

**Interorganisationele strategische
besluitvorming in relatie tot
'concentratie en spreiding' van
ziekenhuisfuncties**



**CASE-STUDY: analyse van het proces tot
realisatie van een dialysecentrum
en de mate van netwerkvorming**

Rian Huijsmans
349367

Dr. G.R.M. Scholten, begeleider
Dr. J.D.H. van Wijngaarden, meezeer
Dr. B.M. van Ineveld, meezeer

2 september 2012
Master Zorgmanagement iBMG

'Ik ben onder de indruk van de noodzaak tot handelen. Weten is niet genoeg; we moeten toepassen. Bereid zijn tot is onvoldoende; we moeten doen.'

Leonardo da Vinci (1452-1519)

Samenvatting

Het beleidsvoornemen ‘concentratie en spreiding’, in de vorm van regionale herstructurering van het zorglandschap wordt gezien als de oplossing om de uitgavengroei in de zorg in te perken en kwaliteitsverbetering te creëren. Dit beleidsvoornemen heeft voor de ziekenhuizen in deze case-study als impuls voor verandering gewerkt. Regionale herstructurering van het zorglandschap vraagt om meer interorganisationele samenwerking van ziekenhuizen. Dit onderzoek richt zich op de analyse van strategische besluitvormingsprocessen van twee ziekenhuizen, waartussen samenwerking is ontstaan. Hierbij wordt naast de betrokkenheid van de interne belanghebbenden ook die van externe partijen zoals zorgverzekeraars, als vertegenwoordigers van de zorgvragers, en (lokale) overheden meegewogen.

Middels een case-study, bestaande uit 12 interviews en documentenanalyse, is beschrijvend kwalitatief onderzoek verricht naar de wijze waarop deze interorganisationele samenwerking tot stand is gekomen en heeft kunnen resulteren in een dialysecentrum. Daarnaast richt het onderzoek zich op de effectiviteit betreffende doelrealisatie, mate van netwerkvorming en de uitwerking van ‘concentratie en spreiding’ in de praktijk. Het onderzoek is vanuit een interorganisationeel perspectief benaderd. Dit perspectief is gevormd door een combinatie van theoretische concepten over strategische besluitvormingsprocessen voor afzonderlijke organisaties en netwerktheorieën.

Het belangrijkste doel voor zowel het realiseren van het dialysecentrum als het coöperatieve verband is het versterken van de marktpositie van beide ziekenhuizen, door toename van topklinische verwijzingen voor St. Antonius Ziekenhuis (StAZ) en het verstevigen en bestendigen het bestaan van Ziekenhuis Rivierenland Tiel (ZRT) als volwaardig ziekenhuis. Uit het onderzoek komt naar voren dat het opbouwen van een duurzaam netwerk van groter strategisch belang is, dan het behalen van de doelstellingen. Een aantal doelen is reeds bereikt en op termijn wordt een toename van doelrealisatie verwacht, maar allereerst is het van belang duurzame samenwerkingsrelaties op te bouwen. Om sociale integratie van een netwerk op organisatieniveau te verkrijgen, blijkt het bij onvoorspelbare besluitvormingsprocessen, waarvan sprake is in dit onderzoek, noodzakelijk te zijn om allereerst een vertrouwensband te creëren op individueel niveau. De samenwerking laat tot nu toe een versterking van onderlinge relaties en vertrouwen in elkaar zien. Het dialysecentrum verloopt naar tevredenheid van de betrokken partijen. Voor de coöperatieve samenwerking is het proces nog in volle gang en is het te vroeg om al te kunnen spreken van realisatie.

De uitwerking van ‘concentratie en spreiding’ in de praktijk sluit niet geheel aan bij de doelstelling zoals bedoeld in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord (VWS 2011a). Er is regionale samenwerking ontstaan, maar er zijn daarnaast een aantal onvoorziene en onbedoelde effecten van het beleid zichtbaar in de praktijk. De ontwikkelingen leiden ten eerste niet tot

kostenbesparing en mogelijk zelfs tot kostenstijging en ten tweede tot een beperkte regierol voor zorgverzekeraars. Door de coalitie van de ziekenhuizen in deze casus, wordt hun positie in de regio versterkt en wordt de macht die de zorgverzekeraar kan uitoefenen door selectief in te kopen beperkt. Ten derde leidt het versterken van de autonome positie van de ziekenhuizen, niet tot afname van het aantal ziekenhuizen en de gewenste regionale herstructurering.

Summary

The policy proposal to reorganize Dutch health care by regional reform in order to restrict expenditure growth and improve quality of care, has acted as a momentum for change for the hospitals in this case study. Regional health care reform requires an improved inter-organizational cooperation of hospitals. This research focuses on the analysis of the strategic decision-making processes of such cooperation between two hospitals. Besides the involvement of the internal stakeholders, this research also considers the involvement of external stakeholders such as health insurers, as representatives of the patients, and (local) authorities.

By means of a case study, consisting of 12 interviews and document analysis, descriptive qualitative research has been conducted to explore how this inter-organizational cooperation was established and how it could result in a dialysis centre. In addition, the research focuses on the effectiveness on goal achievement and degree of network formation, and on the development of the regional reform of health care in practice. The inter-organizational perspective of this study is established by combining theoretical concepts on strategic decision-making processes and network theories.

The main objective for both the realization of the dialysis centre and the cooperative relationship is to strengthen the market position of both hospitals by increasing top clinical referrals to St. Antonius Ziekenhuis (StAZ) and consolidating the existence of Rivierenland Ziekenhuis Tiel (ZRT) as a hospital which provides complete hospital care. The study shows that building a sustainable network is of greater strategic importance than attaining the objectives. A number of targets have already been achieved and in the long run an increase of goal achievement is expected, but first it is important to build sustainable relationships. In order to achieve social network integration at an organizational level in situations of unpredictable decision-making processes, as is the case in this research, it proves to be necessary to foremost create relations of trust at an individual level. So far, the cooperation shows a strengthening of mutual relationships and trust. The dialysis centre operates to the satisfaction of all parties concerned, yet the development of a cooperative partnership is still in full progress, and it is too early to speak of realization.

The development of the regional health care reform does not entirely meet the objectives as intended in the governmental agreement, the so called 'hoofdlijnenakkoord' (VWS 2011a). Regional cooperation has been realized, but a number of unforeseen and unintended effects of the policy have also become apparent. Firstly, the developments do not lead to cost reduction, but possibly even to an increase, and secondly, to a more limited coordination role of the health insurers. By collaborating, the hospitals in this case study strengthen their position in the region, what has limited the power the health insurer to selectively purchasing health care. Thirdly, strengthening the autonomy of hospitals does not lead to a decrease in the number of hospitals or to the desired regional reform of health care.

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	7
1.1	Maatschappelijke relevantie	9
1.2	Wetenschappelijke relevantie.....	9
1.3	Leeswijzer	9
2.	Probleemstelling	10
2.1	Situering	10
2.2	Doelstelling.....	11
2.3	Vraagstelling.....	11
3.	Theoretisch kader.....	13
3.1	Strategische besluitvormingsprocessen.....	13
	Besluitvormingsprocessen	13
	Strategisch management	14
	Besluitvormingsmodellen.....	15
	Betrokken partijen	15
3.2	Interorganisationeel perspectief.....	16
3.3	Netwerktheorie	17
3.4	Besluitvormingsprocessen in netwerken	18
3.5	Vertrouwen	18
3.6	Effectiviteit	19
3.7	Samenvatting.....	19
4.	Onderzoeksmethoden	20
4.1	Onderzoeksdesign	20
4.2	Dataverzameling.....	20
4.3	Respondenten	21
4.4	Data-analyse.....	22
4.5	Kwaliteit van onderzoek.....	23
	Betrouwbaarheid	23
	Validiteit	23
	Generaliseerbaarheid.....	24
4.6	Resultaten van onderzoek.....	24
5.	Resultaten	25
5.1	Doelstellingen.....	25
	Dialysecentrum	25
	Coöperatief verband	26
5.2	Betrokken partijen.....	27
	Medische stafbesturen	28
	Internisten en nefrologen	29
	(Dialyse)verpleegkundigen en overige zorgmedewerkers.....	30
	(Dialyse)patiënten en patiëntenorganisaties.....	30
	Zorgverzekeraars.....	31
	<i>Omstreden rol zorgverzekeraar.....</i>	<i>33</i>
	Gemeenten	34
5.3	Proces	34
	Strategisch besluitvormingsproces	34
	<i>Veranderde context.....</i>	<i>34</i>
	<i>Partnerkeuze</i>	<i>35</i>
	Verloop proces tot realisatie dialysecentrum.....	38

	<i>Duur proces</i>	38
	<i>Projectstructuur</i>	39
	<i>Bouwperikelen</i>	40
5.4	Realisatie (formele) doelstellingen.....	40
	Dialysecentrum	40
	Coöperatief verband	42
5.5	'Concentratie en spreiding' in de praktijk	45
6.	Analyse	47
6.1	Interorganisationele samenwerking	47
	Veranderende context	47
	Partnerkeuze	47
	Netwerkvorming	49
6.2	Besluitvorming in netwerk	49
	Grillig verloop.....	50
	Win-win	51
	Machtsparadox	52
	Vertrouwen	52
	Verschillende toekomstvisies.....	53
6.3	Effectiviteit	53
	Rol patiënten.....	55
6.4	'Concentratie en spreiding': het beleidsvoornemen versus de praktijk	55
	'Spreiding en concentratie' binnen de case-study.....	56
	Geen regioperspectief.....	56
	Rol zorgverzekeraar	57
	Totstandkoming criteria.....	58
	'Concentratie en spreiding' versus kostenbesparing.....	58
7.	Conclusie en discussie	60
7.1	Conclusie	60
7.2	Discussie	63
	Referenties	66
	Bijlage: overzicht documenten voor documentenonderzoek	69

1. Inleiding

Om in de nabije toekomst betaalbare en kwalitatief goede zorg te kunnen blijven leveren is herstructurering van het Nederlandse zorglandschap noodzakelijk. De zorgvraag neemt de komende jaren fors toe, terwijl de financiële ruimte om deze toename te bekostigen beperkt is en beperkt blijft. Daarnaast is er sprake van een veranderde zorgvraag, er zijn steeds meer chronisch zieken, veelal gepaard gaande met co-morbiditeit. Tevens is er sprake van toenemende individualisering, waarbij patiënten transparantie willen over kwaliteit van zorg en betere service verlangen (RVZ 2011a).

In grote lijnen is er consensus over de noodzakelijke veranderingen. Deze zijn vastgelegd in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 (VWS 2011a). Dit akkoord is gesloten tussen zorgaanbieders, vertegenwoordigd door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), de Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De gezamenlijke ambitie is om jaarlijkse uitgavengroei significant te beperken van 6 tot 7% naar 2,5%. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben een inspanningsplicht om de gezamenlijke ambitie te realiseren. De overheid zal de randvoorwaarden moeten bewerkstelligen waarbinnen de noodzakelijke veranderingen daadwerkelijk haalbaar zijn (VWS 2011a).

‘Concentratie en spreiding’ van ziekenhuisfuncties wordt gezien als oplossing voor de herstructurering van het zorglandschap, aangezien het kostenbesparing en kwaliteitsverbetering kan opleveren (Boer en Croon; NVZ 2010). Concentratie van electieve, met name complexe zorg kan leiden tot hogere kwaliteit. Concentreren en daarmee het specialiseren van hoog complexe zorg leidt, afhankelijk van de kenmerken van het zorgproduct en de bekwaamheid van bestuurder(s) om deze schaafeffecten te realiseren, tot hogere doelmatigheid, dus lagere kosten bij minstens gelijke kwaliteit (ibid.). De toename van chronische zorg en co-morbiditeit vraagt echter om spreiding van zorg. Deze zorg moet dicht bij de patiënt geleverd kunnen worden, aangezien deze patiënten regelmatig hulpverlening nodig hebben en veelal minder mobiel zijn (NVZ 2010). De herstructurering van het zorglandschap als onderdeel van ‘concentratie en spreiding’ zal zich veelal regionaal ontwikkelen (RVZ 2011b).

Er zijn bij de vormgeving van een ander zorglandschap een aantal obstakels te verwachten. Ziekenhuizen, maar ook de institutionele omgeving, zijn veelal gericht op ontwikkeling van de eigen organisatie en niet op strategische besluitvorming en samenwerking over de grenzen van een organisatie heen. Dit vereist een andere manier van strategisch denken en handelen, waarbij diverse belangen een rol spelen. In het theoretisch kader is dit verder uitgewerkt. Een ander obstakel kunnen de medisch specialisten, of hun maatschappen zijn. Medisch specialisten hebben vanuit hun kennis en expertise een belangrijke positie in het ziekenhuis. Indien zij de meerwaarde van veranderingen niet inzien, kunnen ze de veranderingen

tegenwerken, dan wel onmogelijk maken (Boer en Croon 2010). Ze kunnen echter ook de lead nemen in de ontwikkelingen, waardoor er minder problemen te verwachten zijn (ibid.).

De afgelopen jaren zijn al steeds meer samenwerkingsverbanden zichtbaar tussen ziekenhuizen. Deze bestaan zowel uit operationele, tactische als strategische samenwerking, deels regionaal en deels bovenregionaal. Om grootste veranderingen te bereiken, die nodig zijn voor (regionale) herstructurering van het zorglandschap, zullen uiteindelijk keuzes gemaakt moeten worden over welke zorg door wie aangeboden wordt, waardoor sommige samenwerkingsverbanden wel en andere niet kunnen blijven bestaan (ibid.).

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 is het voor zorgverzekeraars mogelijk om de 'regierol' op zich nemen in het kader van 'concentratie en spreiding' van ziekenhuisfuncties (Rijken 2011). De overheid heeft aangegeven op dit gebied meer van zorgverzekeraars te verwachten (Boer en Croon 2010). In het hoofdlijnenakkoord hebben zorgverzekeraars vastgelegd om deze verantwoordelijkheid op zich te nemen, onder andere door vanaf 2012 de selectieve zorginkoop sterk uit te breiden (VWS 2011a). Interessant is te onderzoeken welke obstakels zorgverzekeraars hierbij tegen komen, aangezien ze tot op heden nog onvoldoende de regierol op zich hebben genomen.

De mate van samenwerking en de ontwikkeling hierin worden deels bepaald door de eisen van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) (Rijken 2011). De NMa stelt dat er zichtbare meerwaarde voor de cliënt moet zijn en concurrentie aanwezig moet blijven als samenwerkingsverbanden aangegaan worden (ibid.). Tevens moet er voldoende keuzevrijheid voor de cliënt blijven bestaan (BCG 2010). Concentratie en specialisatie gebeuren mede doordat ziekenhuizen moeten voldoen aan kwaliteitscriteria, waaronder volumenormenten gesteld door de inspectie van de gezondheidszorg (IGZ) met als doel de kwaliteit van zorg te verbeteren. Door concentratie valt echter de concurrentiedruk weg, wat voor de NMa reden kan zijn om de specialisatie te verbieden (Rijken 2011). Hogere kwaliteit van zorg is belangrijk, maar ook de keuzevrijheid van de patiënt staat hoog in het vaandel. De NMa heeft richtlijnen voor de samenwerking in de zorg gepubliceerd, wat zorgorganisaties kan ondersteunen bij de bepaling of een samenwerking wel of niet mogelijk is (NMa 2010). De NMa probeert hiermee te voorkomen dat kwaliteit niet ten onrechte als argument gebruikt wordt voor ongewenste schaalvergroting of voor het verdelen van het zorgaanbod tussen zorgorganisaties onderling (VWS 2011b; RVZ 2011b).

De regionale herstructurering van het zorglandschap vraagt om meer interorganisationale samenwerking van ziekenhuizen. Strategievorming over de grenzen van de eigen organisatie heen brengt een toename van afhankelijkheid en onzekerheid met zich mee. Dit onderzoek richt zich op de analyse van strategische besluitvormingsprocessen van twee ziekenhuizen, waartussen intensivering van de samenwerking is overeengekomen. Middels een case-study is beschrijvend kwalitatief onderzoek verricht naar de wijze waarop interorganisationale samenwerking tot stand is gekomen en heeft kunnen resulteren in de realisatie van een dialysecentrum. Daarnaast richt het onderzoek zich op de effectiviteit van het proces en de uitkomsten en in welke mate deze samenwerking bijdraagt aan het beleidsvoornemen

‘concentratie en spreiding’ van ziekenhuisfuncties. Hierbij wordt naast de betrokkenheid van de interne belanghebbenden ook die van externe partijen zoals zorgverzekeraars, als vertegenwoordigers van de zorgvragers en (lokale) overheden meegewogen.

1.1 Maatschappelijke relevantie

‘Concentratie en spreiding’ vraagt veel van het organisatorisch en strategisch vermogen van ziekenhuizen. De plannen om het zorglandschap en anders in te richten geven veel onzekerheden over hoe de toekomst eruit komt te zien. Dat veranderingen nodig zijn is algemeen aanvaard, maar hoe en in welke mate is onbekend. Met dit onderzoek wordt een bijdrage geleverd aan de maatschappelijke discussie over de vormgeving van ‘concentratie en spreiding’ van ziekenhuisfuncties, gericht op regionale herstructurering van het zorglandschap. Vanuit de empirie wordt inzichtelijk hoe deze herstructurering vorm krijgt in de praktijk en hoe dit in relatie staat met het beleidsvoornemen ‘concentratie en spreiding’. Hierbij wordt niet alleen gekeken naar de ziekenhuizen, maar ook naar de rol van zorgverzekeraars, mede als vertegenwoordiger van zorgvragers, en lokale overheden. Dit maakt het onderzoek voor al deze partijen relevant.

1.2 Wetenschappelijke relevantie

Met dit onderzoek wordt tevens een bijdrage geleverd aan kennisontwikkeling rondom het thema besluitvormingsprocessen in netwerken, bekeken vanuit een interorganisationeel perspectief. Godfroij (1981) en De Bruijn en Ten Heuvelhof (2007) benoemen het onvoorspelbare en grillige verloop van besluitvormingsprocessen in netwerken. Dit is toegelicht in het theoretisch kader. Doordat als onderzoeksdesign een case-study wordt uitgevoerd, is het mogelijk in de ‘diepte’ onderzoek naar het thema te verrichten. In de ‘diepte’ houdt in dat de dataverzameling en analyse plaats vindt binnen diverse lagen van de organisatie, zowel op strategisch, als tactisch en operationeel niveau. En in dit geval zowel plaats vindt bij interne en externe stakeholders. Juist de gelaagdheid van het onderzoek maakt dat er interessante theorievormende inzichten over ontwikkeling van samenwerking en strategische besluitvormingsprocessen in netwerken kunnen ontstaan.

1.3 Leeswijzer

In de komende hoofdstukken staan de verschillende onderdelen van dit onderzoek beschreven. In hoofdstuk 2 staat de probleemstelling beschreven, bestaande uit de situering van de casus, de doelstelling en de onderzoeksvragen. In het theoretisch kader wordt het interorganisationele perspectief, van waaruit dit onderzoek bekeken wordt, beschreven. Alvorens vanaf hoofdstuk 5 de resultaten, analyse van de bevindingen, de conclusie en discussie weer te geven, wordt in hoofdstuk 4 op de onderzoeksmethoden ingegaan.

2. Probleemstelling

2.1 Situering

Zoals in de inleiding al beschreven is verandering van het zorglandschap noodzakelijk om in de toekomst kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg te kunnen blijven leveren (Boer en Croon 2010). De regionale herstructurering en de keuzes over het zorgaanbod per aanbieder vragen om toename van interorganisatorische samenwerking van ziekenhuizen. Om inzicht te krijgen hoe intensieve regionale samenwerking tussen ziekenhuizen tot stand komt en hoe deze samenwerking zich ontwikkelt, wordt aan de hand van een case-study hiernaar empirisch onderzoek verricht. Het topklinische St. Antonius Ziekenhuis (StAZ) te Nieuwegein en het algemeen ziekenhuis Rivierenland te Tiel (ZRT) hebben in het voorjaar van 2011 een intentie-overeenkomst getekend, als een formele eerste stap in de richting van niet vrijblijvende intensivering van regionale samenwerking. Het onderzoeken en intensiveren van de samenwerking richt zich in eerste instantie op 1) medisch specialistische zorg, 2) medisch ondersteunende deelgebieden en 3) facilitaire deelgebieden. Er was al jarenlang sprake van samenwerking tussen de cardiologen, klinisch fysici en nucleair geneeskundigen van beide ziekenhuizen. Sinds 2010 ook tussen de maag-, darm- en leverartsen (MDL). In november 2011 is een dialysecentrum van StAZ in ZRT geopend. Als redenen van de intensivering van de samenwerking worden verhoging van 'patiëntvolume' en kwaliteit van zorg aangedragen (StAZ 2011a). Door samenwerking te intensiveren kan voldaan worden aan de eisen die de wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten in toenemende mate stellen aan 'patiëntvolumes'. Hierdoor ontstaan meer mogelijkheden tot subspecialisatie en kan kwaliteit van zorg en behandeling verhoogd worden (ibid.).

Beide ziekenhuizen behouden hun eigen identiteit (StAZ 2011b). Een fusie tussen beide organisaties of tussen verbonden maatschappen wordt niet nagestreefd. Als uitgangspunt voor de samenwerking wordt in het jaardocument 2010 van StAZ benoemd de zelfstandigheid van ZRT te waarborgen en de positie van StAZ te versterken door het uitbreiden van het verwijzingsbeleid. Het openen van een dialysecentrum van StAZ in ZRT is voortgekomen uit een onderzoek naar uitbreiding van de capaciteit van het StAZ en de constatering dat demografisch gezien een aanzienlijk deel van de patiënten in de regio Tiel woont. Door de locatiekeuze in Tiel komen beide ziekenhuizen tegemoet aan de behoefte van de patiënt om dichtbij huis geholpen te kunnen worden. Artsen, dialyseverpleegkundigen, diëtisten en maatschappelijke werkers zijn bij beide vestigingen werkzaam. De internisten zijn nauw betrokken bij de totstandkoming van het dialysecentrum (Ziekenhuisbeleidsplan ZRT 2010). Beide partijen hebben de algemene samenwerkingsafspraken vastgelegd in de samenwerkingsovereenkomst betreffende het dialysecentrum en het uitvoeren van dialysebehandelingen. De afspraken zijn in deelovereenkomsten op het gebied van huur- en verhuur, dienstverleningsovereenkomsten en een convenant tussen de maatschappen van medisch specialisten nader gespecificeerd.

De raden van Bestuur en de stafbesturen zijn van StAZ en ZRT zijn in 2009 tot een

concept intentieverklaring gekomen naar aanleiding van een aantal verkennende gesprekken tussen beiden. De medische staf bepleitte echter een omkering in de voorgestelde werkwijze door te starten met verkennende gesprekken tussen een aantal maatschappen. Deze gesprekken leidden in eerste instantie niet tot een vervolg, aangezien de medische staf van ZRT te weinig toegevoegde waarde zag om de samenwerking te intensiveren. In het najaar van 2010 zijn als gevolg van de landelijke ontwikkelingen rondom ‘concentratie en spreiding’ de voor- en nadelen van het kiezen van een samenwerkingspartner opnieuw overwogen, wat uiteindelijk met slechts één stem tegen geresulteerd heeft het ondertekenen van de intentieverklaring (Jaardocument 2010 ZRT).

Door deze casus uit te diepen en doelstellingen, beweegredenen, belangen en motieven voor de intensivering van de samenwerking te achterhalen wordt inzicht verkregen in hoe de praktijk omgaat met het vraagstuk ‘concentratie en spreiding’ van ziekenhuisfuncties. Onderzocht wordt welke factoren en motieven ten grondslag ligt aan deze interorganisationele samenwerking en hoe de besluitvormingsprocessen zijn verlopen. Hierbij worden zowel de interne als externe stakeholders betrokken, om zo een volledig mogelijk beeld te krijgen in hoeverre de verschillende partijen een rol spelen bij ‘concentratie en spreiding’ van ziekenhuisfuncties. Ook komt aan de orde welke keuzes er gemaakt zijn om juist deze samenwerking te intensiveren en hoe deze keuzes staan ten opzichte van andere samenwerkingsverbanden dan wel netwerken waarbinnen de beide ziekenhuizen participeren.

2.2 Doelstelling

Het onderzoeksdoel is grofweg het ‘thema’ van het onderzoek en formuleert in algemene termen de relevantie van het onderzoek (Mortelmans 2009). Het hoofddoel van dit beschrijvende onderzoek is een analyse van de interorganisationele strategische besluitvormingsprocessen om tot realisatie van het dialysecentrum te komen. Een tweede doel is inzicht krijgen in hoeverre (formele) doelstellingen zijn gerealiseerd en in welke mate deze samenwerking bijdraagt aan regionale herstructurering van het zorglandschap. Een derde doel is inzicht verkrijgen in de netwerkvorming en in welke mate de samenwerking geleid heeft tot tevredenheid en duurzaamheid van relaties.

2.3 Vraagstelling

Om de doelstelling te bereiken zijn de volgende hoofd- en deelvragen geformuleerd.

Hoofdvraag:

Hoe is het interorganisationele besluitvormingsproces tot realisatie van het dialysecentrum van St. Antonius Ziekenhuis in ziekenhuis Rivierland verlopen en in welke mate zijn de doelstellingen gerealiseerd?

Om tot beantwoording van de hoofdvraag te komen is het van belang ten eerste de doelstellingen van beide ziekenhuizen te achterhalen om de regionale samenwerking te intensiveren en het dialysecentrum te realiseren. Doelstellingen kunnen vooraf formeel gesteld

zijn, maar veelal is er ook sprake van informele dan wel 'geheime' doelstellingen (Van der Krogt en Vroom 1995). Dit leidt tot de eerste deelvraag:

1. Welke doelstellingen liggen ten grondslag aan de intensivering van de samenwerking tussen StAZ en ZRT en de realisatie van het dialysecentrum?

Aan de hand van de doelstellingen en hierbij uitgaande van de coalitie StAZ en ZRT kunnen de relevante stakeholders in kaart gebracht worden. Om antwoord te kunnen geven op hoe het interorganisationele besluitvormingsproces is verlopen is het van belang te weten welke rollen en motieven de stakeholders hebben (gehad) en welke strategische afwegingen en keuzes er hebben plaatsgevonden. Dit leidt tot de volgende twee deelvragen:

2. Welke stakeholders zijn betrokken bij de interorganisationele samenwerking, uitgaande van de coalitie St. Antonius en ZRT, en wat zijn de rollen en motieven van stakeholders hierbij?
3. Hoe is het proces van strategische besluitvorming verlopen tussen de relevante stakeholders?

Om tot beantwoording te komen van de vraag in welke mate er sprake is van realisatie van de (formele) doelstellingen is een laatste deelvraag geformuleerd. Hierbij wordt tevens onderzoek gedaan naar de ontwikkeling van de samenwerking in een netwerk en in welke mate de samenwerking en de resultaten bijdragen aan regionale herstructurering van het zorglandschap.

4. In welke mate heeft de toenemende interorganisationele samenwerking tot gewenste resultaten geleid, betreffende de realisatie van de doelstellingen, de samenwerking in een netwerk en regionale herstructurering van het zorglandschap?

3. Theoretisch kader

Om te begrijpen hoe ingewikkeld strategische besluitvormingsprocessen in interorganisationele netwerken kunnen zijn, wordt in het theoretisch kader eerst ingegaan op besluitvormingsprocessen en strategisch management. Deze zijn van oudsher gericht op afzonderlijke organisaties. Aan de hand van strategische besluitvormingsprocessen vindt anticipatie plaats op omgevingstrends. Door toepassing van theorie over strategische besluitvormingsprocessen wordt inzichtelijk hoe de omgeving en andere factoren invloed hebben op de herstructurering van het zorglandschap. De trend 'concentratie en spreiding' van ziekenhuisfuncties vraagt om strategisch denken en handelen over grenzen van de eigen organisatie heen. Dit houdt een fundamentele verandering in van de manier strategievorming plaatsvindt. Vanaf paragraaf 3.2 wordt de koppeling gemaakt naar de onvermijdelijke interorganisationele samenwerking en netwerkvorming, en de afhankelijkheden en onzekerheden die hierbij een rol spelen. Hoe deze besluitvormingsprocessen vorm krijgen en welke factoren bij netwerkvorming een rol spelen wordt in dit onderzoek vanuit een interorganisationeel perspectief belicht.

3.1 Strategische besluitvormingsprocessen

De kern van strategisch management is het zo optimaal mogelijk gebruikmaken en zo nodig beïnvloeden van de omgeving waarin een organisatie functioneert (Van der Krogt en Vroom 1995). Dit impliceert kennis over besluitvorming, van de omgeving en van relevante spelers in de omgeving.

Besluitvormingsprocessen

Besluitvorming volgens Mintzberg (1976) is 'commitment to action', een formeel besloten voornemen tot actie, dan wel het achterwege laten van actie. Keuning en Eppink (1982) onderscheiden drie typen van besluitvorming. Het eerste type is strategische besluitvorming, gericht op het centrale doel van de organisatie en op de uitwisselingsrelatie met de omgeving. Het tweede type is organisatorische besluitvorming, welke meer intern gericht is en veelal afgeleid is van strategische beslissingen. Het derde type is operationele besluitvorming en heeft betrekking op activiteiten die afgeleid zijn van de strategische en organisatorische beslissingen. Het strategisch management richt zich met name op de het eerste type besluitvorming en betreft ontwikkelingen op de langere termijn (drie tot vijf jaar). Het proces wat leidt tot al dan niet nemen van een besluit is van groot belang en wordt ook wel het strategische besluitvormingsproces genoemd (Van der Krogt en Vroom 1995).

In de literatuur wordt een aantal factoren genoemd die van invloed zijn op besluitvormingsprocessen (ibid.). De factoren zijn 1) aard en inhoud van de beslissing, 2) type organisatie, 3) type omgeving, 4) context van de beslissing en 5) eigenschappen van de beslisser. De eerste twee factoren zijn interessant gezien het aantal actoren die betrokken zijn bij het

onderzoek en de toenemende afhankelijkheden tussen de actoren (De Bruijn en Ten Heuvelhof 2007). In paragrafen 3.2 tot en met 3.4 wordt nader ingegaan op toenemende interdependenties, interorganisationele samenwerking en netwerkvorming. De derde factor, het type omgeving, betreft de mate van invloed van omgevingsfactoren op het besluitvormingsproces. Omgevingsfactoren zijn onder andere onder te verdelen in de zogenaamde 'PESTEL'-factoren: Politieke, Economische, Sociale, Technologische, Ecologische en Legal (wettelijke) factoren (Johnson et al. 2009). De vierde factor, de context van de beslissing, is onder andere afhankelijk van (formele) doelstellingen van organisaties, de historische interorganisationele samenwerkingsverbanden van de organisatie en in het kader van het onderzoek ook gezien de regionale herstructurering van het zorglandschap. De laatste factor, de eigenschappen van de beslisser(s), gaan over aspecten van macht en invloed van de beslissers op de essentiële momenten binnen het strategische besluitvormingsproces.

Strategisch management

Steeds sneller opeenvolgende ontwikkelingen binnen de zorgsector maakt dat het voor organisaties noodzakelijk is om strategie te bepalen. Door toepassing van strategisch management kunnen bestuurders de aard en gevolgen van de continu veranderende context tijdig ondervangen, door effectieve strategieën te ontwikkelen en het momentum van interne verandering te besturen (Swayne et al. 2008). Swayne onderscheidt drie stappen binnen strategisch management, te weten strategisch denken, strategische planning en strategisch momentum. Degene die verantwoordelijk zijn voor strategische beslissingen moeten een systeemperspectief hebben, het totaal overzien en meedoen in het spel van de pendelbeweging tussen externe trends en interne mogelijkheden. Strategisch denken is de basis voor strategisch management, maar hierbij geldt dat niet alleen de Raad van Bestuur (RvB) hiermee te maken heeft. Op ieder niveau zou iedere medewerker strategisch moeten denken. Strategische planning omvat een periodiek gezamenlijk proces om stappen volgend uit het strategisch denkproces om te zetten in een strategie waarmee de organisatie zijn missie en visie kan bereiken. De planning bevat een situationele analyse, formulering van de strategie en planning van de implementatie. Er wordt veelal een combinatie van strategieën geformuleerd over hoe een organisatie zich op de markt blijft of gaat bewegen. Bijvoorbeeld door allianties aan te gaan, diensten niet of wel aan te (blijven) bieden of acquisitie te plegen. Het strategisch momentum bevat de dagelijkse activiteiten om de strategische doelen te bereiken. Strategie maakt dat organisaties zich verdiepen in de richting en scope van de organisatie voor de lange(re) termijn, waardoor voordeel voor de organisatie kan ontstaan en aan de verwachtingen van de markt en de stakeholders voldaan kan worden (Johnson et al. 2009).

In de praktijk blijkt dat een model als dat van Swayne houvast geeft in het strategische denk- en planningsproces, maar dat geplande strategieën veelal niet de uiteindelijk gerealiseerde strategieën zijn. Dit kan verklaard worden doordat strategische besluitvormingsprocessen niet altijd zo rationeel verlopen als Swayne omschrijft (Van der Krogt en Vroom 1995). Zoals eerder benoemd zijn organisaties in toenemende mate afhankelijk van andere partijen, zowel intern als extern (De Bruijn en Ten Heuvelhof 2007). Een organisatie heeft

te maken met vele belanghebbende actoren, of te wel stakeholders. Dit maakt dat er naast rationele besluitvormingsprocessen ook andere vormen van besluitvorming bestaan. De ziekenhuizen uit de case-study hebben zowel continu te maken met de eigen belangen en strategievorming als die van belanghebbende actoren. Hieronder worden een aantal besluitvormingsmodellen toegelicht, waarbij geen sprake is van rationaliteit.

Besluitvormingsmodellen

Het rationele besluitvormingsmodel gaat uit van logische opeenvolgende stappen, op basis waarvan een rationeel genomen besluit volgt. Veelal blijkt dit in de praktijk niet zo eenvoudig te gaan (Van der Krogt en Vroom 1995). Dit heeft te maken met psychologische beperkingen van mensen, zoals beperkte rationaliteit of genoeg nemen met een aanvaardbare beslissing, belangenverstremelingen en tegenstrijdige doelen of conflicten tussen actoren. Daarnaast hebben de partijen niet allen op hetzelfde moment belang bij een probleemanalyse, waardoor de opeenvolgende stappen niet gevolgd worden.

Niet-rationele besluitvormingsmodellen, zoals het vuilnisbak-model (Cohen et al. 1972) en het arena-model (Pfeffer 1981; Hickson et al. 1986) proberen bovenstaande te ondervangen. Het vuilnisbakmodel omschrijft het besluitvormingsproces als een 'vuilnisbak' waarin problemen, oplossingen, medewerkers, beslissers en beslissingsmogelijkheden min of meer onafhankelijk van elkaar rondwarrelen. Een beslissing kan binnen dit model een toevallige samenloop van omstandigheden zijn, waarbij een oplossing een passend probleem gevonden heeft. Deze vorm van besluitvorming bestaat veelal bij type organisaties waarbij centrale aansturing moeilijk is. Dit is ook het geval bij professionele organisaties, waarbij professionals de inhoudelijk deskundigen zijn en derhalve relatief autonoom kunnen handelen binnen een organisatie (Cohen et al. 1972). Het arena-model (Pfeffer 1981; Hickson et al. 1986), ook wel het politieke model genoemd is gebaseerd op de vaststelling dat de verschillende betrokken partijen verschillende belangen hebben, en dat de interne en externe stakeholders proberen het besluitvormingsproces ten gunste van zichzelf te beïnvloeden. De mate van macht is bepalend in hoeverre een stakeholder het besluitvormingsproces kan beïnvloeden. Er zijn verschillende manieren om belangen te behartigen en macht uit te oefenen. Onderhandelen, coalitievorming, ruilen, druk uitoefenen zijn een aantal voorbeelden van machtsmiddelen. Zorgvuldigheid is echter geboden bij toepassen van machtsmiddelen, het schept namelijk verwachtingen voor een volgend besluitvormingsproces. Inzicht in machtsverhoudingen tussen betrokken partijen vergroot de strategische capaciteit om besluitvormingsprocessen te kunnen beïnvloeden (Van der Krogt en Vroom 1995; De Bruijn en Ten Heuvelhof 2007). Om inzicht te krijgen in belanghebbende actoren en hun machtsverhoudingen, wordt in de volgende alinea besproken hoe deze betrokken partijen in kaart gebracht kunnen worden.

Betrokken partijen

Een betrokken partij, of stakeholder, is een organisatie of groepering die een legitiem belang heeft bij de prestaties van een organisatie, waarvan een organisatie afhankelijk is en die macht uit oefent op het beleid van de organisatie (Scholes 1998). Het in kaart brengen van relevante

stakeholders is een manier om de politieke context van een beleidsvoornemen te doorgronden. Binnen het onderzoek staat de coalitie, bestaande uit beide ziekenhuizen, centraal als actor voor het beleidsvoornemen 'regionale herstructurering van het zorglandschap', toegespitst op het realiseren van een dialysecentrum.

Voor het retrospectieve onderzoek binnen StAZ en ZRT wordt slechts een gedeelte van de gedachtegang achter de stakeholdersanalyse, zoals Scholes (1998) deze schetst, meegenomen en geen volledige analyse uitgevoerd. Onderzocht is wie de stakeholders zijn en welke rol ze hebben gespeeld en eventueel nog spelen binnen het proces tot realisatie van het dialysecentrum en de verdergaande samenwerking tussen beide ziekenhuizen. Er wordt niet ingegaan welke managementstrategieën het best op de stakeholders toegepast zouden kunnen worden om het beleidsvoornemen te bereiken.

3.2 Interorganisationeel perspectief

Strategisch management en besluitvormingsprocessen zoals hierboven beschreven zijn veelal gericht op afzonderlijke organisaties, terwijl door de toenemende onderlinge afhankelijkheden vaker sprake zou moeten zijn van interorganisationele strategische besluitvormingsprocessen. Dit wordt aan de hand van het interorganisationeel perspectief, de netwerktheorie en besluitvormingsprocessen in netwerken nader uitgewerkt.

In interorganisationele theorieën wordt het handelen van actoren verklaard vanuit de belangen, macht, middelen en interdependente relaties van actoren (Fabbricotti 2007). Er zijn verschillende motieven voor het aangaan van interorganisationele relaties.

Oliver (1990) gaat ervan uit dat actoren relaties aangaan, omdat zij afhankelijk van elkaar zijn om hun doelen te bereiken. Er moet een noodzaak zijn om de relatie aan te gaan of er is sprake van een schaarste aan bronnen. Door samen te werken kan autonomie van een organisatie veilig gesteld worden, onzekerheid verminderd worden en wederzijdse voordelen behaald worden (ibid.). In de zorg is toenemende interdependentie als gevolg van professionalisering te zien. Naarmate de vereiste specialistische kennis voor de uitvoering van een bepaalde functie toeneemt, bestaan er minder mogelijkheden om professionals centraal aan te sturen. Er ontstaan interne afhankelijkheden tussen professionals onderling en tussen professionals, managers en bestuurders. Mintzberg benoemt in 1976 al een aantal problemen bij strategisch management in professionele organisaties. Hij beschrijft problemen met coördinatie, tussen primaire en ondersteunende diensten en tussen professionals onderling; problemen met vrijheid van handelen, aangezien professionals staan voor hun autonomie, wat loyaliteit met de organisatie in de weg kan staan en problemen met innovatie, aangezien grensoverschrijdend werken dan noodzakelijk is. Toenemende interdependenties tussen professionals en bestuurders kunnen aanleiding zijn voor het aangaan van interorganisationele samenwerkingsrelaties.

Volgens Gulati en Garguilo (1999) wordt de vorming van een netwerk tussen organisaties ook op basis van informatie over de competenties en betrouwbaarheid van mogelijke netwerkpartners bepaald. Deze informatie wordt onder andere verkregen door historische samenwerkingsverbanden tussen actoren, een derde partij waarmee beide organisaties een relatie hebben en de strategische positie in het veld van de actoren. Oliver (1990) stelt dat het

uiteindelijke besluit om relaties aan te gaan, gebaseerd is op een combinatie van motieven. Actoren kunnen een verschillende perceptie hebben over de geschiktheid van een partner. Het is organisatie- en tijdsafhankelijk wie een actor kiest om een relatie mee aan te gaan (Fabbricotti 2007).

Bij het aangaan van interorganisationele relaties ontstaat er tegelijkertijd een netwerk. Door de samenwerking verandert de mate van interdependentie tussen de netwerkpartners. Godfroij (1981) noemt het handelen van de actoren in een netwerk strategisch handelen. Actoren beoordelen wat het effect van de samenwerking zal zijn voor hun doelbereiking in de toekomst. Strategieën van de actoren veranderen volgens Godfroij continu. De strategische interactie leidt steeds tot nieuwe situaties, waarbij andere strategieën en motieven voor samenwerking van toepassing kunnen zijn. Het spel tussen de actoren is vergelijkbaar met het spel wat beschreven is bij het arena-besluitvormingsmodel. Onderhandelingen, ruilen en strijd wisselen zich als strategieën af.

Welke veranderingen in structuur- en cultuurkenmerken en interactiepatronen plaatsvinden bij de ontwikkelingen van netwerken is bij de actorbenadering, zoals hierboven beschreven, niet duidelijk. Netwerktheorieën van Metcalfe (1976) en Benson (1975) richten zich juist op de ontwikkeling van netwerken van organisaties. Deze theorieën zijn ondanks de gedateerdheid nog actueel en worden nog veel gebruikt (Fabbricotti 2007).

3.3 Netwerktheorie

Metcalfe (1976) benoemt een conceptueel raamwerk waarbij organisatiestructuren gelinkt worden met interorganisationele structuurproblemen. Organisaties zijn onderdeel van een netwerk en kunnen elkaar daardoor indirect beïnvloeden. Er zijn, volgens Metcalfe, vijf dimensies van sociale integratie waarlangs een netwerk zich ontwikkelt. Allereerst de acceptatie van een nieuwe ideologie, een doel dat alleen behaald kan worden als interactie-eigenschappen van het netwerk worden veranderd. Dan volgen respectievelijk culturele, normatieve en functionele integratie. Culturele integratie bevat de mate van overeenstemming over de doelen en waarden en de onderlinge consistentie van de doelen en waarden. Normatieve integratie wordt beïnvloed door de mate van culturele integratie en gaat over de overeenstemming over elkaars verwachtingspatronen, betreffende rollen en gedragingen. Functionele integratie wordt bepaald door de mate van culturele en normatieve integratie en betreft de mate waarin activiteiten gecoördineerd worden door de netwerkorganisaties. Communicatieve integratie is op voorgaande drie integraties van toepassing. Het betreft de mate waarin organisaties bewust zijn van interdependentie, belangen, verwachtingen en de mate van communicatie hierover. De vijf dimensies zijn randvoorwaarden voor de mate van sociale integratie, die kunnen leiden tot samenwerking, concurrentie dan wel conflict (ibid.). Metcalfe gaat beperkt in op de invloed van macht en bronnen binnen netwerkontwikkeling. Benson (1975) gaat uit van gelijksoortige dimensies van integratie, maar benoemt daarbij wel hoe integratie beïnvloed wordt door de omgeving, de macht, bronnen en strategieën van de diverse actoren. Dit is eerder ook aan bod gekomen bij besluitvormingsprocessen als een politieke arena en het strategisch handelen van actoren.

3.4 Besluitvormingsprocessen in netwerken

Als gevolg van machtsverhoudingen en tegenstrijdige belangen en motieven binnen de politieke arena verlopen besluitvormingsprocessen in netwerken veelal grillig en onvoorspelbaar (De Bruijn en Ten Heuvelhof 2007). Besluitvorming verloopt onregelmatig, vindt in meerdere rondes van besluitvorming plaats en er is voortdurende toe- en uittreding van actoren. Er kunnen zich in de loop van het proces nieuwe ontwikkelingen voordoen, besluiten kunnen om bepaalde redenen herroepen worden en er is vaak weinig transparantie over wie de actoren allemaal zijn. De strategieën die actoren toepassen, maken het proces onvoorspelbaar en er is veelal geen exact begin- en eindpunt te benoemen. Het verloop van besluitvormingsprocessen in netwerken is te herleiden tot inhoudelijke en procesmatige grilligheid (ibid.). Bij het onderzoek is gezien het type organisatie en de betrokken partijen met diverse belangen het interessant om te achterhalen hoe machtsverhoudingen en strategieën die door actoren worden toegepast, in combinatie met netwerkvorming en het verloop van besluitvormingsprocessen in netwerken, een rol spelen. Hierbij gaat het met name om de besluitvormingsprocessen binnen en tussen beide ziekenhuizen, maar er zal ook ingegaan worden op het overstijgende netwerk waarbinnen de ziekenhuizen opereren. Dit betreffen de lokale overheid en de zorgverzekeraars die actief zijn in de regio.

3.5 Vertrouwen

Als gevolg van het grillige en onvoorspelbare besluitvormingsproces in netwerken, is vertrouwen in de samenwerkingspartner essentieel (Seligman 1998). In het geval van hiërarchische organisatievormen waar machtsverhoudingen duidelijk zijn en het besluitvormingsproces beheersbaar is, bestaat er veelal zekerheid over het handelen van de andere partij (ibid.). Seligman spreekt in deze over 'confidence' over de interactiepatronen. In netwerken, waar machtsverhoudingen steeds verschillend zijn en partijen eigen belangen en motieven hebben voor interactie, zijn besluitvormingsprocessen niet beheersbaar. Hierdoor is er sprake van onvoorspelbaarheid in het handelen van de betrokken partijen en dit maakt dat vertrouwen in de ander essentieel is. Dit wordt door Seligman benoemd als 'trust'. Binnen netwerkvorming is reciprociteit van belang en is er sprake van afhankelijkheid tussen betrokken partijen (Oliver 1990). Deze interdependenties maken dat terughoudendheid in het gebruik van machtsmiddelen genoodzaakt is om duurzame relaties op te bouwen (Seligman 1998; Rosenthal 1980). Vertrouwen in de ander in plaats van toepassen van machtsmiddelen is noodzakelijk om tot duurzame interactie te komen. Het gaat hierbij om vertrouwen tussen elk individu die interorganisatorische samenwerking aangaat.

Interactie en samenwerking binnen de grenzen van de eigen organisatie is van een andere orde. Er is dan meer zekerheid over elkaars handelen dan wanneer men samenwerkt met onbekenden of externe partijen. Binnen de eigen organisatie bestaat een vorm van familiariteit. Dat 'ons kent ons' gevoel brengt verwachtingen en voorspelbaarheid over elkaars handelen met elkaar mee (Seligman 1998). Bij toenemende interorganisatorische samenwerking ontstaan tevens verwachtingspatronen over rollen en gedragingen, wat aansluit bij de normatieve integratie van Metcalfe (1976).

3.6 Effectiviteit

Om effectiviteit van de interorganisationele samenwerking te evalueren is men geneigd na te gaan of vooraf geformuleerde doelstellingen zijn gerealiseerd. Dit is volgens De Bruijn en Ten Heuvelhof (2007) binnen projectmatige besluitvorming met een duidelijk begin- en eindpunt van een project mogelijk, maar niet passend bij procesmatige besluitvorming waarbij meerdere actoren onderdeel zijn van een netwerk. De verschillende partijen kunnen namelijk verschillende doelen hebben en de mate van realisatie van doelen anders interpreteren. Het proces is niet lineair en verhoudingen, problemen, strategieën veranderen gedurende het proces, waardoor partijen gedurende het proces geleerd kunnen hebben en op basis hiervan doelstellingen wijzigen. Voor effectiviteit van het proces is het belangrijker om na te gaan of partijen tevreden zijn, problemen zijn opgelost, partijen geleerd hebben, of duurzame relaties zijn ontstaan en het proces fair is verlopen (ibid.).

Naast formele doelstellingen zijn er veelal ook informele of 'geheime' doelstellingen (Van der Krogt en Vroom 1995). Binnen het onderzoek zal zowel gekeken worden naar de mate van realisatie van (formele) doelstellingen, als naar het verloop van het proces en in hoeverre de samenwerking tot tevredenheid en duurzaamheid van relaties heeft geleid.

3.7 Samenvatting

In het theoretisch kader zijn reeds verschillende toespelingen gemaakt over toepassing binnen het onderzoek. Door factoren van strategische besluitvormingsprocessen voor afzonderlijke organisaties te combineren met de filosofie over netwerktheorieën ontstaat het interorganisationeel perspectief waarmee vanuit dit onderzoek naar de empirie gekeken wordt. De Bruijn en Ten Heuvelhof (2007) passen beide aspecten ook toe bij het grillige en onvoorspelbare verloop van besluitvormingsprocessen in netwerken. De mate van het behalen van (formele) doelstellingen en de mate van tevredenheid en duurzaamheid van relaties bepalen grotendeels de effectiviteit van de interorganisationele samenwerking.

4. Onderzoeksmethoden

Een onderzoeksopzet verantwoordt de keuzes voor een bepaald onderzoeksdesign, methodes van dataverzameling en data-analyse (Mortelmans 2009). Tevens worden de verwachte resultaten van het onderzoek geschetst.

4.1 Onderzoeksdesign

Om te komen tot inzichten over interorganisationele strategische besluitvormingsprocessen betreffende regionale herstructurering van het zorglandschap is gekozen voor beschrijvend kwalitatief onderzoek. Beschrijvend onderzoek is toepasselijk voor thema's waarover nog weinig bekend is (Swanborn 2010). 'Concentratie en spreiding' is een nieuwe term binnen de Nederlandse gezondheidszorg en er zijn nog weinig gegevens beschikbaar hoe in de praktijk hiermee aan de slag gegaan wordt. Door een casus te onderzoeken waarbij in toenemende mate sprake is van interorganisationele samenwerking wordt inzicht verkregen in de strategische besluitvormingsprocessen en de mate van netwerkvorming. Een case-study maakt het mogelijk om een vraagstuk in de 'diepte' te bestuderen, door dataverzameling en analyse vanuit diverse lagen binnen een organisatie te onderzoeken (Mortelmans 2009). Naast interne worden ook externe stakeholders benaderd, waardoor naast in de 'diepte' ook in de 'breedte' onderzoek gedaan wordt.

4.2 Dataverzameling

Bij het onderzoek zijn twee verschillende methoden van dataverzameling toegepast. Ten eerste is gestart met documentenonderzoek, aangezien een strategisch besluitvormingsproces een lange tijdsduur kent en er in diverse strategische beleidsplannen, vergaderstukken en jaardocumenten van betrokken partijen relevante informatie hierover beschikbaar is. In de bijlage is een overzicht van alle geraadpleegde documenten van zowel beide ziekenhuizen, de zorgverzekeraars als de gemeente Tiel. De documenten zijn verkregen via de projectmanager en de secretaris van RvB van StAZ en de inhoudelijk betrokken zorgmanager van ZRT. Daarnaast zijn openbare jaarverslagen en beleidsplannen van internet gebruikt.

De tweede methode van onderzoek is het afnemen van interviews. Dit is volgens Mortelmans (2009) de meest voorkomende vorm van dataverzameling binnen kwalitatief onderzoek. Het theoretisch kader en de gegevens vanuit het documentenonderzoek waren het uitgangspunt om de topic-lijst voor de interviews op te stellen. Door middel van semi-gestructureerde interviews zijn de data van de individuele respondenten verzameld. De interviews zijn opgenomen en uitgewerkt in transcripten volgens het Verbatim-principe. Mortelmans (2009) onderscheidt vier kenmerken van een kwalitatief interview ten opzichte van andere vormen van interviewen, te weten: flexibiliteit in aanpak, interactief, een non-directieve interviewstijl en face-to-face. De structuur en inhoud van het interview is flexibel gehouden, zodat het aanpassing aan de hand van eerder verkregen data mogelijk is en hiermee 'diepte' in

het onderzoek te verkrijgen is. De respondent en zijn verhaal staan centraal, wat maakt dat de interviews interactief moeten zijn. De interviewer stuurt alleen bij indien te ver afgeweken wordt van het onderwerp. De non-directieve interviewstijl past bij het centraal stellen van de respondent. Hoe minder de interviewer hoeft te onderbreken, hoe minder sturend de invloed van de interviewer op de verkregen data is geweest. Om non-verbale reacties op te kunnen vangen en een vertrouwensband te creëren tussen de interviewer en de respondent is face tot face contact nodig.

Voor de identificatie van relevante stakeholders is de Power/Interest (P/I) matrix (Mendelow 1991 in Scholes 1998) als methodologisch instrument ingezet. Met behulp van deze matrix wordt

Power	
<i>High</i>	
A: Keep satisfied	B: Key players
C: Minimal effort	D: Keep informed
<i>Low</i>	<i>High</i>

Tabel 1. Power/Interest matrix (Mendelow 1991)

een overzicht verkregen van de meest relevante stakeholders die macht en invloed kunnen uitoefenen op een beleidsvoornemen. Door een huidige en gewenste matrix te schetsen, kunnen interventies vastgesteld worden die nodig zijn om stakeholders in de gewenste richting te bewegen. Gedurende een strategisch besluitvormingsproces is het van belang te weten wie de sleutelfiguren zijn (B), wie tevreden gehouden moeten worden (A), wie geïnformeerd moet blijven (D) en voor wie minimale inspanning vereist is (C). Voor dit onderzoek is de matrix

alleen toegepast voor het identificeren van de stakeholders binnen de matrix, en wordt niet verder ingegaan welke interventies het best toegepast zouden kunnen worden.

4.3 Respondenten

Om de vraagstelling te kunnen beantwoorden zijn 14 respondenten benaderd, uiteindelijk hebben 12 interviews plaatsgevonden. Criterium voor het benaderen van de respondenten was dat alle respondenten sleutelfiguren zijn (geweest) bij de strategische besluitvormingsprocessen betreffende de interorganisationele samenwerking tussen het StAZ en ZRT, specifiek bij de totstandkoming van het dialysecentrum.

De respondenten zijn werkzaam in één of beide ziekenhuizen of zijn externe stakeholders en als zodanig betrokken geweest bij de totstandkoming van het dialysecentrum. De ontwikkeling van de samenwerking heeft zich langs en tussen verschillende lagen in de organisatie voltrokken. Zowel op niveau van de Raad van Bestuur, het stafbestuur, het management als de medisch specialisten. Om een compleet beeld van het gehele besluitvormingsproces te verkrijgen zijn derhalve vanuit alle lagen respondenten betrokken. Daarnaast zijn externe stakeholders benaderd die in het kader van het vraagstuk ‘concentratie en spreiding’ van ziekenhuisfuncties een rol kunnen spelen in het proces, dan wel een visie hebben over hoe regionale herstructurering van het zorglandschap in de regio vorm eruit moet komen te zien. Externe stakeholders zijn de zorgverzekeraars (Achmea en Menzis) en gemeente Tiel. Er is gekozen om alleen gemeente Tiel, waar ZRT gevestigd is, te benaderen en niet gemeente Nieuwegein, waar StAZ is gevestigd, omdat ZRT een algemeen ziekenhuis is, waar

meer onzekerheid is over welke hoog complexe, laag volume zorg in de toekomst nog geboden kan worden dan bij een topklinisch ziekenhuis als StAZ. Daarnaast bevinden zich in de buurt van Nieuwegein meerdere ziekenhuizen, waardoor de toegankelijkheid van zorg minder snel in het geding komt dan in Tiel waar minder ziekenhuizen in de omgeving gevestigd zijn. De beoogde respondent van de gemeente Tiel heeft te kennen gegeven dat er geen inhoudelijke betrokkenheid is geweest en vooralsnog onvoldoende visievorming bij de gemeente heeft plaatsgevonden om een relevante bijdrage te kunnen leveren aan het onderzoek. Wat betreft de andere beoogde respondent van Menzis, is het ondanks diverse pogingen niet gelukt om tijdig een afspraak te verkrijgen. Ter compensatie van eventuele gemiste informatie heeft op dit gebied extra documentenonderzoek naar jaardocumenten van Menzis plaatsgevonden.

Alle respondenten zijn op de hoogte gesteld dat zij geciteerd worden in dit rapport en hiertegen is geen bezwaar gemaakt. De respondenten zijn vanuit hun functie betrokken geweest bij dit project en er is daarom gekozen om niet de namen, maar alleen de functie van de respondenten bij de citaten weer te geven. Betrokkenen van het project kennen elkaar, waardoor anonimiteit niet te waarborgen is.

St. Antonius Ziekenhuis	Ziekenhuis Rivierenland	Zorgverzekeraar	Gemeente
Oud lid RvB	Voorzitter RvB	Hoofd sales St. Antonius (oud Achmea)	Tiel - <i>documentenonderzoek</i>
Manager interne geneeskunde	Zorgmanager beschouwend blok	Achmea contactpersoon St. Antonius	
Hoofd dialyse (projectmanager)	Manager facilitaire dienst	Menzis - <i>documentenonderzoek</i>	
Med. afdelingshoofd/nefroloog	Internist		
Secretaris RvB (contactpersoon)	Internist		

Tabel 2. Overzicht respondenten

4.4 Data-analyse

De verzamelde data uit de interviews en documentenonderzoek zijn samengevoegd om tot geïntegreerde resultaten, conclusie en discussie te komen.

De transcripten van de interviews zijn als basis gebruikt voor het coderen van de bevindingen. Codering heeft op basis van het theoretisch kader in combinatie met open codering plaatsgevonden. Vanuit de gedachtegang van de Grounded Theory (Glaser en Strauss 1976) benadering is gekozen voor een procedurele benadering van het analyseren. Grounded Theory wordt soms ook wel de 'Constant Vergelijkende' methode genoemd (Mortelmans 2009). Dit komt voort uit het continu vergelijken van data, voortkomend uit het cyclisch verzamelen van data en het cyclisch opbouwen van de analyse. Door de interactieve en flexibele wijze van interviewen heeft cyclisch verzamelen van data plaatsgevonden. De codering van de data uit zowel interviews en documenten heeft eveneens in meerdere analyseronden plaatsgevonden.

Mortelmans (2009) spreekt van open, axiaal en selectief coderen. Gestart is met open coderen om de meest interessante onderwerpen te achterhalen die relevant zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Daarna heeft het axiaal en selectief coderen opgeleverd dat de vele losse codes gebundeld zijn tot relevante thema's en er een koppeling is gemaakt aan de hand van thema's voortkomend vanuit de theorie. De fasen van codering zijn niet los van elkaar te zien, maar zijn allen meerdere malen doorlopen. Het theoretisch kader is tevens gebruikt om op abstracter niveau te kunnen analyseren, zodat uitkomsten los komen te staan van de casus en relevante informatie voor een groter maatschappelijk dan wel wetenschappelijk publiek te verkrijgen is.

4.5 Kwaliteit van onderzoek

Swanborn (2010) benoemt drie kwaliteitscriteria voor onderzoek, te weten betrouwbaarheid, validiteit en generaliseerbaarheid. In deze paragraaf wordt geschetst wat gedaan is om, gezien de beperkingen aangaande objectiviteit van kwalitatief onderzoek, de betrouwbaarheid, validiteit en generaliseerbaarheid van het onderzoek te waarborgen.

Betrouwbaarheid

Om de betrouwbaarheid te vergroten is consistentie en repliceerbaarheid van belang (Mortelmans 2009; Boeije 2005). Derhalve is bij de methoden van onderzoek en de data-analyse beschreven welke methoden gevolgd zijn.

Tevens wordt het belang van de rol van onderzoeker erkend, aangezien de onderzoeker onderdeel is van het onderzoek en mogelijk ongemerkt invloed kan hebben op de dataverzameling en analyse (Mortelmans 2009). Door gebruik te maken van een topic-lijst en een non-directieve interviewstijl is de beïnvloeding van de interviewer zoveel mogelijk geminimaliseerd. Tevens heeft kritische reflectie van de onderzoeker plaatsgevonden, door vooraf aan de interviews de eigen verwachtingen van te beschrijven en deze achteraf te vergelijken met de verzamelde data, zodat eventuele bias ondervangen kan worden. Het is nooit mogelijk gehele uitsluiting van invloed van de onderzoeker te verkrijgen, maar door hier kritisch mee om te gaan, wordt beïnvloeding geminimaliseerd.

Validiteit

Wat betreft de validiteit van het onderzoek, gaat het om de juistheid en geldigheid van de onderzoeksbevindingen (Baarda et al. 2005). Aangezien het een retrospectief onderzoek betreft is er altijd een probleem te verwachten wat betreft de validiteit van de verkregen data (Mortelmans 2009). Herinneringen van respondenten kunnen vervagen, waarvoor voorzichtigheid in acht genomen is bij interpretatie en analyse van de data.

Om de validiteit te vergroten zijn de resultaten voorgelegd aan de respondenten, zodat nagegaan is of resultaten door de betrokkenen als geloofwaardig worden beoordeeld (ibid.).

Generaliseerbaarheid

Bij kwalitatief onderzoek is de mate van generaliseerbaarheid te versterken door een uitgebreide weergave van de onderzoeksresultaten, ook wel ‘thick description’ genoemd (Mortelmans 2009). In het onderzoeksrapport is daarom gekozen voor een uitgebreide beschrijving van de resultaten, waarbij veel gebruik gemaakt is van citaten. Daarnaast heeft theoretische generaliseerbaarheid plaatsgevonden, wat maakt dat waar mogelijk abstractie van de resultaten naar breder geldende theoretische principes heeft plaatsgevonden (ibid.). In de discussie staan echter ook een aantal beperkingen beschreven ten aanzien van de generaliseerbaarheid.

4.6 Resultaten van onderzoek

De uitkomsten van het onderzoek, de analyse van de bevindingen, de conclusie en discussie zijn vastgelegd in dit onderzoeksrapport. Het onderzoek is verricht ter afronding van de master Zorgmanagement van het Instituut Beleid en Management van de Gezondheidszorg (iBMG) aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Het onderzoeksrapport wordt beschikbaar gesteld aan het iBMG en de respondenten.

5. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten van het onderzoek gepresenteerd, steunend op citaten uit interviews en documentenonderzoek. Achtereenvolgend worden de resultaten uiteengezet aan de hand van de volgende onderwerpen: doelstellingen, stakeholders, proces en realisatie (formele) doelstellingen. In hoofdstuk 5 worden de resultaten geanalyseerd en geïnterpreteerd in het licht van het theoretisch kader.

5.1 Doelstellingen

Om het strategische besluitvormingsproces tot realisatie van het dialysecentrum in kaart te brengen is onderzocht welke formele dan wel informele doelstellingen er zijn. Hierbij zijn ook de doelstellingen van de intentieovereenkomst tot verdergaande samenwerking tussen beide ziekenhuizen meegenomen, aangezien beide ontwikkelingen met elkaar verbonden zijn. Voor het dialysecentrum zijn alleen afzonderlijke doelstellingen bekend, voor de coöperatieve samenwerking zijn een aantal gezamenlijke doelstellingen geformuleerd.

Dialysecentrum

In 2007 zijn leden van de Raden van Bestuur (RvB) van beide ziekenhuizen de mogelijkheden voor het huisvesten van een dialysecentrum van StAZ in ZRT gaan verkennen. De doelstellingen voor het dialysecentrum zijn alleen vanuit StAZ gesteld in een concept businesscase (2007). In de definitieve businesscase staan alleen financiële doelstellingen genoemd. Vanuit ZRT zijn geen formele doelstellingen gevonden. Doelstellingen in de concept businesscase StAZ (2007) zijn:

- Kwaliteitswinst voor patiënten door het terugbrengen van de afstand tussen woonomgeving en dialysemogelijkheid terwijl zij tevens verbonden blijven aan het multidisciplinaire expertise centrum van het AZN;
- Creëren van een win-win situatie voor de beide deelnemende ziekenhuizen. Naast een dialyse unit is het openen van een pré dialyse polikliniek een optie. Ook kan gebruik worden gemaakt van de expertise van de nefrologen (consultfunctie). Hierdoor ook samenwerkingsmogelijkheid met/voor andere specialisme in Tiel.
- Het leveren van hoog kwalitatieve, niervervangende zorg in de vorm van volwaardige dialyse voor patiënten uit genoemde regio;
- Bestendigen van de adherentie en zo mogelijk vergroten;
- Verbeteren van het reeds uitstekende imago door een innovatieve en klantgerichte, aanbodgestuurde aanpak;
- Versterken van de samenwerking met maatschap interne geneeskunde ziekenhuis Rivierenland;
- Creëren van mogelijkheden voor functie differentiatie voor verpleging en efficiëntie winst en kostenreductie;
- Bieden van mogelijkheden voor het ontwikkelen en toepassen van nieuwe zorgproducten zoals het toedienen van frequente , dagelijkse, kortdurende dialyse.

In het projectplan (2008) van StAZ voor het dialysecentrum wordt over het doel om een goede marktpositie te behouden voor dialyse aanvullend het volgende beschreven:

Landelijk gezien is de marktwerking binnen de dialyse in een versnelling gekomen en is het aantal zelfstandige dialysecentra en satelliet dialyse in 2008 snel toegenomen. Om binnen deze markt een belangrijke speler te blijven, de mogelijkheid te hebben te kunnen groeien en adherentiegebied te behouden, is gekozen een satelliet dialyse van het St. Antonius Ziekenhuis in samenwerking met het Ziekenhuis Rivierenland in Tiel te starten.

Er zijn geen gezamenlijke doelstellingen voor het dialysecentrum gesteld, echter informeel is door vrijwel alle respondenten van ZRT een overeenkomstig doel als het eerste doel van StAZ benoemd, namelijk dat door de komst van het dialysecentrum de kwaliteit van zorg en daarmee de kwaliteit van leven voor de dialysepatiënten in de regio Rivierenland verbeterd wordt. Daarnaast is een informeel doel van ZRT dat de ruimte waar het dialysecentrum wordt gebouwd, functioneel ingezet wordt en hiermee inkomsten gegenereerd worden.

Coöperatief verband

De gesprekken tussen de coalitie, bestaande uit beide Raden van Bestuur, en beide stafbesturen over de realisatie van een dialysecentrum, leidde tot de wederzijdse behoefte om verdergaande samenwerkingsmogelijkheden te verkennen (Jaardocument ZRT 2010).

Uit documentenonderzoek komen de volgende doelstellingen naar voren voor de intentieovereenkomst:

- Optimale beschikbaarheid van hoogwaardige topklinische-, topreferente- en basiszorg die in afstemming met elkaar wordt aangeboden aan patiënten in de betreffende verzorgingsgebieden.
- Bevorderen van een hoge kwaliteit van zorg binnen de aangesloten partijen.
- Creëren van een groter draagvlak voor (medisch) ondersteunende en facilitaire functies binnen de aangesloten partijen, met als doel een grotere efficiëntie en effectiviteit te bewerkstelligen.

(uit definitief concept intentieovereenkomst maart 2009)

Naast de vastgestelde doelstellingen zijn diverse doelstellingen in interviews en documentenonderzoek naar voren gekomen.

Uitgangspunt bij de verdergaande samenwerking is om de zelfstandigheid van ZRT te waarborgen en het topklinische profiel van StAZ te versterken door het uitbreiden van het verwijzingsbeleid (jaardocument 2010 StAZ). De ontwikkeling van subspecialisaties in combinatie met aangescherpte kwaliteitseisen en volumecriteria maakt dat het voor ZRT nodig is om samenwerking aan te gaan met andere ziekenhuizen (startnotie samenwerking 2009). Door het samenwerken met een topklinisch ziekenhuis als het StAZ versterkt ZRT haar positie in de regio,

aangezien ze hun zorgaanbod uitbreiden en ze een langlopend contract aangaan. Er is tevens vanuit StAZ een noodzaak om intensiever te gaan samenwerken met ziekenhuizen in de regio, aangezien StAZ de topklinische verwijzingen nodig heeft om volumecriteria te behalen en daardoor de marktpositie kan versterken.

De overtuiging dat, om als ziekenhuis in de regio Rivierenland te kunnen blijven opereren, het noodzakelijk is om waar mogelijk samen te werken met anderen, is onverminderd aanwezig. (Ziekenhuisbeleidsplan ZRT 2010-2013)

Het belang voor Antonius is het versterken van ons top klinisch profiel. Iedere keer. Daar gaat het ons om. [...] We hebben behoefte aan een sterke basiszorg in Tiel, want we kunnen het vanuit Nieuwegein ook niet bemensen. Wat we wel willen is dat binnen de samenwerking de topklinische verwijzingen niet naar het UMCU gaan maar naar ons. (secretaris RvB StAZ)

Door de respondenten zijn naast de formele en informele doelstellingen van de coalitie, afzonderlijke belangen en motieven van de betrokken partijen benoemt om de samenwerking aan te gaan. De betrokken partijen, oftewel stakeholders, en hun belangen en motieven worden in de volgende paragraaf uitgewerkt.

5.2 Betrokken partijen

De betrokken partijen bij de besluitvormingsprocessen en realisatie van het dialysecentrum en in het verlengde hiervan de intentieovereenkomst om tot verdergaande niet vrijblijvende samenwerking over te gaan, zijn verwerkt in tabel 3. Hierbij wordt uitgegaan van de coalitie StAZ en ZRT als centrale actor. Het initiatief tot realisatie van het dialysecentrum en vervolgens de verdergaande samenwerking tussen beide ziekenhuizen is genomen door de Raden van Bestuur. De stafbesturen zijn vrijwel direct betrokken bij deze ontwikkelingen, maar zijn niet als centrale actor bestempelt en staan derhalve als betrokken partij in de tabel opgenomen.

Betrokken partijen	St. Antonius Ziekenhuis	Ziekenhuis Rivierenland
Medische stafbesturen	X	X
Internisten en nefrologen	X	X
(Dialyse)verpleegkundigen en overige zorgmedewerkers	X	
(Dialyse)patiënten en patiëntenorganisaties	X	X
Zorgverzekeraars	X	X
Gemeenten		X

Tabel 3. Betrokken partijen StAZ-ZRT

De toezichthouders NMa, NZa en IGZ zijn niet als betrokken partijen in de tabel opgenomen, aangezien ze bij de case-study geen rol hebben gespeeld. De coalitie zal echter wel de mogelijke invloed van de toezichthouders in gedachten houden, aangezien deze zogenaamde ‘slapende

reuzen' actief kunnen worden in geval van verdenking op marktverdeling of eventuele plannen voor maatschappfusies.

Per betrokken partij wordt weergegeven wat zijn of haar rol is geweest in het besluitvormingsproces en realisatie van het dialysecentrum, dan wel het coöperatieve verband. Tevens worden motieven en belangen hierbij uiteen gezet.

Medische stafbesturen

De stafbesturen zijn samen met de Raden van Bestuur de intentieovereenkomst tot verdergaande samenwerking aangegaan. Hiermee zijn de stafbesturen essentiële partijen voor de coalitie. Voor het coöperatieve verband spelen de toenemende subspecialisaties en kwaliteitseisen, waaronder minimale aanwezigheidseisen van de specialist en volumenormenten, een belangrijke rol om samenwerking met andere ziekenhuizen aan te gaan. Voor ZRT geldt dat de kleinschaligheid van het ziekenhuis in combinatie met genoemde ontwikkelingen, het onzeker maakt in hoeverre op middellange termijn onder meer de longchirurgie, de MDL expertise behouden kunnen worden en de erkenning voor de IC, de SEH en verloskunde worden gegarandeerd (startnotitie samenwerking 2009). Samenwerking is noodzakelijk om te kunnen voldoen aan de toenemende kwaliteitscriteria en volumenormenten. Daarnaast speelt het risico dat het voor zorgprofessionals minder aantrekkelijk wordt om zich te verbinden aan een regionaal ziekenhuis als kwaliteitseisen worden opgeschroefd en bepaalde behandelingen niet meer uitgevoerd mogen worden (ibid.). Door de samenwerking met een topklinisch ziekenhuis blijft ZRT ook interessant in de regio voor huisartsen en andere verwijzers, aangezien ze hierdoor kunnen garanderen dat er een uitgebreid zorgaanbod van goede kwaliteit blijft bestaan dan wel toe zal nemen.

Ook voor de medisch specialisten van StAZ is samenwerking met andere ziekenhuizen noodzakelijk om te kunnen voldoen aan de volumenormenten voor de topklinische patiënten die StAZ wil blijven behandelen. Dit wordt nader toegelicht in de volgende paragraaf 'internisten en nefrologen'.

Meerdere respondenten geven aan dat het van belang is dat de maatschappen en de medische staf achter een eventuele samenwerking moet staan. Het betreft de inhoud van hun werk en als er tussen bepaalde specialisten of maatschappen geen goede band ontstaat, zal de samenwerking niet tot stand komen als het belang voor maatschappen dan wel stafbestuur niet voldoende groot is. Steun vanuit de medische staf is allereerst essentieel, maar ook de contacten tussen de afzonderlijke specialisten die een vorm van samenwerking aan moeten gaan zijn van groot belang. Dit wordt bevestigd aan de hand van onderstaande citaten.

Stel dat wij niet goed met elkaar overweg zouden hebben gekund, de nefrologen en zo dan zou het nooit wat geworden zijn. (internist 2 ZRT)

Je hebt altijd de maatschappen nodig. [...] Als je een bestuurlijk traject hebt heb je altijd de maatschappen nodig. Anders moet je er ook niet aan beginnen. Want we hebben ook geleerd in een fusie met Mesos. Je moet er niet aan beginnen als je geen commitment hebt van de medische staf. (secretaris RvB StAZ)

Internisten en nefrologen

Wat betreft het dialysecentrum zijn de nefrologen uit StAZ vertegenwoordigd door het medisch afdelingshoofd (nefroloog) en de internisten uit Tiel door de vakgroepcoördinator. In onderling overleg zijn de afspraken over de medisch inhoudelijke samenwerking gemaakt en vastgelegd in een convenant tussen beide maatschappen en Raden van Bestuur. De nefrologen van StAZ hebben het initiatief genomen tot uitbreiding. Het belang om het dialysecentrum te openen in Tiel is volgens een van de nefrologen tweeledig. Enerzijds is het een onderneming om, gezien de toenemende marktwerking en het groeiend aantal zelfstandige dialysecentra, voldoende patiënten te behouden en groei te kunnen behalen. Anderzijds is het een noodzaak om voldoende aanwas van patiënten te genereren, om het topklinische subspecialistische werk te kunnen verrichten en specialisten hiertoe op te kunnen leiden. Dit is alleen mogelijk door vanuit een grote regio doorverwijzingen te ontvangen.

En wij hebben met een vak wat erg specialistisch is, graag een heel groot gebied, waaruit wij de patiënten rekruteren. Omdat dat de manier is om überhaupt je werk te kunnen doen. [...] Maar het is ook omdat wij een opleiding hebben en dat is voor ons zwaarwegend dat wij voor die opleiding veel bijzondere dingen kunnen aanbieden. Dus wij moeten die omvang, grote omvang nastreven, om vanuit die grote aanvoer de specifiek interessante dingen die een opleiding waardevol maken, te kunnen distilleren. (nefroloog StAZ)

Door samen te werken met Tiel en de internisten daar is een grotere invloedssfeer te bereiken dan door een zelfstandige satellietdialyse in de regio op te zetten. Daarnaast is het voordeel van een dialysecentrum in een ander ziekenhuis, dat in geval van nood, specialisten van ZRT actie ondernemen, waardoor de nefroloog van StAZ niet altijd aanwezig hoeft te zijn.

De internisten van StAZ zijn uitbreiding in Tiel aangegaan zonder exact te weten of het financieel aantrekkelijk is. Doordat de financieringssystematiek vaak verandert is het van te voren moeilijk in te schatten wat het financieel oplevert. Het strategisch belang, om voldoende verwijzingen te verkrijgen, was echter dusdanig groot dat de eventuele financiële consequenties geen reden waren om het project doorgang te laten vinden. Eventuele alternatieven, zoals het uitbreiden van de openingstijden van de dialyseafdeling in Nieuwegein of het opzetten van een zelfstandige satellietdialyse, bleken minder interessant dan het realiseren van het dialysecentrum in ZRT.

Voor de internisten van ZRT is de meerwaarde van het dialysecentrum, dat ze directer contact hebben met de nefroloog van StAZ over de pre-dialyse patiënten en hierdoor patiënten langer zelf kunnen behandelen alvorens ze door te verwijzen. De internisten kunnen dus gebruik maken van de expertise van de nefroloog om kwaliteit van zorg te verbeteren. Er zijn concrete plannen

om de kennisuitwisseling te formaliseren in de vorm van intervisie en casuïstiek besprekingen, maar dit moest ten tijde van de data-verzameling nog ingepland worden.

(Dialyse)verpleegkundigen en overige zorgmedewerkers

Voor de dialyseverpleegkundigen van StAZ kan het dialysecentrum ontwikkelingsperspectief bieden. In het dialysecentrum in ZRT worden de patiënten met minder complexe ziektebeelden behandeld, welke meer geprotocolleerd kan verlopen. Hierdoor is functiedifferentiatie mogelijk voor functies zoals physician assistant, dialyseverpleegkundige plus (senior verpleegkundige met organisatorische vaardigheden) en dialyse assistent (concept businesscase 2007). In eerste instantie is ervoor gekozen dat de dialyseverpleegkundigen, naast de wekelijkse aanwezigheid van de nefroloog, alle zorg- en bijkomende taken op zich nemen. In StAZ zijn hiervoor allerlei ondersteunende medewerkers, zoals assistenten, secretariaat en teamhoofden aanwezig. Mogelijk dat op termijn, als de productie voldoende toegenomen is, er ook ondersteuning in het dialysecentrum zal komen, aldus de projectmanager.

Voor het realiseren van het dialysecentrum is een enquête onder het verplegend personeel van StAZ gehouden over de bereidheid om in Tiel te gaan werken. Onder een aantal voorwaarden, afspraken over minimale aanwezigheid in Nieuwegein en een hogere reiskostenvergoeding voor de extra kilometers die gereden moet worden om in Tiel te werken, bleek hiertoe voldoende animo. Deze hogere reiskostenvergoeding is toegekend door de OR en de Raad van Bestuur (013.2011 besluit reiskosten).

De projectmanager gaf aan dat voor de zorgmedewerkers van ZRT er voorlopig geen taak is binnen het dialysecentrum van StAZ, met name doordat er geen dialyseverpleegkundigen zijn en de nefrologische problematiek dermate specialistische kennis vereist die niet voorhanden is bij de diëtisten van ZRT. Er is wel een beweging zichtbaar dat meer verpleegkundigen vanuit ZRT een dialyseopleiding volgen bij StAZ en daarnaast zijn een aantal lessen gegeven door StAZ op de afdeling interne geneeskunde van ZRT, zodat voldoende kennis aanwezig is, in geval een opname van een dialysepatiënt in ZRT nodig is.

(Dialyse)patiënten en patiëntenorganisaties

Voor patiënten kan het coöperatieve verband als voordeel hebben dat kwalitatief de beste op elkaar afgestemde zorg geleverd wordt, zonder drempels en geboden op de plaats die qua omstandigheden passend is (startnotitie samenwerking 2009). Hierbij is de insteek dat de patiënt reist zodra specialistische apparatuur nodig is en de specialist reist om subspecialisme op locatie effectief in te zetten. Er zijn tevens voordelen voor de patiënt om in een kleinschalig ziekenhuis zorg te blijven ontvangen, omdat er vaker direct contact is met de medisch specialist en zoals ook uit tevredenheidsonderzoek blijkt dat er aandacht is voor de mens achter de patiënt (ibid.).

Dialysezorg betreft chronische zorg. Patiënten zijn langdurig en intensief in behandeling van een dialysecentrum. Gemiddeld komen patiënten drie keer per week voor 4 tot 6 uur dialyseren. Om reistijd en energie te besparen voor andere activiteiten, is het van belang dicht bij huis terecht te

kunnen. Gedurende het project zijn de patiënten steeds op de hoogte gehouden over de plannen van het dialysecentrum en ze zijn tijdens de reguliere vierjaarlijkse patiëntenoverleggen geraadpleegd over inhoudelijke zaken. De patiënten hadden weinig zorginhoudelijke adviezen en wensen ten aanzien van het nieuwe dialysecentrum, maar wilde wel geïnformeerd zijn over de ontwikkelingen. Daarnaast waren andere aspecten van kwaliteit voor de patiënt voor belang, zoals het veranderde menu (in ZRT minder keuze dan in StAZ) en ondanks de moderne dialyseoelien bleef behoefte aan kussens, zoals in StAZ gewend, aanwezig. Herhaaldelijk bleven een aantal patiënten vragen naar de vorderingen van het dialysecentrum. Dit werd door meerdere respondenten aangemerkt als een stimulerende factor om het proces in gang te houden.

De Nierpatiënten Vereniging Nederland (NVN) is op de hoogte van het dialysecentrum, maar is niet betrokken geweest bij de realisatie ervan. Volgens de respondenten is er geen aanleiding geweest om ze te betrekken en een van de respondenten gaf tevens aan dat het vooralsnog niet gebruikelijk is geweest om bij dit soort ontwikkelingen de patiëntenvereniging te betrekken.

Zorgverzekeraars

Uit de interviews kwam naar voren dat de zorgverzekeraars (Achmea voor StAZ en Menzis voor ZRT) amper betrokken zijn geweest bij de realisatie van het dialysecentrum en tot op heden ook nauwelijks betreffende het coöperatieve verband. Ze zijn geïnformeerd over de ontwikkelingen, maar niet inhoudelijk geconsulteerd. In het antwoord van een van de respondenten over de vraag in hoeverre de zorgverzekeraar betrokken was bij het dialysecentrum blijkt de minimale invloed:

*'[...] die is wel op de hoogte, we hebben ze ook uitgenodigd voor de opening'.
(projectmanager StAZ)*

Naar aanleiding van de volumecriteria van de wetenschappelijke vereniging van heekunde die in 2011 zijn gepubliceerd, heeft Achmea de ziekenhuizen waarmee ze zaken doet uitgevraagd op het al dan niet behalen van deze normen. In het geval dit niet zo was en ziekenhuizen deze zorg in de toekomst wel wilde blijven leveren, diende ze, volgens de respondent van Achmea, hiertoe plannen van aanpak op te stellen. De plannen om samen te werken met andere ziekenhuizen om de normen te kunnen behalen werden hierin vaak genoemd. Ook door StAZ werd gemeld dat ze met een aantal ziekenhuizen, waaronder ZRT wilden gaan samenwerken. Het gebruiken van de normen van wetenschappelijke verenigingen door verzekeraars heeft een proces van samenwerkingsplannen op gang gebracht bij de zorgaanbieders.

Dus er is een soort spel op gang gekomen, intern, van dat allerlei partijen, specialisten, ziekenhuisbestuur, met allerlei mensen zijn gaan praten om zich veilig te stellen voor die normen. En wij hebben duidelijk gekaderd van, dit is de norm, wij volgen die norm en op het moment dat jullie niet voldoen aan die norm of niet gaan voldoen aan de norm dan gaan wij, op termijn geen contract meer mee afsluiten. (zorgverzekeraar Achmea)

In het hoofdlijnenakkoord (VWS 2011a) wordt selectief inkopen als taak voor zorgverzekeraars genoemd om tot 'concentratie en spreiding' van ziekenhuisfuncties te komen. Uit de jaarverslagen en het interview met Achmea blijkt dat 'concentratie en spreiding' een belangrijk thema is en dat de zorgverzekeraars er diverse activiteiten voor ontwikkelen en ontplooiën. Een van de respondenten geeft aan dat de verwachting is dat op termijn de invloed van de zorgverzekeraar kan toenemen, aangezien zij degene zijn met een regionaal overzicht van zorg.

De verzekeraar heeft toch een overzicht over zijn hele regio. Wij werken alleen maar vanuit dit ziekenhuis en je ziet in toenemende mate dat toch ook financiers, zoals banken, maar ook de Raad van Toezicht hier wel zal vragen van: als je dit gaat doen, deze investering, zijn daar klanten voor? Willen de verzekeraars dat afnemen? Dus in toenemende mate zullen we voor onze grootste afnemer Achmea wel willen weten, als wij ergens in gaan investeren, van goh zien jullie dat wel zitten? Dus in die zin hebben ze toch echt wel een regierol. (verkoper STAZ)

Achmea geeft aan zichzelf te zien als vertegenwoordiger van de klant en probeert in die hoedanigheid ook vanuit het klantperspectief te denken. Zowel Achmea, als ook de grootste zorgverzekeraar voor ZRT, Menzis investeren daarom in contacten met de patiëntenorganisaties in de kernwerkgebieden. Door informatie, zoals tevredenheidsonderzoeken, van patiëntenverenigingen te gebruiken voor de zorginkoop, willen ze ten aanzien van de klanten transparante en betrouwbare keuzes voor contractering van bepaalde zorgaanbieders kunnen maken. Meerdere respondenten geven tot op heden aan dat er slechts beperkte informatie beschikbaar is om op basis van kwaliteitscriteria selectief te contracteren.

Vroeger was dat gewoon centralistisch geregeld. De minister zei gewoon jij hebt een vergunning en jij en jij. [...] Dat is nu los gelaten en nu zie je allerlei partijen daarop bewegen. En dan moeten wij een beetje de rol gaan overnemen van dat voorheen misschien VWS had. En dat is best lastig, want er is weinig informatie om je daar redelijkerwijs op te beroepen. Het is nog heel prematuur. (zorgverzekeraar Achmea)

Daarnaast is het veelal niet transparant voor klanten, de zorgverzekerden, op welke basis keuzes voor selectief contracteren gemaakt worden. Genoemd wordt dat zorgverzekeraars het imago hebben om de financieel meest gunstige keuze te maken en dit imago is niet gemakkelijk te veranderen.

Vooralsnog richten zorgverzekeraars zich, betreffende 'concentratie en spreiding' van ziekenhuisfuncties, op de laag volume, complexe zorg. Als voorbeeld worden bariatrische ingrepen, ICD-transplantaties, dotteren en radiotherapie genoemd. Uit interviews komt naar voren dat zolang de kwaliteit van zorg verbetert, zorgverzekeraars zich verder weinig mengen in concentratie vraagstukken en tevens nauwelijks op het gebied van spreiding van ziekenhuisfuncties. Achmea geeft aan dat dit voornamelijk komt, doordat er nog onvoldoende betrouwbare informatie is om keuzes te maken voor selectieve inkoop en er daarnaast van oudsher nog afspraken zijn tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, waarvan (nog) niet

afgeweken kan worden. Daarnaast is de verwachting dat de reeds ingezette marktwerking met name op het gebied van de meer eenvoudige, minder complexe zorg, wat onder spreiding van ziekenhuisfuncties valt, vanzelf al tot een betere prijs-kwaliteit verhouding zal leiden.

Omstreden rol zorgverzekeraar

De respondenten zijn wisselend over de rol, macht en invloed van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar geeft aan door, zoals hierboven beschreven ontplooiing en ontwikkeling van activiteiten op het gebied van ‘concentratie en spreiding’, wel degelijk een belangrijke speler te zijn. Voor StAZ wordt door meerdere respondenten aangegeven dat de invloed van zorgverzekeraars minimaal is.

Het gaat ze nooit lukken, de zorgverzekeraar krijgt nooit de regie. [...] Maar als je in een ziekenhuis, dat is dan wel alleen een beetje de arrogantie van het Antonius, als je een ziekenhuis op het niveau van Antonius hebt, dan kun je ook je eisen stellen. Dat hebben we in de loop van de jaren ook al zo vaak gedaan. Zo van jongens, jullie willen dit voor jullie patiënten geregeld hebben, dan zal je de rest ook moeten accepteren. (oud RvB StAZ)

Weet je wat ze zeggen? We hebben het recent met Achmea over de regiovisie gehad. “Als jullie het als partijen samen uitkomen, vinden wij het best.” Er is toch echt geen sprake van regie. (secretaris RvB STAZ)

[...] verzekeraars, daar heb je niet zo verschrikkelijk veel boodschap aan, moet ik eerlijk zeggen. Die vinden, als wij roepen van, en dat is dan ook zo, van wij zorgen dat de kwaliteit van zorg beter wordt. Dan is die verzekeraar alleen maar tevreden. (zorgmanager StAZ)

Daarnaast is er medisch inhoudelijke kritiek op het selectief inkopen van zorgverzekeraars. Artsen zijn door selectief inkopen niet meer vrij patiënten door te verwijzen naar specialisten waarmee ze een relatie hebben en waar naar oordeel van de arts de beste zorg voor zijn patiënt te verkrijgen is, omdat de zorgverzekeraar van de patiënt niet meer alle zorgaanbieders contracteert. Volgens een aantal respondenten wordt hiermee de autonomie van de huisarts, dan wel medisch specialist ondermijnd en kan de keuzevrijheid van de patiënt hierdoor in het geding komen.

Het is toch prettig om als huisarts te kunnen verwijzen naar mensen die je kent, en naar plekken te verwijzen waarvan je weet wat voor kwaliteit daar wordt geleverd. [...] Dus een hele expertise wordt ook doorkruist, en de hele arts-patiënt relatie wordt als niet belangrijk meer ervaren, want het oordeel van de huisarts wordt in de wind geslagen, het oordeel van de mensen die werken in een ziekenhuis waar naar toe niet meer verwezen mag worden, wordt in de wind geslagen. En het wordt alleen maar georganiseerd op grond van prijs en inkoopbeleid et cetera. Dat is, dat is heel slecht. (internist 1 ZRT)

Gemeenten

De gemeente Tiel en Nieuwegein zijn teven nauwelijks betrokken geweest bij de ontwikkelingen van het dialysecentrum en tot op heden ook niet bij de verdergaande samenwerking.

De verwachting dat gemeente Nieuwegein minder belang heeft bij de ontwikkelingen dan gemeente Tiel. StAZ is een grote speler en zal naar verwachting alle zorg in de toekomst blijven bieden en daarnaast zijn er meerdere ziekenhuizen in de regio Utrecht waar bewoners van Nieuwegein gebruik van kunnen maken. ZRT ligt meer geïsoleerd en is een kleiner ziekenhuis, waar, door de toenemende kwaliteitseisen en volumecriteria, een groter risico bestaat dat zorgaanbod af zal nemen en de toegankelijkheid van zorg voor de inwoners in het geding kan komen. De gemeente Tiel is wel geïnformeerd, maar aangezien het juist de intentie is om de ziekenhuisfunctie te behouden, heeft de gemeente tot op heden geen behoefte gehad zich te mengen in de ontwikkelingen en wordt volgens een van de respondenten de samenwerking met interesse tegemoet gezien.

Gemeenten in de regio Tiel vinden het allemaal prachtig dat dit soort samenwerkingsverbanden ontstaan. Die hebben zoiets van ja ons ziekenhuis is nu met het grote ziekenhuis in Nieuwegein, en dat heeft toch een hele goede naam in Nederland, dus kijk wij zijn ook goed. (oud RvB StAZ)

De gemeente Tiel blijft wel met enige regelmaat met de RvB van ZRT spreken om op de hoogte te zijn van de landelijke ontwikkelingen, maar tot op heden gaat dit met name over het behoud van werkgelegenheid, aldus de zorgmanager van ZRT. ZRT is de grootste werkgever van Tiel.

Vanuit Regio Rivierenland, een samenwerkingsverband van tien gemeenten in de Betuwe en Bommelerwaard, is er tot op heden nog geen visie of beleid gemaakt op het vraagstuk 'concentratie en spreiding'. De komende jaren willen ze de samenwerking tussen gemeenten, zorg- en welzijnspartijen en zorgverzekeraars versterken en in het licht hiervan is Regio Rivierenland geïnteresseerd in dit onderzoek.

5.3 Proces

Het proces tot en met realisatie van het dialysecentrum en de stand van zaken rondom het coöperatieve verband wordt in twee paragrafen uiteen gezet. Eerst wordt in het strategisch besluitvormingsproces beschreven hoe de partnerkeuze tot stand is gekomen en welke rol de veranderde context in dit deel van het proces heeft gespeeld. Daarna volgt het verloop van het proces tot aan realisatie van het dialysecentrum en de verdergaande samenwerking tussen beide ziekenhuizen tot nu toe.

Strategisch besluitvormingsproces

Veranderde context

De afgelopen 100 jaar heeft schaalvergroting van ziekenhuizen plaatsgevonden en zijn in die grote ziekenhuizen steeds verdere specialisatie binnen de specialismen ontstaan, ook wel de

superspecialisaties, aldus een bestuurder van ZRT. Deze subspecialisaties hebben eigen wetenschappelijke verenigingen opgericht en deze beginnen steeds meer hun eigen kwaliteitsnormen, waaronder volumecriteria op te stellen om kwalitatief goede zorg te kunnen garanderen. Een kritische nood op de totstandkoming van de criteria wordt door meerdere respondenten benoemd. Degene die de criteria vaststellen zijn veelal specialisten uit academische centra, die er belang bij hebben om de volumenorm hoger te stellen dan bepalend is voor het leveren van kwalitatieve zorg, wat nadelig uitpakt voor kleinere ziekenhuizen.

[...] Voor de IC komt er een nieuwe richtlijn, niemand weet hoe die richtlijn eruit ziet, dus dat moeten we afwachten. Dat zijn een aantal experts uit tertiaire centra, die met een niveau 3 IC, dat is het hoogste niveau. Die gaan bepalen wat er in de richtlijn komt te staan. Ja, dat gaat ongetwijfeld ten koste van de 45 samenwerkende algemene ziekenhuizen (SAZ), Tiel, Gorinchem, Dokkum, Dirksland, ga zo maar door. (internist 1 ZRT)

De nationale discussie over kwaliteitscriteria en volumenormen van de wetenschappelijke verenigingen en de druk vanuit zorgverzekeraars om vanuit deze (volume)criteria selectief te gaan inkopen, hebben ertoe geleid dat er vanaf 2010 steeds meer legitimiteit voor samenwerking is ontstaan bij zowel de Raden van Bestuur als de medische stafbesturen. De noodzaak samen te werken om in de toekomst zorg aan te kunnen blijven bieden in een perifeer ziekenhuis als ZRT en topklinische zorg in StAZ, maakte dat medisch specialisten meer open gingen staan voor samenwerking. Dit kwam uit diverse interviews en het jaardocument 2010 van ZRT naar voren.

In het najaar [2010] zijn de voor- en nadelen van het kiezen van een samenwerkingspartner opnieuw bezien in het licht van de landelijke ontwikkelingen. De gesprekken kregen een nieuwe impuls hetgeen geleid heeft tot unanieme steun (één stem tegen) voor de ondertekening van de intentieverklaring begin april 2011. (jaardocument ZRT 2010 p.11)

Ik denk dat ze [chirurgen] toch in de gaten krijgen dat ook hun eigen heelkundige vereniging, [...] die gingen gewoon roepen van luister eens, als je niet dat aantal haalt dan kun je het vergeten. Dat was voor onze chirurgen in Nieuwegein weer een trigger [...]. En die kregen dus ook steeds meer de neiging om te zeggen van ja, laten we ons best eens gaan doen om die chirurgen [van ZRT] over de streep te trekken. (oud RvB StAZ)

De bestendinging van de intentie tot verdergaande samenwerking tussen beide ziekenhuizen is dus bespoedigd door de veranderde context waarin de ziekenhuizen zich bevinden.

Partnerkeuze

Bij de keuze voor het StAZ om ZRT te benaderen voor het realiseren van het dialysecentrum, speelde het contact tussen beide Raden van Bestuur een grote rol. Vanuit een netwerk voor medisch directeuren bestond tussen beiden reeds lange tijd contact. Daarnaast bestond de

patiëntenpopulatie van de dialyseafdeling in Nieuwegein voor een behoorlijk deel uit patiënten uit de regio Rivierenland en bestond er in die regio nog geen dialysecentrum, terwijl er in het land overal satelliet dialysecentra werden neergezet. De exploitatie van het dialysecentrum stond volgens een bestuurder van ZRT los van het coöperatieve verband. Wel werkte het drempelverlagend om het gesprek aan te gaan voor verdergaande samenwerking. Voor StAZ bestond er wel een bewuste strategische keuze om het dialysecentrum in ZRT te realiseren in plaats van elders in de regio. Het dialysecentrum diende als middel om intensievere samenwerking mogelijk te maken.

[...] we zoeken nou eigenlijk een soort satellieten waarmee we een intensievere samenwerking gaan opzetten en dialyse was daar gewoon een middel voor. (oud RvB StAZ)

Gezien het feit dat de samenwerking een uitgebreidere vorm ging betrekken is het interessant te zien welke afwegingen er bij met name ZRT hebben plaatsgevonden. ZRT was zich al jaren bewust van het belang een samenwerking aan te gaan om in de toekomst zelfstandig te kunnen blijven functioneren. Er hebben verscheidende samenwerkingspartners de revue gepasseerd, welke allen niet passend bleken te zijn. Vanuit de medisch specialisten is voorafgaand aan de samenwerking met StAZ intensief geprobeerd de samenwerking met het UMCU aan te gaan. Uiteindelijk is dit niet van de grond gekomen, gezien de te grote verschillen betreffende de aard van het ziekenhuis.

[...] de denkwijze van een universitair ziekenhuis is anders dan van, zal ik zeggen, een productie ziekenhuis. Want voor een universitair ziekenhuis is het van belang om onderzoek en onderwijs te doen en dan ja, patiëntenzorg is ook wel belangrijk, maar onderwijs en onderzoek zijn twee ontzettende belangrijke poten van de universiteit, dat hebben wij natuurlijk helemaal niet. (internist 1 ZRT)

Tevens werd duidelijk dat er een partner gezocht werd die complementaire ziekenhuiszorg biedt ten opzichte van ZRT, waarbij naast goed contact tussen partners, de geografische ligging van belang is. De Waal ten zuiden van Tiel is een natuurlijke barrière. Bewoners van de regio Rivierenland zijn veelal gericht op het leven en op de zorgvoorzieningen 'boven de rivieren', waardoor de keuze voor een samenwerkingspartner noordelijk gelegen van de Waal een logische strategische keuze was.

Den Bosch regio is best moeilijk, omdat veel mensen de rivier over moeten. [...] Dat is de grens, [...] die rivieren zijn echt heel belangrijk. Ja Nijmegen, dan zit je meer richting het Canisius Wilhelmina ziekenhuis of richting Ede. Dat soort ziekenhuizen [...], zijn vaak iets groter, maar zijn niet heel veel anders van signatuur dan wat wij hebben. Dan moet je toch al bijna weer met nog een derde partner voor de echt topklinische zorg. En dan heb je de academische centra. Die zijn toch wel heel anders van organisatiestructuur. En Gorinchem is al een hele grote zorggroep. Gorinchem heeft als Rivas, buiten het ziekenhuis ook heel veel verpleeghuiszorg [...]. En die hebben als ziekenhuis ook niet heel veel extra te bieden, dat is ook niet topklinisch. Nieuwegein klonk eigenlijk wel heel goed en er waren ook al wel wat samenwerkingsverbanden. (zorgmanager ZRT)

De voorkeur van de bestuurder van ZRT ging tevens uit naar intensieve samenwerking met één ziekenhuis om zicht te kunnen blijven houden op de kwaliteit van zorg en een dusdanige intensieve relatie op te bouwen dat de samenwerkingspartners weten wat ze aan elkaar hebben en van elkaar op aan kunnen.

[...] Er liggen misschien drie [potentiële partners] in de omgeving waar je naar toe zou kunnen. Nou dan is het handig dat je er één kiest waar je dan die patiënten naar toe stuurt. Dan is het ook handig als je dat met andere dingen ook kunt doen. Want anders heb je in je omgevingen overal kennissen, maar nergens één vriend als het erop aan komt. Dus dat is de ratio achter laten we één partner kiezen om de dingen samen mee te doen. (RvB ZRT)

Wat betreft het dialysecentrum waren de internisten van beide ziekenhuizen redelijk snel overeengekomen hoe het dialysecentrum zorginhoudelijk vorm kon krijgen, maar wat betreft het coöperatieve verband had de medische staf van ZRT het gevoel dat er van alles gebeurde zonder dat ze erbij betrokken was en er waren in eerste instantie meerdere specialisten het niet eens met de plannen. De intentie tot verdergaande samenwerking heeft veel stof doen opwaaien, waarbij de medisch specialisten van ZRT het niet eens waren. Alvorens de realisatie van het dialysecentrum doorgang kon vinden, moest eerst eenduidigheid ontstaan hoe ZRT stond in de ophanden zijnde coöperatieve verband.

[...] daar bleek dus dat de medische staf van het Rivierenland nou niet echt allemaal op 1 lijn zat. Die zijn gewoon een jaar bezig geweest om uiteindelijk het zover te krijgen dat iedereen zei van; als het dan mot dan mot het maar. (oud RvB StAZ)

Een aantal medisch specialisten in ZRT heeft lange tijd volgehouden dat ze geen samenwerkingsverband nodig hadden en dan al zeker niet met 'het grote' StAZ. Er waren vanuit ZRT vooroordelen over de 'Antonianen', zoals ze in een van de interviews genoemd werden. Het vooroordeel was dat de mensen van StAZ arrogant zijn en niets te maken willen hebben met de provincialen uit Tiel. Daarnaast werd van de medisch specialisten van ZRT verwacht dat ten behoeve van de samenwerking met StAZ, ze banden die van oudsher bestonden met bijvoorbeeld het UMCU zouden doorbreken, zodat de topklinische verwijzingen naar Nieuwegein gingen. Dit leverde weerstand op. StAZ heeft ervoor gekozen om zich in het begin terughoudend

op te stellen, rustig af te wachten en te benadrukken dat het niet de bedoeling is om ZRT over te nemen, totdat de medische staf van ZRT voldoende op een lijn zat om de intentieovereenkomst tot verdergaande samenwerking aan te gaan.

Maar je zag om je heen al gebeuren, en daar waren we onze tijd toch al een beetje vooruit, dat de overheid en ook de patiëntenorganisaties minimum aantallen zouden gaan vragen, bepaalde basiskennis van de dokters die de SEH bemannen en daar hebben we geprobeerd om die jongens van te overtuigen, maar met name de chirurgen in het Rivierenland hadden zoiets van, wij zijn hartstikke goed en wij kunnen een aantal dingen die kunnen ze in het Antonius zelfs niet, en wij verdommen het om te gaan samenwerken en zeker niet onder de vlag van het Antonius. Nou dan moet je je als Antonius bescheiden opstellen en zeggen van nou, ok gaan jullie eerst onderling eens met elkaar praten en wij wachten rustig af en wij zijn helemaal niet van plan om jullie over te nemen, maar wij bieden iets aan en kijk maar wat je er mee wil en kom maar terug met een voorstel wat jullie beter zint. (oud RvB StAZ)

Om de samenwerking vorm te geven bleek het van belang te zijn dat duidelijkheid gecreëerd wordt over de inhoud van de samenwerking. Wat betreft het dialysecentrum heeft er een aantal internisten binnen ZRT zich op dit vlak gespecialiseerd, maar de andere internisten, dan wel de specialisten die ingeroepen kunnen worden in geval van een calamiteit binnen het dialysecentrum, moesten ook akkoord gaan met de realisatie. Hiervoor moest draagvlak gecreëerd worden door duidelijk, voldoende en tijdig te communiceren. Goed contact tussen de afzonderlijke betrokken partijen en de bereidheid van alle partijen om te ‘geven’ en inzet te tonen voor de samenwerking is van belang om een samenwerking te laten slagen.

Juist doordat Nieuwegein heel erg bereid is om verspreid over een gebied spreekuren te houden en expertise te leveren, is Nieuwegein wat dat betreft een hele welkome partner. Omdat ze niet alles naar zich toe willen trekken, omdat ik dat bij MDL ook merk. (internist 1 ZRT)

Verloop proces tot realisatie dialysecentrum

Duur proces

De periode tot daadwerkelijke realisatie van het dialysecentrum heeft vanaf de eerste ideeën en de realisatie in 2011 vier jaar geduurd. De eerste concept-businesscase dateert uit 2007. Dit lijkt een lange tijd, maar uit de interviews en de documenten komt naar voren dat vele factoren een rol spelen in het al dan niet vlotten van het proces en het daadwerkelijk realiseren van het centrum. Hieronder volgen de belangrijkste factoren.

De lange periode tot realisatie van het dialysecentrum heeft te maken gehad met de wisseling van managers beiderzijds en allerlei bouwkundige zaken. Het project had geen prioriteit voor zowel de bestuurders, managers als de medisch specialisten, waardoor niet in een keer werd doorgepakt. Het naderend vertrek van een van de bestuurders van StAZ heeft het proces uiteindelijk doen versnellen. Een voordeel van het lange proces is dat de medische staf in Tiel de tijd heeft gehad om voldoende op één lijn te komen betreffende de intentie tot algehele

samenwerking met StAZ.

[...] ik denk dat we uiteindelijk, dat is weer dan het voordeel van het trage, de medische staf in Tiel met name de kans gegeven hebben om te wennen aan het idee [...]. [...] als je er meer bovenop zit dan kom je jezelf wel vaak tegen, dan krijg je op een gegeven moment een dusdanige weerstand vanuit de medische staf, dat je dan moet zeggen van oké, we stellen het een half jaar uit. Dat kan gebeuren. (oud RvB StAZ)

Een nadeel van de lange doorlooptijd, is dat sommige medewerkers van de bestaande dialyseafdeling binnen StAZ gefrustreerd raakten en een aantal niet meer geloofden in een positief resultaat.

Projectstructuur

In het begin is gestart met een concrete projectstructuur, met een projectplan (2008), waardoor iedereen wist wie erbij betrokken was en waar allemaal aan gedacht moest worden. De zorgmanager van ZRT geeft aan dat deze projectstructuur naar een aantal overleggen met het projectteam gedeeltelijk losgelaten is, aangezien de structuur te groot was en het proces niet echt op gang kwam. Pas toen er concrete bouwplannen lagen en contracten getekend waren zijn er concrete afspraken gemaakt met de betrokken partijen. Nadeel van deze laatste benadering is dat niet alle risico's vooraf afgedekt waren, waardoor problemen en route opgelost moesten worden. Een oud-bestuurder van StAZ gaf dit weer met de uitspraak dat niet alles vooraf te regelen is. Ook onderstaand citaat sluit hierbij aan.

[...] je moet het zien als projectjes, denk ik, in de samenwerking. Een belangrijk punt is dat je niet alles tegelijk doet, je moet iedere keer kleine brokjes nemen en dan door kleine stappen ga je langzamerhand steeds verder vooruit. Als je alles tegelijk wilt regelen of teveel haast hebt dan lukt het niet. (internist 1 ZRT)

Wat betreft de verschillende organisatiestructuren, is een duidelijk verschil zichtbaar in de grootte van de organisatie. StAZ is groter, en dit leidt volgens een aantal respondenten tot loggere en formelere besluitvormingsprocessen, doordat besluiten over meerdere schijven genomen moeten worden en in procedures zijn vastgelegd. Andersom werd ook benoemd dat de afstemming tussen de verschillende partijen binnen ZRT soms beter had gekund.

Uit een aantal interviews kwam verder naar voren dat er een verschil zichtbaar is hoe managers en projectleiders aan de ene kant en medisch specialisten aan de andere kant staan ten opzichte van het samenwerkingsproces. Voor managers en projectleider was het doel heel helder, namelijk het openen van het dialysecentrum. In geval van een probleem werd in het kader van het doel zo snel mogelijk een oplossing gezocht. De specialisten daarentegen waren niet zo duidelijk verantwoordelijk voor de realisatie van het centrum, wat maakt dat hun belangen ook elders (konden) liggen en in geval van een probleem of conflict er minder duidelijk een gezamenlijk doel was waarvoor de oplossing gezocht moest worden.

Het overeenkomstige doel, het verbeteren van de kwaliteit van zorg van de dialyse patiënten is volgens de respondenten een positieve factor geweest gedurende het proces. Met name de rol die dialysepatiënten hierbij hadden, werkte stimulerend.

[...] ik weet wel dat het heel belangrijk is dat je een gemeenschappelijk doel hebt, waar de waarde ligt bij extern. Zoals nu bij deze patiënt. Het feit dat je het doet omdat je weet dat je echt mensen uit deze regio ontzettend veel tijd terug geeft en kwaliteit van leven. Ik denk dat als je dat eenmaal kan bedenken met elkaar, dat dan de belangen van ieder apart ook wel minder worden. Dat is denk ik, je moet zien wat de waarde is voor de klant waarvoor je het eigenlijk doet. [...] het feit dat er inderdaad, dat er echt iemand was die mij met enige regelmaat belde: "mevr. .. wanneer wordt het nou geopend?" Dat ik dan dacht van deze mensen zitten er zo op te wachten, dat werkt ook wel als een katalysator zeg maar. Dat je denkt je doet het echt voor mensen, die patiënt krijgt een naam en gezicht, letterlijk. (zorgmanager ZRT)

Bouwperikelen

Rondom de bouw van het dialysecentrum zijn allerlei keuzes gemaakt, er is veel tijd overheen gegaan alvorens duidelijk werd, waar en hoe de bouw geregeld zou worden. Een dialysecentrum is een hoog risico afdeling, wat maakt dat het complexer is om te bouwen. Uiteindelijk is de oude intensive care van ZRT omgebouwd naar de eisen en wensen van StAZ, maar onder aanneming van ZRT, afgezien specialistische waterinstallatie en elektrische voorzieningen voor de dialysetoelen. Uit de interviews werd duidelijk dat het bouwen van het dialysecentrum in ZRT meer afstemming vraagt tussen partijen, dan wanneer de bouw in StAZ plaats zou vinden.

Uit interviews met de projectleider van StAZ, de facilitair manager van ZRT en beide zorgmanagers kwam naar voren dat gedurende het gehele proces tot realisatie van het dialysecentrum continue afstemming tussen de betrokkenen en coördinatie van het proces essentieel is om tot een goed resultaat van samenwerking te komen.

5.4 Realisatie (formele) doelstellingen

Dialysecentrum

Het meest voorkomende antwoord op de vraag hoe het dialysecentrum nu loopt is van beide kanten dat er geen problemen zijn en het daarom goed loopt. Voor een evaluatie is het nog te kort operationeel, maar deze volgt binnenkort.

De doelstelling die voor beide ziekenhuizen geldt, betreffende de verbetering van kwaliteit van zorg voor de dialysepatiënten in de regio Rivierenland is behaald, doordat nu dicht bij huis gedialyseerd kan worden, dit als minder inspannend ervaren wordt en hierdoor voor de patiënten meer tijd en energie overblijft voor andere activiteiten. Deze informatie is gebaseerd op een professioneel oordeel, dit onderzoek heeft geen patiënten als respondenten gekend.

[...] Voor de patiënten, als ik zie, met name toen we net open waren, hoe blij, echt blij ze zijn dat ze niet zo ver meer hoeven te reizen. Dat klinkt zo als een mooi kopje boven een verhaaltje, maar dat straalde er echt van af. (projectmanager StAZ)

Het aantal dialysepatiënten is verdubbeld in het half jaar dat het dialysecentrum operationeel is. Op maandag-, woensdag- en vrijdagochtend is het centrum nu vol bezet met 12 patiënten. Dit resultaat is bijna het dubbele van de in de businesscase (2011) gestelde verwachte groei. De bedoeling is op termijn op de middag en avond te gaan dialyseren, maar hiervoor dienen minstens 6 patiënten erbij nodig te zijn en moet er voor uitbreiding eerst afstemming plaatsvinden met het werkschema van de nefroloog die vanuit STAZ eenmaal per week aanwezig is.

Om de mogelijkheid te hebben te kunnen groeien, het adherentiegebied te behouden en een belangrijke speler in de markt te blijven was het voor StAZ, gezien de toenemende marktwerking binnen de dialysewereld, essentieel om een satelliet dialyse te openen. Dit doel is vooralsnog behaald, als gevolg van het grote aanbod van patiënten.

Een ander resultaat, is het positieve effect op de dialyseverpleegkundigen. Het runnen van de eigen 'toko', zoals het dialysecentrum volgens de zorgmanager van StAZ gezien wordt, is een uitdaging voor de verpleegkundigen. Ze voelen zich er verantwoordelijk voor en zijn enthousiast. Er zijn nog wel opstartproblemen, aangezien de dialyseverpleegkundigen veel meer taken op zich moeten nemen dan in Nieuwegein, maar dit levert vooralsnog geen noemenswaardige problemen op, aldus de afdelingshoofd dialyse. Mogelijk dat bij uitbreiding van het dialysecentrum, ondersteunende taken overgenomen kunnen worden door afdelingsassistenten.

Een van de doelen was het creëren van een win-win situatie voor beide ziekenhuizen (concept businesscase 2007). Door het dialysecentrum te openen in ZRT en hiermee uitbreiding voor StAZ mogelijk te maken, kan tegelijkertijd door ZRT gebruik gemaakt worden van de expertise van de nefrologen van StAZ. Daarnaast levert het verhuren van de ruimte inkomsten op voor ZRT en is het zorgaanbod voor patiënten uit het adherentiegebied vergroot. De realisatie van het dialysecentrum werkt tevens bevorderlijk voor het uitbreiden van de algehele samenwerking tussen beide ziekenhuizen, aangezien ervaringen hierover gedeeld kunnen worden met andere medisch specialisten die ook een samenwerkingsverband aan willen gaan. Het dialysecentrum heeft opgeleverd dat er al contracten opgesteld zijn tussen beide ziekenhuizen en er een netwerk met wederzijdse afspraken is ontstaan. Dit maakt het opzetten van een nieuwe samenwerking gedeeltelijk eenvoudiger. Het dialysecentrum was tevens het eerste voorbeeld dat samenwerking mogelijk is. Dit gaf een stimulans om het project te laten slagen.

Het was wel vrij snel duidelijk dat, in die intentieverklaring die getekend is, dat het dialysecentrum een heel mooi voorbeeld was om ook snel iets te laten zien van die samenwerking. Dus er stond wat druk op om dat gewoon goed te laten plaatsvinden. Je kunt niet het eerste project dat je samendoet laten mislukken. (facilitair manager ZRT)

Het is onduidelijk hoe ver de win/win situatie betreffende de kennisuitwisseling van de specialisten uit StAZ reikt. De MDL-arts van StAZ die al langer in ZRT werkt, heeft goed contact met MDL geïnteresseerden binnen de maatschap interne geneeskunde, maar verder reikt de uitwisseling niet. Er lijkt met name sprake van uitwisseling op clusterniveau en niet op maatschapniveau, aldus een nefroloog van StAZ. De internisten geven aan dat er steeds een afweging gemaakt moet worden tussen het behandelen van patiënten en bijkomende taken en overleggen, aangezien de behandeling het belangrijkste is en daarnaast dialyse maar een klein onderdeel is van hun vakgebied. Er zijn ook internisten in ZRT die zich in andere nierziekten gespecialiseerd hebben en de vraag is in hoeverre het reëel en wenselijk is om de kennis en expertise van de nefrologen van StAZ betreffende dialyse te delen met de gehele maatschap interne geneeskunde van ZRT.

Daarnaast is nog onduidelijk of door de ontstane samenwerking het verwijspatroon van de specialisten in Tiel voldoende omgebogen wordt. Het blijkt dat dit een moeizaam en ingewikkeld proces is, aangezien bestaande relaties van specialisten met specialisten uit andere ziekenhuizen onder druk komen te staan.

Wij zetten onze expertise in, maar wij willen daar wat voor terug. Dat is eigenlijk heel logisch wat we werken niet 'om niet' samen. Wij hebben een MDL arts. Het is heel moeilijk in den lande om aan een MDL arts te komen maar dan willen wij er ook iets voor terug zien. Datzelfde bij de hematologie – oncologie. Wij willen best inzetten maar dan willen we ook graag verwijzingen hebben. En dat is heel ingewikkeld. Want er zijn bestaande relaties tussen ziekenhuizen die wij dan op z'n kop gaan zetten. (zorgmanager STAZ)

Nu het dialysecentrum operationeel is blijft het noodzakelijk de stand van zaken af en toe door te nemen. Er staat in de dienstverleningsovereenkomst dat er evaluaties gepland worden. Daarnaast is er een aantal onderdelen van het project die nog verbeterd moeten worden, zoals de labuitslagen die voor de nefrologen in het StAZ inzichtelijk moeten kunnen zijn. Hiervoor is het afdelingshoofd dialyse nog in contact met de betrokken partijen van ZRT en StAZ. Voor de zaken die goed verlopen, zijn er geen formele overlegstructuren aanwezig om de samenwerking, dan wel de zorgverlening te verbeteren.

Coöperatief verband

Wat betreft de realisatie van de doelen betreffende de intentieovereenkomst het coöperatieve verband is het nog te vroeg om te spreken van realisatie, aangezien het proces nog doorlopen wordt en het überhaupt de vraag is of er uiteindelijk van een eindpunt of realisatie gesproken kan worden. Een voorbeeld hiervan werd genoemd door een zorgmanager van StAZ, die aangeeft dat de samenwerking tussen de internisten en nefrologen goed verloopt op het gebied van dialyse, maar dat dit op een ander vlak ineens anders kan zijn. Of een samenwerking succesvol is of wordt hangt volgens de zorgmanager mede af van het contact en de vertrouwensband tussen de specialisten of maatschap. Er was al een goed contact tussen beide

maatschappen interne geneeskunde in verband met de samenwerking op het gebied van MDL. Dit heeft mogelijk de stap om het dialysecentrum te realiseren vereenvoudigd, maar bij samenwerking tussen andere maatschappen hoeft dit niet zo te zijn. Een van de internisten benoemde naast de vertrouwensband tevens het belang om een gelijkwaardige respectvolle relatie te verkrijgen.

Wat belangrijk is dat de specialisten met elkaar overweg kunnen, maar dat je elkaar ook kunt bekritisieren. [...] Elkaar ter wille zijn en toch een zeker respect voor elkaar hebben en dat je je probeert te verplaatsen in een gedachtegang van een ander en in de werksituatie van een ander. (internist 1 ZRT)

Er is een groeiend aantal samenwerkingsverbanden zichtbaar tussen diverse specialismen. Genoemd wordt dat als gevolg van het gerealiseerde dialysecentrum het voor andere maatschappen een kleinere stap is om ook samenwerkingsverbanden aan te gaan.

Voorheen was er nog geen dergelijke samenwerking en nu kunnen ze aan de internisten en nefrologen vragen hoe de samenwerking verloopt en hoe het proces gegaan is. Het dialysecentrum heeft volgens de zorgmanager van ZRT als smeermiddel gewerkt, maar dit geldt andersom ook voor de intentieovereenkomst. Op momenten dat het proces tot realisatie van het dialysecentrum moeizaam verliep, werd verwezen naar de intentie van beide ziekenhuizen om verdergaande, niet vrijblijvende samenwerking aan te gaan.

Het werkt op een gegeven moment twee kanten op [...]. Daar waar we problemen hadden met de dialyse, [...], werd vaak teruggepakt op ja van: we hebben met elkaar afgesproken dat we echt de intentie hebben om samen te werken. Dus zo kon het soms als smeermiddel werken voor de problemen die je dan op de dialyse tegenkomt, maar andersom ook. De dialyse kon ook als smeermiddel werken soms bij andere projecten omdat dan werd gezegd, van ja maar kijk eens hoe goed de dialyse, het is een heel goed voorbeeld dat we heel goed samen kunnen werken. (zorgmanager ZRT)

De secretaris van RvB StAZ geeft aan dat de ontwikkelingen vanuit de intentieovereenkomst veel tijd nodig hebben. Mogelijk heeft een complete wisseling van de Raad van Bestuur van StAZ hiermee van doen gehad, maar dit is niet met zekerheid te stellen. Er zijn regelmatig overleggen geweest tussen Raden van Bestuur en stafbesturen. In een bestuurlijke workshop in maart 2012, is volgens de secretaris van Raad van Bestuur van StAZ een belangrijke slag geslagen. Er is besloten de samenwerking te formaliseren door een gezamenlijke stichting op te richten, die de samenwerking juridisch ondersteunt en daarnaast gaan alle maatschappen aan de hand van een vastgesteld gespreksformat onder begeleiding van een extern bureau in gesprek over op welke wijze de maatschappen wat voor elkaar kunnen betekenen.

Je hebt toch wel een soort programmabureau nodig om wat ik net zei, om je eigen deadlines te creëren en als aanjager voor al die samenwerkingsovereenkomsten en vragen, etc. Het blijkt toch, bestuurlijk gezien, zakt het weer terug iedere keer. (secretaris RvB StAZ)

Het is de bedoeling dat alle maatschappen samenwerkingsafspraken maken. Dat kan in verschillende gradaties. Van elkaar op de hoogte houden of elkaar uitnodigen voor intervisie bijeenkomsten, tot en met intensief samenwerken, met eventueel een maatschappfusie.

We gaan nu een heel traject in. Alle maatschappen gaan met elkaar praten. Daar hebben ze een format voor met vragen, wat kunnen we bieden, wat hebben we nodig. Het begint met het in contact komen, elkaar leren kennen. De bedoeling is dat op alle maatschap niveaus de samenwerkingsafspraken gemaakt gaan worden. Dat kan in verschillende modaliteiten. (secretaris RvB StAZ)

Door deze gesprekken te faciliteren wordt duidelijk dat er geen vrijblijvendheid meer is voor interorganisatorische samenwerking, maar uit de interviews komt steeds naar voren dat het cruciaal is dat vanuit de maatschappen zelf de meerwaarde gezien wordt voor welke vorm van samenwerking dan ook.

Elke intentie tot samenwerking heeft opnieuw tijd nodig, aangezien de belangen van alle betrokken partijen steeds afgewogen moeten worden en deze per situatie en in de tijd verschillend zijn. Een voorbeeld van de zorgmanager van ZRT is een samenwerkingsintentie betreffende het al dan niet aantrekken van een geriater. ZRT wil graag een klinisch geriater, maar deze zijn moeilijk te vinden, zeker voor slechts 1 FTE. Het gezamenlijk aantrekken van een geriater, kan de kansen op het vinden van een geriater groter maken. In StAZ zijn diverse medisch specialisten het echter niet eens over de noodzaak van een geriater. Deze vraag loopt al een geruime tijd, en wordt op zowel bestuurlijk- als op maatschapniveau besproken. De zorgmanager van ZRT merkt dat de ontwikkeling hierdoor enigszins stagneert. Ze moeten wachten op een antwoord vanuit de samenwerkingspartner StAZ, alvorens de vraag uit te kunnen zetten bij een ander ziekenhuis in de regio.

Er is een groeiend aantal voorbeelden te noemen waarbij de samenwerking ondertussen goed gaat. Een voorbeeld hiervan zijn de chirurgen. Het kan bij specifieke problematiek in avonden en weekenden een groot probleem zijn om patiënten door te verwijzen. Doordat StAZ nu met ZRT heeft afgesproken dat StAZ de service levert dat ze deze patiënten opneemt, of in ieder geval het probleem oplost, is er een productieve samenwerking ontstaan. Ook de samenwerking tussen de longartsen is volgens voormalig lid van Raad van Bestuur van STAZ verbeterd. Een ander concreet voorbeeld is de samenwerking tussen de maatschappen urologie. Dit jaar geldt als een overgangsjaar, maar vanaf 2013 worden alle patiënten met een indicatie voor radicale chirurgische prostatectomie in Nieuwegein geopereerd. Voorheen werden deze patiënten in een ander ziekenhuis geopereerd, wat maakt dat dit dus een ombuiging van het verwijspatroon heeft plaatsgevonden. De urologen van ZRT zullen hierbij in StAZ gaan behandelen met behulp van de Da Vinci Robot.

Een en ander heeft geleid tot het feit dat de patiënten, die in het ziekenhuis Rivierenland gediagnosticeerd worden met een indicatie voor een radicale chirurgische prostatectomie, in de toekomst deze behandeling in het St. Antonius ziekenhuis te Nieuwegein zullen ondergaan. De maatschapsleden Urologie van het ziekenhuis Rivierenland zullen de behandeling met de zogenaamde Da Vinci Robot in Nieuwegein uitvoeren.

(uit brief Samenwerking STAZ en ZRT, dd. 02- 04-2012)

Naast de samenwerking op zorginhoudelijk gebied, worden tevens de mogelijkheden tot samenwerking op facilitair gebied bekeken. Er heeft een kennismakingsronde plaatsgevonden tussen facilitaire medewerkers. Als er schaalvoordelen te vinden zijn bij bijvoorbeeld inkoop, wordt gestimuleerd dit op te pakken, maar er zijn verder geen overeenkomsten hiertoe afgesloten.

Er zijn ook nog samenwerkingsverbanden met specialisten uit andere ziekenhuizen. Het lijkt voorsnog niet realistisch dat deze in de toekomst geheel verdwijnen. Een van de internisten van ZRT geeft hierover aan dat de samenwerking zoals het nu gaat met Nieuwegein goed is en dat eerst gekeken moet worden hoe dit verloopt, alvorens verdere stappen te ondernemen. Hieruit blijkt zoals eerder vermeld dat het proces tijd nodig heeft en dat bij elk initiatief opnieuw de meerwaarde voor alle partijen bepaald moet worden.

5.5 'Concentratie en spreiding' in de praktijk

Uit alle interviews komt naar voren dat 'concentratie en spreiding' van ziekenhuisfuncties een belangrijk thema is, waar alle strategische plannen op gebaseerd worden. Ook het realiseren van het dialysecentrum en het coöperatieve verband worden als onderdeel van 'concentratie en spreiding' gezien.

[...] 'concentratie en spreiding' is niet meer weg te denken op alle agenda's. [...] het dominante thema wat in alles terug komt. In regionale samenwerking, in de invulling van de nieuwbouw, in de kwaliteit, het is een soort dominant paradigma. [...] Ik vind dan ook, sociologisch gezien is dit nu de werkelijkheid. Alles valt onder 'concentratie en spreiding'. (secretaris RvB STAZ)

Een bestuurder van ZRT, tevens voorzitter van de SAZ, geeft echter aan dat 'concentratie en spreiding' niet zal leiden tot kostenbesparing en efficiëntere zorg. Om gezondheidswinst te bereiken, is een zorgsysteem nodig waarbij betaald wordt naar behaalde gezondheidswinst bij een patiëntenpopulatie binnen een regio. Er zijn volgens hem drie aspecten welke anders zouden moeten in Nederland om dit te bereiken. Deze staan in het tekstvak hiernaast geciteerd. Wat betreft de financieringsstructuur, geeft hij aan dat het van belang is dat betaald wordt naar gezondheidswinst en niet per verrichting, aangezien er binnen het huidige systeem prikkels zijn voor overbehandeling.

[...] Want concentratie moet het probleem van de kosten oplossen. Nou dat gaat niet het probleem van de kosten oplossen, want dan zit je aan het verkeerde knopje te draaien. Als je dat wil oplossen dan moet je hele andere dingen doen. Dan moet je weg van de perverse prikkels. [...] Als je gezondheidswinst wil, dan moet je voor gezondheidswinst betalen. [...] Dat betekent, wat mij betreft, dat je in gesprek moet gaan over een andere vorm van honorering van de dokters in Nederland. Zowel in de tweede lijn als ook in de eerste lijn. Dat je die gezamenlijk verantwoordelijk moet maken voor het vergroten van de gezondheidstoestand in de regio's. Als je naar de plaatjes van het RIVM kijkt dan zie je dat in de regio Rivierenland bijna alles donkerrood is. [...] En dan zou je dus een afspraak moeten maken dat beide groepen in samenwerking met de GGD ervoor moeten zorgen dat over 5 jaar het niet donkerrood is maar gewoon rood en over 10 jaar lichtrood, 15 jaar roze, 20 jaar lichtgroen, 25 jaar donkergroen. En daar moet je dan voor betalen. Dat kun je meten, RIVM meet het.

[...] Wat er moet gebeuren is dat de politiek en de media aan de bevolking gaan duidelijk maken dat je niet risicoloos van de wieg tot het graf kunt geraken, maar dat je daar een eigen verantwoordelijkheid in hebt en ook een eigen risico. Het nu is het nog zo dat als je wat overkomt, is het altijd de schuld van de dokter. En alles is ter beschikking en het moet zo maximaal mogelijk, niet optimaal maar maximaal, wat het ook kost.

En het derde punt is dat de discussie over QALY's opnieuw op tafel moet om realistische keuzes te kunnen maken over wat je wel en wat je niet doet. (RvB ZRT)

In de analyse, paragraaf 6.6, wordt nader ingegaan of de realisatie van het dialysecentrum, dan wel de verdergaande interorganisationele samenwerking leiden tot het gewenste resultaat van het beleidsvoornemen en of 'concentratie en spreiding' tot kostenbesparing zal leiden.

6. Analyse

In de analyse worden de meest relevante resultaten geanalyseerd en vindt in het licht van theoretische concepten betreffende interorganisatorische samenwerking en besluitvorming in netwerken. Tevens vindt interpretatie plaats hoe het beleidsvoornemen 'concentratie en spreiding' van ziekenhuisfuncties in de praktijk vorm krijgt.

6.1 Interorganisatorische samenwerking

In deze paragraaf wordt geanalyseerd hoe de samenwerkingspartners tot elkaar gekomen zijn en welke motieven er waren om de interorganisatorische samenwerking aan te gaan.

Veranderende context

Wat betreft het coöperatieve verband heeft de veranderde omgeving waarin de ziekenhuizen zich bevinden geleid tot een toegenomen interdependentie en tevens toegenomen bewustzijn van deze afhankelijkheid bij de afzonderlijke partijen. De veranderende context, zoals beschreven in paragraaf 5.1 van het resultatenhoofdstuk heeft gezorgd voor legitimiteit voor het daadwerkelijk aangaan van de interorganisatorische samenwerking.

Strategievorming is gericht op anticiperen op de omgeving (Van der Krogt en Vroom 1995). Uit dit onderzoek blijkt dat de veranderende context de afzonderlijke organisaties dwingt tot het aangaan van interorganisatorische samenwerking, dan wel beëindiging van het aanbieden van bepaald zorgaanbod. In deze casus is gekozen voor de samenwerking om de marktpositie van beide ziekenhuizen te versterken.

Interdependentie is volgens Oliver (1990) voor organisaties het motief om relaties met elkaar aan te gaan om hun doelen te bereiken. Het toenemend aantal kwaliteitscriteria, inclusief volumecriteria zijn de meest doorslaggevende factoren geweest voor zowel ZRT als StAZ.

Partnerkeuze

Een combinatie van motieven voor de partnerkeuze en noodzaak van samenwerking maakt dat StAZ en ZRT tot elkaar zijn gekomen. Dit sluit aan bij Oliver (1990) die stelt dat een combinatie van motieven leidt tot het uiteindelijke besluit om relaties aan te gaan. De interorganisatorische samenwerking die in deze paragraaf beschreven wordt, geldt zowel voor de ziekenhuizen onderling, als wel voor de afzonderlijke professionals van beide ziekenhuizen. De ontstane relatie met externe partijen, de zorgverzekeraars en gemeenten, is tot op heden minimaal geweest. De rol van de externe partijen in het netwerk wordt in het licht van 'concentratie en spreiding' van ziekenhuisfuncties in paragraaf 6.4 nader geanalyseerd.

De opvallende factoren die van invloed zijn geweest op de partnerkeuze zijn: 1) het bestaande contact tussen de medisch directeurs van beide ziekenhuizen, 2) de meerwaarde die de ziekenhuizen elkaar konden bieden en 3) de geografische ligging. De partnerkeuze sluit aan bij de wijze waarop volgens Gulati en Garguilo (1999) de vorming van een netwerk bepaald

wordt. Het bestaande contact tussen de medisch directeuren maakte dat er sprake was van 'relational embeddedness'. Dit historische verband maakt dat er reeds informatie over competenties en betrouwbaarheid over de ander aanwezig is. Dit is bepalend bij de vorming van een netwerk (ibid.). Doordat de medisch directeuren elkaar reeds kenden, was het voor de bestuurder van StAZ eenvoudiger om het gesprek aan te gaan over het realiseren van het dialysecentrum in ZRT en later om wederzijds de mogelijkheden tot een coöperatief verband te bespreken.

De keus is mede bepaald door de meerwaarde die beide ziekenhuizen elkaar te bieden hebben. Het zorgaanbod is veelal complementair aan elkaar en hierdoor staan er nauwelijks concurrerende belangen de samenwerking in de weg. Door samen te werken wordt de autonomie van beide ziekenhuizen veilig gesteld, wordt de marktpositie versterkt en kunnen wederzijdse voordelen behaald worden. Dit komt weer overeen met Oliver (1990), die stelt dat interdependenties maakt dat organisaties relaties aangaan. Door de samenwerking op het gebied van het dialysecentrum kan StAZ uitbreiden en marktpositie behouden, dan wel verbeteren en in ruil daarvoor topklinische verwijzingen van internistische patiënten vanuit ZRT verwachten. Voor ZRT betekent het dialysecentrum een uitbreiding van het patiëntenaanbod in de regio, verstevigen van het bestaansrecht als ziekenhuis, en de internisten kunnen gebruik maken van de kennis van de nefrologen uit StAZ om optimale basiszorg te kunnen bieden aan internistische patiënten. Dat de relatie ontstaan is tussen een algemeen en een topklinisch ziekenhuis heeft als voordeel dat StAZ complementaire zorg biedt ten opzichte ZRT. Uit eerdere pogingen van ZRT tot samenwerking met andere ziekenhuizen is gebleken dat er een meerwaarde moet zijn in de soort zorg die geboden wordt om de samenwerking te doen slagen. Tevens is het van belang gebleken dat er voldoende overeenkomsten moeten zijn betreffende de missie en visie van beide organisaties. Samenwerking tussen ZRT en een academisch ziekenhuis is niet succesvol gebleken, omdat ZRT met name gericht is op productie en de focus van het academisch ziekenhuis ligt bij onderwijs. Deze verschillende visies maakt dat er geen goede band kon ontstaan en samenwerking niet van de grond is gekomen. Metcalfe (1976) vat dit onder gebrek aan overeenkomstige doelen en waarden en gebrek aan gelijke belangen, waardoor culturele en normatieve integratie niet plaats kan vinden. Er moet dus sprake zijn van harmonie en wederzijdse ondersteuning, zodat de organisaties wederzijdse baten uit de relatie kunnen halen (Oliver 1990).

Wat niet terug te vinden is in interorganisationele theorieën is het belang van de geografische ligging van organisaties die samenwerking aangaan. In deze casus is er sprake van een geografisch belang voor marktontwikkeling en marktpositionering. Een belangrijk deel van de dialysepatiënten van StAZ komt uit de regio Rivierenland, wat het voor StAZ interessant maakt om met ZRT de relatie aan te gaan. Daarnaast zijn de rivieren onder Tiel een natuurlijke barrière, wat maakt dat een samenwerkingspartner ten noorden van de rivieren voor ZRT een logische keuze is.

Netwerkvorming

Metcalf (1976) benoemt vijf dimensies van sociale integratie waarlangs een netwerk zich ontwikkelt. Met de acceptatie van de noodzaak tot samenwerking is er sprake van acceptatie van de nieuwe ideologie en is er een basis voor netwerkvorming. De culturele, normatieve, functionele en communicatieve integratie bepalen vervolgens de mate van sociale integratie (ibid.). Voor zowel het dialysecentrum als de algehele samenwerking tussen beide ziekenhuizen is er overeenstemming over de doelen. De doelen zijn deels verschillend van elkaar, maar het overeenkomstige doel kwaliteitsverbetering dient steeds als middel voor culturele integratie. Culturele integratie was tevens zichtbaar bij het terugdringen van vooroordelen. Meerdere respondenten noemde dat vooroordelen over medewerkers van StAZ verdwenen door de contacten die gaandeweg het project steeds meer ontstonden tussen diverse medewerkers. Dit gold tevens vice versa, genoemd werd het belang van de open, coöperatieve en enthousiaste houding van diverse partijen bij ZRT.

Uit vrijwel alle interviews blijkt dat vertrouwen, respect en gelijkwaardigheid cruciaal zijn om samenwerking succesvol te laten zijn. Benoemd werd tevens dat elke samenwerking op individueel niveau ontstaat. Om normatieve integratie binnen een netwerk te bereiken is in eerste instantie het vertrouwen in de samenwerking op individueel niveau noodzakelijk, alvorens op organisatieniveau overeenstemming over elkaars verwachtingspatronen, betreffende rollen en gedragingen te bereiken. In paragraaf 6.2 wordt beschreven wat het belang van vertrouwen op individueel niveau is binnen interorganisationale netwerkvorming en hoe die uiteindelijk kan leiden tot sociale integratie op organisatieniveau.

Een vorm van functionele integratie is terug te zien in de formalisatie van het coöperatieve verband. Om een betere coördinatie van de samenwerkingsinitiatieven tussen de verschillende maatschappen te verkrijgen en om het onderwerp actueel te houden voor alle partijen is besloten een gezamenlijke stichting hiertoe op te richten.

Gedurende het proces tot realisatie van het dialysecentrum is als gevolg van verschillende verwachtingen de communicatie niet altijd tijdig geweest. Een dialysecentrum was voor ZRT nieuw en allerlei zaken die voor StAZ vanzelfsprekend waren, waren dat niet voor ZRT. Hierdoor werden specialisten en andere medewerkers van ZRT soms te laat geïnformeerd. In de loop van het proces kon men zich te beter verplaatsen in de ander, waardoor misverstanden als gevolg van afwijkende verwachtingen zoveel mogelijk voorkomen konden worden. Hiermee is zichtbaar dat er toenemende communicatieve integratie heeft plaatsgevonden gedurende het project.

6.2 Besluitvorming in netwerken

In de voorgaande paragraaf staat de totstandkoming van het netwerk beschreven en welke motieven daaraan ten grondslag hebben gelegen. In deze paragraaf wordt ingegaan op de besluitvormingsprocessen in netwerken.

Besluitvormingsprocessen zijn van te voren moeilijk te voorspellen, met name als er sprake is van besluitvorming in netwerken (De Bruijn en Ten Heuvelhof 2007). Gedurende het

besluitvormingsproces rondom het dialysecentrum is het coöperatieve verband ter sprake gekomen bij de Raden van Bestuur en de medische stafbesturen, waardoor beide processen onlosmakelijk met elkaar verbonden raakten en de realisatie van het dialysecentrum meer tijd in beslag heeft genomen dan gepland. Dit is typerend voor besluitvormingsprocessen in netwerken. Als gevolg van de verschillende betrokken partijen, die elk met hun eigen belangen en doelen proberen het besluitvormingsproces ten gunste van zichzelf te beïnvloeden, en daarnaast de invloed van de veranderende context gedurende het proces, ontstaat er een grillig en onvoorspelbaar besluitvormingsproces (ibid.). Dit komt overeen met het arena-model voor besluitvorming (Pfeffer 1981; Hickson et al. 1986). Factoren die een belangrijke rol hebben gespeeld in dit grillige proces zijn machtsverschillen, creëren van een win-winsituatie, vertrouwen en verschillende toekomstvisies. Deze worden hieronder nader toegelicht.

Grillig verloop

Projecten beginnen veelal met een projectplan of businesscase, zo ook het project dialysecentrum. Al vrij snel is echter de geplande projectstructuur, met projectteam en geplande overlegmomenten gedeeltelijk losgelaten, aangezien de structuur niet overzichtelijk was en het proces niet snel genoeg vorderde. Dit komt overeen met hoe Turner en Cochrane (1993) verklaren waarom een project ongrijpbaar kan zijn. Interorganisationele strategische besluitvorming is een nieuw fenomeen voor beide ziekenhuizen, waardoor zowel het te bereiken eindpunt als de methode om te bepalen hoe er te komen onbekend zijn. Volgens Turner en Cochrane zijn dit de meeste ongrijpbare projecten. Projectmatig werken aan de hand van een projectplan beoogt beheersing van een project, maar dit is alleen mogelijk zolang het doel en de methode concreet te bepalen zijn (ibid.). De werkelijkheid verloopt in deze casus minder rationeel dan een zuivere projectmatige structuur, als gevolg van het interorganisationele netwerk van betrokkenen. Elke betrokkene heeft andere ideeën over het te doorlopen proces en kan tevens andere problemen zien gedurende het proces (De Bruijn en Ten Heuvelhof 2007). In het netwerk is er geen of slechts in beperkte mate sprake van hiërarchie. Alle motieven en belangen van de afzonderlijke stakeholders zijn van belang in het besluitvormingsproces en hierdoor kunnen niet van bovenaf besluiten genomen worden. Dit maakt dat grillige en onvoorspelbare besluitvorming in een netwerk onontkoombaar zijn (ibid.).

Door stapsgewijs de samenwerking en het proces vorm te geven, kan er een duurzaam netwerk ontstaan. De strategieën die door de betrokken partijen toegepast worden in het besluitvormingsproces om ervoor te zorgen dat eigen belangen meegenomen worden in het besluit zijn afwijkend van strategieën in rationele processen (ibid.). Bij zowel het dialysecentrum als het coöperatieve verband is het streven naar een win-win situatie essentieel gebleken en spelen machtsverhoudingen een belangrijke rol, dit wordt in de volgende twee paragrafen uitgewerkt. In het grillige verloop speelt daarnaast de veranderde omgeving een grote rol. Dit geldt voornamelijk voor het coöperatieve verband. De medische staf van ZRT ging hiermee pas akkoord toen de kwaliteitscriteria, inclusief volumennormen van de wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten steeds concreter werden en de gevolgen van deze normen voor met name de kleinere specialismen van ZRT bekend werden. Men zag hierdoor in

dat StAZ een goede partij kon zijn om deze problemen te kunnen ondervangen, waarna het ondertekenen van de intentieovereenkomst tot intensivering van de algehele samenwerking een feit werd. Zoals in De Bruin en Ter Heuvelhof (2007) vernoemd is dan de *'sense of urgency'* van dien aard, dat er sprake is van een *'window of opportunity'*, die door het netwerk aangegrepen moet worden om resultaat te behalen. Gedurende het proces kunnen dus door onder andere omgevingsfactoren de motieven en belangen van de betrokken partijen verschuiven, wat maakt dat het uiteindelijke resultaat gesterkt kan worden door andere motieven en belangen dan in het begin van het proces.

Rondom het dialysecentrum waren de betrokken partijen het redelijk snel eens over de vorm en inhoud, maar doordat tegelijkertijd het coöperatieve verband ter sprake kwam, had de medische staf van ZRT het gevoel dat er meer aan de hand was dan waar zij van op de hoogte was. Om toch draagvlak te creëren bij de medische staf is tijd een belangrijke factor geweest. Te snel handelen levert veelal weerstand op, aangezien betrokken partijen dan kunnen ervaren dat er onvoldoende meerwaarde te behalen valt aan de verandering.

Afhankelijk van de noodzaak tot verandering, is het benutten van tijd om incrementele fasen te doorlopen om succesvolle verandering tot stand te brengen verstandig (Hope Hailey en Balogun 2002). Bij gebrek aan tijd, bijvoorbeeld in crisissituaties, is het veelal noodzakelijk om meer machtsmiddelen toe te passen en is er slechts geringe kans op overeenstemming en draagvlak voor de verandering bij de betrokken partijen. Dit is in deze casus niet aan de orde.

Win-win

De win-winsituatie voor StAZ is in grote lijnen het versterken van het topklinische profiel en voor ZRT het versterken van hun positie als algemeen ziekenhuis om toekomstbestendig te worden en te blijven. Bij het dialysecentrum is voor alle betrokkenen partijen de meerwaarde van het centrum terug te vinden. De meerwaarde komt voor de internisten en nefrologen neer op de uitruil van diensten. De internisten van StAZ kunnen de productie uitbreiden en krijgen meer topklinische verwijzingen en de internisten van ZRT kunnen daar tegenover gebruik maken van kennis en expertise van de nefrologen van StAZ en kunnen nefrologische patiënten langer binnen ZRT behandelen, alvorens doorverwijzing nodig is. Voor de dialyseverpleegkundigen geldt het dialysecentrum als een uitdaging, waarbij ze meer verantwoordelijkheden krijgen en expertise kunnen opdoen. Voor de dialysepatiënten in regio Rivierland is het dialysecentrum de mogelijkheid om dichterbij huis te kunnen dialyseren, de toegankelijkheid is hiermee toegenomen. Voor de zorgverzekeraar, in dit geval Achmea, aangezien de declaraties via StAZ verlopen, geldt dezelfde toegankelijkheid voor voldoende draagvlak om de uitbreiding toe te staan. Voor de gemeente Tiel, geldt dat door verstevigen van de positie van ZRT, de werkgelegenheid van inwoners minder in gevaar komt en daarnaast is de verbeterde toegankelijkheid voor patiënten uit de regio positief.

Machtsparadox

Machtsverhoudingen spelen bij besluitvormingsprocessen in netwerken een belangrijk rol. Het belang en de invloed van de betrokken partijen zijn continue onderliggend aan de besluitvorming (Johnson et al. 2009). Telkens vindt afweging plaats in welke mate een betrokken partij belangen heeft bij een bepaald besluit en welke invloed de stakeholder heeft om de besluitvorming mogelijk tegen te werken. Binnen de besluitvorming van het dialysecentrum en aansluitende het coöperatieve verband zijn diverse machtsverschillen zichtbaar, de meest opvallend is het verschil tussen het 'grote' StAZ en het 'kleine' ZRT, zowel op bestuurlijk als op specialistenniveau. StAZ is vanwege de grootte van het ziekenhuis bedreigend voor ZRT. Er bestond angst dat ZRT op termijn overgenomen zou worden, terwijl dit vanuit StAZ nooit de bedoeling is geweest. StAZ heeft zich in het begin terughoudend opgesteld en pas toen duidelijk werd dat ook voor StAZ de samenwerking noodzakelijk is om hun topklinische profiel waar te kunnen blijven maken en er geen twijfels meer waren dat er sprake zou zijn van een overname ontstond er een balans in de machtsverhoudingen en kwam er ruimte voor gelijkwaardige omgang en het opbouwen van duurzame relaties. Deze interdependente relaties tussen beide ziekenhuizen en de specialisten onderling maakt dat de partij die voorafgaand aan de samenwerking de meest machtige leek te zijn, dit niet is. Dit wordt ook wel machtsparadox genoemd (Rosenthal 1980). De terughoudendheid van StAZ in het gebruik van machtsmiddelen is noodzakelijk om een duurzaam netwerk op te bouwen (ibid.).

Vertrouwen

Terughoudendheid in gebruik van macht is zoals beschreven noodzakelijk om duurzame relaties op te bouwen. Machtsuitoefening tast dus duurzaamheid van relaties aan (De Bruijn en Ten Heuvelhof 2007; Seligman 1998). In vrijwel alle interviews werd benoemd dat vertrouwen, gelijkwaardigheid en respect essentieel zijn om een duurzaam interorganisationeel netwerk op te kunnen bouwen. Door afspraken na te komen en veel en duidelijk te communiceren weet men wat men aan elkaar heeft. Betrouwbaarheid van de partner is hierbij ook van belang. Betrouwbaarheid wordt bepaald door het principe reciprociteit (De Bruijn en Ten Heuvelhof 2007).

Uit de empirie, maar ook uit de theorie over besluitvorming in netwerken blijkt dat er sprake is van een onvoorspelbaar verloop van het besluitvormingsproces. Seligman (1998) benoemt het belang van vertrouwen in het geval van onvoorspelbaar gedrag in interacties. Vertrouwen is noodzakelijk als machtsuitoefening niet of nauwelijks mogelijk is, wat het geval is bij netwerkontwikkeling (Seligman 1998; Rosenthal 1980). In diverse interviews is benoemd dat het op individueel niveau van belang is dat er vertrouwen is in de partij waarmee directe samenwerking plaats moet gaan vinden. Metcalfe (1976) spreekt van normatieve integratie als er verwachtingspatronen zijn ontstaan aangaande rollen en gedragingen van de betrokken partijen. Dit komt overeen met het belang van familiariteit zoals Seligman (1998) beschrijft. Het 'ons kent ons' gevoel brengt namelijk ook verwachtingen en voorspelbaarheid over elkaars handelen met zich mee. Dit speelt tevens een rol bij het motief van een bestuurder van ZRT om bewust te kiezen voor één ziekenhuis om intensief te gaan samenwerken in plaats van

meerdere. Hij benoemt hiervoor als reden: *'anders heb je in de omgeving overal kennissen, maar nergens één vriend als het erop aan komt.'* Door met één ziekenhuis een intensievere band op te bouwen, ontstaat op termijn een vorm van familiariteit, wat verwachtingen ten opzichte van elkaar vergroot en meer zekerheid over elkaars handelen geeft. Hier is een brug te slaan met de organisationele ontwikkeling van netwerken. De toenemende zekerheid in het handelen van de andere partij, maakt dat naast de toegenomen vertrouwensband, op organisatieniveau toenemend sprake is van normatieve integratie, een van de dimensies van sociale integratie. De mate van sociale integratie bepaalt uiteindelijk de mate van samenwerking en de stabiliteit van het netwerk (Metcalf 1976). Deze stabiliteit is geen vaststaand gegeven. Het onderhouden van sociale relaties blijft, zoals ook blijkt uit de empirie, noodzakelijk, aangezien belangen en motieven van belanghebbende partijen in de loop der tijd door verschillende factoren, zoals de veranderde context, zullen veranderen.

Verschillende toekomstvisies

Op de vraag welke toekomstvisie de respondenten hebben over de ontwikkelingen in de gezondheidszorg werd zeer wisselend gereageerd. De ene respondent volgde de lijn van RVZ, waarbij de verwachting is dat het aantal ziekenhuizen zal halveren, de ander ziet het allemaal zo'n vaart niet lopen of heeft juist visionaire gedachten waarbij ziekenhuizen allerlei vormen kunnen aannemen, van een buitenpoli tot een supergespecialiseerd ziekenhuis en een ziekenhuis voor chronische ziektebeelden gerund door gespecialiseerde verpleegkundigen. Deze verschillende toekomstvisies maakt dat de betrokken partijen allen verschillende motieven hebben voor het aangaan van relaties en dit beïnvloedt het strategisch handelen van de betrokken partijen. De partijen beoordelen steeds wat het effect van de interactie zal zijn voor doelbereiking in de toekomst (Godfroy 1981). Als toekomstvisies verschillen zullen de afzonderlijke partijen elk een ander effect verwachten. Dit kan de onvoorspelbaarheid en het grillige verloop van besluitvormingsprocessen in netwerken deels verklaren.

6.3 Effectiviteit

De doelen uit de concept businesscase (2007) voor het dialysecentrum zijn, zoals beschreven in het resultatenhoofdstuk, grotendeels behaald. Ook de financiële doelstellingen uit de definitieve businesscase (2011) zijn behaald. Wat betreft het creëren van een win-win situatie is nog verbetering te behalen, zowel in het gebruik maken van de expertise van de nefrologen door ZRT, als in de topklinische verwijzingen aan StAZ. Dit geldt tevens voor de gehele interorganisationele samenwerking.

Uit de interviews is naar voren gekomen dat de belangrijkste doelstelling om tot verdergaande samenwerking te komen het verbeteren van de marktpositie van beide ziekenhuizen is. Voor StAZ gaat het om het topklinisch profiel te versterken en voor ZRT om hun positie in de regio te versterken en daarmee bestaansrecht in de toekomst te behouden. Het eigenlijke doel is bekend bij beide partijen, maar wordt niet gebruikt als doel naar buiten toe om de ontwikkelingen uit te leggen of te verantwoorden. Hiervoor wordt het overeenkomstige doel tussen beide ziekenhuizen, het verbeteren van de kwaliteit van zorg als instrument voor

gebruikt. Van de Krogt en Vroom (1995) onderscheiden formele en informele doelstellingen. Als formeel doel wordt dus het verbeteren van de kwaliteit van zorg benoemd en informeel geldt het meest belangrijke doel, het verbeteren van de marktpositie van beide ziekenhuizen.

Voor StAZ was het motief om het dialysecentrum te realiseren mede van belang om een ingang te creëren bij ZRT voor het coöperatieve verband. Dit betreft een heimelijk doel, waarbij een partij bewust vaag blijft over het strategisch belang van het onderhandelingsresultaat (Van der Krogt en Vroom 1995). Toen duidelijk was dat het dialysecentrum er zou komen, maar voordat deze daadwerkelijk gerealiseerd was, kwam verdergaande interorganisatorische samenwerking al ter sprake tussen beide Raden van Bestuur en stafbesturen.

Als gevolg van de getekende intentieovereenkomst voor deze verdergaande samenwerking, was de druk om het dialysecentrum te realiseren groter, aangezien het vanaf dat moment gezien werd als een eerste resultaat van de intensievere samenwerking. Het heimelijke doel heeft er uiteindelijk dus toe geleid dat de realisatie van het dialysecentrum van groter belang werd.

Naast het behalen van de formele en informele doelstellingen zijn er tevens onvoorziene resultaten behaald. Het dialysecentrum heeft de weg tot het coöperatieve verband enigszins vereenvoudigd. De concrete afspraken, ontstane relaties en overeenkomsten omtrent het dialysecentrum, zijn drempelverlagend geweest voor nieuwe samenwerkingsinitiatieven. Ook ervaringen over het besluitvormingsproces en het proces tot realisatie kunnen gedeeld worden. Het positieve resultaat dient als voorbeeld voor situaties waarin onderhandelingen tussen partijen moeizamer verlopen. Daarentegen heeft bij de realisatie van het dialysecentrum, de intentieovereenkomst tevens als stimulerende prikkel gewerkt op momenten dat het proces dit nodig had.

De Bruijn en Ten Heuvelhof (2007) benadrukken dat besluitvormingsprocessen in netwerken een proces en geen project is met een duidelijk begin- en eindpunt. Dat maakt dat het evalueren van het proces niet alleen moet gaan over doelrealisatie en efficiëntie, maar tevens over criteria als tevredenheid van partijen, de mate van oplossen van problemen, of partijen geleerd hebben, het ontstaan van duurzame relaties en het fair verlopen van het proces (ibid.). Dit is bij de totstandkoming van de intensievere interorganisatorische samenwerking ook aan de orde. De inspanningen van alle betrokken partijen hebben ertoe geleid dat er meer samenwerkingsverbanden zijn ontstaan, waarbij de duurzaamheid van de relaties belangrijk is. Voor StAZ heeft de ontstane samenwerking nog onvoldoende tot topklinische verwijzingen vanuit ZRT geleid. Er is echter een stijgende lijn zichtbaar en gezien de korte duur van het proces is nog niet veel meer te verwachten. Voor ZRT geldt dat er nog meer uitwisseling van kennis en expertise vanuit StAZ verwacht wordt. Deze beiderzijdse verwachtingen leidden tot op heden niet tot harde eisen, aangezien vanuit beide ziekenhuizen het belang van de kwaliteit van de ontstane relaties belangrijker is dan volharden in de eisen. Besprekingen tussen beide Raden van Bestuur en stafbesturen in mei 2012 hebben derhalve ook niet geleid tot verdergaande criteria voor alle maatschappen om samenwerking aan te gaan. Het criterium is dat alle maatschappen met elkaar in overleg gaan, om te bepalen op welke wijze ze minimaal iets voor elkaar kunnen

betekenen. Mogelijk kan een minimale samenwerking op termijn leiden tot uitbreiding.

Rol patiënten

Naar verwachting zouden patiënten een belangrijke rol kunnen hebben in het besluitvormingsproces rondom het dialysecentrum. Dialysezorg is chronische zorg en juist deze groep patiënten zouden een grotere rol kunnen spelen in het vormgeven van passend zorgaanbod (Huijben 2011). Uit het resultatenhoofdstuk blijkt echter dat patiënten weinig zorginhoudelijke adviezen en wensen hadden ten aanzien van het nieuwe dialysecentrum. Wel op het gebied van comfort en services, zoals de maaltijden. De betrokkenheid van patiënten bij de verdergaande interorganisationele samenwerking is niet onderzocht. Er zijn wel verschuivingen zichtbaar dat patiënten via de patiëntenorganisaties meer invloed kunnen uitoefenen op kwaliteit van zorg. Een van de respondenten noemde dat een aantal patiëntenorganisaties kwaliteit van zorg registreren, gebaseerd op patiëntenoordelen. Zorgverzekeraars gebruiken als vertegenwoordigers van de patiënten tevens steeds meer van dit soort informatie van patiëntenorganisaties voor de inkoop van zorg, waardoor de invloed van patiënten op termijn via patiëntenorganisaties dan wel zorgverzekeraars toe kan nemen. Aan de andere kant werd door dezelfde respondent benoemd dat vrijwel alle patiënten het advies van de behandelend arts op zullen blijven volgen, vanwege het gebrek aan informatie en kennis die de patiënt over zijn eigen ziekte, dan wel behandelopties heeft. Daarnaast werd door een internist benoemd dat patiëntenorganisatie nog niet veel erkend worden, dus de meningen zijn hierover verdeeld.

Binnen de realisatie van het dialysecentrum is echter de invloed van de patiënt wel een positieve stimulerende factor geweest. Het verbeteren van de kwaliteit van zorg van de dialyse patiënten was bij de betrokken partijen het overeenkomstige doel, wat in sommige moeilijke momenten in het project als motivatie kon gelden om het project door te zetten.

6.4 'Concentratie en spreiding': het beleidsvoornemen versus de praktijk

Of de vraag of de realisatie van het dialysecentrum, dan wel de verdergaande interorganisationele samenwerking leidt tot het gewenste resultaat van het beleidsvoornemen 'concentratie en spreiding' van ziekenhuisfuncties werd door de zorgmanager van STAZ een treffend antwoord gegeven, te weten: *'Wat is het gewenste resultaat?'*.

Beleidsvoornemens zoals 'concentratie en spreiding' van ziekenhuisfuncties komen bij uitvoering in de praktijk veelal obstakels tegen. In deze paragraaf wordt ingegaan op hoe het dialysecentrum past binnen 'concentratie en spreiding', in welke mate regionale herstructurering van het zorglandschap vorm krijgt en welke rol verzekeraars en gemeentes innemen. Tevens wordt ingegaan op de wijze van totstandkoming van de volumecriteria en komt als laatst ter sprake of 'concentratie en spreiding' zoals het nu vorm krijgt in de praktijk bijdraagt aan het hoofddoel van het hoofdlijnenakkoord (VWS 2011a), namelijk kostenbesparing.

‘Spreiding en concentratie’ binnen de case-study

‘Concentratie en spreiding’ is met name gericht op regionale herstructurering van het zorglandschap, waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen laag volume, hoog risico en hoog volume, laag risico zorg (RVZ 2011b). Uit de interviews en het documentenonderzoek komt het volgende beeld van dialyseren naar voren. Dialyse is chronische planbare zorg met een relatief eenvoudig proces, waarbij de kwaliteit te waarborgen is door standaardisatie van zorg, registratie en transparante informatie-uitwisseling (concept businesscase dialyse 2007). Er heeft differentiatie van zorg en behandeling plaatsgevonden, doordat de minder complexe dialyse patiënten uit de regio Rivierenland in ZRT worden behandeld en de complexe ziektebeelden in Nieuwegein onder behandeling zullen blijven. De patiënten uit Tiel en omstreken kunnen nu dus dichterbij huis gedialyseerd worden, waardoor de behandeling minder intensief is qua reistijd en er mogelijk tijd en energie over is voor andere activiteiten die de kwaliteit van leven van de dialyse patiënten kan verbeteren. De zorg in het dialysecentrum is dus te bestempelen als hoog volume, laag risico zorg, en er kan dus gesteld worden dat deze case-study wat betreft het dialysecentrum een voorbeeld is van spreiding.

Het doel van de interorganisationele samenwerking is deels vanuit het concentratie oogpunt gesteld. Door samen te werken kunnen voor de laag volume, hoog risico zorg de benodigde kwaliteitsnormen, waaronder volumecriteria behaald worden. StAZ richt zich hierbij met name op de topklinische zorg en ZRT op de basiszorg. De specialisten van beide ziekenhuizen reizen naar de beide locaties om aan de kwaliteitsnormen te voldoen.

Geen regioperspectief

Het interorganisationele netwerk bestaat momenteel uit twee ziekenhuizen, die afstemmen wie welke curatieve zorg op zich neemt en waar ze elkaar kunnen helpen om de zorg zo goed mogelijk te kunnen bieden. Zorgverzekeraars en gemeentes zijn amper betrokken en niet geconsulteerd. Wat betreft gemeentes is de vraag in hoeverre betrokkenheid bij de ontstane vorm van samenwerking zinvol is. Vanaf het begin is duidelijk geweest dat de samenwerking gericht was op het behoud van de twee ziekenhuizen en er geen fusie zou gaan plaatsvinden. Dit is met name voor de gemeente Tiel van belang, aangezien het voortbestaan van algemene ziekenhuizen zoals ZRT een onderwerp van discussie is (RVZ 2011a). De toegankelijkheid van zorg en daarnaast risico op hoge werkloosheid zouden voor de gemeente Tiel en omliggende gemeenten voldoende redenen moeten zijn om intensief betrokken te zijn bij het concentratie- en spreidingsvraagstuk.

Zorgverzekeraars hebben het overzicht over regionale zorgconsumering en zouden derhalve de aangewezen partij kunnen zijn in het vormgeven van een regiovisie op zorg. Vanuit het hoofdlijnenakkoord (VWS 2011a) is aan zorgverzekeraars de regierol toebedeeld. Tot op heden hebben ze echter weinig hiervan waar kunnen maken. Dit wordt in de volgende paragraaf uitgewerkt.

‘Concentratie en spreiding’ richt zich op de herstructurering van het zorglandschap. Volgens RVZ (2011a) is het motto: ‘dichtbij als het kan, ver weg als het moet’. De achterliggende gedachte is om zorg niet meer vanuit losse organisaties aan te bieden, maar om vanuit

patiëntenperspectief kennis en kwaliteit van de medische professionals in te zetten (ibid.). Uit het onderzoek blijkt dat interorganisationele samenwerking zich ontwikkelt tussen beide ziekenhuizen, maar dat hierin niet een regionale visie leidend is, maar het gaat om het verbeteren van de marktpositie van de afzonderlijk ziekenhuizen. Dit onderzoek beperkt zich tot de curatieve zorg, maar geredeneerd vanuit een patiëntenperspectief zou het netwerk tevens organisaties of professionals moeten bevatten die gespecialiseerd zijn in preventie, dan wel de langdurige zorg voor chronisch zieken. Deze vorm van geïntegreerde zorg wordt krijgt in de langdurige zorg steeds meer vorm, maar blijft nog op beperkte schaal (Huijben 2011). Beide ziekenhuizen hebben banden met zorgorganisaties voor langdurige zorg, maar in welke mate is niet onderzocht. Een van de barrières waarom geïntegreerde zorg nog onvoldoende van de grond komt is de huidige financieringsstructuur binnen het Nederlandse zorgstelsel. Dit beeld werd tevens geschetst door een bestuurder van ZRT. Investerings binnen de ene organisatie, kunnen momenteel leiden tot opbrengsten in een andere organisatie (Ahgren 2010; Huijben 2011). Financiering van geïntegreerde zorgketen, in plaats van per organisatie of verrichting, zal dit probleem kunnen verhelpen (ibid.).

Rol zorgverzekeraar

De zorgverzekeraar heeft in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord (VWS 2011a) de taak en verantwoordelijkheid op zich genomen om te sturen op doelmatige inrichting van het zorglandschap, met name door middel van selectieve zorginkoop op basis van prijs, kwaliteit en doelmatigheid en gepast gebruik. Hiervoor dienen ze een regierol aan te nemen. Uit het onderzoek blijkt dat het voor zorgverzekeraars erg moeilijk is om deze taak uit te voeren, aangezien ze slechts over beperkte kwaliteitsinformatie beschikken.

Aan de ene kant proberen de zorgverzekeraars wel de regierol op zich te nemen. Onder andere door zorginhoudelijke adviseurs aan te trekken om meer volwaardigere gesprekspartners van de ziekenhuizen te worden. Tevens gebruiken ze de volumecriteria, opgesteld door wetenschappelijke verenigingen, om ziekenhuizen te dwingen keuzes te maken over het al dan niet meer aanbieden van zeer complexe zorg. Tot op heden richten zorgverzekeraars zich slechts op een beperkt deel van het totale aanbod, te weten op het laag volume, hoog risico zorg. Er zijn wisselende visies over in hoeverre de zorgverzekeraar op termijn wel de regierol op zich kan en zal nemen. Een verkoper van StAZ geeft aan dat doordat ziekenhuizen toenemend financieel risicodragend zijn, de zorgverzekeraar mogelijk eerder betrokken wordt bij strategische plannen, om er zeker van te zijn dat de zorg in de toekomst wordt ingekocht.

Echter de meeste respondenten benoemen de beperkte rol van de verzekeraar in het geheel, zoals reeds beschreven in het resultatenhoofdstuk. In overleggen met verzekeraars waarin eventuele samenwerkingsplannen besproken worden, laat de verzekeraar het tot op heden aan de ziekenhuizen over om de plannen ten uitvoer te brengen, zolang het leidt tot verbeterde kwaliteit van zorg. De Raden van Bestuur en de medische stafbesturen spreken dit niet tegen, aangezien het selectief inkopen zoals gebleken uit het onderzoek als afbreuk van de autonomie van de specialisten wordt gezien en ze dus zelf de mach hierover willen houden.

In het geval van StAZ speelt daarnaast mee, dat het ziekenhuis een dermate omvang en

daarmee bereik heeft binnen de provincie Utrecht, dat de zorgverzekeraar nauwelijks mogelijkheden heeft om selectief in te kopen zonder StAZ hierin te betrekken. Doordat de zorgverzekeraar samenwerkingsplannen stimuleert om volumenormen te behalen, worden coalities zoals StAZ en ZRT meer regel dan uitzondering en lopen de zorgverzekeraars het onvoorziene risico dat selectief inkopen steeds moeilijker wordt, aangezien de coalities door samen te werken meer macht verkrijgen over de coördinatie van het regionale zorgaanbod. De poging tot oppakken van de regierol, kan dus leiden tot het onvoorziene en onbedoelde resultaat dat selectief inkopen beperkt mogelijk wordt.

Totstandkoming criteria

Over het algemeen zijn de respondenten het eens over dat de kwaliteit verbeterd wordt als het volume van een verrichting hoger is, maar er is kritiek op wat het juiste volume is en hoe deze volumes bepaald worden. Als het gaat om tien ingrepen per jaar, of mogelijk tientallen, kan kwaliteit verbeteren bij een hoger volume, maar onduidelijk is waar de grens ligt. Of een specialist 100 of 300 van dezelfde verrichtingen uitvoert, maakt volgens de respondenten qua kwaliteit niet uit. Het blijkt dat het bestuur van de wetenschappelijke verenigingen die de volumecriteria bepalen, veelal uit specialisten van academische ziekenhuizen bestaan. Zij zijn gebaat bij hoge volumenormen om zeker te zijn van voldoende toestroom van patiënten in de eigen universitaire centra. Dit eigen belang, kan de onafhankelijkheid voor het bepalen van een minimumnorm beïnvloeden, wat vervolgens negatief uitpakt voor kleinere algemene ziekenhuizen die moeite hebben om voldoende volume voor specifieke verrichtingen te behalen.

Daarnaast wordt de kwaliteit niet alleen bepaald door het volume, maar ook door vele andere factoren, zoals de mate van innovatie, de communicatie binnen een ziekenhuis en tussen interne en externe professionals of de service die patiënten ervaren (Tanke en Ikkersheim 2012). Op dit moment zijn met name de volumecriteria bepalend of een verrichting nog langer door een ziekenhuis aangeboden wordt, dan wel door zorgverzekeraars ingekocht worden.

‘Concentratie en spreiding’ versus kostenbesparing

Het hoofddoel van het hoofdlijnenakkoord (VWS 2011a) is het significant verlagen van de jaarlijks uitgavengroei van de curatieve sector. De vraag is of dit met de huidige uitwerking van het beleidsvoornemen in de praktijk behaald wordt. Met deze case-study is inzichtelijk geworden dat de interorganisationele samenwerking is geïntensiveerd naar aanleiding van de uitwerking van ‘concentratie en spreiding’ in de praktijk. Echter beide ziekenhuizen richten zich op het versterken van hun marktpositie, zodat voor StAZ toename van topklinische verwijzingen plaats vindt en voor ZRT kwalitatieve basiszorg en bestaansrecht als volwaardig ziekenhuis bestendig wordt. De verwachting is dat hierdoor voor beide ziekenhuizen geldt dat de kwaliteit van zorg verbeterd wordt, maar er is geen aanleiding te geven dat hierdoor kostenbesparing plaats vindt. De realisatie van het dialysecentrum heeft geleid tot een uitbreiding van het patiëntenaantal voor StAZ en levert dus zelfs kostenstijging op. De versterkte marktpositie van beide ziekenhuizen, waarbij tevens verbeterde kwaliteit van zorg nagestreefd wordt, kan leiden tot een verbeterd imago en patiënttevredenheid, wat tevens eerder zal leiden tot toename van

patiënten en mogelijk kostenstijging. Zoals bij de rol van de zorgverzekeraar reeds beschreven, kan deze coalitie selectieve zorginkoop door zorgverzekeraars beperken. Deze interorganisationale samenwerking leidt daarnaast in ieder geval niet tot afname van het aantal ziekenhuizen, wat vanuit RVZ wel geschetst wordt als toekomstvisie (RVZ 2011b).

7. Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van een korte samenvatting van de resultaten en analyse een antwoord gegeven op de vraagstelling van het onderzoek. Vervolgens worden in de discussie beperkingen van het onderzoek besproken en mogelijke thema's belicht voor verder onderzoek op het onderwerp interorganisationele besluitvormingsprocessen in het kader van 'concentratie en spreiding' van ziekenhuisfuncties.

7.1 Conclusie

In het licht van het beleidsvoornemen 'concentratie en spreiding' van ziekenhuisfuncties is in deze case-study onderzocht hoe interorganisationele netwerkvorming en besluitvorming in netwerken heeft plaatsgevonden. 'Concentratie en spreiding' is met name gericht op regionale herstructurering van het zorglandschap. Om regionale herstructurering vorm te geven is het voor ziekenhuizen van belang samen te werken met andere ziekenhuizen. Wat hier zoal bij komt kijken en hoe een dergelijke interorganisationele samenwerking vorm krijgt heeft geleid tot dit onderzoek, met als hoofdvraag:

Hoe is het interorganisationele besluitvormingsproces tot realisatie van het dialysecentrum van St. Antonius Ziekenhuis in ziekenhuis Rivierland verlopen en in welke mate zijn de doelstellingen gerealiseerd?

Om tot beantwoording van de hoofdvraag te komen zijn de doelstellingen van beide ziekenhuizen, de betrokken partijen, het interorganisationele besluitvormingsproces en de effectiviteit van het proces in kaart gebracht, op zowel doelrealisatie, mate van netwerkvorming als de uitwerking van 'concentratie en spreiding' in de praktijk.

Doelstellingen

Het belangrijkste informele doel voor zowel het realiseren van het dialysecentrum als het coöperatieve verband is het versterken van de marktpositie van beide ziekenhuizen. Deze doelen zijn benoemd en staan beschreven in beleidsstukken, maar wordt voor externe verantwoording niet als hoofddoel aangemerkt. Voor externe verantwoording, maar tevens als stimulans voor de vormgeving van de samenwerking wordt kwaliteitsverbetering van zorg voor de patiënt, als een soort instrument toegepast en als hoofddoel geformuleerd.

Voornamelijk de veranderde context waarin de ziekenhuizen zich bevinden heeft ervoor gezorgd dat er bij alle betrokken partijen legitimiteit voor de interorganisationele samenwerking ontstond. De toenemende volumenormen maakte voor zowel StAZ als ZRT de noodzaak tot samenwerking hoog.

De partnerkeuze om interorganisationele samenwerking aan te gaan is bepaald door drie factoren, 1) historisch verband, 2) complementair aanbod en 3) geografische ligging. Leden van

beide Raden van Bestuur kenden elkaar, wat het eenvoudiger maakte om de realisatie van het dialysecentrum en het coöperatieve verband bespreekbaar te maken en vorm te geven. Dit historische verband wordt door Gulati en Garguilo (1999) bevestigd als belang van 'relational embeddedness'. Het complementaire zorgaanbod heeft als voordeel dat er weinig concurrerende conflicten optreden en zo beide ziekenhuizen in staat zijn hun marktpositie te verstevigen. Beide ziekenhuizen zijn afhankelijk van elkaar om hun doelen te kunnen bereiken. Dit komt overeen met Oliver (1990) die aangeeft dat interdependenties maken dat interorganisatiele samenwerking ontstaat. De geografische ligging is tweeledig van belang. Enerzijds gezien de aanwezige patiëntenpopulatie van StAZ voor het dialysecentrum in regio Rivierenland en anderzijds zorgen de grote rivieren onder Tiel voor natuurlijke barrières, waardoor inwoners van regio Rivierenland en ook ZRT gericht zijn op boven de rivieren, en samenwerking met StAZ een logisch gevolg is.

Besluitvorming in netwerken

Het interorganisatiele besluitvormingsproces dat heeft plaatsgevonden, laat zich kenmerken als een besluitvormingsproces in een netwerk, te vergelijken met een politieke arena (Pfeffer 1981; Hickson et al. 1986). Er is sprake van een grillig en onvoorspelbaar verloop van besluitvorming, gezien de verschillende belangen en motieven van de betrokken partijen (De Bruijn en Ten Heuvelhof 2007). Factoren die in dit grillige proces een belangrijke rol hebben gespeeld zijn het creëren van een win-win situatie, de machtsparadox, het opbouwen van vertrouwen in elkaar en het hebben van verschillende toekomstvisies. Gezien de diverse betrokken partijen, met elk eigen belangen en motieven voor de interorganisatiele samenwerking is het niet mogelijk om een rationele projectstructuur aan te houden. Dit komt volgens Turner en Cochrane (1993) doordat zowel het te bereiken eindpunt als de methode hoe er te komen onbekend zijn. Om te beseffen welke winst er voor alle partijen te behalen valt, een vertrouwensband op te bouwen en te beseffen dat alle partijen van elkaar afhankelijk zijn om verder te komen, is voldoende tijd nodig voor het gehele proces. Uit de empirie komt naar voren dat overhaaste beslissingen leidden tot weerstand. Hope Hailey en Balogun (2002) benoemen expliciet het belang van het benutten van tijd om succesvolle veranderingen tot stand te brengen.

Effectiviteit

Qua effectiviteit valt te concluderen dat er een grote mate van doelrealisatie heeft plaatsgevonden. Het dialysecentrum is gerealiseerd en is succesvol, de samenwerking verloopt volgens de partijen naar tevredenheid en het coöperatieve verband laat steeds meer samenwerkingsafspraken zien. Betreffende het dialysecentrum is de patiënttevredenheid volgens de respondenten hoog. Betreffende het coöperatieve verband is patiënttevredenheid of een ander aspect van kwaliteit van zorg niet gemeten tijdens dit onderzoek, maar is geen reden aan te nemen dat dit verslechterd is. De bedoeling is dat op termijn topklinische verwijzingen naar StAZ gaan toenemen, het is echter nog te vroeg dit gerealiseerd te hebben. De samenwerkingsbanden tussen de ziekenhuizen moeten eerst verder worden aangehaald en

oude relaties met andere ziekenhuizen moeten worden afgebouwd. Daarnaast wordt op termijn verdere toename van kennisdeling vanuit StAZ aan de medisch specialisten in ZRT verwacht.

Opvallend is dat er geen harde criteria zijn opgesteld welke doelstellingen wanneer bereikt moeten zijn, los van het feit dat er op termijn wel daadwerkelijk resultaat op zojuist genoemde doelen zichtbaar moet zijn. Het creëren van een stabiel samenwerkingsnetwerk is belangrijker dan het bereiken van doelstellingen binnen een bepaalde termijn. Dit heeft te maken met de machtsparadox (Rosenthal 1980). Terughoudendheid bij gebruik van machtsmiddelen is noodzakelijk om een duurzaam netwerk op te bouwen. Uit de empirische data blijkt dat vertrouwen, respect en gelijkwaardigheid op individueel niveau essentieel is om samenwerking aan te gaan. Seligman (1998) benoemt dat hoe onvoorspelbaarder het gedrag van samenwerkingspartners, hoe groter het belang van vertrouwen is. Vertrouwen is dus noodzakelijk wanneer machtsmiddelen niet of nauwelijks toe te passen zijn (ibid.). Om sociale integratie van een netwerk op organisatieniveau te verkrijgen zoals Metcalfe (1976) dit omschrijft, is het in het onvoorspelbare besluitvormingsproces waarvan sprake is bij deze interorganisationele samenwerking noodzakelijk om een vertrouwensband op te bouwen op individueel niveau. Uit dit onderzoek blijkt dat deze groeiende vertrouwensband op termijn leidt tot verwachtingspatronen ten opzichte van elkaar, wat de basis is voor de dimensie normatieve integratie (Metcalfe 1976). Seligman (1998) benoemt verwachtingen ten opzichte van elkaar als een vorm van familiariteit. Door de toegenomen vertrouwensband tussen betrokken partijen is er een basis en verwachting ten opzichte van elkaar gecreëerd voor verdergaande interactie en sociale integratie.

Uitwerking 'concentratie en spreiding' in de praktijk

De doelrealisatie en mate van netwerkvorming sluiten niet geheel aan bij het beleidsvoornemen 'concentratie en spreiding' van ziekenhuisfuncties, gezien de bedoeling van landelijke partijen in het hoofdlijnenakkoord (VWS 2011a) om regionale herstructurering van het zorglandschap en kostenbesparing te bereiken. Er zijn een aantal onvoorziene en onbedoelde effecten van het beleid zichtbaar in de praktijk. De huidige ontwikkelingen leiden ten eerste niet tot kostenbesparing en mogelijk zelfs tot kostenstijging en ten tweede tot een beperkte regierol voor zorgverzekeraars. Door de coalitie van de ziekenhuizen in deze casus, wordt de macht die een zorgverzekeraar kan uitoefenen door selectief in te kopen beperkt. Ten derde leidt het versterken van de autonome positie van de ziekenhuizen, niet tot afname van ziekenhuizen en gewenste regionale herstructurering. Per effect vindt hieronder een toelichting plaats.

Het beleidsvoornemen 'concentratie en spreiding' heeft er in deze case-study toe geleid, dat met name onder invloed van de introductie van volumenormen de regionale samenwerking is toegenomen. Deze samenwerking is echter gericht op het versterken van de marktpositie van de afzonderlijke ziekenhuizen en niet op kostenbesparing, wat de grootste doelstelling is in het hoofdlijnenakkoord (VWS 2011Aa). De toename van patiënten van het dialysecentrum leidt zelfs tot kostenstijging.

Daarnaast is de betrokkenheid van de zorgverzekeraar minimaal, terwijl de bedoeling is dat ze de regierol op zich nemen (VWS 2011a). Zorgverzekeraars zijn wel zoekende naar een

manier waarop ze wel in staat zijn de regierol op zich te nemen, onder andere door het aantrekken van inhoudelijk specialisten om het gesprek aan te kunnen gaan met ziekenhuizen en door banden met patiëntenorganisaties aan te halen, zodat ze meer als vertegenwoordiger van de klant op kunnen treden en transparanter kunnen maken dat ze inkopen op basis van kwaliteit in plaats van kosten. De zorgverzekeraars hebben tot op heden moeite de regierol op zich te nemen, aangezien zij nog nauwelijks beschikken over kwaliteitscriteria om selectieve zorginkoop op te baseren. Daarnaast leiden de toenemende volumenormenten van de wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten ertoe dat ziekenhuizen steeds meer gaan samenwerken. Deze coalities zorgen ervoor dat de toch al grote ziekenhuizen sterkere posities verkrijgen in de regio, waardoor zorgverzekeraars niet of nauwelijks meer om deze ziekenhuizen heen kunnen bij de zorginkoop, wat het voor de verzekeraars ingewikkelder maakt om selectief in te kopen. De NMa probeert met de gepubliceerde richtlijnen voor de samenwerking in de zorg (NMa 2010) te voorkomen dat kwaliteit ten onrechte gebruikt wordt voor ongewenste schaalvergroting of voor het verdelen van het zorgaanbod tussen zorgorganisaties onderling (VWS 2011b; RVZ 2011b).

Deze case-study laat zien dat de samenwerking gebaseerd is op het versterken van de autonomie van beide ziekenhuizen en dus niet tot het verminderen van het aantal ziekenhuizen en gewenste regionale herstructurering, wat tevens verwachtingen van ‘concentratie en spreiding’ zijn om kostenbesparing te bereiken (RVZ 2011b).

Verder hebben ook lokale overheden geen invloed gehad op deze casus, wat gezien het toegankelijkheid van zorg en werkgelegenheid in de regio aangaat, wel de verwachting zou zijn. Gemeente Tiel houdt de ontwikkelingen wel in de gaten, maar hebben geen reden op actief te participeren in het netwerk, zolang de marktpositie van ZRT sterker wordt.

7.2 Discussie

De vraag die uit bovenstaande conclusie voortkomt, is of het beleidsvoornemen ‘concentratie en spreiding’ momenteel de juiste uitwerking in de praktijk stimuleert om kostenstijging in de zorg te beperken en daarbij de kwaliteit van zorg minimaal te behouden. Binnen de case-study lijkt kwaliteit gewaarborgd en mogelijk verbeterd te worden, maar van kostenbesparing geen sprake te zijn. De ontwikkelingen lijken eerder kostenverhogend te werken. Deze uitkomst betreft slechts één samenwerkingsverband en hoeft niet bepalend te zijn voor andere ziekenhuizen. Het is echter wel interessant nader onderzoek hiernaar te verrichten. Een van de respondenten noemde als oplossing om kostenbesparing te bereiken, dat de financieringsstructuur van het zorgstelsel veranderd moet worden, zodat financiering op basis van gezondheidswinst in de regio gaat plaatsvinden in plaats van per verrichting, DBC of DOT. De optimale financieringssysteematiek is een discussie op internationaal niveau. Uit recent onderzoek blijkt dat financiering op uitkomstindicatoren als gezondheidswinst bij kan dragen aan het beperken van de uitgavengroei (Charlesworth et al. 2012).

Verder is de rol van de patiënt te bediscussiëren binnen dit onderzoek. Patiënten worden mondiger en eisen meer transparantie, betere kwaliteit en service (RVZ 2011a). Zorgverzekeraars zijn de vertegenwoordigers van de patiënten en de ontwikkeling laat zien dat er meer samenwerking komt tussen zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen, waardoor de

patiëntenrol op termijn mogelijk versterkt kan worden. De samenwerking tussen deze twee partijen kan gezien worden als een coalitie die als tegenmacht van de coalities van ziekenhuizen in de regio wordt opgezet. Verder onderzoek naar wat deze samenwerking oplevert is interessant. Van oudsher zijn namelijk de medisch specialisten gewend autonoom te kunnen handelen, gezien de expertise die nodig is om een specialisme te kunnen beoefenen. Dit maakte tevens dat de specialist alleen in staat was te bepalen wat goede kwaliteit van zorg was. Deze autonome attitude is geïnstitutionaliseerd, waardoor de specialisten, maar tevens de omgeving, bewust dan wel onbewust hiernaar handelen (Scott 2008). Instituties zijn echter tijd en plaats afhankelijk en kunnen veranderen door maatschappelijk, interorganisationele of individuele factoren (Currie en Guah 2007). Zoals eerder benoemd neemt de mondigheid van patiënten toe en kan toenemende invloed van patiënten impact hebben op de gevestigde instituties. Nader onderzoek kan inzicht geven of en in welke mate deze geïnstitutionaliseerde verhoudingen tussen medisch specialisten, ziekenhuizen en patiënten, vertegenwoordigd door zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties, aan verandering onderhevig zijn.

Een van de onderwerpen die binnen dit onderzoek onderbelicht is gebleven is de totstandkoming van de volumenormenten. De totstandkoming blijkt uit de empirie op zichzelf reeds een gevolg te zijn van een besluitvormingsproces in een politieke arena. Er spelen diverse belangen een rol om de volumenormenten hoger te stellen dan vanuit het kwaliteitsoogpunt te verwachten valt. Degene die de volumenormenten bepalen zijn, zoals in de analyse reeds beschreven, veelal gebaat bij een hoog volume om voldoende patiëntenstromen te genereren. Interessant lijkt te achterhalen welke beweegredenen er spelen voor de wetenschappelijk verenigingen van medisch specialisten om tot bepaling van de volumenormenten en mogelijk andere kwaliteitseisen te komen. De afgelopen decennia zijn er allerlei subspecialisaties ontstaan. Mogelijk streven deze 'nieuwe' specialismen naar een meer gefundeerd specialisme. Voor dit onderzoek gaat het te ver dit te onderzoeken, maar onder andere Martimianakis et al. (2009) hebben een interessante visie op professionalisme. Professionalisme kan als een sociaal construct worden bestempeld, waarbij er een continue strijd gaande is om erkenning te verkrijgen als professie, aangezien hier een bepaalde status en autonomie aan te hangen is. Door kwaliteitscriteria, waaronder volumenormenten vast te leggen, is er sprake van formalisering van de professie. Nader onderzoek naar de belangen en beweegredenen zijn interessant, gezien het belang die de normen momenteel in het veld spelen. Ze zijn onder andere bepalend bij de zorginkoop en voor portfoliokeuzes van ziekenhuizen. De partijen die het hoofdlijnenakkoord (VWS 2011a) zijn aangegaan, hebben tevens ingestemd met de belangrijke rol die de volumenormenten hebben gekregen. Dit is mogelijk een gevolg van de gevestigde institutionele context waarbinnen de partijen zich bevinden, waarbij de medisch specialist, vertegenwoordigd door de wetenschappelijke verenigingen nog steeds bepalend lijkt te zijn in wat kwaliteit van zorg in moet houden.

Beperkingen onderzoek

Dit onderzoek is gericht op interorganisationele netwerkvorming tussen twee ziekenhuizen. Zoals reeds benoemd in het analysehoofdstuk stelt Oliver (1990) dat het uiteindelijke besluit om

relaties aan te gaan, gebaseerd is op een combinatie van motieven. De belanghebbende partijen kunnen ieder een andere perceptie hebben over de geschiktheid van een partner. Daarnaast is het organisatie- en tijdsafhankelijk welke partijen een samenwerkingsrelatie aangaan (Fabbricotti 2007). Deze combinatie van motieven, de verschillende percepties van afzonderlijke partijen en organisaties en tijdsafhankelijkheid maakt dat de generaliseerbaarheid van de uitkomsten mogelijk beperkt is. Het onderzoek geeft echter wel inzicht in welke factoren een rol kunnen spelen bij de keuze van een geschikte partner en deze kennis kan gebruikt worden bij het aangaan van nieuwe interorganisationele samenwerking, wat maakt dat de uitkomsten zeker relevant zijn.

Tijdens de interviews, het beschrijven en analyseren van de resultaten is rekening gehouden met het retrospectieve karakter van het onderzoek. In herinnering van de respondenten kan het proces vertekend en mogelijk rooskleuriger zijn weergegeven. Door uit te gaan van uitkomsten genoemd door meerdere respondenten en 'bewijs' te vinden in de documentenanalyse, is geprobeerd een zo realistisch mogelijk beeld weer te geven. Naast dat mogelijke vertekende beeld dat respondenten in hun geheugen hebben gevormd, bestaat een risico op 'sociaal gewenste' antwoorden, aangezien mogelijke negatieve antwoorden de bestaande samenwerkingsrelatie zou kunnen beïnvloeden. De onderzoeker heeft echter niet ervaren dat de respondenten gereserveerd waren bij het beantwoorden van de vragen in de interviews.

Een completer en betrouwbaarder beeld van het onderzoek was mogelijk te verkrijgen als tevens interviews gehouden waren met leden van de medische stafbesturen en met huisartsen, als grootste verwijzers van de ziekenhuizen. Bij aanvang van het onderzoek heeft de focus met name op de realisatie van het dialysecentrum gelegen, waarbij beide groepen niet genoemd zijn als betrokken partijen. Gedurende het onderzoek is de focus meer komen te liggen bij het coöperatieve verband, zonder dat er meer respondenten aan het onderzoek zijn toegevoegd. Gezien het aantal overeenkomsten in de data van de huidige respondenten, is de vraag of veel nieuwe inzichten verkregen zouden worden, maar dit is niet met zekerheid te zeggen en is een gemiste kans.

Referenties

- Ahgren, B. 2010. 'Mutualism and antagonism within organizations of integrated health care'. *Journal of Health Organization and Management*. 24(4):396-411.
- Baarda, D.B., M.P.M. de Goede, en J. Teunissen J. 2005. *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*. Tweede, geheel herziene druk. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff bv.
- Benson, J.K. 1975. 'The interorganizational network as a political economy'. *Administrative Science Quarterly*. 20(2):229. Ook geprint in L. Karpik (Ed.). 1978. *Organization and environment: theory, issues and reality*, 69-101. London: Sage.
- Boer en Croon. 2010. *Van instituten naar netwerken. Een verkenning van de 'next generation' curatieve zorg*. Amsterdam: Boer en Croon.
- Boeijs, H. 2008. *Analyseren in Kwalitatief onderzoek*. Boom onderwijs, Den Haag.
- Boston Consulting Group. 2010. *Kiezen voor kwaliteit, portfolio keuze van ziekenhuizen zorgen voor hogere kwaliteit en lagere kosten*. Amsterdam: BCG.
- Bruijn, de H. en E. ten Heuvelhof. 2007. *Management in netwerken. Over veranderen in een multi-actorcontext*. Derde geheel herziene druk. Den Haag: Uitgeverij LEMMA.
- Charlesworth, A., A. Davies en J. Dixon. 2012. *Reforming payment for health care in Europe to achieve better value*. London: Nuffield Trust.
- Cohen, M.D., J.G. March en J.P. Olsen. 1972. 'Garbage Can Model of Organizational Choice'. *Administrative Science Quarterly*. 17(1):1-25.
- Creswell J.W. 2003. *Research Design, Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. Sage Publications, California.
- Currie, W. en M. Guah. 2007. 'Conflicting Institutional logics: a national program for IT in the organizational field of health care'. *Journal of Information Technology*. 22:235-247.
- Fabbricotti, I. 2007. *Zorgen voor Zorgketens*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Godfroij, A. 1981. *Netwerken van organisaties: strategieën, spelen, structuren*. 's-Gravenhage: VUGA.
- Glaser, B.G. en A.L. Strauss. 1967. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine Publishing company.
- Gulati, R. en M. Garguilo. 1999. 'Where do interorganizational networks come from?'. *American Journal of Sociology*. 104(5):1439-1493.
- Hickson, D.J., R.J. Butler, D. Cray et al. 1986. *Top decisions: Strategic Decision-Making in Organizations*. Oxford: Basil Blackwell.

Hope Hailey, V. en J. Balogun. 2002. 'Devising Context Sensitive Approaches To Change: The Example of Glaxo Wellcome'. *Long Range Planning*. 5:153-178.

Huijben, M.E.M. 2011. *Het Chronic Care Model in Nederland*. Den Haag.

Johnson, G., K. Scholes en R. Whittington. 2009. *Exploring corporate strategy. Text & cases*. 8th edition. Essex: Pearson Education Limited.

Johnson, G., K. Scholes en R. Whittington. 2009. *Fundamentals of strategy*. Essex: Pearson Education Limited. Hoofdstuk 10. Stakeholder mapping: a practical tool for managers door K. Scholes.

Keuning, D. en D.J. Eppink. 1982. *Management en organisatie*. Leiden: Stenfert Kroese.

Krogt, van der, T.P.W.M. en C.W. Vroom. 1995. *Organisatie is beweging*. Utrecht: Uitgeverij LEMMA.

Martimianakis, M.A., J.M. Maniate en B.D. Hodges. 2009. 'Sociological interpretations of professionalism'. *Medical Education*. 43:829-837.

Metcalfe, J.L. 1976. 'Organizational strategies and interorganizational networks'. *Human Relations*. 29(4):327-343.

Mintzberg, H., D. Raisinghani en A. Théorêt. 1976. 'The structure of unstructured decision processes.' *Administrative Science Quarterly*. 21(2):246-275.

Mortelmans, D. 2009. *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Tweede druk. Leuven: Uitgeverij Acco.

NMa. 2010. *Richtsnoeren voor de zorgsector*. Den Haag: Nederlands Mededingingsautoriteit.

NVZ. 2010. *Invitational conference - spreiding en concentratie ziekenhuisfuncties*. Utrecht: NVZ vereniging van ziekenhuizen.

Oliver, C. 1990. 'Determinants of interorganizational relationships: integration and future directions.' *Academy of Management Review*., 15(2):241-265.

Pfeffer, J. 1981. *Power in organizations*. Marshfield, Mass.: Pitman Publ. Inc.

Rijken, J.J. 2011. 'Concentratie van ziekenhuiszorg – iemand moet het doen, maar wie?' *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*. (35)7: 544-559.

Rosenthal, U. 1980. 'De machtsparadox: latent machtsuitoefening en geanticiperde reacties'. *Beleid en Maatschappij*. 7:292-296.

RVZ. 2011a. *Medisch-specialistische zorg in 20/20. Dichtbij en ver weg*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Publicatienummer 11/04.

RVZ. 2011b. *Ziekenhuislandschap 20/20: Niemandland of Droomland?* Achtergrondstudie KPMG uitgebracht bij het advies 'Medisch-specialistische zorg in 20/20'. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Publicatienummer 11/05.

Scott, W.R. 2008. 'Lords of the dance: professionals as institutional agents'. *Organization Studies*. 29(2): 219-38.

Seligman, A.B. 1998. 'On the limits of confidence and role expectations'. *American Journal of Economics and Sociology*. 57:4.

(StAZ). 2011b. *St. Antonius Ziekenhuis Utrecht/Nieuwegein en Ziekenhuis Rivierenland Tiel tekenen intentieovereenkomst tot samenwerking* [Internet]. Persbericht 05-04-2011 [aangehaald op 22-12-2011]. Bereikbaar op http://www.antoniusziekenhuis.nl/overstantonius/pers/persberichten/overeenkomst_zhsrivierenland.

(StAZ). 2011c. *Nieuw Dialysecentrum in de Betuwe* [Internet]. Persbericht 17-11-2011 [aangehaald op 22-12-2012]. Bereikbaar op <http://www.antoniusziekenhuis.nl/overstantonius/pers/persberichten/dialysecentrum>.

Swanborn, P.G. 2010. *Basisboek sociaal onderzoek*. Vijfde druk. Den Haag: Boom Onderwijs.

Swayne, L.E., W.J. Duncan en P.M. Ginter. 2008. *Strategic management of health care organizations*. 6th ed. San Francisco: Jossey Bass.

Tanke, M.A.C., D.E. Ikkersheim. 2012. 'A new approach to the tradeoff between quality and accessibility of health care'. *Health Policy*. 105:282-287.

Turner, J.R. en R.A. Cochrane. 1993. 'Goals-and-methods matrix: coping with projects with ill defined goals and/or methods of achieving them'. *International Journal of Project Management*. 11(2): 93-102.

VWS. 2011a. *Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

VWS. 2011b. *Zorg die werkt: de beleidsdoelstellingen van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Den Haag: MC-U-3048431.

Bijlage

Overzicht geraadpleegde documenten voor documentenonderzoek

Documenten ziekenhuizen

- ✚ ZRT. Ziekenhuisbeleidsplan 2010-2013. Heldere koers houden in stormachtige tijden. Januari 2010.
- ✚ ZRT. Jaardocument 2010. Interconfessionele Stichting Gezondheidszorg Rivierenland met de Barbara polikliniek te Culemborg.
- ✚ ZRT. Jaardocument 2011. Interconfessionele Stichting Gezondheidszorg Rivierenland met de Barbara polikliniek te Culemborg.
- ✚ Organogram ZRT.
- ✚ Jaardocument StAZ. 2010. Gastvrij ziekenhuis. Het jaar 2010: Met gezond élan.
- ✚ StAZ. De contouren van het StAZ 2012-2016: toonaangevende topzorg vanuit een stevig fundament van reguliere zorg. Concept 2011.
- ✚ Organogram StAZ.

Documenten dialysecentrum

- ✚ Samenwerkingsovereenkomst m.b.t. de uitvoering van nierdialysebehandelingen. dd. 13-04-2011.
- ✚ Convenant internisten Stichting StAZ en Interconfessionele Stichting Gezondheidszorg Rivierenland. dd. 13-04-2011.
- ✚ Bijlage bij Convenant internisten Stichting StAZ en Interconfessionele Stichting Gezondheidszorg Rivierenland. dd. 13-04-2011.
- ✚ Huurovereenkomst dialyseafdeling. dd. 13-04-2011.
- ✚ Dienstverleningsovereenkomst.
- ✚ Dienstverleningsovereenkomst facilitaire dienst dialyse. versie dd. 25-01-2011.
- ✚ Huishoudelijk reglement Dialyse. Versie 1.0. 11-11-2010.
- ✚ Besluit RvB StAZ inzake businesscase dialyse Tiel. 013.2011. dd 28-02-2011.
- ✚ Besluit RvB StAZ inzake voorstel reiskosten satelliet Tiel van de afdeling dialyse. 013.2011 (aanvulling). dd. 06-09-2011.
- ✚ Instemming OR StAZ inzake het voorstel reiskosten satelliet Tiel van de afdeling dialyse. dd. 20-07-2011.
- ✚ StAZ. Rekenmodel dialyse.
- ✚ StAZ. Businesscase satelliet Tiel. ZE Geneeskunde. Versie 15.
- ✚ StAZ. Concept businesscase behorende bij Satelliet Dialyse. Versie 0.4 concept 01-11-2007.
- ✚ Projectplan satelliet dialyse afdeling. Concept 1.1 dd. 20-06-2008. Afdelingshoofd dialyse.

Documenten coöperatieve samenwerking

- + Inventarisatie samenwerkingsmogelijkheden vanuit perspectief StAZ. 03-12-2008.
- + Inventarisatie samenwerkingsmogelijkheden ondersteunende diensten vanuit perspectief StAZ.
- + Inventarisatie samenwerkingsmogelijkheden vanuit perspectief Ziekenhuis Rivierland. dd. 04-12-2008.
- + Inventarisatie samenwerkingsmogelijkheden ondersteunende diensten en afdelingen vanuit perspectief Ziekenhuis Rivierland.
- + Startnotitie samenwerking St. Antonius te Utrecht/Nieuwegein – Ziekenhuis Rivierland. dd. 01-02-09.
- + Intentieovereenkomst. Status: definitief concept. DS/JB. dd. 18-03-2009.
- + brief Samenwerking tussen maatschappen urologie StAZ en ZRT. dd. 02- 04-2012.

Documenten zorgverzekeraars en gemeenten

- + Achmea annual report 2011.
- + Achmea Maatschappelijk Jaarverslag. 200 jaar betrokken.
- + Menzis maatschappelijk en financieel jaarverslag 2011. Verbinding.
- + Gemeente Nieuwegein. Nota gezondheidsbeleid 2008-2010 (2014). 'Gezond leven, samenwerken aan eigen verantwoordelijkheid'. dd 11-12-2008.
- + Gezond verder. Regionaal gezondheidsbeleid Rivierland 2012-2015.
- + Moerman, M. en M. van der Velde. 2009. *Regio Rivierland. Gezondheidsonderzoek Volwassenen 2008-2009. Resultaten van een grootschalig onderzoek naar 19-65 jarigen in de regio Rivierland.* GGD Rivierland.