneel-inhoudelijk-, strategisch- en klantgericht beleid.
In het algemeen bleken de besturen van de gezondheidscentra veel aandacht te besteden aan voorwaardenscheppende zaken; vooral financiëel beheer en organisatie. Dit geldt echter in veel sterkere mate voor besturen zonder gebruikersvertegenwoordigers dan in besturen waarin die wél zijn

vertegenwoordigd. Dat komt hoofdzakelijk door het verschil in bemoeienis met huisvesting en personele zaken.
Professioneel-inhoudelijke onderwerpen krijgen in de besturen relatief veel minder aandacht dan de zojuist genoemde. In besturen mét gebruikersvertegenwoordigers is dat echter meer dan in de overige besturen.
Dan het zogeheten klantgerichte beleid; we zagen, dat in besturen met gebruikersvertegenwoordigers, onderwerpen die hiertoe gerekend kunnen worden naar verhouding meer aandacht krijgen dan in besturen waarin die vertegenwoordigers ontbreken. Dit verschil kan goeddeels worden toegeschreven aan de grotere aandacht voor onderwerpen betreffende informatieverstrekking aan patiënten van het gezondheidscentrum. Stichtingsbesturen van loondienstcentra houden zich naar verhouding meer met klantgerichte zaken bezig dan die van niet-loondienstcentra, waar relatief meer aandacht is voor beheerszaken betreffende de huisvesting. Overigens zijn er niet veel verschillen tussen besturen van loondienst- en niet-loondienstcentra.

6. SAMENVATTING EN BESCHOUWING

6.1. Samenvatting

In de **inleiding** tot deze studie wordt gesteld dat patiënten- of gebruikersparticipatie in gezondheidscentra eigenlijk geen goede voorwaarden vindt om te gedijen. Hoewel gezondheidscentra qua organisatie allerminst gekenmerkt worden door een uniforme structuur, hebben ze in het algemeen toch trekken van wat een professionele burocratie genoemd wordt; de organisatie wordt sterk bepaald door de (vrije) beroepsbeoefenaren en de cultuur neigt naar individualisme. Waar professionele normen veelal van buiten de organisatie komen, liggen hier dus weinig mogelijkheden voor invloed door gebruikers. Datzelfde geldt overigens ook voor het management van de gezondheidscentra. Naarmate het professionele karakter van de organisatie wordt gerelativeerd, komt er meer ruimte voor het management om intern te sturen, bijvoorbeeld naar verbetering van de dienstverlening.
Wat is overigens dat management van een gezondheidscentrum? Meestal bestaat het uit een (stichtings)bestuur in combinatie met òf een coördinator/directeur en/of één of meer commissies, waarbij de onderlinge verdeling van taken en bevoegdheden vaak onduidelijk is. De rol van het bestuur varieert van voorwaardenscheppend tot beleidsbepalend of toezichthoudend.
Participatie in een bestuur is in de patiëntenbeweging nooit erg hoog aangeschreven geweest. Bestuurlijke participatie heeft als handicap dat de vaak hooggestemde doelen van de gebruiker in die omgeving, waar het meestal om voorwaardenscheppende activiteiten gaat, nauwelijks gerealiseerd kunnen worden. Daar komt nog bij dat de belangstelling voor participatie in het algemeen tanende is de laatste jaren.
Niettemin zijn er tekenen die wijzen op nieuwe mogelijkheden voor (bestuurlijke) participatie. In de eerste plaats betekent de introductie van marktelementen in de gezondheidszorg dat meer gedongen zal worden naar de gunst van de "consument achter de patiënt". In gezondheidscentra is onlangs een methodiek ontwikkeld voor "patiëntenraadpleging". Het ligt voor de hand ook in het bestuur een functionerende patiënteninbreng te hebben. Een andere ontwikkeling betreft die naar schaalvergroting en versterking van het management in gezondheidscentra. Voor patiëntengroepen in gezondheidscentra die meer werk willen maken van belangenbehartiging kan dit een belangrijk onderwerp van kritische belangstelling zijn.
De **vraagstellingen** van het onderzoek richten zich op de volgende onderwerpen:
- De plaats van het bestuur in het geheel van de organisatie van het gezondheidscentrum.
- De formele en feitelijke positie van de gebruiker in het stichtingsbestuur.

- Opvattingen van de gebruikersvertegenwoordigers over hun rol in het bestuur.
- Accentverschillen qua onderwerp en aandacht tussen besturen mèt en zonder gebruikersvertegenwoordigers.

Het onderzoek werd **uitgevoerd** bij alle stichtingen die één of meer gezondheidscentra beheren (dit zijn er 89. Gezamenlijk hebben zij het beheer over 117 centra; 77% van het totale aantal gezondheidscentra).
Er werden drie informatiebronnen gebruikt:

1. Een algemene enquête over de plaats van het bestuur in de organisatie (de respons van deze enquête bedraagt 90%).
2. Een enquête onder gebruikersvertegenwoordigers naar hun achtergronden, motieven, ervaringen (van 66% van de stichtingen kregen we één of twee formulieren terug).
3. Een onderzoek van de bestuursnotulen uit het jaar 1988 bij twaalf geselecteerde stichtingen.

Uit **resultaten** van de algemene enquête blijkt dat de stichtingen van gezondheidscentra kleinschalig zijn: ze beheren doorgaans niet meer dan één gezondheidscentrum en als er al personeel in dienst is, dan gaat het om een zeer klein aantal. De besturen hebben ook verschillende posities in de organisatie, hetgeen niet alleen tot uiting komt in de vergaderfrequentie, maar ook in de wijze waarop en de mate waarin bevoegdheden zijn gedelegeerd. In centra met een directeur zijn dit soort zaken meestal meer geformaliseerd dan in andere centra, ook die met een coördinator. Dit wijst op meer verschil tussen deze functies dan alleen de benaming.
Wat de onderlinge taakverdeling betreft, hebben besturen dikwijls een grote inbreng in voorwaardenscheppende zaken en directeuren en coördinatoren ook, maar in mindere mate. In kwesties rond hulpverlening en dienstverlening domineren de hulpverleners en (weer) in mindere mate directeuren en coördinatoren. Over de volle breedte van de besluitvorming gezien, hebben directeuren en coördinatoren een stabiele rol; hun inbreng wordt bij veel onderwerpen genoemd. Dan de formele positie van de gebruikers in het bestuur. Na de medewerkers zijn zij de meest vertegenwoordigde categorie in de stichtingsbesturen. In dienstverbandstichtingen vinden we overigens beduidend meer bestuurlijke participatie dan in de overige centra. Slechts een kwart van de gebruikersvertegenwoordigers kwam in het bestuur via een patiëntengroep. Meestal was men persoonlijk door iemand in het centrum aangezocht. Ook heeft een meerderheid geen contacten met wat een achterban genoemd kan worden. Geen wonder dus, dat bij slechts minder dan een kwart van de gebruikersvertegenwoordigers standpuntbepaling plaats vindt na raadpleging van een patiëntengroep. Van echte patiëntenvertegenwoordiging is dan ook meestal geen sprake.
De gebruikersbestuursleden zijn bijna allemaal positief over de mogelijkheid inbreng te hebben in het bestuur. Over de inbreng van het bestuur in de gang van zaken van het gezondheidscentrum is men kritischer; vooral degenen met een achterban. Vooral de inhoudelijke inbreng vindt men tekort schieten. Hoewel gebruikersbestuursleden wat jonger zijn en wat minder vaak een betaalde baan hebben, zijn de verschillen niet van dien

aard dat daaruit een fundamenteel verschil in positie kan worden afgeleid. Qua opleiding en overige bestuurservaring vinden we geen verschil. Vrouwelijke gebruikersbestuursleden hebben beduidend vaker een betaalde baan dan het landelijk gemiddelde.
Een aantal gebruikersvertegenwoordigers ziet met de introductie van marktelementen in de gezondheidszorg een mogelijk nieuwe legitimatie ontstaan voor patiënten- en gebruikersparticipatie. Als motief voor participatie noemt slechts een minderheid van de respondenten democratisering.

Het notulenonderzoek leverde informatie over de output van het bestuur. Hieruit blijkt dat besturen van gezondheidscentra zich vooral bezig houden met voorwaardenscheppende activiteiten; vooral financiën en zaken van intern organisatorische aard vragen veel aandacht. Ook de continuïteit van het bestuur is een regelmatig terugkerend punt van aandacht. In besturen mèt gebruikers ligt een iets minder zwaar accent op voorwaarden scheppen en is er relatief meer aandacht voor klantgerichte aspecten. Dit geldt sterker voor besturen met gebruikers mèt een achterban dan die met gebruikers zonder achterban.
Per beleidsterrein (voorwaardenscheppend, professioneel/inhoudelijk, strategisch en klantgericht) is gezocht naar verschillen tussen de stichtingen. Binnen het voorwaardenscheppend beleid zijn besturen waarvan gebruikers met een achterban deel uitmaken, (nog) meer dan andere besturen bezig met organisatorische zaken en veel minder met beheer van het gebouw en personeelsaangelegenheden. Professioneel/inhoudelijk beleid krijgt in het algemeen niet zoveel aandacht. Besturen mèt gebruikersvertegenwoordigers zijn meer bezig met samenwerking en zorgbeleid, terwijl besturen zonder gebruikers relatief druk zijn met kwaliteitsaspecten. Bij het klantgerichte beleid zien we daar waar gebruikers - met achterban - zijn er betrekkelijk veel aandacht is voor informatieverstrekking. De overige besturen richten zich weer meer op bereikbaarheid en klachtenprocedures. Afgezien van de verschillen met betrekking tot het voorwaardenscheppend beleid zien we al met al geen consistente verschillen tussen de drie onderscheiden categorieën besturen als we meer specifiek naar de verschillende beleidsterreinen kijken. Hetzelfde geldt in grote lijnen voor het onderscheid tussen loondienst en niet-loondienststichtingen.

6.2. Beschouwing

Mogelijkheden voor participatie door patiënten/gebruikers in stichtingsbesturen van gezondheidscentra zijn er in ruime mate. De beschikbare zetels zijn ook in de meeste gevallen wel bezet. En toch mag betwijfeld worden of er in deze besturen van participatie gesproken kan worden Daarvoor zijn de betreffende bestuursleden, die overigens wat hun kwaliteiten betreft niet onder lijken te doen voor de overige bestuurders, te weinig echte vertegenwoordigers van een achterban. En bij gebrek daaraan kan hen ook niet verweten worden dat zij geassimileerd zijn tot "gewone" bestuursleden die

doorgaans geen verschil van mening hebben met hun collega's in het bestuur. Schort het aan de ene kant dus aan een kritische en inspirerende achterban, aan de andere kant is de relatie tussen de zaken waar besturen zich mee bezig houden en "het patiëntenbelang" vaak ook ver te zoeken.
En met een mogelijke bestuurlijke schaalvergroting van de gezondheidscentra, die op zichzelf heel nuttig en efficiënt kan zijn, is de kans groot dat de agenda's alleen maar meer financiële-, organisatorische- en andere voorwaardenscheppende zaken bevatten en de afstand tussen bestuur en dagelijkse gang van zaken eerder toe- dan afneemt. Tenzij coördinatoren en directeuren veel van deze voorwaardenscheppende taken op zich zullen gaan nemen hoeft er van de schaalvergroting dus niet veel verandering verwacht te worden. De vraag is echter of "voorwaardenscheppend" synoniem is voor oninteressant uit het oogpunt van participatie. Wellicht zijn met een consistente invloed op het voorwaardenscheppend en organisatorisch vlak consumentenbelangen, misschien niet zo spectaculair, maar toch zeer wel gediend. Ook zouden gebruikersvertegenwoordigers meer initiatief kunnen nemen in de besturen waar ze deel van uitmaken. Op dit moment werken ze nog veelal geïsoleerd en zijn daardoor niet in staat anders dan reactief te werken. Als participerende gebruikers in gezondheidscentra in Nederland hun krachten zouden bundelen en bijvoorbeeld in staat zouden zijn kwaliteitskenmerken van een gezondheidscentra te formuleren vanuit hun perspectief, dan zou dat een uitgangspunt kunnen zijn voor het bestuurlijk functioneren. Zover is het voorlopig nog niet. Gevraagd naar het meest aansprekende doel van gebruikersparticpatie in het bestuur is verreweg het meest gegeven antwoord "verbeteren van de kwaliteit van de eerstelijnsgezondheidszorg". Behartiging van het consumentenbelang speelt veel minder aan. Daarmee geven de gebruikersbestuursleden wellicht te kennen dat ze ofwel weinig op hebben met belangenbehartiging of er niet goed raad mee weten en zich conformeren aan de algemene doelstelling, waarmee ze zich niet onderscheiden van de rest van het bestuur. In het geval men weinig op heeft met belangenbehartiging zal men weinig gemotiveerd zijn voor bundeling van krachten en gezamenlijke ontwikkeling van een programma (de vraag is dan of hier de juiste mensen op de gebruikersbestuursplaatsen zitten). Waar die behoefte wel bestaat kan ook hier schaalvergroting vruchtbaar zijn.

LITERATUUR

BERTELS M. - 1983. Kwaliteit in discussie: een onderzoek naar de ontwikkeling van participatie in het gezondheidscentrum Holendrecht, OSA, Amsterdam

BERTELS M. - 1984. Participatie van gebruikers mag geen doel op zichzelf worden, Welzijnsmaandblad nr.2, jrg. 38

BOERMA W.G.W. en N.E. WARMENHOVEN - 1986. Patiëntenparticipatie in gezondheidscentra, NIVEL, Utrecht

BOKMA J. en A. KRAMER - 1988. Patiëntenraadpleging als management instrument, NZI, Utrecht

GUYT D. - 1989. Participatie in besturen van gezondheidscentra; op weg naar een cliëntgerichte organisatie, EUR, Rotterdam (doctoraalscriptie)

HESSELS E.M.A. en W.G.W. BOERMA - 1989. Gezondheidscentra en groepspraktijken per 1 januari 1989; cijfers over samenwerking, nr. 15, NIVEL, Utrecht

LANS, J. VAN DER - 1987. De onbestuurbaarheid van professionele burocratieën, Tijdschrift voor de Sociale Sector, februari 1987

LANS. J. VAN DER - 1989. Besturen in de jaren negentig, Tijdschrift voor de Sociale Sector, april/mei 1989, 4

LVG - 1988. Kwaliteitskenmerken van een gezondheidscentrum, discussienota, LVG, Utrecht

KOOT W. - 1983. De segmentenorganisatie. Typering en implicaties van botsingen met de bureaucratie, M&O, 37

KROGT, F.J. VAN DER en F. VERHAAREN - 1986. Beleidsvorming in professionele instellingen. Ritueel of bezieling? M&O, 5

MINTZBERG H. - 1979. The structuring of organisations, Prentice Hall

NOTA VERANDERING VERZEKERD - 1987-1988. Tweede Kamer, 19945, nrs. 27-28

PATIËNTENBELEID - 1987-1988. Tweede Voortgangsnota, Tweede Kamer, 16771, nr. 31

SOCIAAL CULTUREEL PLANBUREAU - 1988. Sociaal en Cultureel Rapport, Rijswijk

VERHAAREN F. - 1983. Organisatiemodellen van wijkgezondheidscentra, M&O, 2

VERHAAREN F.J.L.M. - 1987 RIAGG's onder druk: naar een nieuw kwaliteitsbesef? MGv, 1-87

WERSCH P.J.M. VAN - 1979. Democratisering van besturen van non-profit instellingen, Samsom, Alphen a/d Rijn

WERSCH P.J.M. VAN - 1986. Biedt democratisering van de besturen van instellingen voor gezondheidszorg een oplossing? Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 64, nr. 10

WESTPALM VAN HOORN N. - 1977. Wanneer participatie?, De Eerste Lijn, 3

WETSVOORSTEL DEMOCRATISCH FUNCTIONEREN ZORGINSTELLINGEN - 1988-1989. Tweede Kamer, 20888, nrs. 1-3

BIJLAGE 1

OVERZICHT VAN DE STICHTINGEN DIE AAN HET ONDERZOEK HEBBEN MEEGEWERKT

Stichtingen die aan het onderzoek hebben meegewerkt

	algemene enquête	gebruikers-enquête	notulen onderzoek
Alkmaar 'De Mare'	+	+	-
Alkmaar 'Oudorp'	+	+	+
Almere EVA	+	+	-
Amsterdam Banne Buiksloot	+	+	-
Amsterdam 'Dirk van Nimwegen'	+	-	-
Amsterdam Gein	+	+	-
Amsterdam Helmerstraat	+	+	-
Amsterdam Indische Buurt	+	+	-
Amsterdam Nellestein	+	+	-
Amsterdam Oostelijke Eilanden	+	-	-
Amsterdam Osdorp	-	+	-
Amsterdam Reigersbos	+	+	-
Amsterdam Staatslieden/Hugo de Groot	+	+	+
Amsterdam Venserpolder	+	-	-
Blaricum 'Bijvanck'	+	+	-
Didam	+	+	-
Diemen Zuid	+	-	-
Ede Veldhuizen	+	+	-
Eindhoven S.G.E.	+	-	+
Elst (Utrecht)	+	+	-
's Gravenhage Nieuwe Schilderswijk	+	+	-
Den Helder Koegras	+	-	-
Den Helder De Schooten	+	+	+
Hellevoetsluis De Burgh	+	-	-
Hengelo Hasseler Es	+	+	+
's Hertogenbosch Noord	+	+	-
Hoofddorp Overbosch	+	-	-
Hoogeveen De Weide	+	-	-
Hoorn Kersenboogerd	+	-	-
Huizen Huizermaat/Bovenmaat	+	+	-
Groningen Beijum	+	-	-
Groningen Lewenborg	+	+	-
Leeuwarden Cammingaburen	+	+	-
Lelystad	+	+	-
Leiden Merenwijk	+	+	+
Maarn	+	-	-

vervolg Bijlage 1

	algemene enquête	gebruikers-enquête	notulen onderzoek
Maarssenbroek/Zilverzorg	+	-	-
Maastricht	+	-	+
Malden	+	-	-
Neerbeek	+	+	-
Nieuwegein Doorslag	+	+	+
Nieuwegein Fokkesteeg	+	+	-
Nieuwegein Mondriaanlaan	+	+	-
Noordwijk Wantveld	+	+	-
Oss d'n Iemhof	+	+	-
Purmerend Purmer I en II	+	+	+
Rotterdam Beverwaard	+	+	-
Rotterdam Katendrecht	+	-	-
Rotterdam Oude Westen/Cool	+	+	+
Rotterdam Zevenkamp	+	+	-
Schinveld Agewater	+	-	+
Utrecht Kanaalstraat	+	+	-
Veldhoven Heikant	+	+	-
Venlo Withuis	+	+	+
Venray Landweert	+	+	-
Winsum	+	+	-
Zoetermeer	+	+	-

BIJLAGE 2

VRAGENLIJST ALGEMEEN GEDEELTE

NIVEL
nederlands instituut
voor onderzoek van de
eerstelijnsgezondheidszorg

postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

enquête bestuur gezondheidscentrum

algemeen gedeelte

Betreft het bestuur van de stichting

Indien de bovengenoemde stichtingsnaam niet correct is, wilt U hier de juiste naam invullen

.....

.....

.....

.....

Voor inlichtingen kunt U bellen met Wienke Boerma of Denijs Guyt,
telefoon: 030-319946

1. Hoe luidt de statutaire doelstelling van de stichting?
(U kunt hier ook volstaan met een kopie van de statuten te zamen met deze vragenlijst terug te sturen)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Hoeveel gezondheidscentra beheert de stichting?

(aantal) ..... gezondheidscentra

3a Heeft de stichting personeel in dienst?
(Svp aankruisen wat van toepassing is)

☐ nee (U kunt verder gaan met vraag 4)

☐ ja

3b Zo ja, hoeveel personeelsleden heeft de stichting in dienst?

ondersteunend personeel: ..... formatieplaatsen

hulpverlenend personeel: ..... formatieplaatsen

4. Hoe zijn de beschikbare bestuurszetels **formeel** verdeeld?
(De feitelijke bezetting komt in de volgende vraag aan de orde)

☐ nvt: er is geen formele verdeling van de bestuurszetels vastgelegd

☐ de formele verdeling is als volgt:

Namens:

algemeen maatschappelijk werk instelling	..... zetel(s)
kruisvereniging	..... zetel(s)
hulpverleners/medewerkers	..... zetel(s)
gebruikers	..... zetel(s)
gemeente	..... zetel(s)
ziekenfonds	..... zetel(s)
op persoonlijke titel	..... zetel(s)
overig, namelijk	..... zetel(s)

5. Hoe is de **feitelijke** bestuurssamenstelling?

a = algemeen maatschappelijk werk instelling
b = kruisvereniging
c = hulpverleners/medewerkers
d = gebruikers
e = gemeente
f = ziekenfonds
g = op persoonlijke titel
h = overig

	a. leeftijd (eventueel geschat)	b. geslacht	c. opleiding A = lager B = middelbaar C = hoger D = universitair	d. betaalde werk-kring	e. bestuurslid namens (bovenstaande letters gebruiken)	f. bestuurs-lid sedert (maand en jaar)	g. overige bestuur-lijke ervaring
A (voorz.)	____ jaar	☐ man ☐ vrouw	☐ a ☐ b ☐ d ☐ e	☐ ja ☐ nee	☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐ f ☐ g ☐ h	____ 19__	☐ ja ☐ nee
B (secr.)	____ jaar	☐ man ☐ vrouw	☐ a ☐ b ☐ d ☐ e	☐ ja ☐ nee	☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐ f ☐ g ☐ h	____ 19__	☐ ja ☐ nee
C (penn.)	____ jaar	☐ man ☐ vrouw	☐ a ☐ b ☐ d ☐ e	☐ ja ☐ nee	☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐ f ☐ g ☐ h	____ 19__	☐ ja ☐ nee
D (lid)	____ jaar	☐ man ☐ vrouw	☐ a ☐ b ☐ d ☐ e	☐ ja ☐ nee	☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐ f ☐ g ☐ h	____ 19__	☐ ja ☐ nee
E (lid)	____ jaar	☐ man ☐ vrouw	☐ a ☐ b ☐ d ☐ e	☐ ja ☐ nee	☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐ f ☐ g ☐ h	____ 19__	☐ ja ☐ nee
F (lid)	____ jaar	☐ man ☐ vrouw	☐ a ☐ b ☐ d ☐ e	☐ ja ☐ nee	☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐ f ☐ g ☐ h	____ 19__	☐ ja ☐ nee
G (lid)	____ jaar	☐ man ☐ vrouw	☐ a ☐ b ☐ d ☐ e	☐ ja ☐ nee	☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐ f ☐ g ☐ h	____ 19__	☐ ja ☐ nee
H (lid)	____ jaar	☐ man ☐ vrouw	☐ a ☐ b ☐ d ☐ e	☐ ja ☐ nee	☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐ f ☐ g ☐ h	____ 19__	☐ ja ☐ nee
I (lid)	____ jaar	☐ man ☐ vrouw	☐ a ☐ b ☐ d ☐ e	☐ ja ☐ nee	☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐ f ☐ g ☐ h	____ 19__	☐ ja ☐ nee
J (lid)	____ jaar	☐ man ☐ vrouw	☐ a ☐ b ☐ d ☐ e	☐ ja ☐ nee	☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐ f ☐ g ☐ h	____ 19__	☐ ja ☐ nee
K (lid)	____ jaar	☐ man ☐ vrouw	☐ a ☐ b ☐ d ☐ e	☐ ja ☐ nee	☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐ f ☐ g ☐ h	____ 19__	☐ ja ☐ nee
L (lid)	____ jaar	☐ man ☐ vrouw	☐ a ☐ b ☐ d ☐ e	☐ ja ☐ nee	☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐ f ☐ g ☐ h	____ 19__	☐ ja ☐ nee
M (lid)	____ jaar	☐ man ☐ vrouw	☐ a ☐ b ☐ d ☐ e	☐ ja ☐ nee	☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐ f ☐ g ☐ h	____ 19__	☐ ja ☐ nee
N (lid)	____ jaar	☐ man ☐ vrouw	☐ a ☐ b ☐ d ☐ e	☐ ja ☐ nee	☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐ f ☐ g ☐ h	____ 19__	☐ ja ☐ nee
O (lid)	____ jaar	☐ man ☐ vrouw	☐ a ☐ b ☐ d ☐ e	☐ ja ☐ nee	☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐ f ☐ g ☐ h	____ 19__	☐ ja ☐ nee

(Indien er meer bestuursleden zijn wilt U dit dan op een kopie invullen?)

6a Wat is de vaste vergaderfrequentie van het bestuur?

Het bestuur vergadert als regel ..... maal per .....

6b Worden de bestuursvergaderingen genotuleerd?

☐ nee

☐ ja

6c Worden de bestuursstukken en de agenda van tevoren verspreid?

☐ nee

☐ ja

7a Welke bestuursleden vormen het dagelijks bestuur (DB)?

☐ nvt: er is geen DB (U kunt doorgaan naar vraag 8)

☐ het DB bestaat uit de volgende personen:

.....

(lettercodes gebruiken uit de eerste kolom van het schema bij vraag 5)

7b Wat is de vergaderfrequentie van het DB?

De vergaderfrequentie bedraagt ..... maal per .....

7c Worden de DB-vergaderingen genotuleerd?

☐ nee

☐ ja

7d Worden de DB-stukken en de DB-agenda van tevoren verspreid?

☐ nee

☐ ja

8a Bij een stichting rusten formeel alle bevoegdheden in laatste instantie bij het bestuur. In de praktijk heeft het bestuur echter dikwijls een deel van haar bevoegdheden overgedragen aan een ander orgaan/andere organen binnen het geozndheidscentrum. Is dit in Uw stichting het geval?

☐ nee (U kunt verder gaan met vraag 9)

☐ ja

8b Welke is dit orgaan/zijn deze organen?
(U mag meerdere alternatieven aankruisen)

1 = mondeling
2 = schriftelijk in de statuten
3 = schriftelijk anders dan in de statuten

Orgaan:	Wijze van overdracht:		
☐ directeur	☐ 1	☐ 2	☐ 3
☐ coördinator	☐ 1	☐ 2	☐ 3
☐ beleidscommissie	☐ 1	☐ 2	☐ 3
☐ coördinatiecommissie	☐ 1	☐ 2	☐ 3
☐ bestuurscommissie	☐ 1	☐ 2	☐ 3
☐ het team	☐ 1	☐ 2	☐ 3
☐ anders, namelijk	☐ 1	☐ 2	☐ 3

9a Vindt er **geformaliseerd** overleg plaats tussen bestuur(sleden) en de hulpverleners/medewerkers?

☐ nee (U kunt verder gaan met vraag 10)

☐ ja

9b Hoe vaak vindt dit overleg plaats?

De frequentie van dit overleg is ..... maal per .....

9c Wordt dit overleg genotuleerd?

☐ nee

☐ ja

10a Vindt er **niet-geformaliseerd** (ad hoc) overleg plaats tussen bestuur(sleden) en hulpverleners/medewerkers?
(aankruisen wat van toepassing is)

☐ nee (U kunt verder gaan naar vraag 11)

☐ ja

10b Hoe vaak vindt dit overleg gemiddeld plaats?

De frequentie van dit overleg is gemiddeld ..... maal per .....

11. Kunt U in het onderstaande schema aangeven waar binnen Uw stichting het zwaartepunt van de besluitvorming ten aanzien van de in dit schema genoemde zaken, **vooral** ligt?
(U kunt dit doen door in één kolom een kruisje te zetten)

	zwaartepunt besluitvorming **vooral** bij						
	dagelijks bestuur	algemeen bestuur	directeur	coördinator	commissie	team	indiv. hulpverl.
a. verbouwing gezondheidscentrum							
b. algemene voorl. aan gebruikers							
c. inrichting algemene ruimten							
d. bewaking van de samenwerking							
e. beeld ten aanzien van klachten							
f. aanstellen van onderst. pers.							
g. ontwikkelen van thuiszorg							
h. openingstijden van het centrum							
i. aanschaf inventaris (f 1000,00)							
j. starten preventie programma							

12. Door wie is deze enquête ingevuld? ....
(lettercode gebruiken uit het schema bij vraag 5)
Indien niet door een bestuurslid ingevuld, ingevuld door

.....

Bij deze vragenlijst is ook informatie meegestuurd over de tweede fase van dit onderzoek en een verzoek om dit ook in Uw bestuur te laten plaatsvinden. Wilt U niet vergeten het reactieformulier dat daarbij hoort met deze vragenlijst mee terug te sturen?

BIJLAGE 3

VRAGENLIJST VOOR GEBRUIKERSVERTEGENWOORDIGER

NIVEL
nederlands instituut
voor onderzoek van de
eerstelijnsgezondheidszorg

postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

enquête bestuur gezondheidscentrum

vragenlijst voor gebruikersvertegenwoordiger

Betreft patiëntenvertegenwoordiger in het stichtingsbestuur van

Voor inlichtingen kunt U bellen met Wienke Boerma of Denijs Guyt,
telefoon: 030-319946

1. Sinds wanner bent U bestuurslid van bovengenoemde stichting?

   sedert ..... 19 ..

2. Heeft U overige bestuurlijke ervaring?
   (Svp aankruisen wat van toepassing is)

   ☐ ja

   ☐ nee

3. Wilt U aankruisen door wie U bent aangezocht om namens de gebruikers in het bestuur zitting te nemen?

   ☐ bestuur (of bestuurslid)

   ☐ hulpverlener/medewerker

   ☐ patiënten/gebruikers

   ☐ eigen initiatief

   ☐ anders, namelijk .....

   Indien Uw antwoord toelichting behoeft kunt U hier Uw toelichting geven:

   .....

   .....

   .....

   .....

   .....

4. Bent U bij één van de huisartsen van het gezondheidscentrum als patiënt ingeschreven?

   ☐ ja

   ☐ nee

5a Heeft U overleg met één of meerdere patiëntengroeperingen?

- ☐ ja
- ☐ nee (U kunt doorgaan naar vraag 6)

5b Zo ja, met welke patiëntengroepering(en) heeft U dit overleg en hoe vaak heeft dat plaatsgevonden gedurende de afgelopen 12 maanden?

- ☐ met een patiëntengroepering behorend bij het gezondheidscentrum
  circa ..... maal
- ☐ met een patiëntengroepering niet behorend bij het gezondheidscentrum

  circa ..... maal
- ☐ met een andere groepering, namelijk .....

  circa ..... maal

6. Hoe vindt doorgaans uw standpuntbepaling in het bestuur plaats?

- ☐ ik neem een persoonlijk standpunt in
- ☐ ik neem een persoonlijk standpunt in, waarbij ik rekening houdt met wensen en belangen van de patiënten
- ☐ ik neem een persoonlijk standpunt in, maar ik bespreek dit standpunt wel binnen een patiëntengroepering
- ☐ ik vertolk als afgevaardigde van een patiëntengroepering het, door die groepering ingenomen, standpunt

7. Wijkt Uw mening weleens duidelijk af van de mening van de rest van het bestuur?

- ☐ nooit/zelden
- ☐ soms/regelmatig
- ☐ vaak/altijd

De vragen 8 tot en met 11 hebben betrekking op enkele persoonsgegevens

8. Wat is Uw geboortejaar?

19 . .

9. Wat is uw geslacht?
(Svp aankruisen wat van toepassing is)

☐ man

☐ vrouw

10. Wilt U aankruisen wat Uw hoogst genoten opleiding is?

☐ MAVO ☐ lager beroepsonderwijs

☐ HAVO ☐ middelbaar beroepsonderwijs

☐ VWO ☐ hoger beroepsonderwijs

☐ Universiteit ☐ anders, namelijk .....

11a Heeft U een betaalde werkkring?

☐ ja

☐ nee (U kunt doorgaan naar vraagt 12)

11b Zo ja, voor hoeveel uur per week?

..... uur per week

Ten slotte nog een aantal vragen naar Uw **persoonlijke mening** over Uw participatie in het bestuur van het gezondheidscentrum

12. We noemen hier vier mogelijke doelen van participatie in het bestuur van het gezondheidscentrum:

    A. 'Het doel van de participatie is het verbeteren van de kwaliteit van de eerstelijnsgezondheidszorg'

    B. 'Het doel van de participatie is het opkomen voor de belangen van de consument'

    C. 'Het doel van de participatie is mij als persoon beter te kunnen ontplooien, ten dienste van een algemeen belang'

    D. 'Het doel van participatie is de democratisering van de gezondheidszorg'

12a Welke van de bovenstaande doelstellingen van participatie spreekt U het meeste aan?
(wilt U slechts één antwoord aankruisen)

☐ A ☐ B

☐ C ☐ D

12b En welke doelstelling spreekt U het minste aan?
(ook hier slechts één antwoord aankruisen)

☐ A ☐ B

☐ C ☐ D

13a Vindt U dat U door de andere bestuursleden voldoende gelegenheid wordt geboden Uw doelstellingen te realiseren?

☐ zonder meer voldoende

☐ doorgaans wel

☐ af en toe

☐ nee, onvoldoende

13b Kunt U uw antwoord toelichten?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

14a Vindt U dat het bestuur voldoende richting geeft aan 'de gang van zaken' in het gezondheidscentrum?

- [ ] zonder meer voldoende
- [ ] doorgaans wel
- [ ] niet altijd
- [ ] onvoldoende

14b Kunt U Uw antwoord toelichten?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

15. Gezondheidscentra zijn momenteel bezig hun kwaliteit te bewijzen. Dat past ook in de ontwikkelingen zoals die door de voorstellen van de commissie Dekker in gang zijn gezet. Concurrentie zal binnen de gezondheidszorg een belangrijke rol gaan spelen.
Hoe ziet U in dit verband de toekomst voor participatie door gebruikers in de besturen van gezondheidscentra?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

BIJLAGE 4

SCORINGSFORMULIER NOTULENONDERZOEK

A. VOORWAARDENSCHEPPEND

A10	beheer gebouw
A11	onderhoud
A12	(ver)bouw
A13	(ver)huur
A14	....
A20	beheer personeel
A21	dienstverband
A22	vergoedingen
A23	waarneming
A24	in- uit dienst
A25	arbeidsvoorw.
A26	....
A27	....
A30	beheer financiën
A31	subsidies
A32	jaarrek./begroting
A33	zkn. fonds raad
A34	pers. kosten
A35	....
A36	....
A40	organisatie
A41	nwe. best.leden
A42	funkties
A43	formaties
A44	....

B. INHOUDELIJK/PROFESSIONEEL

B10	samenwerking
B20	scholing
B30	toetsing
B40	zorgbeleid
B50	kwaliteit
B51	LVG nota
B52	....
B60	overig

C. STRATEGISCH

C10	ext.sam.werking (coalities)
C20	doelstellingen
C30	maatsch. ontw.
C31	'Dekker-plannen'
C32	concurr. positie
C40	structuur
C41	bestuur
C42	....
C50	public relations
C60	sterkte/zwakte anal.
C61	sterktes
C62	zwaktes
C63	kansen
C64	bedreigingen
C70	overig
C71	....

D. KLANTGERICHTHEID

D10	informatie
D11	krantje
D12	info. avonden
D13	....
D20	toegankelijkheid
D21	wachttijden
D22	openingstijden
D23	diensten
D30	bereikbaarheid
D40	klachtenbeleid
D41	satisfactie o.z
D50	incasso beleid
D60	dienstverlening
D61	attitude
D62	....
D70	privacy
D80	overig
D81	....

BETREFT (stichting): ....

AB / DB datum: ...... AB / DB datum: ......

aandacht			behandeling				aandacht			behandeling			
weinig	matig	veel	besluit	aangehouden	gedelegeerd	code	weinig	matig	veel	besluit	aangehouden	gedelegeerd	code

BIJLAGE 5

TABELLEN

Bij hoofdstuk 3

Tabel 3A: Feitelijke en formele zetelverdeling

Namens	Percentage stichtingen naar aantal zetels:								
	1	2	3	4	5	6	7	8	totaal
Medew./hulpverl.	13 (6)	24 (20)	22 (26)	9 (16)	5 (4)	2 (-)	- (2)	2 (2)	76% (75%)
Gebruikers	25 (15)	27 (31)	11 (18)	7 (7)	- (2)	2 (-)	- (-)	- (2)	73% (75%)
Alg. Maatsch.werk	45 (47)	2 (6)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	47% (53%)
Kruisorganisatie	47 (47)	4 (7)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	51% (55%)
Persoonlijke titel	7 (6)	11 (6)	25 (26)	9 (9)	2 (2)	4 (2)	4 (-)	2 (-)	64% (49%)
Gemeente	13 (15)	2 (4)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	15% (18%)
Overig	16 (15)	7 (6)	5 (7)	2 (-)	- (6)	- (-)	- (-)	- (-)	35% (33%)

N=55
Tussen haakjes de statutair bepaalde zeteltoedeling.

Tabel 3B: Zwaartepunt van de besluitvorming

Orgaan	beleidsterreinen					
	voorw.scheppend		inhoudelijk		klantgericht	
	abs	%	abs	%	abs	%
Dagelijks Bestuur	32	16	13	6	20	8
Algemeen Bestuur	58	30	24	12	27	11
Directeur	17	9	12	6	19	8
Coördinator	38	19	39	19	36	14
Commissie	20	10	25	12	39	16
Team	20	10	81	40	83	33
Individuele hulpverlener	11	6	11	5	24	100
Totaal	196	100	205	100	248	100

N=55

Bij hoofdstuk 5

Tabel 5A: Aantal geanalyseerde vergaderingen per stichting in het notulenonderzoek

Stichting	aantal vergaderingen
I	8
II	3
III	6
IV	10
V	9
VI	4
VII	8
VIII	4
IX	7
X	3
XI	11
XII	5
Totaal	78

Tabel 5B: Absolute scores notulenonderzoek per beleidsonderwerp (stichtingen zonder gebruikersvertegenwoordigers)

Centra	Score:																							
	A1	A2	A3	A4	A5	B1	B2	B3	B4	B5	B6	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
I	6	26	12	15	4	-	-	-	-	7	-	2	-	-	3	-	-	-	-	15	16	-	-	-	-
II	-	3	6	18	-	-	-	-	-	2	-	2	-	-	6	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-
III	18	-	33	16	-	-	-	-	-	3	2	10	-	1	10	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-
IV	15	7	15	9	2	1	-	-	2	-	-	2	-	-	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totaal	39	36	66	58	6	1	0	0	2	12	2	16	0	1	32	0	0	0	1	16	19	0	0	0	0

(Overzicht van de beleidsonderwerpen A1 tot en met D7: zie na tabel 5D)

Tabel 5C: Absolute scores notulenonderzoek per beleidsonderwerp (stichtingen met gebruikersbestuursleden **zonder** achterban)

Centra	Score:																								
	A1	A2	A3	A4	A5	B1	B2	B3	B4	B5	B6	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
V	8	33	13	19	-	-	-	-	2	5	-	8	1	-	11	-	10	-	-	3	2	3	-	-	-
VI	12	3	4	3	-	-	-	-	3	-	-	7	-	-	4	-	-	-	3	-	-	-	-	-	1
VII	18	3	17	23	7	3	-	-	7	1	-	5	-	2	-	4	10	4	7	1	6	-	-	1	-
VIII	-	-	14	10	3	2	-	2	6	-	-	4	-	5	-	3	-	-	-	-	2	1	-	2	4
Totaal	38	39	48	55	10	5	0	2	18	6	0	24	1	7	15	7	20	4	10	4	10	4	0	3	5

Tabel 5D: Absolute scores notulenonderzoek per beleidsonderwerp (stichtingen met gebruikersbestuursleden **met** achterban)

Centra	Score:																								
	A1	A2	A3	A4	A5	B1	B2	B3	B4	B5	B6	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
IX	5	4	20	33	16	1	4	-	3	6	4	4	-	4	2	2	-	-	2	1	-	-	2	1	1
X	-	4	11	6	2	4	1	-	-	9	-	4	-	-	1	2	-	-	15	-	6	-	-	-	9
XI	1	3	8	27	5	1	1	-	2	6	-	8	-	-	-	1	1	-	10	-	9	-	2	1	2
XII	-	-	10	16	-	-	-	-	4	-	-	6	2	4	-	-	-	-	4	8	3	-	-	-	-
Totaal	6	11	49	82	23	6	6	0	9	21	4	22	2	8	3	5	1	0	31	9	18	0	4	2	12

Toelichting bij tabellen 5B, 5C en 5D: overzicht van beleidsonderwerpen

A. VOORWAARDENSCHEPPEND
- A1 gebouw
- A2 personeel
- A3 financiën
- A4 organisatie
- A5 overig

B. PROFESS. INHOUDELIJK
- B1 samenwerking
- B2 scholing
- B3 toetsing
- B4 zorgbeleid
- B5 kwaliteit
- B6 overig

C. STRATEGISCH
- C1 externe samenwerking
- C2 doelen
- C3 ontwikkelingen
- C4 structuur
- C5 public relations
- C6 sterkte/zwakte
- C7 overig

D. KLANTGERICHT
- D1 informatieverstrekking
- D2 bereikbaarheid
- D3 klachten
- D4 incasso
- D5 dienstverlening
- D6 privacy
- D7 overig