Naam: Marike Blokland

Studentnummer: 350633

Instituut voor Beleid en Management in de Gezondheidszorg

Erasmus Universiteit Rotterdam

Datum: 07-11-2012

**Gespreide bedden?**

**Interorganisationele strategische besluitvorming rond spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties**

****

Afstudeerbegeleider: Dr. Gerard Scholten

Meelezers: Dr. Jeroen van Wijngaarden

Dr. Martin van Ineveld

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie ‘Spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties binnen de A-12 coöperatie’. Deze scriptie is geschreven om mijn masteropleiding Zorgmanagement, Beleid en Management in de Gezondheidszorg (BMG) aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam succesvol af te kunnen ronden.

Binnen het afstudeeronderzoek wordt gekeken naar hoe de samenwerking tussen de ziekenhuizen van de A-12 coöperatie tot stand is gekomen. Het thema van dit onderzoek is het strategische besluitvormingsproces om tot een dergelijke samenwerking te komen. Om dit verder uit te diepen wordt als voorbeeld het IC-netwerk, binnen deze coöperatie, gebruikt. Ik heb mijn onderzoek op dit thema gericht, allereerst omdat de organisatie van ziekenhuiszorg mij enorm aanspreekt. Daarbij komt dat in het kader van verdere stijging van kosten voor de gezondheidszorg en hogere eisen die gesteld worden aan de kwaliteit van zorg, zich veel ontwikkelingen in het curatieve zorgaanbod voortdoen. Spreiding en concentratie van ziekenhuiszorg betreft één van deze ontwikkelingen en vormt daarmee een zeer actueel onderzoeksonderwerp. Naast een actueel onderwerp, betreft het ook een uniek onderwerp doordat het een geheel nieuwe organisatie van het curatieve zorgaanbod vraagt.

Het verrichten van het onderzoek en het schrijven van de scriptie heb ik als een omvangrijk, maar zeer leerzaam project ervaren. Zonder steun en medewerking van verschillende mensen had ik deze scriptie niet succesvol af kunnen ronden. Allereerst wil ik graag mijn scriptiebegeleider Dr. Gerard Scholten bedanken voor de ondersteuning die hij mij tijdens de totstandkoming van deze scriptie heeft geboden. Daarnaast wil ik graag Dr. Jeroen van Wijngaarden en Dr. Martin van Ineveld bedanken voor hun bijdrage als meelezers van deze scriptie. Tevens wil ik intensivist en medisch netwerkleider van het IC-netwerk, Dr. Dirk Jan Versluis, bedanken voor zijn ondersteuning bij het verrichten van het onderzoek. Tot slot wil ik alle respondenten bedanken voor hun medewerking. Zonder hun deelname was dit onderzoek niet mogelijk geweest.

Marike Blokland

Samenvatting

De gezondheidszorg is een van de grootste collectieve uitgavenposten van de overheid. De noodzaak tot verandering komt voort uit het gegeven dat de zorgvraag de komende jaren fors toeneemt, terwijl de beschikbare financiële ruimte om die zorg op te vangen beperkt blijft. Door spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties wordt getracht de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren en de kosten te beperken.

Één van de initiatieven van concentratie van ziekenhuisfuncties is het IC-netwerk van de A-12 coöperatie. Binnen het IC-netwerk wordt een gelijkvormige en geïntegreerde aanpak, leidend tot een hoge kwaliteit van zorg op iedere locatie, nagestreefd. Dit betekent dat artsen en verpleegkundigen binnen het IC-netwerk nauw met elkaar samenwerken.

Dit kwalitatieve onderzoek tracht te beschrijven hoe het strategisch besluitvormingsproces rond de A-12 coöperatie en het IC-netwerk verloopt. Dit resulteert in de volgende vraagstelling: Op welke wijze komt een effectieve samenwerking tot stand, rekening houdend met de belangen van de organisatie en die van de betrokken partijen, ten behoeve van spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties?

Er is gestart met een literatuuronderzoek voor de totstandkoming van het theoretisch kader. Besluitvorming in een netwerk gaat om interactie tussen meerdere partijen. Er spelen verschillende belangen mee, maar er is ook sprake van wederzijdse afhankelijkheid. Besluitvorming in een netwerk is een grillig proces. Wat betekent dat in de besluitvorming geen duidelijk begin- en eindpunt is en dat er geen duidelijke fasen te onderscheiden zijn. Daarbij dient in gezondheidszorgorganisaties bij strategische besluitvorming rekening gehouden te worden met professionals. Zij dienen betrokken te zijn bij de besluitvorming.

Om een succesvolle samenwerking binnen een netwerk te bewerkstelligen is het van belang dat alle partijen transparant zijn naar elkaar en dat er een vertrouwensrelatie wordt opgebouwd.

Na de literatuurstudie is middels semigestructureerde interviews het strategisch besluitvormingsproces in kaart gebracht. Het strategisch besluitvormingsproces rond de A-12 coöperatie en het IC-netwerk wordt geduid als een geregisseerd proces, waarbij omstandigheden en chemie tussen partijen een rol spelen. De respondenten geven aan dat tijdens het strategische besluitvormingsproces de tijd genomen dient te worden om een vertrouwensrelatie op te bouwen. Een goede relatie tussen het bestuurders en artsen is tevens van belang om een succesvolle samenwerking te bereiken. Aanbevelingen voor zorginstellingen die een dergelijke samenwerking willen beginnen zijn: neem de tijd om een vertrouwensrelatie op te bouwen, zorg voor transparantie en het onderhouden van een goede relatie tussen bestuurders en artsen.

Aanvullend onderzoek is wenselijk naar de rol van de Raden van Toezicht, het effect van concentratie van ziekenhuisfuncties op de kwaliteit van zorg en de kosten, ervaringen van patiënten en het verloop van het proces van samenwerken binnen de A-12 coöperatie.

Summary

Health care is one of the biggest public expenses for the government. The need for change stems from the fact that the demand for care will increase sharply in the coming years, while the available financial resources to meet that care remain limited. Distribution and concentration of hospital functions are possible means to improve the quality of health care and reduce the costs.

One of the initiatives of concentration of hospital functions is the IC-network in the A-12 co-operation. Within the IC-network a uniform and integrated approach, leading to a high quality of care at any location, are pursued. This means that doctors and nurses within the IC-network work closely together.

This qualitative study attempts to describe how the strategic decision-making in the A-12-co-operation and the IC-network progresses. This results in the following question: In what way is an effective cooperation realized, taking into account the interests of the organization and that of the other parties involved, on behalf of the distribution and concentration of hospital functions?

To establish a theoretical framework a literature research was conducted. Decision making in a network involves interaction between multiple parties. Different interests are to be considered, but there is also an interdependence. Decision making in a network is a capricious process, meaning neither a clear beginning and ending, nor clear phases can be distinguished in decision making. Add to this that in strategic decision in healthcare organizations professionals are to be taken into account as well. They should be involved in the decision making. In order to establish a successful co-operation within a network, it is important to ensure that all sides are transparent to each other, and a relationship of trust is constructed.

After the literature study, semi-structured interviews were conducted to map the process of strategic decision making. The strategic decision making in the A-12 cooperation and the IC-network is interpreted as a directed process, in which circumstances and chemistry between the parties are important factors. The respondents indicate that during the strategic decision making process time should be taken to construct a relationship of trust. A good relationship between managers and doctors is also important to achieve a successful partnership. Recommendations for institutions that want to start such cooperation are: take the time to build trust, ensure transparency and maintain a good relationship between administrators and physicians.

Further research is required into the role of the Boards of Trustees, the effect of concentration of hospital functions on the quality of care, the costs, patient experience and the course of the process of collaboration within the A-12 cooperation.

inhoudsopgave

[Voorwoord 1](#_Toc338343426)

[Samenvatting 2](#_Toc338343427)

[Summary 3](#_Toc338343428)

[Inhoudsopgave 4](#_Toc338343429)

[1. Inleiding 7](#_Toc338343430)

[1.1 Aanleiding 7](#_Toc338343431)

[1.1.1 Het perspectief van de overheid 8](#_Toc338343432)

[1.1.2 Het perspectief van de aanbieders van ziekenhuiszorg 9](#_Toc338343433)

[1.1.3 Toegankelijkheid van zorg voor de patiënt 9](#_Toc338343434)

[1.1.4 Het perspectief van de zorgverzekeraar 10](#_Toc338343435)

[1.1.5 Reactie van de Nederlandse Mededingingsautoriteit 11](#_Toc338343436)

[1.1.6 Reorganisatie van het zorgaanbod 12](#_Toc338343437)

[1.1.7 Het maatschappelijke belang boven het belang van de individuele organisatie 12](#_Toc338343438)

[1.2 Maatschappelijke relevantie 13](#_Toc338343439)

[1.3 Wetenschappelijke relevantie 13](#_Toc338343440)

[1.4 Casuïstiek 13](#_Toc338343441)

[1.5 Doelstelling 15](#_Toc338343442)

[1.6 Probleemstelling 15](#_Toc338343443)

[1.6.1 Hoofdvraag 15](#_Toc338343444)

[1.6.2 Deelvragen 15](#_Toc338343445)

[2. Theoretisch kader 16](#_Toc338343446)

[2.1 Verschillende partijen 16](#_Toc338343447)

[2.1.1 Wat is een stakeholder? 16](#_Toc338343448)

[2.1.2 In kaart brengen van partijen 16](#_Toc338343449)

[2.2 Besluitvorming 17](#_Toc338343450)

[2.2.1 Drie soorten besluitvorming 17](#_Toc338343451)

[2.2.2 Het nemen van strategische besluiten 18](#_Toc338343452)

[2.2.3 Van doel naar besluitvormingsproces 19](#_Toc338343453)

[2.2.4 Besluitvormingsprocessen 19](#_Toc338343454)

[2.3 Netwerken 20](#_Toc338343455)

[2.3.1 Ontwikkeling van netwerken 20](#_Toc338343456)

[2.3.2 Netwerkintegratie 21](#_Toc338343457)

[2.3.3 Effectiviteit van strategische besluitvorming in een netwerk 22](#_Toc338343458)

[2.4 Vertrouwen 23](#_Toc338343459)

[3. Methodologie 24](#_Toc338343460)

[3.1 Methoden 24](#_Toc338343461)

[3.2 Steekproefselectie 25](#_Toc338343462)

[3.3 Borging kwaliteit van onderzoek 25](#_Toc338343463)

[4. Resultaten 27](#_Toc338343464)

[4.1 Krachtenveld 27](#_Toc338343465)

[4.1.1 Betrokken partijen 27](#_Toc338343466)

[4.1.2 Belangen en invloed van de betrokken partijen 29](#_Toc338343467)

[4.2 Besluitvormingsproces 30](#_Toc338343468)

[4.2.1 Eerste contacten tussen de vier ziekenhuizen 31](#_Toc338343469)

[4.2.2 Doel samenwerking ziekenhuizen 32](#_Toc338343470)

[4.2.3 Totstandkoming IC-netwerk 32](#_Toc338343471)

[4.2.4 Verschuivingen in omgeving IC-netwerk 33](#_Toc338343472)

[4.2.5 Inrichting IC-netwerk 34](#_Toc338343473)

[4.2.6 Acceptatie nieuwe visie 36](#_Toc338343474)

[4.2.7 Tijd als onderdeel van veranderingsstrategie 37](#_Toc338343475)

[4.2.8 Vertrouwen 38](#_Toc338343476)

[4.2.9 Verhouding tussen bestuur en artsen 40](#_Toc338343477)

[4.2.10 Mandaat Organiseren 42](#_Toc338343478)

[4.2.11 Nadelen juridische vorm 44](#_Toc338343479)

[4.2.12 Interorganisationele relaties 45](#_Toc338343480)

[4.3 Effectiviteit 49](#_Toc338343481)

[4.3.1 Doel rationele benadering van effectiviteit 49](#_Toc338343482)

[4.3.2 Structuur effectiviteit 50](#_Toc338343483)

[4.3.3. Effectiviteit van het proces 50](#_Toc338343484)

[5. Analyse 53](#_Toc338343485)

[5.1 Interorganisationele netwerkvorming 53](#_Toc338343486)

[5.1.1 Veranderende omgeving 53](#_Toc338343487)

[5.1.2 Toezicht 53](#_Toc338343488)

[5.1.3 Partnerkeuze 54](#_Toc338343489)

[5.1.4 Beperkte rol zorgverzekeraar 56](#_Toc338343490)

[5.1.5 Betrokkenheid overige partijen 57](#_Toc338343491)

[5.1.6 Netwerkintegratie 58](#_Toc338343492)

[5.2 Besluitvormingsproces in netwerken 59](#_Toc338343493)

[5.2.1 Grillig verloop 60](#_Toc338343494)

[5.2.2 Win-win situatie 61](#_Toc338343495)

[5.2.3 Tijd en vertrouwen 61](#_Toc338343496)

[5.2.4 Relatie Raad van Bestuur en medisch specialisten 62](#_Toc338343497)

[5.3 Effectiviteit 63](#_Toc338343498)

[5.3.1 Doel rationele en structuur effectiviteit 64](#_Toc338343499)

[5.3.2 Effectiviteit van het proces 65](#_Toc338343500)

[6.1 Conclusie 66](#_Toc338343501)

[6.1.1 Betrokken partijen 66](#_Toc338343502)

[6.1.2 Strategisch besluitvormingsproces 66](#_Toc338343503)

[6.1.3 Effectiviteit 67](#_Toc338343504)

[6.1.4 Aanbevelingen 68](#_Toc338343505)

[6.2 Discussie 69](#_Toc338343506)

[6.2.1 Waarde van het onderzoek 69](#_Toc338343507)

[6.2.2 Aanbevelingen voor aanvullend onderzoek 70](#_Toc338343508)

[7. Literatuurlijst 71](#_Toc338343509)

1. Inleiding

## ****1.1 Aanleiding****

Concentratie van ziekenhuiszorg is al langere tijd in ontwikkeling. Zeer gespecialiseerde zorg vindt slechts plaats in een aantal ziekenhuizen. Deze ontwikkeling zal moeten worden voortgezet, aangezien de kosten voor de gezondheidszorg verder stijgen en er steeds meer eisen worden gesteld aan de kwaliteit van zorg. Om kwalitatief betere zorg te kunnen verlenen, zal elk ziekenhuis zich moeten richten op een aantal specialismen. Voor de toegankelijkheid van de zorg dient een herverdeling van het curatieve zorgaanbod binnen een regio opgezet te worden. Met name bij hoog complex/ laag volume zorg is het in het in wederzijds belang van deelnemende ziekenhuizen dat deze zorg geconcentreerd is binnen één instelling.

Er bestaat nog onduidelijkheid over hoe de concentratie en spreiding van ziekenhuisfuncties in de praktijk gestalte moet krijgen. Bij de betrokken partijen is echter wel bekend hoe zij de herverdeling van ziekenhuiszorg voor ogen zien. In een aantal gevallen is een samenwerkingsverband tot stand gekomen die heeft geleid tot spreiding, maar vooral concentratie, van ziekenhuiszorg. Het is de bedoeling dat ziekenhuizen het curatieve zorgaanbod beter gaan organiseren. Dit onderzoek zal zich daarom richten op het strategisch besluitvormingsproces rond spreiding en concentratie, dat leidt tot een interorganisationele samenwerking in de regio.

Op landelijk niveau is een overeenkomst gesloten om een stap dichter bij spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties te komen. Na langdurige onderhandelingen is op 4 juli 2011 het Bestuurlijk Hoofdlijnen Akkoord 2012 – 2015 gesloten tussen het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). In het Bestuurlijk Hoofdlijnen Akkoord zijn afspraken gemaakt over de ambitie van een beheerste uitgavengroei van structureel 2,5 % per jaar in de periode van 2012 tot 2015. De problematiek rond spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties kan vanuit verschillende perspectieven bekeken worden. Er wordt een schets gegeven van het krachtenveld waarin de problematiek is ingebed. De perspectieven van de overheid, de aanbieders van ziekenhuiszorg en de zorgverzekeraars worden in dit hoofdstuk beschreven. In het Hoofdlijnenakkoord staat de consensus die bereikt is over de doelstellingen van het beleid (Bestuurlijk Hoofdlijnen Akkoord 2012-1215), maar dat neemt niet weg dat de participanten hun eigen, specifieke motieven hebben. Zij hebben allen andere motieven om zich met spreiding en concentratie bezig te houden. Het volgende hoofdstuk richt zich op de reactie van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) op het debat rond spreiding en concentratie. Daarna wordt ingegaan op hoe de reorganisatie van het zorgaanbod eruit zou kunnen gaan zien. Tot slot wordt aandacht besteed aan het thema ‘het maatschappelijke belang boven het belang van de individuele organisatie’.

### ****1.1.1 Het perspectief van de overheid****

Eén van de grootste collectieve uitgavenposten van de overheid is de gezondheidszorg. De noodzaak tot verandering komt voort uit het gegeven dat de zorgvraag de komende jaren fors toeneemt, terwijl de beschikbare financiële ruimte om die zorg op te vangen beperkt blijft (RVZ 2011a). De toenemende zorgvraag, door onder andere de vergrijzing, het dreigende tekort aan personeel en de snel oplopende kosten, dwingen de ziekenhuizen om de zorg nog verder te verbeteren, veiliger en doelmatiger te maken (VWS 2011a). Demografische, sociaal- economische en technologische ontwikkelingen leiden tot een verdere verwachte stijging van de zorgkosten met een groeivoet ruim boven die van het nationale inkomen. Dit kan gaan knellen in het licht van de beperkte beschikbare middelen: geld en arbeidskrachten (RVZ 2011b). De overheid moet de komende jaren bezuinigen en ziet hiervoor veel mogelijkheden in de gezondheidszorg. Zij hebben een duidelijk beeld van hoe het zorglandschap er over een aantal jaar uit moet zien. De verantwoordelijkheid wordt echter bij de zorgsector gelegd.

De overheid zal zich met name richten op de onderwerpen kwaliteit, veiligheid, doelmatigheid en transparantie. De sector wordt verantwoordelijk gemaakt voor het opstellen van normen, richtlijnen en protocollen. Voor hoog complexe (top)zorg, die relatief weinig voorkomt, verwacht de overheid dat de zorgsector volume- en kwaliteitsnormen zal formuleren en deze spoedig zal implementeren. De IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg) heeft aangekondigd hierop te zullen gaan handhaven (IGZ 2010a). Voor de relatief veelvoorkomende hoog complexe zorg, verwacht de overheid ook dat de zorgsector volume- en kwaliteitsnormen implementeert. Op het punt van transparantie zal de keuze-informatie en toezichtinformatie beschikbaar moeten komen en blijven. Als uitgangspunt wordt er een beperkte set indicatoren, die zoveel mogelijk iets zeggen over de uitkomst van het zorgproces, gehanteerd. Hierop zal de IGZ eveneens gefaseerd toezicht houden (IGZ 2010b).

De minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) stelt in haar brief aan de Tweede Kamer dat concentratie van complexe zorg met relatief weinig patiënten bewezen kwaliteitsverbeteringen tot gevolg heeft. Zij geeft aan dat het opmerkelijk is dat de concentratie van de ziekenhuiszorg niet gepaard is gegaan met het verschuiven van het ziekenhuiszorgaanbod door bijvoorbeeld anderhalvelijns centra of door kleine regionale ziekenhuizen die minder complexe zorg dichter bij huis kunnen verlenen (VWS 2011a). Er vindt niet altijd voorafgaand aan een samenwerkingsproces een integrale afweging van alle belangen en mogelijkheden plaats en niet altijd is duidelijk wat het doel van de samenwerking is en waarom de patiënt hier beter van wordt (VWS 2011a).

De samenwerking die nodig is voor het leveren van zorg mag niet leiden tot ongewenste schaalvergroting en inperking van de keuzemogelijkheden van mensen en contracteermogelijkheden van zorgverzekeraars. Kwaliteit mag niet onterecht als argument worden gebruikt voor ongewenste schaalvergroting of voor het verdelen van het zorgaanbod tussen zorgaanbieders onderling. Hier ligt een verantwoordelijkheid voor de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de IGZ (VWS 2011a) (RVZ 2011b).

### ****1.1.2 Het perspectief van de aanbieders van ziekenhuiszorg****

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) zag al gauw in dat concentratie en spreiding van ziekenhuisfuncties een betere route naar bezuiniging is, dan de ‘kaasschaaf’ methode. Gezien de economische ontwikkelingen werd duidelijk dat overal bezuinigt moet worden, dus ook in de zorg. Herverdeling van ziekenhuisfuncties lijkt beter dan dat ziekenhuizen alle curatieve zorg blijven aanbieden en het met minder geld moeten doen. Door herverdeling hebben ziekenhuizen zelf invloed op de portfoliokeuze. De NVZ stelt in haar brancherapport ‘Zorg voor baten’ dat ziekenhuizen op drie aspecten, de financiële ontwikkeling, de volumeontwikkeling en de marktontwikkelingen, goed moeten opereren om hun continuïteit te waarborgen en om nu en in de toekomst hun patiënten goed te kunnen behandelen en verzorgen.

Verwacht wordt dat een intensievere samenwerking en netwerkvorming tussen ziekenhuizen ertoe leidt dat er een selectie van zorgaanbod plaats kan vinden per ziekenhuis, maar er tegelijkertijd in gezamenlijkheid een compleet palet aan zorg kan worden aangeboden op regionale schaal. Op deze manier wordt het voordeel van keuzes in zorgaanbod benut, zonder de breedte van het zorgaanbod te verliezen. Dit kan leiden tot een verhoging van de kwaliteit en een verlaging van de totale zorgkosten (VWS 2011a). Ziekenhuizen kunnen dus de variatie in kwaliteit van zorg terug dringen, door het aanbod in de regio te stroomlijnen of door portfoliokeuzes te maken die leiden tot spreiding en concentratie van zorg (NVZ 2010).

Zorgverzekeraars drijven ook de druk op kwaliteit en transparantie op. Indien ziekenhuizen niet voldoen aan de kwaliteitseisen, heeft dit steeds grotere gevolgen voor ziekenhuizen, onder andere voor de contracten met zorgverzekeraars en voor de keuzes die patiënten maken met betrekking tot hun zorgaanbieder (VWS 2011a). Indien in een ander ziekenhuis ogenschijnlijk betere zorg wordt geleverd, kan de zorgverzekeraar er voor kiezen om een bepaalde behandeling voor dat ziekenhuis niet meer te contracteren. Op deze manier krijgen patiënten ook informatie over de kwaliteit van zorg en kunnen er mogelijk voor kiezen om naar een ander ziekenhuis te gaan. Zeker wanneer het in het betreffende ziekenhuis niet meer vergoed wordt.

### ****1.1.3 Toegankelijkheid van zorg voor de patiënt****

Zoals de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) stelt, moet het ordeningsprincipe zijn: ‘zorg dichtbij als het kan en ver weg als het moet’. In de zorg moeten samenwerkingsverbanden ontstaan die een regionale oriëntatie hebben. Laag complex/ hoog volume zorg kan in alle ziekenhuizen aangeboden blijven, maar hoog complex/ laag volume zorg zal over de ziekenhuizen in een regio verdeeld moeten worden.

Zorg moet voor de patiënt dichtbij zijn in geval van een chronische aandoening, maar ook voor de diagnostiek. Continuïteit van zorg vraagt om ‘zorg dichtbij’. Het is in het belang van de patiënt dat de gezondheidszorg toegankelijk blijft.

Om te kunnen voldoen aan doelmatigheid en kwaliteitseisen zal bepaalde zorg, met name hoog complex/ laag volume zorg, niet meer overal aangeboden kunnen worden. Goede kwaliteit van zorg is ook in het belang van de patiënt.

Hoe spreiding en concentratie binnen het ziekenhuislandschap er uit moet gaan zien moet volgens de RVZ gemeten worden op basis van toegankelijkheids- en kwaliteitsnormen (RVZ 2011).

### ****1.1.4 Het perspectief van de zorgverzekeraar****

Zorgverzekeraars zijn met het hoofdlijnenakkoord een inspanningsverplichting aangegaan. Een belangrijk punt in het akkoord is de ordentelijke contractering tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars moeten sturen op een doelmatige inrichting van het zorglandschap waarbij kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid uitgangspunten zijn (Bestuurlijk Hoofdlijnen Akkoord 2012-1215). De zorgverzekeraar dient een regisserende rol te hebben in concentratie en spreiding van ziekenhuisfuncties. Dit is ook hoe de overheid het in eerste instantie bedacht heeft.

Om inzicht te krijgen over de kwaliteit van zorg hebben de zorgverzekeraars informatie nodig. Zorgverzekeraars willen hun vraag naar kwaliteitsinformatie bij ziekenhuizen gezamenlijk stroomlijnen (ZN 2012). Er worden steeds meer minimale kwaliteitsnormen voor medisch specialistische zorg opgesteld. Deze ontwikkeling wordt door zorgverzekeraars gesteund. Op deze manier wordt voor patiënten en zorgverzekeraars duidelijk aan welke normen de zorg minimaal moet voldoen. Zorgverzekeraars gebruiken deze kwaliteitsnormen voor de zorginkoop. Zorgverzekeraars zullen ziekenhuizen drie keer per jaar vragen om informatie op basis van de beschikbare minimum kwaliteitsnormen. Deze vraag wordt gecoördineerd door Zorgverzekeraars Nederland. Ziekenhuizen moeten een vragenlijst invullen, die in overleg met de betrokken wetenschappelijke verenigingen wordt opgesteld. De resultaten van de vragenlijsten zijn input voor overleg met ziekenhuizen (ZN 2012).

Tijdens de eindejaarsmeeting op 15 december, georganiseerd door Flevum Zorg, gaf Wim van der Meeren (bestuursvoorzitter CZ) aan dat zorgverzekeraars niet alleen bezig zijn met het behalen van een positief bedrijfsresultaat, maar met name bezig zijn met het inkopen van goede zorg voor een zo goed mogelijke prijs. Hij geeft daarbij aan dat verzekeraars geen absoluut oordeel kunnen geven over de zorg, maar wel kunnen aangeven dat bepaalde zorg van mindere kwaliteit is (Flevum Zorg 2012).

Hoe andere zorgverzekeraars tegen het onderwerp aankijken is niet geheel duidelijk. Door het tekenen van het Hoofdlijnen Akkoord geven ze aan achter het idee van spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties te staan, maar het lijkt of het nog niet duidelijk is hoe ze dit gestalte moeten gaan geven. Mogelijk kan het aanpassen van het financieringssysteem hierbij helpen.

### ****1.1.5 Reactie van de Nederlandse Mededingingsautoriteit****

Het voornaamste criterium van de NMa is, als ziekenhuizen een samenwerkingsverband aan willen gaan, dat de patiënt er beter van wordt. In grote lijnen is samenwerking met het oog op spreiding en concentratie toegestaan wanneer sprake is van een of meerdere van de volgende situaties:

1. De samenwerking heeft geen merkbaar effect op de concurrentie. Veel vormen van samenwerking tussen ziekenhuizen onderling en tussen ziekenhuizen en andere ondernemingen zijn toegestaan omdat ze geen merkbaar effect hebben op de concurrentie in de markt.

2. De positieve (economische) welvaartseffecten wegen zwaarder dan de aan de samenwerking verbonden concurrentiebezwaren .

3. De samenwerking voldoet aan de criteria van de groepsvrijstelling over specialisatieovereenkomsten. Er moet voldoende restconcurrentie overblijven.

(RVZ 2011a)

Op grond van deze cumulatieve voorwaarden staat de NMa onder meer de volgende vormen van samenwerking toe, die relevant zijn voor spreiding en concentratie door ziekenhuizen:

* Kwaliteitsafspraken
* Gemeenschappelijke inkoop
* Waarnemingsregelingen
* Deelnemen aan elektronische netwerken en uitwisseling van zorginhoudelijke informatie
* Ketenzorg, zoals bijvoorbeeld in een diabetesketen
* Keurmerken en andere kwaliteitsregelingen
* Specialisatieafspraken met kwaliteitsverbetering tot doel
* Samenwerking ten behoeve van innovatie (onderzoek en ontwikkeling)

(RVZ 2011a) (Osse 2011)

Spreiding en concentratie heeft dus voor de NMa ook ingrijpende gevolgen. De NMa moeten afspraken tussen ziekenhuizen onderling, over wie welke patiënten behandelt, gaan toetsen op ziektebeeldniveau in plaats van op ziekenhuisniveau. Welke afspraken tussen marktpartijen in de zorg wel en niet zijn toegestaan, moet opnieuw bekeken worden. Het idee van marktwerking dient geherdefinieerd te worden. KPMG geeft aan dat de wet mogelijk de marktwerking in de gezondheidszorg in de weg staat. Zij gaan een onderzoek starten naar het effect van de wet op de marktwerking in de zorg. Het doel van het onderzoek is om meer inzicht te krijgen in de (on)mogelijkheden van samenwerkingsverbanden in de zorg (KPMG 2012).

### ****1.1.6 Reorganisatie van het zorgaanbod****

Door herverdeling van ziekenhuisfuncties worden voordelen in kwaliteit en efficiency verwacht. Spreiding en concentratie is een buitengewoon ingewikkeld proces vanwege de enorme hoeveelheid combinaties die mogelijk zijn voor de herindeling van het curatieve zorgaanbod. Een voorbeeld hiervan is oprichting van ‘themaziekenhuizen’ of, minder ingrijpend, een ‘regionale uitruil’ van functies tussen ziekenhuizen die ‘normaal’ gesproken concurrenten zijn (NVZ 2010). De uitruil van zorg vindt veelal plaats binnen verschillende soorten zorg, grofweg; acuut, chronisch, hoog complex/ hoog volume, hoog complex/ laag volume en overige electieve zorg.

Organisatie van zorg rond thema’s kan verschillende vormen aannemen. De focus kan liggen op processen of op producten en daarin variëren. Dat leidt tot drie soorten themaziekenhuizen: ‘procedure’, ‘specialty’ en ‘delivery based’ (NVZ 2010). Een ‘procedure based’ themaziekenhuis richt zich op één enkele, specifieke groep patiënten. Daaraan biedt

men één type behandeling of verrichting. De werk- en planprocessen zijn gestandaardiseerd en de fysieke inrichting van het ziekenhuis maakt efficiënt werken mogelijk. De samenstelling van de teams kan wel variëren. Een ‘specialty based’ themaziekenhuis richt zich op

patiënten voor één specialisme. De werkprocessen en fysieke inrichting zijn tamelijk algemeen. Een ‘delivery based’ themaziekenhuis focust vooral op efficiëntie van bepaalde behandelingen. De processen zijn gestandaardiseerd en het ziekenhuis is zo ingericht dat afstanden kort zijn. De operationele strategie is gericht op efficiëntie en korte doorlooptijden.

De samenstelling van de teams blijft vaak gelijk (NVZ 2010).

### ****1.1.7 Het maatschappelijke belang boven het belang van de individuele organisatie****

Nederland heeft in totaal 128 ziekenhuizen; 8 academische ziekenhuizen, 88 algemene ziekenhuizen (waarvan 28 topklinische ziekenhuizen) en 32 categoriale instellingen.

Daarnaast zijn er 129 zelfstandige behandelcentra (ZBC’s) en 97 privéklinieken.

Vooral de algemene ziekenhuizen zijn landelijk gezien goed gespreid. De academische ziekenhuizen, categoriale instellingen en zelfstandige behandelcentra zijn hoofdzakelijk in en rond de grote steden gevestigd. Al deze ziekenhuizen moeten het maatschappelijke belang boven het belang van de eigen organisatie stellen, wat betekent dat zij een samenwerkingsverband aangaan met ziekenhuizen in de regio.

Ziekenhuizen leveren veelal een breed palet aan zorg waarop een steeds groter beroep wordt gedaan (RVZ 2011a). In essentie zijn de uitdagingen, waarvoor de ziekenhuiszorg zich gesteld ziet, te vatten in twee centrale thema’s:

− een sterk stijgende zorgvraag en beperkte financiële ruimte;

− een sterk toenemende druk op kwaliteit van zorg en transparantie.

In samenhang bezien, loopt door dit alles de druk op ziekenhuizen om te veranderen enorm op (RVZ 2011a). Om in de (nabije) toekomst zorg veilig, toegankelijk en betaalbaar te kunnen blijven aanbieden, is het dan ook onvermijdelijk dat er veranderingen plaatsvinden in het ziekenhuislandschap (RVZ 2011b).

Het Nederlandse ziekenhuislandschap is nu nog vrij homogeen en staat voor grote veranderingen (NVZ 2010). Het proces van spreiding en concentratie is lastig vanwege de complexiteit, de grote belangen en omdat ziekenhuisbestuurders (en ook medisch specialisten en andere belanghebbenden) moeten leren anders naar de organisatie te kijken. Dit is een belangrijke barrière voor spreiding en concentratie (NVZ 2010). Daarnaast zijn ook alle instituties gebaseerd op de prestaties van de individuele ziekenhuisorganisaties.

Ziekenhuizen kunnen in de toekomst niet meer zelfstandig opereren en moeten streven naar regionale netwerkvorming. Een nieuwe gedachte is dat de organisatie van het zorgaanbod de vraag van de patiënt volgt; het belang van de staande organisaties is hieraan ondergeschikt. Het netwerk moet belangrijker zijn dan het op zichzelf staande ziekenhuis (RVZ 2011a).

## ****1.2 Maatschappelijke relevantie****

Met dit onderzoek wordt getracht een bijdrage te leveren aan het verkrijgen van inzicht in de wijze waarop het strategisch besluitvormingsproces, wat betreft spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties, binnen ziekenhuizen verloopt. Het doel van spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties is het verlagen van de kosten door een hoger volume. Met dit hogere volume wordt de kwaliteit verbeterd. Hier zijn eerder genoemde partijen het met elkaar over eens. Zoals eerder beschreven is het nog onduidelijk hoe concentratie en spreiding van het curatieve zorgaanbod gestalte moet krijgen. Het interorganisationele strategisch besluitvormingsproces speelt een grote rol bij de totstandkoming van een samenwerkingsverband gericht op concentratie en spreiding van ziekenhuisfuncties.

Het onderzoek moet leiden tot bouwstenen waarmee ziekenhuisbestuurders aan de slag kunnen. Hierbij gaat het niet om een blauwdruk, maar het onderzoek leidt mogelijkerwijs tot handvatten voor betrokkenen.

## ****1.3 Wetenschappelijke relevantie****

Het wetenschappelijk belang van het onderzoek is het geven van nieuwe inzichten over de interorganisationele samenwerking in zorgprocessen binnen ziekenhuizen. Er is veel geschreven over netwerken en netwerkvorming, maar niet over strategievorming waaraan meerdere partijen deelnemen. Het is interessant om onderzoek te doen naar het optreden van meerdere actoren in het strategisch besluitvormingsproces binnen netwerken en op welke wijze zij gezamenlijk besluiten nemen over de strategische herordening van hun verzorgingsgebied.

## ****1.4 Casuïstiek****

Er is voor gekozen om onderzoek te doen binnen de A-12 coöperatie, omdat de coöperatie al enige jaren ervaring opdoet met dit onderwerp en, naar het schijnt, op succesvolle wijze. Begin 2007 is het idee ontstaan om een netwerk te vormen tussen de IC’s van de vier ziekenhuizen binnen de A-12 coöperatie. Deze ziekenhuizen zijn: Medisch Centrum Haaglanden (locatie Westeinde en locatie Antoniushove) en Bronovo Ziekenhuis in Den Haag, ’t Lange Land Ziekenhuis in Zoetermeer en Groene Hart Ziekenhuis in Gouda. Binnen de coöperatie is de vorming van een regionaal IC-netwerk één van de vormen van samenwerking die wordt uitgewerkt. Het IC-netwerk is dusdanig van de grond gekomen dat het binnen de A-12 coöperatie niet meer als project genoemd wordt.

De bestuurders van de genoemde ziekenhuizen hebben destijds het idee van spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties binnen de coöperatie op de werkvloer gelegd. De intensivisten zagen het belang van een samenwerkingsverband in en zijn met een voorstel gekomen hoe zij dit zouden willen inrichten. De drijfveer van de intensivisten was daarbij om voor alle IC’s, ook in de toekomst nog, bestaansrecht te kunnen hebben.

Het uitgangspunt van de intensivisten voor het IC-netwerk is het optimaliseren van de kwaliteit en de veiligheid van de patiëntenzorg in de regio. Per ziekenhuislocatie is een IC-afdeling ingericht die optimaal is toegerust op de zorgbehoefte van de patiëntenpopulatie van dat ziekenhuis. Elk ziekenhuis houdt hierbij zijn eigen identiteit, adherentie en patiëntenpopulatie.

Binnen het IC-netwerk wordt een gelijkvormige en geïntegreerde aanpak, leidend tot een hoge kwaliteit van zorg op iedere locatie, nagestreefd. Dit betekent dat artsen en verpleegkundigen nauw met elkaar samenwerken op de verschillende IC-afdelingen, maar ook binnen het netwerk. Het personeel wordt tussen de verschillende ziekenhuizen uitgewisseld en gedetacheerd. Insteek is ook door gezamenlijke opleiding en scholing de kwaliteit te optimaliseren en de opleiding en scholing efficiënter en kostenbewuster in te richten. Het leidend principe binnen het IC-netwerk is de vraag: ‘wat is het beste voor mijn patiënt?’. Daarnaast zal ook de back office naar de analogie van de coöperatie worden vormgegeven. Voorbeelden hiervan zijn: gezamenlijkheid in HRM, inkoop, financiën, budget etc.

In eerste instantie lijkt een samenwerkingsverband voor de intensivisten niet aantrekkelijk. Zij moeten reizen tussen de verschillende organisaties en de werkwijze moet op elkaar worden afgestemd. Dit laatste zorgt voor een beperking van de autonomie. Dat de intensivisten er voor gekozen hebben om juist wel een samenwerkingsverband aan te gaan, heeft te maken met het kunnen overleven in de toekomst. Patiënten hebben ook te maken met een spanningsveld. Aan de ene kant is de kwaliteit van zorg beter, maar aan de andere kant moeten patiënten mogelijk verder reizen. Patiëntenorganisaties hebben laten weten dat kwaliteit voorop staat en dat patiënten er geen bezwaar tegen maken wanneer zij daar langere afstanden voor moeten afleggen.

In dit onderzoek wordt gekeken naar hoe proces van spreiding en concentratie van het IC-netwerk binnen de A-12 coöperatie tot nu toe is verlopen. Hierbij wordt met name gekeken hoe het strategische besluitvormingsproces rond het IC-netwerk is te typeren. In welke mate is het besluitvormingsproces effectief verlopen? Wat de rol van de gemeente en zorgverzekeraars is geweest binnen het strategische besluitvormingsproces is nog niet duidelijk. Dit zal tijdens de dataverzameling naar voren moeten komen.

## ****1.5 Doelstelling****

Er wordt onderzoek gedaan naar hoe spreiding en concentratie binnen het IC-netwerk van de A-12 coöperatie gestalte heeft gekregen. Door het strategische besluitvormingsproces van het IC-netwerk te analyseren wordt getracht patronen hierin te kunnen aangeven. Dit wordt zichtbaar gemaakt vanuit een theoretisch perspectief over strategische besluitvorming en netwerkvorming. Mogelijk kunnen er een aantal succesfactoren benoemd worden die kunnen leiden tot spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties.

Daarnaast heeft dit onderzoek als doel om inzicht te geven in de effectiviteit van outcome, structuur en het besluitvormingsproces. Zijn de doelen die de verschillende partijen vooraf hebben gesteld gehaald en zijn zij daar tevreden mee.

## ****1.6 Probleemstelling****

### ****1.6.1 Hoofdvraag****

Op welke wijze komt een effectieve samenwerking tot stand, rekening houdend met de belangen van de organisatie en die van de betrokken partijen, ten behoeve van spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties?

### ****1.6.2 Deelvragen****

1. Welke geselecteerde partijen zijn betrokken bij de ontwikkeling van het IC-netwerk?

2. Hoe is het strategisch besluitvormingsproces, dat heeft plaatsgevonden tijdens de ontwikkeling van het IC-netwerk, te typeren?

3. In welke mate is effectiviteit van outcome, structuur en het strategische besluitvormingsproces gerealiseerd?

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk worden theorieën besproken, die inzicht geven in de wijze waarop netwerkontwikkeling van ziekenhuizen bestudeerd kan worden. Achtereenvolgens worden behandeld de betrokken stakeholders, het strategische besluitvormingsproces en netwerkvorming in interorganisationele samenwerking. Deze inzichten vormen de bouwstenen voor dit onderzoek.

## ****2.1 Verschillende partijen****

Binnen het besluitvormingsproces van een netwerk gaat het om de interactie tussen meerdere partijen. Om inzicht te kunnen krijgen in het besluitvormingsproces zullen ten eerste de verschillende partijen in kaart moeten worden gebracht.

### ****2.1.1 Wat is een stakeholder?****

Een stakeholder is de organisatie of groepering (individu) die:

- een legitiem belang heeft bij de prestaties van een organisatie

- zonder wie de organisatie niet kan functioneren (afhankelijkheid)

- en uit dien hoofde macht (gedefinieerd als vermogen) uitoefent op het beleid van die

 organisatie.

(Scholten 2011, persoonlijke communicatie)

Binnen het besluitvormingsproces in een netwerk hebben de verschillende stakeholders elkaar nodig, er is dus sprake van wederzijdse afhankelijkheid. Wanneer een actor iets wil veranderen binnen een netwerk heeft hij de medewerking van andere actoren nodig. Ook de andere actoren hebben zo hun eigen belang en kunnen dus de besluitvorming sterk beïnvloeden.

### ****2.1.2 In kaart brengen van partijen****

De zorgsector wordt gekenmerkt door verschillende autonome partijen met elk een individueel belang die in conflict met een organisatiedoel kunnen komen (Scholes 1998, Boonstra 2007). Door middel van stakeholder mapping worden de autonome partijen en de invloed die zij kunnen uitoefenen op een strategische vernieuwing in kaart gebracht. Volgens Scholes (1998) is het belangrijk om een selectie te maken van stakeholders die direct in relatie staan met een specifiek strategisch plan van een actor. Daarbij dient ten eerste de actor benoemd te worden, deze is het uitgangspunt van de stakeholder mapping.

Welke belangen de verschillende partijen hebben komt in de methodiek van Scholes (1998) niet naar voren. Dawson (1996) heeft een checklist ontwikkeld voor de analyse van machtsrelaties in organisaties. Ter aanvulling op de stakeholder mapping van Scholes worden de volgende vragen genoemd:

* Wat zijn de belangen van elke partij?
* In welke omvang hebben de partijen hun blik veranderd als een resultaat van interactie met andere partijen?

De Bruijn en Ten Heuvelhof (2007) geven daarbij nog de volgende kenmerken van stakeholders, die interessant zijn voor wie in een netwerk een initiatief neemt tot een besluit.

* De machtsbronnen van stakeholders: over welke middelen beschikken zij om een besluit te blokkeren of te bevorderen?
* De relatienetwerken van deze stakeholders: met welke andere actoren onderhouden zij relaties?
* Het repetitieve karakter van de relatie met de stakeholder: hoe vaak en ten aanzien van welke onderwerpen komt de initiatiefnemer de stakeholders weer tegen?

In een netwerk kunnen overigens meerdere initiatiefnemers tegelijk actief zijn.

## ****2.2 Besluitvorming****

De totstandkoming of ontwikkeling van beleid is goed te benaderen aan de hand van het begrip besluitvorming. Het nemen van besluiten is essentieel voor het voortbestaan van de organisatie. Het is daarbij belangrijk om in te spelen op omgevingsfactoren en aan te sluiten op de verwachtingen van de stakeholders. Besluitvorming kan niet beperkt worden tot het moment van de formele beslissing. Juist het hele proces dat aan die formele beslissing vooraf gaat – en dat soms leidt tot het niet-nemen van beslissingen – is van groot belang. Eerst worden drie soorten van besluitvorming beschreven en uitgelegd dat het nemen van beslissingen in een netwerk als strategische besluitvorming getypeerd kan worden. Daarna wordt het nemen van strategische besluiten binnen en tussen zorgorganisaties besproken. Vervolgens wordt aandacht besteed aan hoe men van doel naar besluitvormingsproces gaat. In het stuk over besluitvormingsprocessen wordt een keuze gemaakt welk besluitvormingsmodel het best aansluit op de casus van het IC-netwerk.

### ****2.2.1 Drie soorten besluitvorming****

Er zijn drie soorten besluitvorming te onderscheiden: operationele besluitvorming, organisatorische besluitvorming en strategische besluitvorming (Van der Krogt en Vroom 1995) (Keuning 1997). Strategische beslissingen zijn beslissingen die gericht zijn op het centrale doel van de organisatie, op de uitwisselingsrelatie met de omgeving en op een sterke positie in de toekomst. Organisatorische beslissingen zijn meer intern gericht. Deze beslissingen over structuur, bevoegdheden, technologie, enzovoort, behoren (vanuit een rationeel perspectief) dan ook afgeleid te worden van de strategische beslissingen. Operationele beslissingen hebben betrekking op taken die zijn afgeleid van de strategische en organisatorische beslissingen (Keuning 1997).

Strategie staat als het ware voorop. Daaruit worden organisatorische beslissingen afgeleid, en op hun beurt vloeien daar weer operationele beslissingen uit. Dit geeft de logische of rationele verhouding tussen de drie typen beslissingen weer, die nodig zijn om van doelen tot resultaten te komen. Van der Krogt en Vroom (1995) geven hierbij nadrukkelijk aan dat het om een rationeel perspectief gaat en dat het de vraag is of dit in de praktijk ook zo rationeel verloopt. Hoe beslissingen worden genomen kan ook andersom geredeneerd worden. Het spel van alle dag heeft betrekking op zowel de operationele als de organisatorische en de strategische beslissingen.

De Bruijn en Ten Heuvelhof (2007) stellen ook dat besluitvorming in een netwerk grillig verloopt. Deze grilligheid is de belangrijkste regelmatigheid in besluitvormingsprocessen en is tot twee componenten te herleiden: inhoudelijke en procesmatige grilligheid. Inhoudelijke grilligheid betekent dat de inhoud van een probleem en een oplossing voortdurend verschuift, bovendien kunnen oplossingen de probleemdefinities bepalen in plaats van andersom. Nieuwe problemen en oplossingen kunnen gedurende het besluitvormingsproces worden ingebracht, bestaande problemen en oplossingen kunnen worden afgerond. Procesmatige grilligheid houdt in dat de besluitvorming geen duidelijk begin- en eindpunt heeft en geen duidelijk te onderscheiden fasen kent (De Bruijn en Ten Heuvelhof 2007). Hiervan is ook sprake bij het besluitvormingsproces rond de samenwerking van het IC- netwerk. Voor de totstandkoming van het IC-netwerk verliep de besluitvorming ongestructureerd. Ook stopt het besluitvormingsproces bij de totstandkoming niet. Er is geen duidelijk beginpunt, maar ook zeker geen duidelijk eindpunt, van het besluitvormingsproces aan te wijzen.

### ****2.2.2 Het nemen van strategische besluiten****

Volgens Mintzberg zijn gezondheidszorgorganisaties geen machine bureaucratieën, er werken professionals die de kernactiviteit (grotendeels) beheersen. Eenzijdige beslissingsbevoegdheid is dus geen optie (Van Wijngaarden e.a. 2010). Professionals hebben een aanzienlijke mate van controle over het eigen werk. Zij kunnen onafhankelijk van anderen beslissingen nemen of handelingen verrichten en willen deze autonomie ook niet verliezen. Daarom is het van belang juist de professionals te betrekken bij het nemen van strategische besluiten. Strategiebepaling ziet er in organisaties waar professionals werken dus heel anders uit, dan in organisatie waar geen professionals werken. Hoe professionals tegen strategie aankijken wordt mede bepaald door de opleiding die zij genoten hebben. De professionele normen en aangeleerde vaardigheden hebben grote invloed. Professionals zien strategiebepaling niet als hun core business, maar hebben wel zo hun belangen. De bestuurders van een zorgorganisatie zullen initiatieven voor strategieverandering moeten introduceren. In de professionele bureaucratie kan de bestuurder zijn wil niet opleggen, maar zal stapje voor stapje toe moeten werken naar zijn doel. Worden alle doelstellingen in één keer voorgelegd, dan worden deze onmiddellijk afgewezen door de professionals (Mintzberg 2010). Dit geldt ook voor de overige stakeholders die betrokken zijn bij de zorgorganisatie. Zij zijn professionals op hun gebied en hebben ook zo hun eigen belangen.

Binnen organisaties is de verdeling van autoriteit (officiële macht) bijna, maar niet helemaal, gecorreleerd aan de gezagsposities (Mechanic 1962). Behalve professionals, kunnen ook medewerkers lager in de organisatie veel macht hebben. De meest effectieve manier voor medewerkers lager in de organisatie om macht te krijgen is door het wel of niet geven van, en controle te houden in, de toegang tot personen, informatie en instrumenten. Dat dit gebeurt heeft invloed op de te nemen strategische besluiten. Gesteld kan worden dat bij het nemen van strategische besluiten sprake is van een politieke arena. Dit geldt zowel binnen organisaties als tussen organisaties. Er is altijd sprake van strijd (zichtbaar en niet zichtbaar), maar dan meer in de zin van onderhandeling. Deze onderhandeling kan heel nuttig zijn. Er kunnen partijen zijn met veel kennis en er kunnen partijen zijn met meer macht. Op deze manier moet er altijd onderhandeld worden. Ook de partij met meer macht moet iets geven (Pfeffer 1993). Een belangrijk kenmerk van strategische beslissingen is dat er sprake is van relatief veel onzekerheid en een gebrek aan beschikbare informatie (Van der Krogt en Vroom 1995). Daarnaast is het meestal een stuk makkelijker voor iedereen om enige beslissingsbevoegdheid toe te laten in verdienste van de samenwerking en om een te groot misbruik van macht te voorkomen (Mechanic 1962).

### ****2.2.3 Van doel naar besluitvormingsproces****

Strategische besluiten zijn de resultante van besluitvorming en kunnen dus als processen worden beschouwd. Dit proces wordt gedragen door de actoren. Elk proces kent een bepaald verloop, en een bepaalde structuur, bijvoorbeeld omdat er allerlei regels gelden voor wie waarover mag besluiten, hoe formele documenten rondgaan, of wanneer hoe vergaderd wordt. Op die manier ontstaat een spel tussen besluitvormers en stakeholders. Over al die dingen kan op zich ook weer besloten worden, dus besluitvorming over het besluitvormingsproces. Het is niet altijd duidelijk wie mag besluiten, wie besluitvormer is, en dan moet ook daar over worden besloten (Van der Meer en Noordegraaf 2005).

Strategische besluiten zijn verbonden met specifieke situaties, beslissingssituaties, die op allerlei manieren van elkaar kunnen verschillen. Specifieke beslissingssituaties vragen om specifieke besluitvormingsprocessen. Situaties verschillen in de mate waarin wel of niet duidelijk is hoe dingen kunnen worden aangepakt, hoe expertise kan worden ingeschakeld, en in de mate waarin ze moreel of politiek geladen zijn. Het kan dus zo zijn dat iedereen het over iets eens is, bijvoorbeeld ‘zorg in de toekomst ook veilig, toegankelijk en betaalbaar aan kunnen bieden ’, maar dat de manier waarop je dat bereikt onduidelijk is (Van der Meer en Noordergraaf 2005).

Elke situatie roept een specifiek type besluitvormingsproces op, alsmede specifieke mechanismen om stakeholders te managen. Vanuit de literatuur zijn verschillende soorten besluitvormingsprocessen te onderscheiden.

### ****2.2.4 Besluitvormingsprocessen****

Er zijn vele modellen ontworpen, welke informatie verschaffen over wat zich in organisaties afspeelt bij strategische besluitvorming en bij veel organisatorische beslissingen. Van der Krogt en Vroom (1995) onderscheiden vijf modellen die inzicht verschaffen in hoe het strategische besluitvormingsproces verlopen is. Te weten: het rationele besluitvormingsmodel, het bureaucratische besluitvormingsmodel, het model van Mintzberg en collega’s, het dialoog-model, het vuilnisbak-model en het arena-model.

Het besluitvormingsproces rond spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties heeft iets weg van het vuilnisbak-model. Zoals eerder beschreven heeft het proces van besluitvorming in een netwerk een grillig verloop. Bij het vuilnisbak-model wordt het besluitvormingsproces omschreven als een ‘vuilnisbak’ waarin problemen, oplossingen, deelnemers/ beslissers en beslissingsmogelijkheden min of meer onafhankelijk van elkaar zijn. Het besluitvormingsproces verloopt chaotisch, dat wil zeggen oplossingen zijn op zoek naar problemen en beslissers opzoek naar beslissingsmogelijkheden (Van der Krogt en Vroom 1995). Het vuilnisbak-model lijkt niet geschikt om het besluitvormingsproces voorafgaand aan de totstandkoming van het IC-netwerk te beschrijven, omdat aangenomen mag worden dat de totstandkoming van het IC-netwerk geen toevallige samenloop van omstandigheden was.

Het arena-model lijkt het meest geschikt voor de analyse van de totstandkoming van het IC-netwerk. Dit model is gebaseerd op de vaststelling dat bij de besluitvorming in (en tussen) organisaties, betrokken partijen verschillende belangen hebben en dat de interne en externe betrokkenen zullen trachten de uitkomst van het besluitvormingsproces te beïnvloeden (Van der Krogt en Vroom 1995). De mogelijkheid van beïnvloeding hangt van vele factoren af, waarbij macht als de voornaamste wordt genoemd. In het arenamodel gaat men er vanuit dat, in geval van belangentegenstelling, de partij met de meeste macht de besluitvorming het meest kan beïnvloeden.

## ****2.3 Netwerken****

Gesteld kan worden dat ziekenhuizen in toenemende mate afhankelijk van elkaar zijn. Uit onderzoek blijkt dat door een hoger volume van een bepaalde behandeling, betere zorg geleverd kan worden voor minder kosten. Om dit te kunnen realiseren is regionale herindeling van curatieve zorg van belang. Ziekenhuizen moeten regionale netwerken gaan vormen. Van individuele organisaties moeten ziekenhuizen gaan samenwerken met ander ziekenhuizen. In deze paragraaf staan de ontwikkeling van netwerken en netwerkintegratie centraal. Tot slot wordt de effectiviteit van het besluitvormingsproces binnen een netwerk besproken.

### ****2.3.1 Ontwikkeling van netwerken****

Waarom gaan organisaties met elkaar samenwerken? Motieven kunnen onder andere liggen in:

- Verbreden of verdiepen van het functie- en dienstenpakket

- Verbreden of vernieuwen van huisvesting

- Verbreden van het financiële draagvlak

- Versterken van de eigen positie ten opzichte van derden door uitsluiten van concurrentie

(Terwel 1995) (Oliver en Ebers 1990)

De keuze van de samenwerkingsvorm wordt vooral bepaald door de te realiseren doelstellingen (Terwel 1995). Schaarste aan bronnen is een tweede drijfveer (Oliver en Ebers 1990) Het is van belang om na te gaan welke kansen en belemmeringen er zijn om samenwerking te realiseren.

Sommige organisaties lijken tamelijk hulpeloos in een veranderende omgeving. Een injectie van nieuwe perspectieven en strategieën of veranderingen in technologie of markten creëren condities waarin aanpassing op de veranderende omgeving mogelijk is (Dawson 1996).

Organisaties ontwikkelen netwerken als zij interorganisationele relaties aan gaan (Fabbricotti 2007). Relaties worden niet alleen vanuit eerder genoemde determinanten aangegaan, maar zijn ook gebaseerd op de informatie over de competenties en betrouwbaarheid van de mogelijke netwerkpartners (Gulati en Garguilo 1999).

### ****2.3.2 Netwerkintegratie****

In interorganisationele theorieën wordt het handelen van actoren verklaard vanuit de belangen, macht, middelen en interdependente relaties van actoren (Fabbricotti 2007). Netwerkontwikkelingen vinden volgens Godfroij (1981) plaats, omdat actoren vanwege de wederzijdse afhankelijkheid met elkaar gaan interacteren. Andere actoren zijn nodig om aan bepaalde behoeften, oriëntaties en doeleinden te kunnen voldoen. Fabbricotti (2007) stelt dat de opstelling van een actor niet altijd volledig bewust is gekozen, maar dat deze ook berust op onbewust gedrag en gewoontevorming.

Metcalfe (1976) richt zich expliciet op netwerkontwikkelingen, hierbij staat sociale integratie centraal. Metcalfe definieert sociale integratie als de mate en de wijze waarop delen interacteren en als geheel functioneren. De ontwikkeling van een netwerk gaat langs vijf verschillende dimensies van sociale integratie: de acceptatie van een nieuwe ideologie, culturele integratie, normatieve integratie, communicatieve integratie en functionele integratie.

Ten eerste vindt er de introductie van een nieuw doel plaats. Er moet acceptatie plaatsvinden van deze nieuwe ideologie. Achtereenvolgens behoren culturele, normatieve en functionele integratie op gang te komen. De functionele integratie definieert Metcalfe (1976) als de mate waarin netwerkorganisaties hun activiteiten coördineren. Communicatieve integratie is nodig om tot culturele, normatieve en functionele integratie te kunnen komen. Hiermee doelt Metcalfe (1976) op de mate waarin netwerkorganisaties zich wederzijds bewust zijn van het nieuwe doel en van elkaars verwachtingen en belangen en de mate waarin hierover gecommuniceerd wordt. Met name wanneer de functionele integratie behaald wil worden is communicatie cruciaal.

De invloed van macht en bronnen blijft bij Metcalfe (1976) onbesproken, Benson (1975) bespreekt deze wel (Fabbricotti 2007).

De substructuur is het speelveld van organisaties die met elkaar in interactie zijn. Deze bestaat uit bronnen, macht en actieoriëntaties. Als bronnen geeft Benson (1975) aan geld en autoriteit. Autoriteit wordt hierbij aangeduid als de legitimiteit om een bepaald domein te mogen besturen.

Hoe een netwerk volgens Benson (1975) in disbalans kan raken is als volgt. Participanten beschikken over autoriteit en geld. Autoriteit geeft de legitimiteit om te bepalen hoe op een bepaald domein gehandeld wordt. Geld maakt het mogelijk om deze handelingen uit te voeren. Hoe meer van deze bronnen actoren hebben, hoe meer macht zij hebben en hoe afhankelijker andere actoren van hen zijn (Fabbricotti, 2007). Macht en bronnen kunnen dus ook de strategische posities van actoren in het netwerk bepalen. Wanneer participanten er op gericht zijn deze strategische positie te behouden, zal er volgens Benson (1975) minder integratie plaatsvinden. Aansluitend op Metcalfe (1976) gaat het hier dus over de culterele, normatieve en functionele integratie. Behalve communicatie zijn autoriteit een geld ook van invloed op de integratie van een netwerk.

De machtsverhoudingen en bronnenverdeling staan niet vast. Interne en externe actoren kunnen op strategische wijze de substructuur veranderen, waardoor ook de culturele, normatieve en functionele integratie veranderd. De onderlinge verhoudingen zijn geen vast gegeven en bieden dus geen garantie voor de toekomst.

### ****2.3.3 Effectiviteit van strategische besluitvorming in een netwerk****

Effectiviteit kan op verschillende manieren benaderd worden. Bij een doel rationele benadering is de belangrijkste vraag of vooraf opgestelde doelstellingen zijn behaald en wat de kosten hiervan waren of wat het heeft opgeleverd aan kostenreductie (De Bruijn en Ten Heuvelhof 2007). In het kader van spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties is deze benadering van belang, omdat het doel behoort te zijn het verbeteren van de kwaliteit van zorg en het reduceren van de kosten. Er dient geëvalueerd te worden of deze doelstellingen zijn behaald.

Bij een herverdeling van ziekenhuisfuncties is de structuur van de deelnemende ziekenhuizen veranderd. Het is dan ook zinvol om de structuur effectiviteit te evalueren. Structuur verwijst naar of het gezondheidszorgsysteem in staat is te voldoen aan de behoeften van de patiënten of de gemeenschap. Blijft de zorg toegankelijk voor patiënten? De effectiviteit van de structuur kan gemeten worden met behulp van het type en aantal middelen dat het gezondheidszorg systeem of de organisatie heeft om programma’s en service te bieden en ze zijn gerelateerd aan de presentie of aantal medewerkers, cliënten, bedden, voorzieningen en gebouwen (Mainz 2003).

Bij de evaluatie van processen in een netwerk passen daarnaast belangrijke andere criteria. (De Bruijn en Ten Heuvelhof 2007). Verschillende partijen kunnen verschillende doelen hebben en verschillende opvattingen over de vraag welke doelstellingen zijn gerealiseerd. Partijen kunnen gedurende het proces hun doelstellingen wijzingen, waardoor het niet mogelijk is om achteraf te kijken of de vooraf opgestelde doelstelling is behaald. Partijen kunnen ook zonder een bepaald doel aan een besluitvormingsproces meedoen en evaluatie is een momentopname, waardoor het lastig is een zinnig oordeel te geven over besluitvormingsprocessen die aan elkaar gekoppeld zijn (De Bruijn en Ten Heuvelhof 2007). De volgende vragen zijn bij de evaluatie van processen in een netwerk van belang. Zijn partijen tevreden? Zijn problemen opgelost? Hebben partijen geleerd? Zijn duurzame relaties ontstaan? Is het proces eerlijk verlopen?

Een eerste vraag is of partijen tevreden zijn met de package deal. Vooraf opgestelde doelstellingen kunnen gedurende het proces zijn bijgesteld en dat zij desondanks zeer tevreden zijn over het resultaat. Ook kan het zijn dat partijen niet tevreden zijn, maar tolereren de uitkomst van een proces, omdat deze voor hen meer winst dan verlies opleveren of omdat zij de andere partijen in de toekomst nog nodig hebben en een package deal daarom niet willen blokkeren (De Bruijn en Ten Heuvelhof 2007).

Een tweede vraag is of er in het proces problemen zijn opgelost. Hierbij gaat het niet alleen om de problemen van de initiatiefnemer, maar ook om problemen van andere actoren (De Bruijn en Ten Heuvelhof 2007).

Een derde vraag is of partijen hebben geleerd in het proces. Dat wil zeggen, zijn zij met nieuwe issues en informatie geconfronteerd en kan dit er toe geleid hebben dat zij een ander standpunt hebben ingenomen (De Bruijn en Ten Heuvelhof 2007).

Of er duurzame relaties zijn ontstaan is een belangrijk vierde criterium. Zijn partijen bereid om in de toekomst weer met elkaar te gaan samenwerken? Een situatie waar doelen niet geheel zijn gerealiseerd, maar er nog alle ruimte is voor toekomstige samenwerking is vanuit netwerkperspectief te prefereren (De Bruijn en Ten Heuvelhof 2007).

Een vijfde punt is of het proces eerlijk is verlopen. De mogelijkheid bestaat dat partijen niet geheel tevreden zijn over het resultaat van het proces, maar het toch accepteren omdat het proces eerlijk is verlopen en zij inzien dat het blokkeren van de besluitvorming meer schade aanricht dan goed doet (De Bruijn en Ten Heuvelhof 2007).

Evaluatie heeft bij procesmatige besluitvorming meer het karakter van het voortdurend monitoren van het proces, dan van een aparte activiteit achteraf. Voortdurend zullen de partijen in het proces bij anderen en zichzelf nagaan of zij tevreden zijn over de voorlopige resultaten en de vooruitzichten op winst, of er leerprocessen optreden, of relaties nog goed zijn en of het proces eerlijk verloopt.

## 2.4 Vertrouwen

Vertrouwen is een essentiële component van alle langdurige sociale relaties (Seligman 2000). Macht, dominantie en dwang zijn een tijdelijke oplossing voor problemen op sociaal gebied, maar het is geen basis voor samenwerking op de langere termijn. Gesteld kan worden dat de behoefte aan duurzame, stabiele en universeel herkenbare structuren van vertrouwen geworteld is in de fundamentele onduidelijkheid van sociale interactie (Seligman 2000).

Deze onduidelijkheid, tussen actoren, tussen actoren en hun doelen, en tussen actoren en middelen, leidt tot een onvoorspelbaarheid in sociale relaties. In tegenstelling, er is wel sprake van een gezamenlijke onderlinge afhankelijkheid. Het gevolg is dat er tijd genomen moet worden om te werken aan stabiele sociale relaties van wederzijds vertrouwen tussen de verschillende actoren (Seligman 2000).

De rol van vertrouwen kan op vele manieren uitgelegd worden. Volgens Seligman (2000) kan dit het best beschreven worden als een onzekerheid in de verwachting van de rolverdeling. Vertrouwen is een maatstaf voor het geloof in de eerlijkheid en aardigheid van de ander. Cruciaal is de differentiatie in macht tussen actoren. In verschillende en tegenstrijdige eisen van de actoren wordt bepaald gedrag meer of minder zichtbaar voor de overige actoren. Het niveau van sociale differentiatie en diversificatie zal de omvang en frequentie van conflicten bepalen en daarmee het ontstaan van vertrouwen beïnvloeden (Seligman 2000).

3. methodologie

Dit hoofdstuk wordt gewijd aan de gebruikte methoden van onderzoek, steekproefselectie en borging van de kwaliteit van het onderzoek.

## 3.1 Methoden

Het onderzoek heeft betrekking op het strategisch besluitvormingsproces rond de totstandkoming van de A-12 coöperatie en het IC-netwerk, daarom is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksopzet. Dit onderzoek kan worden gekarakteriseerd als een beschrijvend onderzoek, omdat wordt weergegeven hoe het strategisch besluitvormingsproces heeft plaatsgevonden. Aangezien het onderzoek gericht is op de samenwerking en besluitvorming binnen de A-12 coöperatie, kan het worden getypeerd als een ideografische casestudy. Hierbij staat het begrijpen (‘verstehen’) van een sociaal verschijnsel op de voorgrond (Braster 2000). In dit type casestudy kunnen de uitkomsten van het onderzoek illustratief zijn voor vergelijkbare situaties, al betreft dat niet het hoofddoel van onderzoek.

Het onderzoek is gehouden binnen het IC-netwerk van de A-12 coöperatie. Deze casus is gekozen op basis van drie criteria, waardoor het mogelijk is retrospectief onderzoek uit te kunnen voeren. Deze criteria zijn: de samenwerking is al een aantal jaar operationeel, de casus wordt door de branche zelf als positief voorbeeld genoemd en de betrokkenen bij het besluitvormingsproces zijn te benaderen.

Om het theoretisch kader wetenschappelijk te kunnen onderbouwen is literatuur gezocht met

behulp van databanken Pubmed en Google Scholar. Enkele andere belangrijke

geraadpleegde bronnen zijn: Proefschrift I.N. Fabricotti – Zorgen voor Zorgketens: Integratie en fragmentatie in de ontwikkeling van zorgketens, website Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, website NVZ, website IGZ en docenten IBMG.

Voor de dataverzameling is gekozen voor semigestructureerde interviews. Dit geeft een leidraad aan het interview en maakt het bovendien mogelijk dat overige thema’s aan bod kunnen komen. De interviews zijn opgenomen op tape, vervolgens is hier een transcriptie van geschreven. De methode van interviews past bij het soort onderzoeksvraag. De onderzoeksvraag is een procesvraag, het gaat over een besluitvormginsproces. Interviews lijken een geschikte methode om een antwoord te kunnen geven op een dergelijke onderzoeksvraag (Mortelmans 2007).

Voorafgaand aan de interviews heeft een documentenanalyse plaatsgevonden. Deze documenten dienden niet alleen als informatiebron, maar ook als achtergrondinformatie voor de interviews en gaven richting aan de vooraf opgestelde topiclijst.

## 3.2 Steekproefselectie

Er zijn 18 participanten binnen Medisch Centrum Haaglanden (locatie Westeinde en locatie Antoniushove) en Bronovo Ziekenhuis in Den Haag, ’t Lange Land Ziekenhuis in Zoetermeer en Groene Hart Ziekenhuis in Gouda, die betrokken waren bij de totstandkoming van het IC-netwerk, gevraagd om mee te doen aan een interview. Twee respondenten gaven geen gehoor, er zijn 17 respondenten binnen de genoemde ziekenhuizen geïnterviewd. Daarnaast is een medewerker van een zorgverzekering en een medewerker van NZA geïnterviewd. Tijdens de interviews met de participanten binnen de vier ziekenhuizen bleek het zinvol dat ook andere betrokkenen, zoals een medewerker van een zorgverzekeraar en de NZA, werden geïnterviewd. De focus tijdens de interviews lag op het besluitvormingsproces naar de totstandkoming van de A-12 coöperatie en het IC-netwerk.

Om de privacy van de participanten te waarborgen worden er in dit onderzoek geen namen genoemd.

Onderstaande tabel omvat een overzicht van deelnemende respondenten.

|  |  |
| --- | --- |
| **Functie respondenten** | **Aantal** |
| **Voorzitter Raad van Bestuur** | 5 |
| **Projectmanagers A-12 coöperatie** | 2 |
| **Divisiemanagers** | 3 |
| **Zorgmanagers** | 3 |
| **Artsen** | 4 |
| **Medewerker Zorgverzekeraar** | 1 |
| **Medewerker Nederlandse Zorg Autoriteit** | 1 |

## 3.3 Borging kwaliteit van onderzoek

Het tijdsbestek waarbinnen het onderzoek plaats moest vinden kan gezien worden als een beperking van het onderzoek. Het was niet mogelijk om een groot aantal participanten te interviewen. Dit kan de betrouwbaarheid en de generaliseerbaarheid benadelen. Om de interne validiteit van het onderzoek te verhogen is gebruik gemaakt van datatriangulatie. Naast interviews is er een documentenanalyse gedaan. Een interview als methode is een weinig gestandaardiseerd meetinstrument, wat negatieve gevolgen voor de betrouwbaarheid van het onderzoek heeft (Mortelmans 2007). De interviewvragen zijn op een zorgvuldige en kritische wijze vooraf opgesteld, op deze manier zijn de interviews toch in enige mate gestructureerd. De respondenten functioneren in verschillende functies, hiermee is rekening gehouden bij het opstellen van de interviewvragen. De interviews zijn individueel afgenomen, dit om sociaal wenselijke antwoorden te voorkomen. Daarnaast zijn de interviews opgenomen op tape en getranscribeerd. Hierdoor was het niet noodzakelijk om aantekeningen te maken en kan tijdens het onderzoek worden geconcentreerd op de vragen. Tevens is de verkregen informatie altijd beschikbaar. In de resultaten van dit onderzoek zijn delen van getranscribeerde tekst verwerkt, zodat lezers de verkregen informatie van interpretaties kunnen onderscheiden. Op deze manier wordt getracht de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten (Mortelmans 2007).

Er is voor gekozen om samen met een medestudent onderzoek te doen binnen dezelfde casus. Waar mogelijk is de dataverzameling gezamenlijk gedaan. Dat betekent dat er uitgewisseld is wat de bevindingen zijn van de documentenanalyse. Daarnaast is er voor gekozen om de respondenten gezamenlijk te interviewen. Door de aanwezigheid van twee onderzoekers bij een interview kan de interne validiteit verhoogd worden. De bevindingen uit een interview zijn met elkaar vergeleken. Verder zijn de resultaten van het onderzoek voorgehouden aan één van de respondenten. Dit is een member check, er wordt nagegaan of de resultaten door de ogen van een betrokkene als geloofwaardig beoordeeld wordt (Mortelmans 2007).

De generaliseerbaarheid wordt verhoogd doordat het onderzoek vanuit een theoretisch kader beschreven is. Door dit theoretisch kader is het mogelijk om vergelijkingen te maken tussen de interviewgegevens en de wetenschappelijke literatuur. Binnen het theoretisch kader is gebruik gemaakt van meerdere wetenschappelijke teksten van verschillende auteurs, om eenzijdig gebruik van een enkele theorie te voorkomen.

 4. Resultaten

In dit hoofdstuk wordt de ervaring van de betrokkenen, wat betreft de totstandkoming van spreiding en concentratie binnen de A-12 coöperatie en specifiek daarin het IC-netwerk, beschreven. De resultaten komen voort uit een analyse van de interviews die zijn afgenomen en beschikbaar gestelde documenten. Wanneer er wordt gesproken over de respondenten of geïnterviewde, dan worden daar de werknemers van één van de vier ziekenhuizen mee bedoeld. Indien één van de andere geïnterviewde (medewerker zorgverzekeraar of NZa) wordt bedoeld, zal dit worden aangegeven.

## 4.1 krachtenveld

Deze paragraaf zal worden gewijd aan het in kaart brengen van het krachtenveld. Door de verschillende betrokken partijen en hun belangen en invloed te bespreken, wordt getracht een beeld te schetsen wie een rol hebben gespeeld in de totstandkoming van de A-12 coöperatie en het IC-netwerk.

### 4.1.1 Betrokken partijen

De initiatiefnemers van de vorming van de A-12 coöperatie zijn ten eerste de Raden van Bestuur van Medisch Centrum Haaglanden en Bronovo Ziekenhuis in Den Haag, ’t Lange Land Ziekenhuis in Zoetermeer en Groene Hart Ziekenhuis in Gouda. De medische staven van de verschillende ziekenhuizen zijn in een vroeg stadium geïnformeerd over de samenwerking en betrokken bij het samenwerkingsproces. De bestuurlijke samenwerking is in tweede instantie met de medische staven besproken. Een voormalige voorzitter van de medische staf geeft aan dat dit de staven heeft gestoken, maar dat zij het belang van samenwerking inzien. Een andere respondent concludeert dat het belangrijk is de Raden van Toezicht mee te nemen in het proces. Er dient draagvlak te zijn bij de Raden van Toezicht voor een dergelijke samenwerking.

‘Raad van Toezicht, die moet je dus meenemen. Dat komt omdat de Raden van Toezicht ooit zijn benoemd om de autonomie van het ziekenhuis te bewaken. Dat is hun taak, hun opdracht.’

[Arts]

De zorgverzekeraar heeft geen actieve rol gespeeld in de totstandkoming van de A-12 coöperatie volgens de geïnterviewde. Zij zijn op een gegeven moment hierover geïnformeerd. De geïnterviewde medewerker van een zorgverzekering bevestigt dat zij inhoudelijk niet betrokken zijn geweest. Bij zorgverzekeraars is wel bekend waar ziekenhuizen mee bezig zijn op het gebied van samenwerking, maar zij hebben geen actieve rol in het besluitvormingsproces.

‘Die coöperatie is er natuurlijk ook niet in één keer. Daar moeten ze eerst ook met elkaar goed over praten. Dus die gesprekken lopen en dat weet je. Op een gegeven moment wordt natuurlijk verteld van het is gelukt. Dus we gaan nu een persbericht publiceren dat… Dus op een gegeven moment krijg je dat telefoontje.’

[Zorgverzekeraar]

De A-12 coöperatie heeft op een gegeven moment een roadshow georganiseerd. Tijdens deze roadshow is een presentatie gehouden aan de, voor elke ziekenhuis meest belangrijke, zorgverzekeraars.

De NMa is een partij die toetst of de wetgeving wat betreft mededinging wordt nageleefd. De NMa is in een vroeg stadium ingelicht, maar er is nooit een probleem ontstaan rond de samenwerking tussen de vier ziekenhuizen. De NMa heeft onderzoek gedaan en aangegeven dat er naast de coöperatie nog voldoende aanbieders en keuze voor patiënten overblijft.

De NZa is een partij die toezicht houdt op de markt van de gezondheidszorg. Door de manager Marketing en Sales wordt de NZa omschreven als een marktmeester.

‘De NZa kijkt als marktmeester. Of hier wel sprake van een gezonde markt is. De NZa gaat over of marktpartijen niet bovenmatig benadeeld worden.’

[Manager]

De medewerker van de NZa noemt dat specialisatie kan leiden tot marktmacht, in de omgeving moeten nog voldoende alternatieven zijn. Indien spreiding en concentratie tot aanmerkelijke marktmacht zou leiden dan heeft de NZa bevoegdheden om daar tegen op te treden.

Door één van de voorzitters van de Raad van Bestuur wordt aangegeven dat de OR en de cliëntenraad ook betrokken zijn geweest bij het proces. Daarvan wordt gezegd dat zij al in een vroeg stadium van het proces een positief advies gaven.

Geen van de geïnterviewde is in gesprek geweest met de lokale politiek over de totstandkoming van de A-12 coöperatie. Een respondent stelt dat de belangrijkste partijen voor een ziekenhuis de financiers zijn en dat de overheden op een tweede plaats komen.

De huisartsen zijn, evenals de zorgverzekeraars, op een gegeven moment geïnformeerd over de A-12 coöperatie. Zij hebben geen reactie gegeven op het ontstaan van de A-12 coöperatie. Eén van de respondenten geeft aan dat huisartsen pas reageren zodra de electieve zorg op een andere locatie wordt aangeboden. Wanneer zij nog naar dezelfde dokter in hetzelfde ziekenhuis kunnen doorverwijzen, verandert er voor hen niets. Een voorzitter van de Raad van Bestuur stelt dat ambulanceverpleegkundigen zakelijk gezien belangrijker voor hem zijn dan huisartsen, omdat in het betreffende ziekenhuis 65% van de opnames via de spoedeisende hulp verlopen. Uit onderstaand citaat blijkt dat de huisartsen en zorgverzekeraars ook bewust niet betrokken zijn geweest bij de totstandkoming van de A-12 coöperatie.

‘We hebben nooit met de huisartsen erover gepraat of met de verzekeraars. Wij moeten daar zelf over gaan. En op een gegeven moment moet je tegen die mensen zeggen; zo hebben we dit bedacht.’

[Bestuurder]

Bij de totstandkoming van het IC-netwerk worden nog andere betrokken partijen genoemd, te weten: intensivisten, divisiemanagers, zorgmanagers en verpleegkundig personeel van de vier ziekenhuizen binnen de A-12 coöperatie. De IGZ en de wetenschappelijke verenigingen hebben hierbij ook een rol gespeeld.

### 4.1.2 Belangen en invloed van de betrokken partijen

De projectleider van de A-12 coöperatie concludeert dat ziekenhuizen in principe niet willen samenwerken. Hij geeft hiervoor als verklaring dat de ziekenhuisbestuurders autonoom willen blijven. Een voorzitter van de Raad van Bestuur geeft aan dat kwaliteit van zorg het enige is wat telt. Het motief om te streven naar de hoogst mogelijke kwaliteit van zorg wordt door de projectleider van de A-12 coöperatie ter discussie gesteld. Het gaat mogelijk voornamelijk om het veilig stellen van de financiële situatie van ziekenhuizen.

‘Men zegt altijd kwaliteit kwaliteit, maar… Ik denk dat het grootste gedeelte om de centen draait.’

[Projectleider]

Toegankelijkheid wordt ook genoemd als gezamenlijk doel. De ziekenhuizen binnen de A-12 coöperatie willen kunnen zeggen dat zij er voor gezorgd hebben dat binnen 20 minuten reisafstand vanaf de woonplek alle zorg geboden kan worden die noodzakelijkerwijs nodig is.

Daarnaast worden voor elk ziekenhuis individuele belangen genoemd. De risico’s zijn voor alle ziekenhuizen verschillend. De voorzitter van de Raad van Bestuur van één van de ziekenhuizen stelt dat ze een samenwerkingsverband aan wilden gaan om financiële redenen. Om te overleven hadden zij andere ziekenhuizen nodig. Hier gaat het dus over het veilig stellen van de financiële situatie.

‘Als je dat ziet dan ga je dat als klein ziekenhuis in de toekomst niet meer redden. Dat was de conclusie die we als ziekenhuis in 2005 voor ons zelf hadden getrokken. Dat besluit werd door de Raad van Toezicht, medische staf, enzovoort gedragen. We waren er van overtuigd dat we dit niet nog 10 jaar gingen volhouden.’

[Bestuurder]

De voorzitter van de Raad van Bestuur van een STZ ziekenhuis geeft aan dat het ziekenhuis er belang bij had om het adherentiegebied te vergroten. Dit om de complexe zorg die zij geven aan te kunnen blijven bieden. Zij willen de verwijsstroom voor de toekomst zekerstellen. Door de samenwerking willen zij een vergroting van het marktaandeel realiseren, ten koste van de concurrent. Daarnaast zien zij dat ze mogelijk kwalitatief goede basiszorg niet meer aan mogen bieden, omdat zij mogelijk net iets duurder zijn door het opleidingsklimaat en de topklinische functie van het ziekenhuis. Een groot streekziekenhuis zag in dat zij door hun geografische ligging gemakkelijk geïsoleerd konden worden. Door samenwerking tussen andere ziekenhuizen zou gemakkelijk hun adherentiegebied verkleind kunnen worden. Om buitensluiting in welke vorm van samenwerking dan ook te voorkomen, zagen zij de A-12 coöperatie als een goede optie.

De voorzitter van de Raad van Bestuur van een ander ziekenhuis noemt dat het belang voor hen is dat zij voor artsen, door de samenwerking, een aantrekkelijker werkgever zijn. Door de coöperatie zijn er voor artsen meer operatie- en behandelmogelijkheden. Zij willen er ook aan werken dat zij voor verpleegkundigen een aantrekkelijke werkgever zijn en dat patiënten voor het betreffende ziekenhuis blijven kiezen.

De samenwerking binnen het IC-netwerk ontstond door het gezamenlijke belang dat de inspectie de kwaliteitseisen met betrekking tot de IC’s had aangescherpt. Sinds 2006 is er een richtlijn die stelt dat er een samenwerkingsverband dient te zijn tussen IC’s. De IC’s zijn onderverdeeld in drie niveaus, niveau 1, 2 en 3. De richtlijn stelt dat grote IC’s (niveau 3) de kleinere IC’s onder hun hoede moeten nemen om de kwaliteit van zorg te verbeteren en te kunnen continueren.

De inspectie en de wetenschappelijke verenigingen hebben grote invloed gehad op de totstandkoming van de samenwerking, zowel voor de A-12 coöperatie als voor het IC-netwerk.

‘Nou ik denk dat we er niet meer onderuit konden. Om in ieder geval een samenwerking aan te gaan. Omdat het, zoals ik dat nu zie, voor kleine ziekenhuizen bijna niet meer te doen is. De verplichte eisen, de kwaliteitseisen, de indicatoren en dergelijke, om dat op te brengen. Kijk nu naar de IC, met de verplichte aanwezigheid van een intensivist. Dat is voor een ziekenhuis als dat van ons, bijna niet meer op te brengen. Het kost veel geld.’

[Divisiemanager]

Zoals eerder beschreven hebben de zorgverzekeraar en de huisartsen geen actieve rol gespeeld bij de totstandkoming van de A-12 coöperatie en het IC-netwerk, deze partijen zijn door de ziekenhuizen geïnformeerd. De OR en de patiëntenraad gaven al in vroeg stadium een positief advies en de Raden van Toezicht zijn meegenomen in het proces. De belangen van huisartsen, de OR, de patiëntenraad en de Raad van Toezicht zijn niet verder toegelicht door de respondenten. De rol van de zorgverzekeraar komt in verschillende andere paragraven aan de orde.

De divisiemanagers, zorgmanagers en het verpleegkundig personeel hebben geen invloed gehad op de totstandkoming van het IC-netwerk, evenals de totstandkoming van de coöperatie. Deze partijen hebben geen rol gespeeld bij de besluitvorming rond de A-12 coöperatie en het IC-netwerk. De divisiemanagers en zorgmanagers geven aan dat zij geconfronteerd werden met de coöperatie en het IC-netwerk. Op een gegeven moment kregen zij een opdracht en werden zij geacht deze uit te voeren.

## 4.2 Besluitvormingsproces

Deze paragraaf wordt gewijd aan het strategisch besluitvormingsproces, dat heeft plaatsgevonden tijdens de ontwikkeling van de A-12 coöperatie en het IC-netwerk.

Dit zal gebeuren aan de hand van een bespreking van de eerste contacten tussen de vier ziekenhuizen en de totstandkoming van het IC-netwerk. Daarnaast wordt aandacht besteed aan het doel van de samenwerking, verschuivingen in de omgeving van het IC-netwerk, acceptatie van een nieuwe visie, de aspecten tijd en vertrouwen, en de verhouding tussen bestuur en artsen. Tot slot wordt in gegaan op de mandaten die zijn weggegeven, nadelen van de juridische vorm en interorganisationele relaties.

### 4.2.1 Eerste contacten tussen de vier ziekenhuizen

Voor de oprichting van de coöperatie kenden de voorzitters van de Raden van Bestuur elkaar al. De voorzitters van de Raden van Bestuur van het STZ ziekenhuis en een groot streekziekenhuis hadden al wat meer contact met elkaar. Zij kennen elkaar van bijeenkomsten en dwarsverbanden. Geografisch gezien ligt er tussen deze twee ziekenhuizen nog een ander ziekenhuis. De twee voorzitters van de Raden van Bestuur hebben de voorzitter van de Raad van Bestuur van dit ziekenhuis erbij betrokken. Deze noemt dat het voor hun van belang was om nog een vierde ziekenhuis erbij te betrekken. Als reden wordt de omvang van de verschillende ziekenhuizen gegeven.

‘Dan kijk je ook naar de machtsverhoudingen op basis van volume. Dus toen hebben wij in 2006 gezegd, beide ziekenhuizen willen wat met ons, laten wij nou een vierde er eens bijvragen. Dat ziekenhuis zit ook in de knel, is ook niet veel groter dan dat wij zijn. En als je dan vier ziekenhuizen hebt, twee grote en twee kleine dan heb je een mooi evenwicht.’

[Bestuurder]

De voorbereidingen voor de samenwerking zijn begin zomer 2006 begonnen. De eerste gesprekken tussen de Raden van Bestuur van de vier ziekenhuizen vonden plaats in augustus 2006 in een tuinhuisje van één van de voorzitters van de Raden van Bestuur. Hier was een onafhankelijke partij in de rol van voorzitter bij aanwezig. Er zijn een aantal bijeenkomsten in het tuinhuisje geweest. Bij één van de bijeenkomsten zijn de Raden van Toezicht van de verschillende ziekenhuizen betrokken geweest.

Tijdens de bijeenkomsten werd besproken hoe ze konden samenwerken en hoe ze een duurzame relatie op konden bouwen. Verder is besproken wat ze samen zouden gaan doen, alleen een samenwerking op het gebied van back office of ook op het gebied van de zorg voor de patiënt. Daarnaast is besproken hoe met elkaar te communiceren. Tijdens één van de bijeenkomsten is gesproken over een ieders ambitie en perspectief.

‘We hebben best wel gesproken wat is nu het perspectief. En wat is je persoonlijke ambitie daarin. Dat speelt natuurlijk ook mee. Als je gaat fuseren dan heb je toch 4 x 2 is 8 bestuurders, dat is 6 teveel. Dus ja zo werkt dat toch.’

[Bestuurder]

Op een gegeven moment zijn Twijnstra en Gudde in consult gevraagd bij de samenwerking. Zij zijn benaderd om inzichtelijk te maken wat goede zaken waren om samen te ondernemen. Zij hebben haalbaarheidsstudies gedaan op het gebied van onder andere laboratoria, facilitaire dienst en administratie. Volgens de respondenten kwamen er geen concrete samenwerkingsverbanden van de grond. De projectleider gaf aan dat rond december 2008 de intentie tot samenwerken ter discussie werd gesteld.

‘En toen was de vraag: hoe verder? Doen we nou wat, of doen we niets. Hoe verder?’

[Projectleider]

De conclusie was dat de samenwerking op deze manier geen concrete activiteiten opbracht. Er was iets anders voor nodig om de samenwerking echt op gang te krijgen. Met hulp van Twijnstra en Gudde is er voor gekozen om een juridische vorm te kiezen voor de samenwerking. Er is gekozen voor een coöperatie. Een fusie leek om verschillende redenen niet mogelijk. De respondenten geven aan dat ongeveer vijf van de acht bestuurders in eerste instantie voor deze samenwerking was. Ook de Raden van Toezicht stonden niet allemaal achter de samenwerking. Daarbij was niet duidelijk hoe op dat moment de Raad van Bestuur dan samengesteld zou moeten worden. Een divisiemanager geeft aan dat binnen het ziekenhuis waar hij werkzaam is het belangrijk wordt gevonden dat het een eigen identiteit houdt. Een andere reden die wordt genoemd, waarom niet is gekozen voor een fusie, is dat de kans op een conflict groter is.

### 4.2.2 Doel samenwerking ziekenhuizen

Het doel van de samenwerking was in eerste instantie om de opgelegde kostenreductie van 3% op te kunnen vangen. Men zag in dat met gezamenlijk inkoop flinke kortingen bedongen kunnen worden.

‘Aanvankelijk gingen we alleen maar samenwerken om aan kostenreductie te doen. Dus gezamenlijk inkopen, schaarse dingen met elkaar delen en om bepaalde zaken in de organisatie beter te doen, zoals personeelsbeleid, administraties en dat soort zaken.’

[Bestuurder]

De tweede gedachte was dat door de totstandkoming van de coöperatie artsen mogelijk meer met elkaar konden gaan samenwerken. In het tuinhuisje was een inventarisatie gedaan van wat de vier ziekenhuizen samen zouden kunnen doen. Hier waren in eerste instantie drieëndertig initiatieven naar voren gekomen. Dit is terug gebracht naar vijf, waarmee ze eerst aan de slag zouden gaan. Dit zijn: gezamenlijke activiteiten op het gebied van inkoop, het aanschaffen van een PET/CT-scan, het opzetten van een IC-netwerk en samenwerken op het gebied van bariatrie en oncologie.

De artsen zijn bij deze inventarisatie betrokken geweest. De Raden van Bestuur hebben aan de artsen voorgelegd wat hun ideeën zijn voor samenwerking. Aan de artsen is gevraagd wat zij als dringend en belangrijk ervaren voor de toekomst op het gebied van samenwerken. De projectleider geeft aan dat er geen onderzoek gedaan is naar de behoefte van de bevolking in de regio, er wordt meer gekeken naar wat artsen en bestuurders interessant vinden.

### 4.2.3 Totstandkoming IC-netwerk

Eén van de intensivisten had al voor de vorming van de coöperatie het idee om een samenwerkingsverband aan te gaan met één of meerdere IC’s en heeft hier ook met verschillende partijen over gesproken. De intensivist had oriënterende gesprekken gevoerd binnen de regio, maar er was geen concrete samenwerking tot stand gekomen.

Na de totstandkoming van de coöperatie wilden de Raden van Bestuur inventariseren welke ideeën artsen hadden voor de samenwerking. Dat was voor de intensivist een aanknopingspunt om een samenwerking tussen de IC’s opnieuw, maar nu binnen de coöperatie, te bespreken. Er is gesproken over hoe zij zouden kunnen samenwerken op het gebied van innovatie, onderzoek en onderwijs.

De intensivisten van de vier ziekenhuizen hebben gezamenlijk een document ‘Verkenning Bedrijfsplan IC-netwerk: Op weg naar een regionaal Intensive Care-netwerk’ opgesteld en voorgedragen aan de Raden van Bestuur.

‘En waar het mij toen om ging is dat we een soort van gemeenschappelijk stuk maakten. Het allereerste, wat in feite door iedereen gedragen werd. Eigenlijk staat er helemaal niet veel in, maar het eerste stuk namens de groep.’

[Arts]

### 4.2.4 verschuivingen in omgeving IC-netwerk

Na de totstandkoming van de coöperatie waren twee intensivisten van één van de ziekenhuizen de intensivisten van de andere drie ziekenhuizen aan het enthousiasmeren voor het IC-netwerk. Terwijl dit gaande was kwam er een rapport uit van de IGZ aangaande oversterfte op de IC’s. De inspectie was voornemens 50 niveau 1 IC’s te gaan sluiten. Drie van de vier ziekenhuizen hadden destijds een niveau 1 ziekenhuis, het STZ ziekenhuis beschikt over een niveau 3 IC. Na dit bericht werd het IC-netwerk een feit.

‘Een rapport over IC niveau 1; we gaan er 50 sluiten. Ja, ineens was dat de opening dat die overeenkomsten er kwamen. En daardoor zaten we ineens aan elkaar gekoppeld. Hadden we ineens wat met elkaar.’

[Arts]

Er werd een richtlijn opgesteld die IC’s met niveau 1 verplichtte om een samenwerkingsovereenkomst aan te gaan met een niveau 3 IC. De intensivist, die al langer met het gedachtegoed van een IC-netwerk rondliep, stelt dat het rapport van de inspectie het proces van de totstandkoming voor het IC-netwerk heeft versneld. Voor de andere IC’s ontstond de noodzaak om te gaan samenwerken. Van het grote streekziekenhuis wordt gezegd dat de IC al in een vergevorderd stadium was om een niveau 2 IC te kunnen worden. Om dit proces te versnellen kwam het samenwerkingsverband tevens van pas. Het personeel van die IC had de ambitie om IC niveau 2 te creëren, door de samenwerking met een IC niveau 3 zou dit kunnen lukken.

Voorheen was er allerlei scepsis over een samenwerkingsverband tussen de IC’s. De wettelijke verplichting om te gaan samenwerking bevestigde het verhaal en was een belangrijke steun in de rug.

Eén van de intensivisten gaf aan dat in het ziekenhuis waar hij werkzaam is er op de IC nog een andere noodzaak tot samenwerken voordeed. Er was al een krappe bezetting en zijn collega intensivist was voornemens ontslag te nemen. Op die manier ontstond er een personeelstekort.

De divisiemanager van een algemeen ziekenhuis noemt dat de IC van het STZ ziekenhuis ook een belang bij de samenwerking had. Zij hadden op het moment dat de totstandkoming van het IC-netwerk speelde een personeelstekort onder verpleegkundigen. De intensivist van datzelfde ziekenhuis geeft aan dat het personeel van de IC van het STZ ziekenhuis in de lastige positie zat om de IC draaiende te houden op twee locaties. Voor hen zou het een positieve bijkomstigheid zijn als zij door de samenwerking gezamenlijk hier een oplossing voor konden vinden.

Financiële verrekening leek ook eenvoudiger te regelen nu de ziekenhuizen gingen samenwerken. De besturen stonden achter het IC-netwerk en er werden niet allemaal financiële eisen en garanties gesteld.

De intensivist die het idee van een samenwerking in de regio al langere tijd met zich mee droeg, had het voornemen het samenwerkingsverband uitgebreider op te zetten dan volgens de richtlijn van de IGZ. Dit wordt beaamt door de divisiemanager van het betreffende ziekenhuis.

‘Die zag dat idee van die samenwerking van die IC’s niet alleen volgens het boekje van de richtlijn, maar grootser. Die had het idee van we kunnen daar iets veel mooiers van maken.’

[Divisiemanager]

### 4.2.5 INRICHTING IC-NETWERK

Eén van de doelstellingen van het IC-netwerk is op alle locaties dezelfde zorg kunnen leveren, waarbij is afgesproken dat bepaalde zaken op bepaalde locaties wel of niet kunnen. Er werd rekening gehouden met de capaciteit en de noodzaak van IC-zorg in de verschillende ziekenhuizen. Een intensivist stelt dat het uitgangspunt van het IC-netwerk is dat ieder ziekenhuis passende IC-zorg krijgt, maar dat degene die het bedacht heeft nooit heeft verteld wat passende IC-zorg is.

Het doel was om niet als vier losse IC’s met samenwerkingsafspraken verder te gaan, maar het moest één structuur worden. Deze verandering van structuur had als doel om de kwaliteit van zorg te verbeteren, bijvoorbeeld door kwaliteitssystemen beter te integreren. Er zijn kennisteams opgericht die zich bezig houden met bepaalde aandachtsgebieden. Voor elk aandachtsgebied is een kennisteam. Deze kennisteams zorgen ervoor dat nieuwe inzichten verspreid worden over alle locaties en werken aan protocollen die op hun gebied liggen.De intensivist geeft aan dat de kwaliteitsverbetering met name in deze specialisaties zit. Het IC-netwerk is daarnaast bezig om registraties te analyseren om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de IC’s.

Een zorgmanager geeft aan dat er symposia en thema avonden voor het hele IC-netwerk zijn georganiseerd. Daarnaast is voor het IC-netwerk één opleidingsinstituut voor verpleegkundigen gekozen.

‘Dus we sluiten ons allemaal aan bij het zelfde opleidingsinstituut.. Dus we krijgen vanaf nu ook allemaal dezelfde opleiding.. Nou, dat is op zich wel een belangrijke beslissing.’

[Zorgmanager]

De direct betrokkenen bij het IC-netwerk stellen dat zij voor het hele netwerk graag één ICT-systeem hadden willen realiseren. Dit is tot op heden nog niet gelukt. Het was oorspronkelijk een basisvoorwaarde voor de samenwerking. De bedoeling hiermee was om (patiënten)data met elkaar te kunnen uitwisselen.

De intensivist, die met het idee van een IC-netwerk kwam, concludeert dat wanneer men iets dergelijks als het IC-netwerk wil bereiken men breed in gesprek moet blijven met iedereen. Af en toe een helpende hand bieden hoort daar ook bij. Hierdoor bouwt men een zakelijk netwerk op en ziet men ingangen om het doel te bereiken. Hij geeft aan dat om het doel te bereiken tijd en geduld nodig is. Men moet wachten totdat er een ingang komt.

‘We moeten gewoon proberen samen de zaak te verbeteren. En ik probeer mij zo veel mogelijk low profile op te stellen en niet met de vuist op tafel te slaan. Ja, dat is een beetje het karakter he. Je moet een beetje slalommen om dingen een beetje voor elkaar te krijgen.’

[Arts]

De intensivist stelt dat wanneer men harder met de vuist op tafel slaat er veel mensen eerder terugtrekken. Iedereen moet weten wat het einddoel is. Om iets te bereiken moet getracht worden de bal bij een aantal mensen neer te leggen. Hoeveel tijd er over heen gaat voordat men is waar men wil wezen maakt niet uit. Een voorzitter van de Raad van Bestuur zegt over deze intensivist dat hij een enthousiaste en slimme kartrekker is en dat hij het opzetten van het IC-netwerk goed heeft gedaan.

De intensivist noemt dat de groep intensivisten binnen het IC-netwerk en de voorzitters van de Raden van Bestuur hem op een gegeven moment als vertegenwoordiger of voorzitter zijn gaan zien.

Eén van de eerste dingen waar de intensivist tegen aan liep waren de honoreringsverschillen tussen zijn collega’s. Collega-intensivisten hadden aangegeven wel te willen samenwerken, maar dat honoreringsverschillen eerst recht getrokken moesten worden.

‘Het eerste wat mij voor de voeten werd geworpen.. ‘Maar je dacht toch niet dat ik in daar ging zitten’. Dat de intensivist meer verdient dan, zonder dat ze wisten wat iedereen verdiende, dan ik. Ga ik daar toch niet zijn werk doen. En omgekeerd.. ‘ja als die intensivist naar hier komt en twee keer zoveel verdiend, ja dan moet hij ook twee keer zo hard werken’.’

[Arts]

Hierop volgend is er één aannameprocedure opgesteld, waarbij één persoon ging onderhandelen over de contracten en salariëring van nieuwe intensivisten.

Een andere voorwaarde binnen het IC-netwerk is dat de intensivist op alle IC’s hoofdbehandelaar is. Dit was nog niet op elke IC gerealiseerd. Enkele specialisten hadden er wel moeite mee de patiënt over te dragen aan de intensivist wanneer deze op de IC kwam te liggen. De intensivisten geven aan dat zij de specialisten hebben overtuigd dat de kwaliteit en continuïteit van zorg verbeterd kon worden door de intensivist hoofdbehandelaar te laten zijn op de IC. De intensivist is nu hoofdbehandelaar, maar het beleid voor de patiënt wordt in samenspraak met andere specialisten gedaan. IC-zorg is een multidisciplinair vak en deze samenwerking draagt bij aan goede kwaliteit van zorg.

Om de intensivist hoofdbehandelaar te kunnen laten zijn, was voldoende formatie nodig. Op de drie locaties in Den Haag zijn nu tien intensivisten, 9,2 fte.

Een intensivist noemt dat de status, tot begin 2012, van één van de IC’s onduidelijk is geweest. Hij stelt dat deze IC zich altijd afzijdig heeft gehouden van het IC-netwerk.

De divisiemanagers geven aan betrokken te zijn geweest bij het besluitvormingsproces van de inrichting van het IC-netwerk. Hoe het concreet vorm moest gaan krijgen, op het gebied van kwaliteit en op het gebied van werkprocessen en personeel. De divisiemanagers zijn bezig om een application te ontwikkelen voor een pool met verpleegkundigen, zodat zij bezettingsproblemen gemakkelijker onderling kunnen oplossen. De zorgmanagers geven aan meer op uitvoerend niveau betrokken te zijn geweest bij de inrichting van het IC-netwerk. Om uiteindelijk toe te kunnen werken naar uitwisseling van personeel zijn bijvoorbeeld medicijnkasten gelijk ingericht. Op alle locaties is het medicatie-assortiment hetzelfde. Op dit moment worden verpleegkundigen alleen uitgewisseld op vrijwillige basis.

### 4.2.6 Acceptatie nieuwe visie

Een voorzitter van de Raad van Bestuur concludeert dat de medici redelijk snel het idee van een samenwerking tussen de vier ziekenhuizen hebben geaccepteerd. Er is niet veel commotie geweest onder medici binnen het betreffende ziekenhuis rond de oprichting van de coöperatie. Hij geeft aan dat zij ook snel inzagen dat samenwerking noodzakelijk was. Een arts, die de functie van voorzitter van de medische staf heeft gehad, bevestigt dit. Hij stelt dat, ondanks dat het de staven heeft gestoken dat zij in tweede instantie bij de oprichting van de A-12 coöperatie waren betrokken, inzagen dat samenwerking voor de toekomst van belang was. Zij zijn er dan ook snel overheen gestapt dat zij niet eerder bij de samenwerking tussen de vier ziekenhuizen betrokken zijn geweest.

Een zorgmanager geeft aan dat het volgens hem belangrijk is dat er veel tijd wordt genomen om mensen te laten wennen aan een nieuwe ontwikkeling.

‘Ik denk dat het belangrijkste is dat je geen haast hebt. Ik begrijp wel dat het soms lastig is, want sommigen willen, zeker als het om andere belangen gaat, snel scoren. In financieel opzicht. Gewoon het feit dat mensen, zeg maar, de tijd hebben gehad om er naar toe te groeien heeft er wel toe geleid dat het is wat het nu is. Veel meer onder druk of geforceerd, dan ga je mensen verliezen.’

[Zorgmanager]

Over de divisiemanagers wordt gezegd dat het belangrijk is dat zij ook geloven in de nieuwe ontwikkeling. Zij moeten het nieuwe idee uitdragen naar de teamleiders, die het op hun beurt weer uit moeten dragen naar de werkvloer.

‘Die spelen daar een belangrijke rol in, het management daaronder als derde. Als zij er niet in geloven, dan is dat een groot probleem. Als zij denken: ‘laat die bestuurders maar praten, ik geloof er niet in’, dan heb je een groot probleem.’

[Projectleider]

Eén van de bestuurders geeft aan dat een fusie van de vier ziekenhuizen aan het begin van de samenwerking niet had gekund. Het idee van samenwerken moet in alle lagen van het ziekenhuis gedragen worden. Dat gebeurt niet van de ene op de andere dag.

Een samenwerkingsverband tussen de IC’s moet ook breed gedragen worden. De acceptatie om met elkaar te gaan samenwerken aangaande de IC’s begint met een gezamenlijk belang. Alle IC’s moesten gaan voldoen aan de eisen van de inspectie.

Eén van de intensivisten van de vier ziekenhuizen lijkt het gedachtegoed van het IC-netwerk niet geaccepteerd te hebben.

‘We hebben één intensivist, die werkte in die tijd hier, die zag dit niet zitten. Die is vertrokken.’

[Arts]

Bij een samenwerking worden door de Raden van Bestuur medestanders gecreëerd of er wordt naar gezocht. Op deze manier wordt het front groter gemaakt. Een intensivist stelt dat als je geen zin hebt in een samenwerking dat je het niet moet doen, maar dat je dan goed zou moeten nadenken of dat het ziekenhuis is waar je de komende jaren wil blijven werken.

### 4.2.7 Tijd als onderdeel van veranderingsstrategie

Volgens de respondenten is het nemen en gebruiken van tijd een sleutelwoord tot het behalen van succes. Het kost tijd om mensen in te laten zien wat het belang is van samenwerken. Er moet tijd genomen worden om ‘het spel te spelen’. Ook tijdens de totstandkoming van de A-12 coöperatie en het IC-netwerk worden nieuwe problemen en oplossingen gedurende het besluitvormingsproces ingebracht en bestaande problemen en oplossingen worden afgerond. Een voorzitter van de Raad van Bestuur noemt als voorbeeld voor ‘een nieuw probleem’ de ontwikkelingen in de verloskundige zorg. Hij heeft aan de medische staf voorgelegd welke invloed dit heeft binnen hun eigen ziekenhuisdeuren. Daarop werd geantwoord dat het wel meevalt, dat het niet zo’n vaart zal lopen. Onderstaand citaat geeft weer dat tijd een belangrijk aspect kan zijn als onderdeel van veranderingsstrategie.

Dan denk ik: ‘jullie zijn allemaal gek, jullie hebben het allemaal mis’. Dat zeg ik dan niet, omdat ik constateer dat de tijd daar niet rijp voor is. Er zitten nog teveel belangen die me gaan dwarsbomen als ik daar nu in ga optreden.’

[Bestuurder]

Het proces wordt niet versneld door afspraken op papier te zetten. Het kost veel tijd en het levert een hoop discussie op wil men het een en ander op papier zetten.

Daarnaast wordt de tijd genomen om mensen aan elkaar te laten wennen en men krijgt de kans om elkaar te leren kennen. Drie keer per jaar wordt een overleg gepland op de woonboot van één van de voorzitters van de Raden van Bestuur. Dit wordt benoemd als een informeel overleg tussen artsen van de verschillende ziekenhuizen. Hierbij zijn de medische staven aanwezig met een afgevaardigde, de projectleider en de voorzitter van de Raad van Bestuur waarvan de woonboot eigendom is. Artsen kunnen aangeven waar zij tegenaanlopen en de projectleider kijkt naar mogelijke nieuwe samenwerkingsverbanden binnen de coöperatie.

‘En dat doen wij dus drie keer per jaar en dan kijk ik of die dokters “het” met elkaar kunnen. Of die op enigerlei wijze iets met elkaar kunnen oplossen of analyseren. En dat is langzamerhand gegroeid. Daar heb je heel veel tijd voor nodig.’

[Projectleider]

De intensivist die met het voorstel is gekomen een IC-netwerk op richten geeft aan dat het belangrijk is dat er een opening komt om een nieuw idee een kans te kunnen geven. Hij stelt dat de kans van slagen mogelijk groter is dan wanneer men geforceerd te werk gaat.

‘Daar hebben we op gewacht. Misschien heb ik daar wel drie jaar op zitten wachten, tot ik een opening kreeg. En nu kunnen we daar gebruik van maken en pakken we dat.’

[Arts]

Daarnaast moeten mensen aan het idee wennen dat de organisatiestructuur van hun IC gaat veranderen. Hier is met name tijd voor nodig. De intensivist heeft het idee van het IC-netwerk voorzichtig te kennen gegeven. Wanneer men dit niet doet krijgen mensen alleen weerstand voor het idee. De intensivist vertelt dat hij vaak zijn verhaal aanhaalt en dit op verschillende manieren doet. Op een gegeven moment wordt dit verhaal door collega’s verteld. Dit is het moment dat duidelijk wordt dat het nieuwe idee is geland en dat er weer een volgend stapje gezet kan worden.

De zorgmanagers geven ook aan dat zij en het verpleegkundig personeel tijd nodig hebben om elkaar te leren kennen, voordat er volledige integratie tussen de verschillende teams heeft plaatsgevonden. Binnen het IC-netwerk zijn kennisteams opgezet. Deze kennisteams hebben een specifiek aandachtsgebied en hier worden onder andere protocollen ontwikkeld. In de kennisteams zitten verpleegkundigen van de verschillende ziekenhuizen die overeenstemming moeten krijgen op het aandachtsgebied van hun kennisteam.

‘Je merkt wel dat in die kennisteams wel heel veel verschillen zijn tussen de verschillende IC’s. Zelfs als blijkt dat je toch allemaal uit dezelfde opleidingsklinieken komt. Dat er toch bepaalde cultuur, stromingen zijn. Het is nog niet zo makkelijk om een protocol gelijk

te richten.’

[Zorgmanager]

De conclusie is dat de respondenten het belangrijk achten dat er veel tijd genomen is voor de kennismaking. Elk ziekenhuis moet in dezelfde fase zitten binnen de samenwerking. Is dit niet het geval, dan is er geen goede basis voor samenwerken.

### 4.2.8 Vertrouwen

Belangrijk is dat bij een samenwerking partijen elkaar kunnen vertrouwen. Dit heeft ten eerste plaats moeten vinden bij de totstandkoming van de A-12 coöperatie. Er is voor gekozen om niet te fuseren. Er is bewust gekozen voor een coöperatiestructuur, omdat het belang van elkaar leren kennen en vertrouwen in elkaar krijgen als wezenlijk werd beschouwd. Een voorzitter van de Raad van Bestuur stelt dat wanneer fusies eerst bestuurlijk worden geregeld, het een hele tijd duurt voordat er volledige integratie heeft plaatsgevonden op tactisch en operationeel niveau. Het is mooier dat mensen eerst vertrouwen in elkaar opbouwen. De projectleider noemt het krijgen van vertrouwen in elkaar iets essentieels.

‘Wat hebben wij in die vier jaar bereikt. Ogenschijnlijk niets. Het is één woord. We hebben vier jaar lang gepraat, koffie gedronken en plannen gemaakt die allemaal niet uitkomen. En er gebeurt toch wat in die vier jaar. Iets essentieels. Dat is vertrouwen.’

[Projectleider]

Dat er vertrouwen is ontstaan tussen partijen wordt bevestigd door de overige respondenten. Gaandeweg leert men elkaar beter kennen en de wederzijdse afhankelijkheid wordt groter, hierdoor komt de samenwerking vanzelf op gang. Dit is natuurlijker dan wanneer er één organisatie is en men het maar met elkaar moet doen.

Het vertrouwen tussen de Raden van Bestuur en de medische staven is, onder leiding van Twijnstra en Gudde, naar elkaar uitgesproken bij het kiezen van de juridische vorm voor de samenwerking. De juridische vorm is ongeveer anderhalf jaar na de eerste gesprekken tussen de Raden van Bestuur in het tuinhuisje van één van de bestuurders gekozen. Er is toen besproken dat het een coöperatie zou worden. De projectleider geeft aan dat deze vorm is gekozen om te ontdekken of er voldoende chemie of vertrouwen zou kunnen zijn om verregaande samenwerking te ontwikkelen.

Het vertrouwen tussen de ziekenhuizen heeft wel moeten groeien. De respondenten stellen dat er eerst wantrouwen is geweest. Dit wantrouwen ging over of er mogelijk andere motieven waren om te gaan samenwerken.

‘In het begin was er bij een aantal mensen de nodige argwaan en angst voor verborgen agenda’s. En het idee van zij zijn de grote en wij zijn het kleintje en ze komen ons oppikken.’

[Divisiemanager]

Een divisiemanager geeft aan dat het vertrouwen onder andere is ontstaan doordat de ziekenhuizen informatie met elkaar gingen delen. Onder de betreffende ziekenhuizen werden kwaliteitsgegevens en managementinformatie uitgewisseld. De divisiemanager stelt dat dit zeer verhelderend en leerzaam was.

Praten en de tijd nemen om elkaar te leren kennen worden ook als factoren genoemd die bijdragen om vertrouwen in elkaar te krijgen.

‘Doordat je met elkaar gaat praten, een keer met elkaar gaat eten, mekaar wat beter leert kennen, enzovoort, zie je toch die achterdocht wat verminderen. De scherpe kantjes raken daar van af. Je krijgt wat meer begrip voor de andere situatie en ook wat meer begrip voor het collectief. Maar er gaat lange tijd overeen.’

[Divisiemanager]

Als remmende factor voor de samenwerking wordt dan ook wantrouwen genoemd. Binnen de coöperatie wordt bewust stilgestaan bij vertrouwen in elkaar krijgen. Er is een overleg georganiseerd op de woonboot van één van de voorzitters van de Raden van Bestuur met als doel dat artsen elkaar beter leren kennen.

‘Er is geen agenda tijdens het bootoverleg. Dat is een informeel overleg. Over hoe gaat het en wat kan er beter. Dat is de agenda. De bijdrage die dit levert aan de coöperatie is sfeer en vertrouwen. Want zo leren die lui elkaar kennen, want die dokters die hebben allemaal korte termijn herinneringen. En die hebben het allemaal druk. Dus je moet een samenzijn met die gasten organiseren.’

[Projectleider]

Vergaderingen worden bewust voorgezeten door een externe partij. Dit om schijn van partijdigheid te voorkomen.

Binnen het IC-netwerk wordt ook aangegeven dat zij wederzijds vertrouwen een belangrijk uitgangspunt vinden. Onder verpleegkundigen heerste angst dat zij op een andere IC zouden moeten werken dan dat zij gewend waren. Dit geldt zowel voor verpleegkundigen van het topklinisch ziekenhuis, als het grote en de kleine regionale ziekenhuizen.

‘De angst die hier was; we worden gedeporteerd naar een andere locatie. Nou, in ieder geval waren er de meest vreselijke visioenen hoor.’

[Zorgmanager]

Er zijn interventies gedaan zodat verpleegkundigen vertrouwen in elkaar en in de situatie konden krijgen, waaronder een leuke avond met elkaar organiseren en het kunnen meelopen op de IC van een andere locatie. Een zorgmanager stelt dat door in contact met elkaar te komen men elkaar beter leert kennen. Doordat je elkaar ziet en spreekt, een keer bij elkaar in de keuken kijkt, krijg je vertrouwen in elkaar.

Binnen het IC-netwerk zijn kennisteams opgericht die zich toespitsen op een bepaalde specialisatie. Door deze manier van taakverdeling is het zeer belangrijk dat verpleegkundigen vertrouwen in elkaar hebben. Er is voldoende vertrouwen tussen de verpleegkundigen binnen de eigen IC en die van andere ziekenhuizen om uit te voeren wat binnen een kennisteam bedacht is.

Het IC-netwerk heeft niet gezorgd voor extra verloop van personeel. Ondanks de angst die onder een aantal verpleegkundigen heerste, is er sinds de oprichting van het IC-netwerk een normaal personeelsverloop. Eén van de zorgmanagers neemt het IC-netwerk als onderwerp mee tijdens het jaargesprek. Hij stelt dat na een aantal jaar het overgrote deel van de verpleegkundigen wel eens wil kijken hoe het er op een andere IC binnen de coöperatie aan toe gaat.

### 4.2.9 Verhouding tussen bestuur en artsen

De Raden van Bestuur geven aan dat het bij een samenwerking tussen ziekenhuizen belangrijk is dat artsen met elkaar kunnen gaan samenwerken. Wanneer het gaat over samenwerking binnen het primaire proces, dan zullen het toch de artsen zijn die dit moeten doen. De Raden van Bestuur stellen dat je als bestuur mogelijkheden moet bieden dat artsen elkaar kunnen leren kennen en dat men moet faciliteren in de samenwerking daar waar nodig. De Raden van Bestuur hebben dit ook gedaan door te vragen naar mogelijke initiatieven voor samenwerking. Van de drieëndertig initiatieven zijn er een aantal initiatieven uitgehaald om ten eerste mee aan de slag te gaan, één daarvan is het IC-netwerk. Een intensivist bevestigt dat mede door de Raden van Bestuur het mogelijk werd om als intensivisten met elkaar in contact te komen.

Een goede samenwerking tussen artsen en het bestuur is belangrijk voor de kans van slagen van een samenwerking tussen verschillende ziekenhuizen. Het gaat om de artsen en Raden van Bestuur tezamen. Het is belangrijk dat de medisch specialisten de inhoud bepalen en dat het bestuur een faciliterende rol daarin heeft.

‘Laat de werkvloer aangeven hoe het eruit moet zien. En als we dat allemaal heel autoritair van boven doen dan gaat dat niet werken. Dus van; wij faciliteren het wel, wij regelen het wel, wij houden het wel in de gaten en zorgen dat het allemaal achter de schermen wel loopt. Maar belangrijker; als het de inhoud gaat raken, laat dat dan door de medisch specialisten bepalen.’

[Arts]

Eén van de voorzitters van de Raden van Bestuur is tevens werkzaam geweest als arts. De projectleider stelt dat hij mede daardoor gezag heeft gekregen bij de artsen.

De respondenten geven aan dat één van de IC-afdelingen van de betreffende organisaties niet actief deelneemt aan het IC-netwerk. Als reden wordt daarvoor gegeven dat er geen goede communicatie was tussen het bestuur en de artsen binnen dat ziekenhuis. De intensivisten binnen het IC-netwerk werden wel in consult geroepen, maar het bestuur van het betreffende ziekenhuis heeft niet voldoende gestimuleerd zich aan te sluiten bij het IC-netwerk. De intensivist stelt dat volgens hem de Raad van Bestuur geen invloed had op de medische staf. De Raad van Bestuur zat tevens in een ander gebouw dan het hoofdgebouw. Dit wordt opmerkelijk gevonden. Dat goede communicatie tussen bestuur en artsen belangrijk is, blijkt ook uit het gegeven dat een voorzitter van de medische staf in eerste instantie niets zag in de initiatieven voor samenwerking.

‘De stafvoorzitter, die nadat hij een presentatie gehoord had van de directie zei dat hij het allemaal niets vond. Dat het niet doorging, geen plan, geen doelstellingen, niets. Is die vergadering geschorst. Op zaterdagochtend. Heel interessant. En toen hebben we het opnieuw uitgelegd. En toen zeiden we: ‘ja, maar bariatrie willen we doen en het IC-netwerk.’ Oooh, toen begrepen ze het pas. Dus die bestuurders verhullen zich soms in taalgebruik, dan zeggen die dokters: ‘joh rot op joh.. Daar hebben we helemaal geen zin in. Dat gaan we niet doen’.’

[Projectleider]

De bestuurders geven aan dat zij inzien dat zij zonder de artsen niet veel kunnen bereiken op het gebied van spreiden en concentreren van ziekenhuiszorg.

‘Als een dokter iets niet wil in een ziekenhuis dan gebeurt het bijna ook niet.’

[Bestuurder]

‘Ik heb altijd gezegd; de bestuurder heeft 10% van de macht en 90% van de macht ligt in het primair proces. In de dominantie van de professional.’

[Bestuurder]

Eén van de voorzitters van de Raden van Bestuur concludeert dat artsen een veel grotere macht hebben dan ze zelf toegeven. Het is voor een bestuurder moeilijk om toe te geven dat artsen een grote macht hebben. Daarom wordt in stand gehouden dat het de bestuurders zijn die het verzinnen en dat artsen volgen. De projectleider weerlegt dit. Hij geeft aan dat artsen door nieuwe wet- en regelgeving uitgespeeld zijn aan de financiële kant. Vrijgevestigde artsen kunnen niet meer zelfstandig declareren, hierdoor zijn ze aan het collectief verbonden.

Twee respondenten geven aan dat zij samenwerken zien als een gezamenlijke opdracht. Daarbij gaan de artsen over de inhoud en de bestuurders over de organisatie. Als het bestuur niet wil faciliteren, als ze niet bereid zijn daarin te investeren, dan heeft het initiatief van de arts weinig zin. Niet alleen dokters, maar vooral ook managers en verpleegkundigen dienen met initiatieven voor samenwerking te komen. Een voorwaarde hierbij is wel dat het ziekenhuis er aan kan verdienen. Bij het IC-netwerk waren de Raden van Bestuur bereid om te investeren. De projectleider noemt dat het belang van de Raden van Bestuur hierbij was om de samenwerking te laten slagen, het dient als voorbeeld voor overige samenwerkingsverbanden.

Voor een succesvolle samenwerking op het gebied van het primaire proces is veel tijd nodig en het gaat om een goede samenwerking tussen alle disciplines.

‘Ik hoor nu bestuurders die zeggen: dat gaan wij ook doen, wij gaan ook een coöperatie vormen. En dan denken ze 1; dat het snel kan en 2; dat het om de bestuurders gaat. Dat is allebei niet waar. Daar gaat het niet om.’

[Projectleider]

Formele besluiten aangaande de coöperatie worden dan ook door het dagelijkse bestuur van de coöperatie gedaan, dit zijn de vier Raden van Bestuur met de stafvoorzitters, en tijdens de Algemene Leden Vergadering.

De intensivist die met het idee van het IC-netwerk kwam, concludeert dat het naar de Raden van Bestuur toe van belang is dat een grotere groep hetzelfde gedachtegoed uitdraagt. Wanneer een grotere groep dezelfde argumenten aangeeft voor bijvoorbeeld formatie-uitbreiding, dan zijn bestuurders eerder geneigd om hierin te faciliteren. Dit wordt met name van belang geacht omdat de intensivisten in het begin met hun eigen Raad van Bestuur hier over spraken.

‘Dus als je allemaal hetzelfde vertelt, dat kan je best in woorden anders doen. Maar als de lijn van het verhaal allemaal hetzelfde is, dan zijn bestuurders veel eerder geneigd om te zeggen van kijk dat is iets wat algemeen gedragen wordt. Nou dat is een weg die we verder gaan.’

[Arts]

Een tweede punt die hij van belang acht is dat bestuurders geïnformeerd blijven over waar men mee bezig is. Hij heeft bewust afspraken gemaakt met de voorzitters van de Raden van Bestuur om hen te informeren over de stand van zaken.

Over artsen wordt door enkele respondenten gezegd dat, wil je een verandering bereiken, men niet moet zeggen dat zij hun werk niet goed uitvoeren. Beter is het om aan te geven dat het beter kan en argumenten hiervoor te noemen.

### 4.2.10 Mandaat Organiseren

Om de samenwerking te bevorderen zijn op een gegeven moment mandaten weggegeven. De leden van de coöperatie hebben een deel van hun autonomie overgedragen aan de leiding van het IC-netwerk. Er is een champion IC aangesteld, dit is één van de voorzitters van de Raden van Bestuur. De bevoegdheden en rol van de champion IC wordt tijdens de interviews en uit de aangereikte documenten niet geheel duidelijk. Hij lijkt met name verantwoordelijk voor de organisatorische kant van het IC-netwerk. De champion IC is gevraagd door de voorzitter van de coöperatie. De voorzitter van de coöperatie geeft aan dat hij bewust mensen buiten zijn eigen organisatie verantwoordelijk maakt voor dergelijke ondernemingen.

‘Ik heb gevraagd aan één van de voorzitters van de Raden van Bestuur; wil jij de IC dwars door de ziekenhuizen aansturen? Dus als iemand zegt: ‘de IC in mijn ziekenhuis.’ Dan kun je zeggen; ‘afblijven dat is van de champion IC’.’

[Bestuurder]

De eerste taak die de champion IC op zich kreeg was het onderhandelen over contracten en salariëring met nieuwe intensivisten. Een intensivist geeft aan dat het best een grote stap is geweest dat bestuurders dit mandaat voor hun eigen ziekenhuis hebben weggegeven. Naast de champion IC is er een IC-netwerkdirectie aangesteld. Deze bestaat uit een medisch netwerkleider en een netwerkmanager. De medisch netwerkleider is eindverantwoordelijk voor de resultaten van het IC-netwerk en legt verantwoording af in de Algemene Leden Vergadering van de coöperatie, die bestaat uit de Raden van Bestuur en vertegenwoordiging van de medische staven. De IC-netwerkmanager (een divisiemanager) is verantwoordelijk voor de verbinding tussen de IC-afdelingen en de betreffende ziekenhuisorganisaties. De netwerkmanager heeft een lijst met mandaten, maar deze zijn niet allemaal concreet gemaakt. Dit is lastig, omdat dit over vier ziekenhuizen zou gaan. Daarom heeft de IC-netwerkmanager één keer in de zes weken een overleg met de overige divisiemanagers. Hierin wordt besproken wat en hoe zij zaken gaan aanpakken betreffende het IC-netwerk. Er is ook een intensivistenberaad, bestaande uit vier gemandateerde intensivisten. Van elk ziekenhuis één. Het intensivistenberaad is het besluitvormend orgaan. Ziekenhuizen geven niet zomaar mandaten weg. Het ene ziekenhuis is hier sneller in dan het andere.

De respondenten geven aan dat met het weggeven van deze mandaten er nog wel onduidelijkheden zijn. Met name wanneer het geld gaat kosten dient de betreffende persoon bij zijn leidinggevende te zijn, omdat de ziekenhuizen vier entiteiten zijn. Het volgende citaat is een illustratie van waar een zorgmanager tegenaan loopt, nadat er mandaten zijn weggegeven.

‘Ik zal het met een voorbeeld weergeven. In de nachtdienst heb ik concreet te weinig formatie, dus ik wil daar wat formatie-uitbreiding. Met dat verzoek ga ik naar mijn leidinggevende, die zegt dan vervolgens; moeilijk moeilijk moeilijk, ik begrijp het wel, maar het is binnen de IC dus moet het bespreken met de IC-netwerkmanager. Zodra het geld gaat kosten wordt het moeilijk.’

[Zorgmanager]

Er wordt aangegeven dat het beter zou zijn dat naast de logistiek ook het budget op één plek wordt beheerd. De IC-netwerkmanager wordt hierbij genoemd als aangewezen persoon.

Binnen de A-12 coöperatie is op een gegeven moment een netwerkcoördinator aangesteld, hij is projectleider bij nieuw op te zetten samenwerkingsverbanden binnen de coöperatie. Hij vertelt dat zijn opdracht is dat er binnen de coöperatie wordt samengewerkt. Er is geen concrete opdracht voor hem geformuleerd.

### 4.2.11 Nadelen juridische vorm

De coöperatievorm heeft ook nadelen, want doordat er voor deze juridische vorm gekozen is kan de samenwerking juist ook stagneren. Hiervoor worden verschillende oorzaken gegeven. Eén daarvan is dat de ziekenhuizen nog geheel zelfstandig zijn en hun eigen beslissingen kunnen maken.

‘We willen heel veel, maar je merkt gewoon dat we vaak tegen een muur oplopen. Er is een samenwerking. Wij willen heel veel, maar één van de andere ziekenhuizen wil misschien niet. We gaan op onze eigen weg nog verder. En daar zie dat de ziekenhuizen nog steeds voor zichzelf kiezen.’

[Divisiemanager]

De wet- en regelgeving wordt ook als een factor gezien die het proces van samenwerken vertraagt. De manager Marketing en Sales stelt dat aan de achterkant van de ziekenhuizen veel geregeld kan worden, maar zodra er op het gebied van het primaire proces geen vorm van toegestane samenwerking is, loopt men het risico dat men onder verscherpt toezicht van de NMa komt te vallen. Het brengt een hele organisatie met zich mee om te kunnen samenwerken.

‘Je bent continue alleen maar met een papierwinkel bezig, terwijl je toch als één organisatie functioneert.’

[Divisiemanager]

Om een samenwerking te doen slagen is het belangrijk dat mensen met elkaar in contact blijven en op de hoogte blijven van de status van samenwerken. Op deze manier kunnen medewerkers meegroeien met de ontwikkelingen van het proces. De projectleider stelt dat het grootste risico is dat mensen niet meer met elkaar praten.

De coöperatie is op de proef gesteld door de (financiële) situatie van één van de ziekenhuizen. Het was voor de overige leden van de coöperatie altijd al moeilijk om contacten te leggen binnen dit ziekenhuis. De situatie van het betreffende ziekenhuis werkt daarnaast als een vertragende factor in de besluitvorming. Een intensivist stelt dat binnen het IC-netwerk heel veel besluiten die geld kosten niet goed genomen kunnen worden als niet alle ziekenhuizen er achter staan. Sinds kort is er een nieuwe voorzitter van de Raad van Bestuur in dit ziekenhuis aangesteld.

De projectleider ziet de situatie van het ziekenhuis als een voordeel. Hij geeft aan dat je er nu heel snel een ander profiel op kan plaatsen. Hij noemt daarbij dat dit in overleg gaat met onder andere de Raad van Toezicht van dit ziekenhuis, de overige ziekenhuizen binnen de coöperatie, burgemeester, wethouders, banken en verzekeraars.

De zorgverzekeraars lijken een entiteit als een coöperatie niet te erkennen. Wanneer een bepaalde operatie op één locatie wordt geconcentreerd, is het gevolg dat op de website van de zorgverzekeraar komt te staan dat deze operatie alleen daar uitgevoerd wordt en niet meer in de overige ziekenhuizen van de coöperatie. De projectleider stelt dat dit komt doordat zorgverzekeraars alleen contracten hebben met de vier verschillende ziekenhuizen.

Een voorzitter van de Raad van Bestuur concludeert dat een aantal zorgverzekeraars ook niet bereid zijn om als coöperatie te contracteren. Het is nog onduidelijk hoe de financiën geregeld zouden moeten worden.

‘Het is volstrekt nog niet helder hoe je dat qua contracten doet, qua registratie doet voor elk ziekenhuis. Wie krijgt het zorgproduct, hoe ga je dat betalen als een chirurg uit een ander ziekenhuis hier zijn patiënt opereert. Wie declareert dan dat zorgproduct. Welke DBC, hoe ga je dat onderling verrekenen. Nou kortom, daarom zeg ik we zitten nog echt aan het begin. Dat moet allemaal nog bedacht en geregeld gaan worden.’

[Bestuurder]

De manager Marketing en Sales stelt dat zorgverzekeraars voor de coöperatie een hinderlijke rol hebben. In een klein regionaal ziekenhuis worden de heupoperaties niet meer vergoed. Dit verstoort de samenwerking binnen de coöperatie. De zorgverzekeraars hebben hun eigen contracteerbeleid en houden geen rekening met de coöperatie. De zorgverzekeraar bevestigt dit. Hij geeft aan dat zij naar het zorgaanbod in de gehele regio kijken.

Naast het regelen van de financiën wordt de organisatie rondom één ICT-systeem als lastig ervaren. Binnen het IC-netwerk werd als voorwaarde gesteld dat op elke IC met hetzelfde ICT-systeem gewerkt kon worden, zodat gegevens konden worden uitgewisseld. Er was een team samengesteld die langere tijd bezig is geweest met het opstellen van een pakket aan eisen waaraan dit systeem zou moeten voldoen. Op een gegeven moment werd vanuit het bestuur en de ICT-afdelingen aangegeven dat het mogelijk binnen korte termijn voor de hele organisatie zou gaan gelden, omdat er steeds meer samenwerkingsverbanden gingen ontstaan. Hiermee werd het ICT-systeem voor het IC-netwerk op de lange baan geschoven.

Nu de coöperatie al wat langere tijd bestaat en er binnen de coöperatie een aantal samenwerkingsverbanden op het gebied van het primaire proces zijn ontstaan, komt de tijd daar dat er een keuze gemaakt moeten worden wat in welk ziekenhuis aangeboden gaat worden. Het bestuur en de artsen lopen er nu tegen aan hoe dat aan te pakken. Die verstande dient er nagedacht te worden of de organisatievorm nog aansluit op de huidige situatie.

### 4.2.12 Interorganisationele relaties

Voor de totstandkoming van de A-12 coöperatie hebben de verschillende Raden van Bestuur contact gehad met meerdere ziekenhuisorganisaties. Voor de totstandkoming van een samenwerking tussen Medisch Centrum Haaglanden (locatie Westeinde en Antoniushove) en Bronovo Ziekenhuis in Den Haag, ’t Lange Land Ziekenhuis in Zoetermeer en Groene Hart Ziekenhuis in Gouda worden zowel rationele als irrationele redenen genoemd. De samenwerking wordt ook wel vergeleken met een huwelijk.

‘Mensen vragen wel eens; waarom nou die vier in de A-12? Dat is het zelfde als waarom ben je nou met die vrouw getrouwd? Of met die man. Het hadden net zo goed die andere kunnen zijn.’

[Bestuurder]

De projectleider geeft aan dat het gaat om de omstandigheden, de tijd en chemie tussen de vier ziekenhuizen. Rationele argumenten die worden genoemd voor de samenwerking tussen deze vier ziekenhuizen zijn onder andere dat de vier ziekenhuizen niet met elkaar te vergelijken zijn. Een voorzitter van de Raad van Bestuur geeft aan dat zij niet in dezelfde league spelen. Wanneer ziekenhuizen te veel met elkaar gemeen hebben kan de samenwerking niet goed verlopen. De vier ziekenhuizen binnen de coöperatie vissen niet in elkaars vijver. De coöperatie bestaat uit een topklinisch ziekenhuis, met aan weerszijden een klein streekziekenhuis en op grotere afstand een groot streekziekenhuis. Daarbij geeft de projectleider aan dat niets binnen de samenwerking toevallig is, alles is bedacht. Hij stelt dat de samenwerking tussen de vier ziekenhuizen absoluut een geregisseerd proces is.

Ten tijde dat de coöperatie vorm begon te krijgen had Medisch Centrum Haaglanden drie lijnen uitstaan. Eén daarvan was een samenwerking met HagaZiekenhuis in Den Haag, een samenwerking binnen De Formule (tegenwoordig Santeon) en de samenwerking tussen de vier ziekenhuizen wat nu de A-12 coöperatie is. De voormalige voorzitter van de Raad van Bestuur van Medisch Centrum Haaglanden noemt dat een samenwerking met HagaZiekenhuis niet mogelijk was door rivaliteit tussen zowel artsen als bestuurders. Hij geeft aan deze rivaliteit niet precies te kunnen duiden. Medisch Centrum Haaglanden heeft wel samenwerkingsverbanden met HagaZiekenhuis op het gebied van cardiochirurgie, radiotherapie (Radiotherapiecentrum West) en kindergeneeskunde (Juliana Kinderziekenhuis). Voor cardiochirurgie en radiotherapie kunnen de overige drie ziekenhuizen binnen de coöperatie via Medisch Centrum Haaglanden gebruik maken van deze specialismen in HagaZiekenhuis. Groene Hart Ziekenhuis heeft voor cardiochirurgie een samenwerking met het ziekenhuis in Nieuwegein. Dit wordt geduid als een legale samenwerking met een ander ziekenhuis.

‘Voor een deel doen we nu zaken met Sint Antonius in Nieuwegein. Dat is gelegitimeerd vreemdgaan voor de cardiologie. Die zijn gewoon super en Medisch Centrum Haaglanden heeft geen cardiochirurgie.’

[Bestuurder]

Daarnaast hebben de KNO artsen in Den Haag een stadsmaatschap. De KNO artsen van Bronovo Ziekenhuis zijn niet bij deze stadsmaatschap aangesloten. De cardiologen van Medisch Centrum Haaglanden, HagaZiekenhuis en Reinier de Graaf Groep in Delft vormen een regiomaatschap.

De projectleider van de A-12 coöperatie geeft aan dat het ziekenhuis in Gouda niet met het ziekenhuis in Woerden samen wil werken, omdat het ziekenhuis in Woerden gericht is op Nieuwegein en Utrecht. Groene Hart Ziekenhuis heeft wel een samenwerkingsverband met het ziekenhuis in Woerden op het gebied van laboratorium en apotheek. Groene Hart Ziekenhuis heeft ook een buitenpoli in Nieuwerkerk aan de IJssel, daardoor werd het aantrekkelijker om een samenwerking ten westen van Gouda te hebben. Het Sint Franciscus Gasthuis in Rotterdam is weer verder weg en een samenwerking met het ziekenhuis in Capelle aan de IJssel wordt niet als een meerwaarde gezien. Voor de totstandkoming van de A-12 coöperatie hadden Medisch Centrum Haaglanden en Groene Hart Ziekenhuis al samenwerkingsverbanden met elkaar op het gebied van neurochirurgie en radiotherapie. Wat betreft radiotherapie had Groene Hart Ziekenhuis ook samenwerkingsverbanden met Daniël de Hoed en Leids Universitair Medisch Centrum. Daarnaast hebben Medisch Centrum Haaglanden en Groene Hart Ziekenhuis een verbinding met elkaar doordat zij verbonden zijn aan dezelfde OOR (Overleg Opleiding Regio). Beide ziekenhuizen waren al voornemens de opleiding voor specialisten gezamenlijk te professionaliseren en de begeleiding voor promotieonderzoek te verbeteren. De voorzitters van de Raden van Bestuur van Medisch Centrum Haaglanden en Groene Hart Ziekenhuis kenden elkaar, dus een groter samenwerkingsverband tussen deze ziekenhuizen leek aannemelijk. De projectleider noemt nog dat men elkaar ook tegen komt doordat zij bijvoorbeeld in dezelfde regio van opvang bij trauma zitten. Daarnaast wordt aangegeven dat door economische motieven de Leidse/ Haagse regio voor Gouda logisch is.

Medisch Centrum Haaglanden wilde ’t Lange Land Ziekenhuis in Zoetermeer graag bij het samenwerkingsverband betrekken. Voor Medisch Centrum Haaglanden was het van belang dat zij een voldoende groot adherentiegebied hebben om de topklinische functie te behouden. Het zou heel vervelend zou zijn als HagaZiekenhuis, ook een STZ ziekenhuis, met ’t Lange Land Ziekenhuis zou gaan samenwerken.

‘Want strategisch is het natuurlijk heel vervelend als die met het HagaZiekenhuis gaat. Is een concurrent. Die moet je nemen. En je moet groot denken, hier wonen een miljoen mensen. Nou, dan wordt het wat.’

[Projectleider]

De voorzitter van de Raad van Bestuur van ’t Lange Land ziekenhuis stelt dat zij voor de samenwerking binnen de A-12 coöperatie al inzagen dat zij zonder een samenwerkingsverband in de toekomst niet zouden kunnen overleven. ’t Lange Land ziekenhuis heeft Bronovo Ziekenhuis erbij betrokken. Bronovo Ziekenhuis zou het naar de toekomst toe mogelijk ook moeilijk krijgen op financieel gebied.

Dat de verschillende ziekenhuizen van de A-12 coöperatie ook samenwerkingsverbanden hebben buiten de coöperatie wordt door verschillende partijen als een probleem gezien. Volgens een intensivist hoeven deze dwarsverbanden elkaar niet te bijten, maar dit moest meerdere malen uitgelegd worden in de verschillende ziekenhuizen binnen de coöperatie. Hij geeft aan dat dit punt soms weer opkomt.

Op een gegeven moment zijn, na de totstandkoming van de A-12 coöperatie, de maatschappen chirurgie van Medisch Centrum Haaglanden en Bronovo Ziekenhuis met elkaar gefuseerd. Dit wordt binnen de coöperatie gezien als een belangrijke stap binnen de samenwerking.

‘En dat kwam ook omdat de chirurgen van Bronovo en MCH zijn gefuseerd. Dat is héél

belangrijk. Dat betekent dat de motor van één ziekenhuis, ging even met de motor van de

andere. Buiten de Raden van Bestuur om hè, bij wijze van spreken.’

[Projectleider]

Bronovo Ziekenhuis heeft voor oogheelkunde weer een samenwerkingsverband met Leids Univisersitair Medisch Centrum.

De intensivisten vanuit Medisch Centrum Haaglanden hebben voor de totstandkoming van de A-12 coöperatie met de volgende instellingen gesproken over een samenwerking op het gebied van IC-zorg: Reinier de Graaf Ziekenhuis, HagaZiekenhuis, Groene Hart Ziekenhuis, ’t Lange Land Ziekenhuis en Bronovo Ziekenhuis. Deze intensivisten waren al van mening dat een samenwerking op het gebied van IC-zorg niet uit kon blijven. Een intensivist geeft aan dat een samenwerking met de IC van HagaZiekenhuis had gekund. Deze IC is gespecialiseerd op het gebied van cardiochirurgie, de IC van Medisch Centrum Haaglanden op neurochirurgie. Er is geen goede verstandhouding tussen beide ziekenhuizen, vandaar dat een samenwerking toch niet aannemelijk leek. De IC van Reinier de Graaf Ziekenhuis in Delft deed het volgens de intensivist goed en waren niet zo afhankelijk. Na de totstandkoming van de A-12 coöperatie zijn de intensivisten opnieuw in gesprek gegaan met de betreffende ziekenhuizen. Op dat moment waren de intensivisten waar destijds mee gesproken was vertrokken en moesten de gesprekken opnieuw beginnen.

De intensivist uit Bronovo Ziekenhuis stelt dat zij een goede relatie hebben met de IC van Leids Universitair Medisch Centrum. De samenwerking lag onder vuur, omdat er in Leiden personele problemen waren en zij intern aan het reorganiseren waren. Vanuit Leiden waren geen mogelijkheden om de IC van Bronovo Ziekenhuis te ondersteunen, daardoor leek een samenwerking binnen de A-12 coöperatie een goed alternatief. De IC van Bronovo Ziekenhuis heeft nog steeds goed contact met de IC in Leiden, met name voor academische casussen.

De status van de IC in ’t Lange Land Ziekenhuis is begin 2012 niet duidelijk. De IC van het ’t Lange Land Ziekenhuis hoort bij het IC-netwerk, maar er was moeilijk contact te maken binnen ’t Lange Land Ziekenhuis.

‘In ‘t Lange Land werd altijd een muur opgetrokken, dat is heel opvallend. Ze waren niet onvriendelijk. Je had altijd het gevoel dat er een muur werd opgetrokken waar je niet doorheen kon.’

[Arts]

De IC van het ‘t Lange Land Ziekenhuis wordt door een intensivist als ‘vrij klein’ omschreven. De intensivist was daar geen hoofdbehandelaar en er was veel verloop onder intensivisten. Formeel horen zij bij het IC-netwerk, maar zij namen niet actief deel aan de activiteiten binnen het IC-netwerk. De IC van ’t Lange Land Ziekenhuis was uit het zicht van het IC-netwerk verdwenen. Inmiddels is de IC een high care afdeling geworden, waarbij het IC-netwerk wel een rol speelt. Het nieuwe adherentiegebied, dat door de coöperatie is ontstaan, is voor de vier ziekenhuizen erg belangrijk. Als het ziekenhuis in Zoetermeer uit de coöperatie zou stappen, dan zou het aaneengesloten gebied uit elkaar vallen en voor het ziekenhuis in Gouda het argument wegvallen om binnen de coöperatie te blijven.

‘En wat de coöperatie absoluut niet wilde laten gebeuren, dat er een grote hap uit het verzorgingsgebied tussen Gouda en Den Haag naar het HagaZiekenhuis zou gaan. Ik weet bijna wel zeker wat Gouda dan zou doen. Wat heb je nog aan de coöperatie met een gebied waarin de concurrent er een hap in handen heeft?’

[Bestuurder]

De respondenten noemen dat het er wel naar uit heeft gezien dat ’t Lange Land Ziekenhuis zich terug zou trekken uit de coöperatie vanwege de financiële situatie van het ziekenhuis.

## 4.3 Effectiviteit

Deze paragraaf zal worden gewijd aan de mate waarin effectiviteit van outcome, structuur en van het strategische besluitvormingsproces is gerealiseerd.

Dit zal geschieden op basis van een bespreking van een doelrationele benadering van effectiviteit, een bespreking van structuureffectiviteit en effectiviteit van het proces.

### 4.3.1 Doel rationele benadering van effectiviteit

In het kader van spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties behoort het doel te zijn het verbeteren van de kwaliteit van zorg en het reduceren van de kosten. Dit was ook de opzet van de samenwerking tussen de vier ziekenhuizen, waarbij met name een kostenbesparing als grootste driver wordt genoemd.

De ziekenhuizen zagen onafhankelijk van elkaar aankomen dat zij als zelfstandig ziekenhuis niet konden voldoen aan de steeds langer wordende lijst van kwaliteitseisen en het korten van het budget. Als doel hebben de vier ziekenhuizen een besparing van 25 miljoen in vijf jaar gesteld. Deze financiële winst wilde men met name behalen door gezamenlijke inkoop. Tevens is er afscheid genomen van gedetacheerde medewerkers binnen de coöperatie en proberen zij personeelsproblemen gezamenlijk op te lossen. De doelen met betrekking tot deze kostenbesparing zijn niet kwantitatief gemaakt. Daarnaast is de kostenbesparing tot nu toe niet inzichtelijk gemaakt. Een divisiemanager noemt als reden dat er nog veel contracten liepen en er geleidelijk nieuwe contracten konden worden opgesteld.

‘Nou, je kunt zeggen, op inkoop terrein hebben we zeker een 15 tot 16 miljoen structureel bespaard in de afgelopen vier jaar. Dat denk ik. Dat is redelijk onderzocht. Ja en verder, het is ook het vermijden van meer kosten..’

[Divisiemanager]

De manager Marketing en Sales geeft aan dat de kostenbesparing bij de inkoop met name te maken heeft met het samenvoegen van allerlei kleinere contracten. Leveranciers zijn bereid om voor een groter contract lagere prijzen af te spreken.

De IC’s van de verschillende ziekenhuizen moesten in eerste instantie aan de eisen van de inspectie voldoen. Een divisiemanager stelt dat dit doel is behaald.

Daarbij wilden ze binnen het IC-netwerk een extra kwaliteitsslag maken, door ook gezamenlijk protocollen te ontwikkelen en kennis en kunde met elkaar te delen. Standaardisatie van werkprocessen kan leiden tot een kwaliteitsverbetering. Er wordt tevens genoemd dat standaardisatie leidt tot kostenreductie, doordat op die manier overal bijvoorbeeld dezelfde apparatuur wordt gebruikt. Deze producten kunnen dan groter worden ingekocht. De kwaliteitsverbetering levert mogelijk ook een hogere prijs op.

‘We leveren hetzelfde, we hebben dezelfde kennis, expertise, protocollen en dezelfde kwaliteit, dus we willen ook een hogere prijs. We willen dezelfde prijs hebben. Dat is nog toekomst muziek. Dat lukt nog niet helemaal, maar daar wordt wel over nagedacht en aan gewerkt. En dat is uiteindelijk het doel..’

[Arts]

Daarnaast is het IC-netwerk een aantrekkelijke plek om te werken, waardoor er voldoende intensivisten bereid zijn gevonden binnen het netwerk te komen werken. Na de totstandkoming van het IC-netwerk zijn nog vijf nieuwe intensivisten aangenomen. Er is schaarste onder het specialisme en het omzet scheelt wanneer de formatie niet voldoende kan worden opgevuld.

De respondenten noemen dat er geen cijfers beschikbaar zijn over de verbetering van de kwaliteit van zorg en over het behalen van de kostenbesparing binnen het IC-netwerk. De intensivisten concluderen dat zij vanuit hun specialisme merken dat de kwaliteit is verbeterd.

‘Ik denk niet dat je daar nu al harde getallen voor hebt. Als ik heel eerlijk ben. Je zit nu toch nog erg in een transitie fase. Als ik gewoon kijk hier, hoe hier de patiëntenzorg is gegaan, dan ruik ik een kwaliteitsverbetering. Gewoon omdat je ziet dat er meer continuïteit van zorg is. Er meer structuur is.’

[Arts]

Recent is het STZ ziekenhuis gestart met het onderzoeken van patiënttevredenheid. Dit gebeurde al in het grote streekziekenhuis. De zorgmanager vertelt dat zij niet weet of de patiënttevredenheid op deze IC is veranderd na de totstandkoming van het IC-netwerk, omdat mogelijk deze resultaten niet werden geanalyseerd. Binnen de IC waar de zorgmanager werkzaam is, waren nog geen resultaten over patiënttevredenheid bekend.

### 4.3.2 Structuur effectiviteit

Het IC-netwerk heeft het mogelijk gemaakt dat alle IC’s aan de eisen van de inspectie konden voldoen en dat op alle locaties nog patiënten behandeld konden blijven worden. Eén van de ziekenhuizen kreeg een probleem doordat er al onvoldoende formatie aan intensivisten was en dat er ook nog een intensivist de functie neerlegde. Daar ontstond een acuut probleem. Eén van de andere vier ziekenhuizen heeft toen hulp aangeboden. Daarbij zijn gelijk afspraken gemaakt om te kunnen voldoen aan de eisen van de inspectie. Niveau 1 IC’s werden verplicht om een samenwerkingsovereenkomst aan te gaan met een niveau 3 IC.

‘Maar we hebben wel, vanwege die formele eis van de inspectie, hebben wij ook afgesproken voordat dat wij langer liggende patiënten hier met hen zouden bespreken. En dat werd ook netjes bijgehouden, dat als we mensen langer hadden liggen dat we daarover contact hadden.’

[Arts]

Na het ontstaan van het IC-netwerk konden alle IC’s op hun niveau blijven bestaan. Voor de IC met de ambitie om een niveau hoger te komen, werd dit ook mogelijk gemaakt.

### 4.3.3. Effectiviteit van het proces

De respondenten geven aan tevreden te zijn met wat er al bereikt is met het IC-netwerk binnen de A-12 coöperatie. Een divisiemanager stelt dat de ontwikkelingen op het gebied van kostenbesparing en kwaliteit maken dat het een goede keuze is geweest om samen te werken met andere ziekenhuizen.

Binnen één van de ziekenhuizen is een direct personeelsprobleem opgelost en door het IC-netwerk hebben de verschillende IC’s kunnen blijven bestaan.

Bij het vormgeven van het IC-netwerk zijn ook wel eens confrontaties geweest, zoals bij het opstellen van één functieomschrijving voor IC-verpleegkundigen en het opstellen van protocollen wat plaatsvond binnen een kennisteam. Het afstemmen van de werkwijze op de verschillende afdelingen ging ook wel eens met een confrontatie gepaard. Door een zorgmanager werd onder andere het volgende gezegd:

‘Ja, jij zei net: ‘jullie konden het dus wel goed met elkaar vinden’. Nou nee, we hebben ook zeker vergaderingen gehad over bijvoorbeeld één functieomschrijving, en zo leuk was dat niet. Omdat je dan erg verschilt van mening.’

[Zorgmanager]

Door de kwaliteitseisen van de inspectie werden de IC’s min of meer genoodzaakt om met elkaar te gaan samenwerken. De intensivisten waren, mede door de oprichting van de coöperatie, op elkaar aangewezen. Hoe het netwerk vorm moest gaan krijgen is door de intensivisten van de vier ziekenhuizen zelf bedacht. Dit met instemming van de vier Raden van Bestuur. De (overige) managementlagen geven aan niet betrokken geweest te zijn bij de besluitvorming van het IC-netwerk, maar dit geheel te accepteren.

‘Op een gegeven moment is besloten dat het IC-netwerk er is. Ik denk wel dat er heel duidelijk inzichtelijk is gemaakt dat deze ontwikkelingen nodig zijn.’

[Divisiemanager]

Een zorgmanager stelt dat zij vindt dat zij ook niet in de positie zitten om deel te nemen aan het besluitvormingsproces. Opmerkingen over een nieuwe ontwikkeling kunnen gemaakt worden, maar verder zijn zij voor de uitvoering. Daarop aansluitend, een divisiemanager geeft aan dat zij niet in de positie zijn om mee te beslissen over welke samenwerkingsverbanden het ziekenhuis met andere ziekenhuizen aangaat.

De medische staven zijn in eerste instantie niet betrokken geweest bij de gesprekken voor samenwerking tussen de vier ziekenhuizen. Dit heeft de staven gestoken, maar ze hebben er niet te lang bij stilgestaan. Een intensivist geeft aan dat er meerdere issues zijn geweest, maar dat het doel van de coöperatie altijd belangrijker werd gevonden.

‘Omdat het doel van de coöperatie belangrijker werd gevonden dan een paar kinken in de kabel. En zo zijn er heel veel meer van die dingetjes enigszins morrend toegestaan..’

[Arts]

Eén van de discussies ging over het plaatsen van een PET/CT scan in een groot streekziekenhuis. Dit leek geografisch gezien niet de beste plek. De medische staven zijn niet bij dit besluitvormingsproces betrokken geweest. Een voorzitter van de Raad van Bestuur geeft aan dat het een goede lobby is geweest van de voorzitter van de Raad van Bestuur van het grote streekziekenhuis.

Naar de medewerkers van de ziekenhuizen had meer gecommuniceerd mogen worden. Als voorbeeld werd genoemd dat er van het coöperatiekrantje een oplage was van 2500, terwijl er 6000 medewerkers zijn in het betreffende ziekenhuis. Wanneer iets vaker wordt verkondigd, wordt dit sneller geaccepteerd.

‘Het is net als de verhoging van de AOW leeftijd. Je hebt het nou 1,5 jaar gehoord het is onvermijdelijk en binnenkort roept men 68 jaar. Als je maar vaak genoeg roept dan is het zo.’

[Divisiemanager]

Onder verpleegkundigen heeft eerst wel angst geheerst, na de totstandkoming van de coöperatie en het IC-netwerk, over dat zij mogelijk op een andere locatie zouden moeten gaan werken. Nu, enkele jaren later, geven veel verpleegkundigen aan het toch wel leuk te vinden om eens op een andere locatie te kijken.

Niemand geeft aan niet tevreden te zijn met het proces of de uitkomst van de samenwerking. Alle respondenten concluderen dat er ogenschijnlijk niet veel is bereikt, maar dat ze nu wel vertrouwen in elkaar hebben gekregen. Dit wordt gezien als basis voor een verdere samenwerking.

5. analyse

De resultaten uit dit onderzoek geven een beeld van hoe een interorganisationele samenwerking tussen ziekenhuizen verloopt. In dit hoofdstuk wordt een analyse gemaakt van opvallende elementen binnen deze samenwerking. De belangrijkste elementen die tijdens het beschrijven van de resultaten naar voren kwamen worden uitgelicht.

## 5.1 interorganisationele netwerkvorming

In deze paragraaf wordt een analyse gemaakt van hoe de netwerkpartners tot een samenwerkingsverband zijn gekomen en welke motieven zij daar voor hadden.

### 5.1.1 veranderende omgeving

Netwerkontwikkeling ontstaat ten gevolge van druk van buiten (De Bruijn en Ten Heuvelhof 2007). Ziekenhuizen moeten aan steeds strengere kwaliteitseisen voldoen en krijgen daar steeds minder middelen voor. Op deze manier ontstaat een afhankelijkheidsrelatie tussen zorginstellingen. Dit is terug te zien in het ontstaan van de A-12 coöperatie. Samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuisbestuurders en artsen van verschillende ziekenhuizen ontstaan door externe druk. Kwaliteitseisen, volumenormen en korting op het budget maakten dat ziekenhuisbestuurders en artsen binnen de A-12 coöperatie bereid waren tot samenwerking.

Het IC-netwerk kreeg sneller gestalte toen de inspectie kwam met een nieuw rapport. In deze richtlijn werd aangegeven dat IC’s met niveau 1 verplicht werden om een samenwerkingsovereenkomst aan te gaan met een niveau 3 IC. Voor drie van de vier IC’s ontstond de noodzaak om te gaan samenwerken.

Veranderingen in de interne omgeving maakten een interorganisationele samenwerking ook aantrekkelijker. Genoemd wordt een personeelstekort onder verpleegkundigen en intensivisten. Dit personeelstekort kon door interorganisationele samenwerking gezamenlijk worden opgelost. Daarnaast ontstond er door de samenwerking een aantrekkelijker werkomgeving voor nieuw te werven personeel.

### 5.1.2 Toezicht

Door marktwerking in de zorg verandert de rol van de overheid in die van een toezichthouder. De toezichthouder wil de concurrentie bevorderen en publieke belangen, zoals betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit, beschermen (VWS 2011) (De Bruijn en Ten Heuvelhof 2007). Dit zijn motieven voor ziekenhuizen om schaalvergroting te realiseren. Er dienen een nieuwe perspectieven en strategieën gevonden te worden om aan te kunnen passen aan de veranderende omgeving (Dawson 1996). Schaalvergroting kan leiden tot efficiëntie, waardoor er middelen beschikbaar komen om te investeren in kwaliteit en innovatie. Er vindt groei plaats binnen de organisatie en de marktpositie wordt versterkt. Samenwerking en netwerkontwikkeling zijn noodzakelijk om de schaalvergroting te kunnen bereiken. Door de NMa wordt onder bepaalde voorwaarden samenwerking met het oog op spreiding en concentratie toegestaan. Het voornaamste criterium van de NMa is dat de samenwerking voordelen oplevert voor de patiënt (NMa 2010). Door genoemde ontwikkelingen zijn de afgelopen tijd veel fusies gerealiseerd (VWS 2011b). Door de schaalvergroting ontstaat voor de gefuseerde ziekenhuizen meer marktmacht. De overheid vindt dit onwenselijk, het beleid is er juist op gericht om patiënten meer (keuze)vrijheid te geven (VWS 2011a). Volgens de mededingingswet is het niet toegestaan dat een partij een te grote macht krijgt, omdat het een negatief effect heeft op de concurrentie. Dit is één van de redenen dat de A-12 coöperatie vanaf het begin geen fusie is aangegaan. Een fusie tussen vier ziekenhuizen zou een te grote marktmacht geven. Dit zou door de NMa niet worden toegestaan. Bij een coöperatie daarentegen blijven de ziekenhuizen autonoom. De afstemming over verdere samenwerking en concentratie van zorgactiviteiten kan vanuit deze comfortabele en zelfstandige positie verder worden verkend en vorm gegeven.

De fusiegolf heeft er toe geleid dat er scherpe regels rond fusies in de zorg zijn ontstaan (VWS 2011b). Samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders wordt door de overheid gestimuleerd, indien dit niet leidt tot vergroting van marktmacht. Zorgaanbieders lijken er baat bij te hebben dat zij inzichtelijk maken wat de kwaliteitswinst is en dat zij goed nadenken over de samenwerkingsvorm. De NMa heeft richtlijnen voor de samenwerking in de zorg opgesteld, 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 ten onrechte als argument gebruikt wordt voor ongewenste schaalvergroting of voor het verdelen van het zorgaanbod tussen zorgorganisaties onderling (VWS 2011a; RVZ 2011b). De NMa heeft bij de totstandkoming van de A-12 coöperatie onderzoek gedaan naar mededinging. Naast de coöperatie zijn er nog voldoende keuzemogelijkheden van zorgaanbieders voor patiënten. Vanuit de coöperatie is informeel contact met de NZa om voor de voorgenomen verdere samenwerking de voorwaarden van de NZa en NMa af te tasten. Deze gesprekken moeten het bestuur de nodige zekerheid geven in het voornemen om verdergaande samenwerkingsverbanden aan te gaan. De NZa heeft ook aangegeven dat er in de omgeving van de A-12 coöperatie nog voldoende alternatieven zijn voor patiënten.

### 5.1.3 partnerkeuze

Elk ziekenhuis heeft zijn eigen redenen om te willen of moeten samenwerken. Een combinatie van motieven voor de partnerkeuze en noodzaak van samenwerking maakt dat de vier ziekenhuizen van de A-12 coöperatie een samenwerkingsverband zijn aangegaan. Dit sluit aan bij Oliver en Ebers (1990), die stellen dat een combinatie van motieven leidt tot het uiteindelijke besluit om een samenwerking aan te gaan. De redenen die door de ziekenhuizen van de A-12 coöperatie zijn genoemd, zijn; de financiële situatie zekerstellen, vergroten van het adherentiegebied om complexe zorg aan te kunnen blijven bieden, een aantrekkelijke werkgever te kunnen blijven en het voorkomen van isolatie door de ligging van het ziekenhuis. De motieven voor samenwerking zijn voor de ziekenhuizen verschillend. Waar alle vier ziekenhuizen voor kwamen te staan was een door de overheid opgelegde kostenreductie van 3%. Het doel van de samenwerking was in eerste instantie om de opgelegde kostenreductie op te kunnen vangen.

De vier ziekenhuizen hebben er bewust voor gekozen om met elkaar te gaan samenwerken en niet met andere ziekenhuisinstellingen in de regio. De keus is mede bepaald door de meerwaarde die de vier ziekenhuizen elkaar te bieden hebben. Het zorgaanbod is veelal complementair aan elkaar en hierdoor staan nauwelijks concurrerende belangen de samenwerking in de weg. Door een samenwerking aan te gaan wordt de autonomie van de ziekenhuizen veilig gesteld, wordt de marktpositie versterkt door vergroting van het adherentiegebied en kunnen wederzijdse voordelen worden behaald. Oliver en Ebers (1990) stellen dat interdependenties maken dat organisaties relaties aangaan. Bij de samenwerking tussen de ziekenhuizen van de A-12 coöperatie is door elke partij gekeken naar de belangen van en chemie tussen hen en de andere partijen.

Voor de totstandkoming van de A-12 coöperatie hebben de verschillende Raden van Bestuur contact gehad met meerdere ziekenhuisorganisaties. Voor de totstandkoming van een samenwerking tussen Medisch Centrum Haaglanden (locatie Westeinde en Antoniushove) en Bronovo Ziekenhuis in Den Haag, ’t Lange Land Ziekenhuis in Zoetermeer en Groene Hart Ziekenhuis in Gouda worden zowel rationele als irrationele redenen genoemd. Rationele argumenten die worden genoemd voor de samenwerking tussen deze vier ziekenhuizen zijn onder andere dat de vier ziekenhuizen niet met elkaar te vergelijken zijn. De coöperatie bestaat uit een topklinisch ziekenhuis, met aan weerszijden een klein streekziekenhuis en op grotere afstand een groot streekziekenhuis. Er is dus wel degelijk nagedacht over de keuze van samenwerkingspartners. Oliver en Ebers (1990) stellen dat het van belang is om na te gaan welke kansen en belemmeringen er zijn om samenwerking te realiseren. Bij de totstandkoming van de A-12 coöperatie leken de partners voor het IC-netwerk min of meer vast te liggen.

Andere rationele argumenten die zijn genoemd om tot de keuze te komen om te willen samenwerken met andere organisaties zijn; de geografische ligging, de oriëntatie van andere ziekenhuizen in de omgeving en verbinding aan dezelfde OOR (Overleg Opleiding Regio). In interorganisationele theorieën is het belang van geografische ligging voor samenwerking tussen organisaties niet terug te vinden. Dit wordt door de netwerkpartners van de A-12 coöperatie wel genoemd als belangrijk item voor de partnerkeuze. Eén van de ziekenhuizen heeft als reden gehad om de samenwerking aan te gaan om uitsluiting in een samenwerkingsverband in de omgeving te voorkomen. Het nieuwe adherentiegebied, dat door de coöperatie is ontstaan, is voor de vier ziekenhuizen erg belangrijk. Het heeft er naar uitgezien dat één van de ziekenhuizen vanwege de financiële situatie zich terug zou trekken uit de coöperatie. Hierdoor zou het aaneengesloten verzorgingsgebied uit elkaar vallen en voor het verderop gelegen ziekenhuis het argument wegvallen om binnen de coöperatie te blijven.

Irrationele redenen zijn de omstandigheden, de tijd en chemie tussen de vier ziekenhuizen. Dit suggereert dat het besluitvormingsproces tot de partnerkeuze omschreven kan worden als een proces dat min of meer doormiddel van toevalligheden verloopt (Van der Krogt en Vroom 1995). Organisaties ontwikkelen netwerken als zij interorganisationele relaties aan gaan (Fabbricotti 2007). Relaties worden niet alleen vanuit eerder genoemde determinanten aangegaan, maar zijn ook gebaseerd op de informatie over de competenties en betrouwbaarheid van de mogelijke netwerkpartners (Gulati en Garguilo 1999).

Zoals eerder genoemd hebben de Raden van Bestuur van de verschillende ziekenhuisorganisaties ook met andere partijen gesproken over een samenwerkingsverband. Dit lijkt met name te gelden voor Medisch Centrum Haaglanden en Groene Hart Ziekenhuis. Medisch Centrum Haaglanden was in gesprek over een samenwerking binnen de Formule (tegenwoordig Santeon). De A-12 coöperatie begon meer vorm te krijgen en vanwege dit feit zijn de onderhandelingen met de Formule ten behoeve van de A-12 coöperatie stop gezet. Daarnaast hebben zij nagedacht over een samenwerking met Haga Ziekenhuis. Tussen Medisch Centrum Haaglanden en Haga Ziekenhuis bestond rivaliteit tussen bestuurders en artsen, dus was er geen basis om met elkaar te kunnen samenwerken. Redenen voor Groene Hart Ziekenhuis om niet met andere partijen een samenwerkingsverband aan te gaan zijn; geen meerwaarde door samenwerking, te grote afstand tussen de ziekenhuizen en het ziekenhuis waarmee een samenwerking mogelijk zou zijn is gericht op een andere regio. Uit de interviews komt niet naar voren wat voor ’t Lange Land Ziekenhuis en Bronovo Ziekenhuis redenen zijn om niet met andere partijen een samenwerkingsverband aan te gaan.

Het handelen van actoren wordt in interorganisationele theorieën verklaard vanuit de belangen, macht, middelen en interdependente relaties van actoren (Fabbricotti 2007). Netwerkontwikkelingen vinden volgens Godfroij (1981) plaats, omdat actoren vanwege de wederzijdse afhankelijkheid met elkaar gaan interacteren. Ziekenhuizen blijken liever autonoom te blijven. Een samenwerking lijkt pas van de grond te komen door externe ontwikkelingen, waardoor ziekenhuizen afhankelijk van elkaar worden. Andere actoren zijn nodig om aan bepaalde behoeften, oriëntaties en doeleinden te kunnen voldoen (Fabbricotti 2007). Uit de interviews blijkt dat de netwerkpartners van de A-12 coöperatie goed hebben nagedacht over wat de andere partijen binnen de coöperatie hen kunnen bieden. Door de ontwikkelingen op het gebied van de IC werden de IC’s ook afhankelijk van elkaar. Twee van de vier IC’s zouden door de gestelde kwaliteitsnormen van de inspectie zonder samenwerkingsverband moeten sluiten. Dit was volgens de respondenten een belangrijke duw in de rug om het IC-netwerk van de grond te krijgen.

### 5.1.4 beperkte rol zorgverzekeraar

Opmerkelijk is dat zorgverzekeraars geen rol hebben gespeeld in de besluitvorming rond de totstandkoming van de A-12 coöperatie en het IC-netwerk. De overheid heeft in eerste instantie beraamt dat de zorgverzekeraar een regisserende rol dient te hebben in concentratie en spreiding van ziekenhuisfuncties. Zorgverzekeraars zijn met het hoofdlijnenakkoord deze inspanningsverplichting aangegaan. Zij hebben 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 (VWS 2011a). Tot dusver heeft de zorgverzekeraar beperkte bemoeienis gehad binnen de A-12 coöperatie met betrekking tot de interorganisationele samenwerking.

De zorgverzekeraar is na de totstandkoming van de A-12 coöperatie over de samenwerking geïnformeerd, door het contact wat er is met de ziekenhuizen en op een later moment door een presentatie die is gehouden tijdens een roadshow. Bij de zorgverzekeraar is wel bekend waar ziekenhuizen mee bezig zijn op het gebied van samenwerking, maar zij hebben geen actieve rol in het besluitvormingsproces rond deze samenwerking.

De zorgverzekeraars erkennen een entiteit als een coöperatie niet. Zij hebben contracten met de vier verschillende ziekenhuizen en niet met de coöperatie als geheel. De zorgverzekeraars kijken voor het contracteerbeleid naar het zorgaanbod in de gehele regio. Zij gebruiken de volumecriteria, opgesteld door wetenschappelijke verenigingen, om ziekenhuizen te dwingen keuzes te maken over het al dan niet meer aanbieden van zorg. Een voorbeeld hiervan is dat heupoperaties in een algemeen ziekenhuis binnen de coöperatie niet meer worden vergoed. De coöperatie heeft voor dit besluit niet de mogelijkheid gekregen om binnen de coöperatie aan de gestelde eisen van de zorgverzekeraar te voldoen. Op basis van kwaliteitseisen en het zorgaanbod van heupoperaties in de regio hebben de zorgverzekeraars er voor gekozen dit ziekenhuis niet meer te contracteren. Tot op heden richten zorgverzekeraars zich slechts op een beperkt deel van het totale curatieve zorgaanbod. Zij richten zich voornamelijk op hoog complex, laag volume zorg.

Op dit moment zijn er wisselende visies over in hoeverre de zorgverzekeraar de regierol op zich kan en zal nemen. Een belangrijk obstakel voor selectieve zorginkoop vormt het Bestuurlijk Hoofdlijnen Akkoord waarin is overeengekomen dat de ziekenhuiskosten jaarlijks met niet meer dan 2,5 procent mogen stijgen. De nadruk op macrokostenbeheersing met verzekeraars in de rol van budgetbewaker heeft verzekeraars er toe gebracht om met individuele ziekenhuizen een vaste aanneemsom of productieplafond af te spreken (Van de Poel 2012). Dit staat haaks op het doel van selectieve zorginkoop, namelijk dat patiënten toegang hebben tot een steeds hoger niveau van kwaliteit van zorg tegen relatief lagere kosten. Daarnaast heeft ook de invoering van een nieuwe bekostigingssystematiek in de vorm van DBC’s op weg naar transparantie (DOT) selectieve zorginkoop in de weg gestaan (Van de Poel 2012). Onzekerheid rond het DOT systeem heeft er toe geleid dat zorgverzekeraars om die reden hebben besloten om eerst een aanneemsom af te spreken. Indien deze obstakels zouden worden weggenomen ontstaan er mogelijk weer nieuwe obstakels. Wanneer zorgverzekeraars ziekenhuizen stimuleren om samenwerkingsverbanden aan te gaan om te kunnen voldoen aan de volumenormen, krijgen de zorgverzekeraars met aanbieders te maken die meer macht zullen hebben over de coördinatie van het regionale zorgaanbod. Hierdoor wordt het selectief inkopen steeds moeilijker. Het hebben van de regierol voor de zorgverzekeraar kan dus leiden tot het onbedoelde resultaat dat selectief inkopen beperkt mogelijk is.

### 5.1.5 betrokkenheid overige partijen

Zoals de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) stelt, moet het ordeningsprincipe zijn: ‘zorg dichtbij als het kan en ver weg als het moet’. In de zorg moeten samenwerkingsverbanden ontstaan die een regionale oriëntatie hebben. Om te kunnen voldoen aan doelmatigheid en kwaliteitseisen zal bepaalde zorg, met name hoog complex/ laag volume zorg, niet meer overal aangeboden kunnen worden. Goede kwaliteit van zorg is ook in het belang van de patiënt. De NPCF (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie) vindt dat basiszorg en de voor- en nazorg van ingrepen wel in de buurt van de patiënt mogelijk moeten zijn. Het is van belang dat de zorg bereikbaar en bereisbaar blijft en dat kennis gespreid wordt. De bereidheid bij patiënten tot reizen is er, maar alleen als voor patiënten duidelijk is dat de zorg écht het verschil gaat maken. De prestaties van artsen en ziekenhuizen kunnen nog transparanter (NPCF 2011).

Uit de interviews blijkt dat patiënten geen rol hebben gespeeld in het strategisch besluitvormingsproces bij de totstandkoming van de A-12 coöperatie en het IC-netwerk. In het debat rond spreiding en concentratie van ziekenhuiszorg zijn wel verschuivingen zichtbaar dat patiënten via de patiëntenorganisaties meer invloed kunnen uitoefenen op kwaliteit van zorg. Zorgverzekeraars gebruiken als vertegenwoordigers van de patiënten tevens steeds meer patiëntenoordelen over de kwaliteit van zorg voor de inkoop van zorg, waardoor de invloed van patiënten op termijn via patiëntenorganisaties dan wel zorgverzekeraars toe kan nemen. De ontwikkelingen lijken echter nog zeer beperkt te zijn. Binnen het IC-netwerk is recent een patiënt tevredenheidsonderzoek gestart om op deze manier patiënten invloed te kunnen laten uitoefenen op het beleid en de kwaliteit van de zorg.

Verwacht zou worden dat huisartsen, vanuit hun positie, een grotere betrokkenheid hebben bij het besluitvormingsproces rond en binnen de A-12 coöperatie. Huisartsen zijn echter alleen geïnformeerd over de status van de samenwerkingen binnen de A-12 coöperatie. Dit was na de totstandkoming van de A-12 coöperatie en het IC-netwerk, dus in relatief een laat stadium van het proces. Er is gehandeld vanuit de overtuiging dat huisartsen hun verwijsgedrag niet zullen veranderen naar aanleiding van dergelijke samenwerkingen. Het belang van de huisarts lijkt bij het proces van coöperatievorming niet zo groot. Dit wordt anders wanneer electieve zorg op een andere locatie wordt aangeboden. Wanneer huisartsen naar dezelfde arts in hetzelfde ziekenhuis kunnen doorverwijzen veranderd er voor hen weinig.

Daarnaast zijn er ook geen andere lokale partijen bij het besluitvormingsproces betrokken geweest, zoals de lokale overheid. De ziekenhuizen binnen de A-12 coöperatie suggereren dat deze partij pas in beeld komt wanneer er belangrijke functies binnen het ziekenhuis dreigen weg te vallen. Bijvoorbeeld wanneer er in één van de ziekenhuizen geen spoedeisende hulp mogelijkheden meer zouden zijn.

### 5.1.6 netwerkintegratie

Metcalfe (1976) richt zich expliciet op netwerkontwikkelingen, waarbij sociale integratie centraal staat. Metcalfe definieert sociale integratie als de mate en de wijze waarop delen interacteren en als geheel functioneren. De ontwikkeling van een netwerk gaat langs vijf verschillende dimensies van sociale integratie: de acceptatie van een nieuwe ideologie (aanvaarden van een nieuw doel), culturele integratie, normatieve integratie, communicatieve integratie en functionele integratie.

Ten eerste vindt er de introductie van een nieuw doel plaats. Met de acceptatie van de noodzaak tot samenwerking is er een basis voor netwerkvorming (Metcalfe 1976). Na de totstandkoming van de A-12 coöperatie hebben medici het idee van een samenwerking tussen de vier ziekenhuizen redelijk snel geaccepteerd. Binnen het IC-netwerk heeft één intensivist het gedachtegoed van het samenwerkingsverband niet geaccepteerd en is uit dienst gegaan.

Na acceptatie van de nieuwe ideologie behoren culturele, normatieve en functionele integratie op gang te komen. Binnen de A-12 coöperatie en het IC-netwerk zijn deze dimensies van integratie terug te vinden. Culturele integratie omvat de mate waarin netwerkpartijen overeenstemming hebben over de doelen en waarden en de mate waarin de doelen en waarden onderling consistent zijn (Metcalfe 1976). De motieven om te gaan samenwerken zijn deels verschillende van elkaar, maar de coöperatie had als gezamenlijk doel om de opgelegde kostenreductie van 3% op te kunnen vangen.

Uit vrijwel alle interviews blijkt dat vertrouwen en het nemen van tijd cruciaal zijn om een samenwerking succesvol te laten zijn. Elke samenwerking ontstaat op individueel niveau. Om normatieve integratie binnen een netwerk te bereiken is in eerste instantie het vertrouwen in de samenwerking op individueel niveau noodzakelijk, om vervolgens op organisatieniveau overeenstemming over elkaars verwachtingspatronen, betreffende rollen en gedragingen te bereiken. In subparagraaf 5.2.2 wordt beschreven wat het belang van vertrouwenop individueel niveau is binnen interorganisationele netwerkvorming en hoe die uiteindelijk kan leiden tot sociale integratie op organisatieniveau.

Functionele integratie definieert Metcalfe (1976) als de mate waarin netwerkorganisaties hun activiteiten coördineren. Dit is terug te zien in de formalisatie van het coöperatieve verband. Men doet onder andere gezamenlijke inkoopactiviteiten, de maatschappen chirurgie van Medisch Centrum Haaglanden en Bronovo Ziekenhuis zijn gefuseerd en het IC-netwerk is gerealiseerd. Voor het IC-netwerk zijn mandaten weggegeven in het belang van de samenwerking. Er is een champion IC en een IC-netwerkdirectie aangesteld. Communicatieve integratie is nodig om tot culturele, normatieve en functionele integratie te kunnen komen. Hiermee doelt Metcalfe (1976) op de mate waarin netwerkorganisaties zich wederzijds bewust zijn van het nieuwe doel en van elkaars verwachtingen en belangen en de mate waarin hierover gecommuniceerd wordt. In een vroeg stadium van de totstandkoming van de A-12 coöperatie heeft men naar elkaar uitgesproken hoe te communiceren. De respondenten geven aan te trachten om breed in gesprek te blijven met alle medewerkers in de organisatie. Misstanden worden binnen de A-12 coöperatie en het IC-netwerk naar elkaar uitgesproken en men gaat hier over met elkaar in gesprek. Dat communicatieve integratie nodig is om tot andere vormen van integratie te komen blijkt uit de betrokkenheid van één van de ziekenhuizen van de coöperatie. Tussen dit ziekenhuis en de overige drie ziekenhuizen liep de communicatie erg stroef. Over de IC van dit ziekenhuis werd gezegd dat lange tijd de status van deze IC niet duidelijk was. Op alle vlakken van integratie lijkt dit ziekenhuis dan ook het minst geïntegreerd te zijn binnen de coöperatie.

## 5.2 besluitvormingsproces in netwerken

Besluitvormingsprocessen in netwerken zijn moeilijk te voorspellen (De Bruijn en Ten Heuvelhof 2007). Deze besluitvormingsprocessen kennen geen duidelijk begin- en eindpunt en hebben geen duidelijk te onderscheiden fasen (De Bruijn en Ten Heuvelhof 2007). Dit is terug te zien bij het besluitvormingsproces rond de samenwerkingen binnen de A-12 coöperatie en het IC- netwerk. Er werden oplossingen gevonden voor zaken waar men tegen aan liep en nieuwe problemen deden zich voor. Dit is typerend voor strategische besluitvormingsprocessen in netwerken. Elke partij zal trachten het besluitvormingsproces, ten gunste van zichzelf, te beïnvloeden in een steeds veranderende context. Als gevolg hiervan ontstaat er een grillig en onvoorspelbaar proces, die overeenkomsten heeft met het arena-model (Pfeffer 1981). In dit hoofdstuk worden de volgende onderwerpen die een belangrijke rol hebben gespeeld in dit grillige proces besproken: tijd en vertrouwen, win-win situatie en de relatie tussen Raad van Bestuur en medisch specialisten.

### 5.2.1 GRILLIG VERLOOP

In deze casus verloopt het proces minder rationeel dan een zuivere projectmatige structuur. Elke betrokkene heeft andere ideeën over het te doorlopen proces en kan tevens andere problemen zien (De Bruijn en Ten Heuvelhof 2007). In het netwerk is er geen van hiërarchie. De vier ziekenhuizen zijn autonoom en kunnen dus hun eigen beslissingen maken ten aanzien van de samenwerking. Alle motieven en belangen van de afzonderlijke netwerkpartners zijn van belang in het besluitvormingsproces en hierdoor kan niet door één partij besluiten genomen worden. Dit maakt dat besluitvorming in een netwerk grillig en onvoorspelbare verloopt (De Bruijn en Ten Heuvelhof 2007).

Gesteld is dat de vier ziekenhuizen gezamenlijk de kostenreductie van 3% willen opvangen. Naast dit doel zijn er geen andere concrete doelen opgesteld. Dit lijkt aan te geven dat elke partij zich er van bewust is dat het besluitvormingsproces rond deze samenwerking grillig en ongestructureerd verloopt. De besluitvorming heeft geen duidelijk begin- en eindpunt (De Bruijn en Ten Heuvelhof 2007). Het is dan ook niet zinvol om concrete doelen voor de samenwerking op te stellen. Door afwachten en benutten van kansen krijgt de samenwerking uiteindelijk vorm. De afgelopen jaren is gewerkt aan een stabiele vertrouwensrelatie als basis om een verdergaande samenwerking in de toekomst mogelijk te maken.

Door het grillige karakter van het besluitvormingsproces is het bijna niet mogelijk formele afspraken op papier te zetten. Formele afspraken worden niet gemaakt, omdat de besluitvorming binnen een netwerk onvoorspelbaar is (De Bruijn en Ten Heuvelhof 2007). Dit is terug te zien in het proces van samenwerking binnen de A-12 coöperatie en het IC-netwerk. Er kon weinig documentatie beschikbaar worden gesteld, omdat deze er niet is. Betrokken partijen hebben verschillende belangen en de betrokkenen zullen trachten de uitkomst van het besluitvormingsproces te beïnvloeden (Van der Krogt en Vroom 1995). Wanneer afspraken op papier worden gezet, worden de partijen beperkt in de beïnvloeding van het besluitvormingsproces.

Door stapsgewijs de samenwerking en het proces vorm te geven, kan er een duurzame relatie binnen het netwerk ontstaan. De strategieën die door de betrokken partijen toegepast worden, om ervoor te zorgen dat eigen belangen meegenomen worden in de besluitvorming, zijn afwijkend van strategieën in rationele processen (De Bruijn en Ten Heuvelhof 2007). Bij zowel het IC-netwerk als het coöperatieve verband is het streven naar een win-win situatie essentieel gebleken en speelt het opbouwen van vertrouwen een belangrijke rol. Dit wordt in de volgende twee paragrafen uitgewerkt.

In het besluitvormingsproces speelt daarnaast de veranderde omgeving een grote rol. De vier ziekenhuizen zagen dat naar de toekomst toe een samenwerking met andere ziekenhuizen noodzakelijk was. Door de normen gesteld door de inspectie kreeg het IC-netwerk sneller vorm dan wanneer deze externe druk er niet was geweest.

Zoals De Bruin en Ten Heuvelhof (2007) het noemen 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 mede door 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. Om draagvlak voor de samenwerkingen te creëren en vertrouwen in elkaar te krijgen op zowel strategisch als operationeel niveau in de vier ziekenhuizen 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 of doordat men elkaar niet kent en er geen vertrouwen is om een langdurige relatie op te kunnen bouwen.

### 5.2.2 win-win situatie

Bij een win-winperspectief wordt er vanuit gegaan dat er voor iedere individuele partij een positieve winst/ verlies-rekening is. Hierbij gaat het om de winst en verlies in de perceptie van de actor en is deze dus niet altijd objectiveerbaar (De Bruijn en Ten Heuvelhof 2007). De win-winsituatie voor het STZ ziekenhuis is in grote lijnen het versterken van het topklinisch profiel door het vergroten van het adherentiegebied en voor de drie algemene ziekenhuizen het versterken van hun positie om toekomstbestendig te worden en te blijven. Daarbij noemen de twee kleinere algemene ziekenhuizen dat zij door de samenwerking de financiële situatie konden veilig stellen en de samenwerking als voordeel heeft dat zij een aantrekkelijker werkgever worden. Het grote algemene ziekenhuis zag als direct voordeel dat zij isolatie door de geografische ligging konden voorkomen.

De meerwaarde van het IC-netwerk is bij alle betrokken partijen terug te zien. De meerwaarde voor intensivisten komt neer op uitruil van diensten en dat zij binnen de IC hoofdbehandelaar zijn van de patiënten. De niveau 1 en 2 IC’s kunnen gebruik maken van de expertise van de IC van het STZ ziekenhuis. Voor de IC-verpleegkundigen geldt het IC-netwerk als een uitdaging, zij kunnen zich specialiseren binnen een kennisteam en gebruik maken van elkaars expertise. Voor patiënten in de regio Den Haag, Zoetermeer en Gouda is het IC-netwerk een meerwaarde doordat de kwaliteit van zorg door samenwerking verbeterd wordt. Voor de gemeenten, geldt dat door verstevigen van de positie van de ziekenhuizen, de werkgelegenheid van inwoners minder in gevaar komt.

### 5.2.3 Tijd en vertrouwen

Het is belangrijk om tijd uit te trekken voor het verkrijgen van vertrouwen tussen alle partijen. Vertrouwen is een essentiële component van alle langdurige sociale relaties (Seligman 2000). Macht, dominantie en dwang zijn een tijdelijke oplossing voor problemen, maar het is geen basis voor samenwerking op de langere termijn. Dit besef is er bij alle vier de ziekenhuizen. Er is bewust gekozen voor een samenwerking in een coöperatie verband. Op deze manier wordt uitgesproken dat men met elkaar wil samenwerken, maar de ziekenhuizen blijven autonoom. Voorkomen van machtsmisbruik is zoals beschreven noodzakelijk om duurzame relaties op te bouwen. Machtsuitoefening tast de duurzaamheid van relaties aan (De Bruijn en Ten Heuvelhof 2007) (Seligman 2000). Vrijwel alle respondenten noemen dat vertrouwen en gelijkwaardigheid essentieel zijn om een duurzaam interorganisationeel netwerk op te kunnen bouwen. Door bewust met elkaar in contact te komen, afspraken na te komen en veel en duidelijk te communiceren weet men wat men aan elkaar heeft. Deze manier van communiceren is noodzakelijk om uiteindelijk tot sociale integratie te komen. Metcalfe (1976) stelt dat bij netwerkontwikkeling sociale integratie centraal staat. Metcalfe (1976) definieert sociale integratie als de mate en de wijze waarop delen interacteren en als geheel functioneren. Door de tijd te nemen om elkaar te leren kennen en door heldere communicatie wordt er een vertrouwensrelatie opgebouwd, welke nodig is om tot deze sociale integratie te komen. De behoefte aan vertrouwen komt voort uit onzekerheid. Deze onzeker- en onduidelijkheid is te vinden tussen actoren, tussen actoren en hun doelen, en tussen actoren en middelen. Dit leidt tot een onvoorspelbaarheid in sociale relaties. In tegenstelling, er is wel sprake van een gezamenlijke onderlinge afhankelijkheid. Deze afhankelijkheid maakt dat organisaties interorganisationele relaties aan willen gaan. Het gevolg is dat er tijd genomen moet worden om te werken aan stabiele sociale relaties van wederzijds vertrouwen tussen de verschillende actoren (Seligman 2000). De vier ziekenhuizen zagen in dat er, voordat er mandaten aan een partij werden toebedeeld, eerst een vertrouwensrelaties moest zijn. Volgens Seligman (2000) kan vertrouwen het best beschreven worden als een onzekerheid in de verwachting van de rolverdeling. Vertrouwen is een maatstaf voor het geloof in de eerlijkheid en aardigheid van de ander. Op enig moment is er binnen de coöperatie een voorzitter benoemd. Dit is één van de voorzitters van de Raden van Bestuur. Binnen het IC-netwerk zijn een champion IC, een netwerkmanager en een medisch netwerkleider benoemd. Dit laat zien dat er voldoende vertrouwen tussen de netwerkpartners is om deze rollen te verdelen. 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 (2000) dit beschrijft. Het ‘ons kent ons’ gevoel brengt verwachtingen en voorspelbaarheid over elkaars handelen met zich mee. De toenemende voorspelbaarheid in het handelen van de andere partij maakt dat, naast de toegenomen vertrouwensrelatie, sprake is van toenemende normatieve integratie, één van de dimensies van sociale integratie. De mate van sociale integratie bepaalt uiteindelijk de vorm van samenwerking en de stabiliteit van het netwerk (Metcalfe 1976). Deze stabiliteit is overigens geen vaststaand gegeven. Het onderhouden van de vertrouwensband blijft noodzakelijk, aangezien belangen en motieven van belanghebbende partijen in de loop der tijd door verschillende factoren, zoals de veranderde context, zullen veranderen.

### 5.2.4 relatie Raad van bestuur en medisch specialisten

Bij de Raden van Bestuur is er het besef dat, om functionele samenwerkingsverbanden aan te gaan, artsen met elkaar moeten kunnen samenwerken. De medisch specialisten staan aan het begin van het primaire proces, dus het is belangrijk dat zij met elkaar kunnen samenwerken. Artsen kunnen onafhankelijk van anderen beslissingen nemen of handelingen verrichten en willen deze autonomie ook niet verliezen. Daarom is het van belang juist de artsen te betrekken bij het nemen van strategische besluiten (Van Wijngaarden e.a. 2010). Bestuurders kunnen hun wil niet opleggen, maar zullen stapje voor stapje te werk moeten gaan. De Raden van Bestuur van de vier ziekenhuizen stellen dat je als bestuur mogelijkheden moet bieden dat artsen elkaar kunnen leren kennen en dat men moet faciliteren in de samenwerking daar waar nodig. Dit hebben zij gedaan door informele bijeenkomsten te organiseren op de woonboot van één van de voorzitters van de Raden van Bestuur. Volgens Mintzberg (2010) moet het bestuur van een zorgorganisatie initiatieven voor strategieverandering introduceren, omdat artsen strategiebepaling niet als hun core business zien. De Raden van Bestuur hebben dit gedaan door te vragen naar mogelijke initiatieven voor samenwerking. De relatie tussen de Raden van Bestuur en de medisch specialisten is veranderd. De Raden van Bestuur nemen meer een faciliterende rol op zich naar de medisch specialisten toe. Het aandragen van inhoudelijke alternatieven wordt door de medisch specialisten gedaan. De medisch specialisten hebben drieëndertig initiatieven voor samenwerking aangedragen. Daar zijn een aantal initiatieven uitgehaald om ten eerste mee aan de slag te gaan, één daarvan is het IC-netwerk. De respondenten geven aan dat één van de IC-afdelingen van de betreffende organisaties ten tijde van de oprichting niet actief deelnam aan het IC-netwerk. Als reden wordt daarvoor gegeven dat er geen goede communicatie was tussen het bestuur en de artsen binnen dat ziekenhuis. Het bestuur van het betreffende ziekenhuis lijkt niet voldoende gestimuleerd te hebben zich aan te sluiten bij het IC-netwerk.

De bestuurders geven aan dat zij inzien dat zij zonder de artsen niet veel kunnen bereiken op het gebied van spreiden en concentreren van ziekenhuiszorg. Interorganisationele samenwerking is een gezamenlijke opdracht. Voor een succesvolle samenwerking op het gebied van het primaire proces is veel tijd nodig en gaat het om een goede samenwerking tussen alle disciplines, dus niet alleen tussen het bestuur en medisch specialisten, maar ook met managers, verpleegkundigen en paramedici.

De Raden van Bestuur hebben artsen de mogelijkheid geboden om elkaar te leren kennen en hebben gefaciliteerd in samenwerkingen daar waar nodig. Indien Raden van Bestuur niet bereidt zijn te investeren in een samenwerking hebben initiatieven van medisch specialisten weinig zin. Mede door de Raden van Bestuur van de vier ziekenhuizen werd het mogelijk om als intensivisten voor het IC-netwerk met elkaar in contact te komen. Een goede samenwerking tussen de Raden van Bestuur en medisch specialisten is van essentieel belang voor een succesvolle samenwerking. Daarbij dienen ook de Raden van Toezicht genoemd te worden. Zonder een goede relatie met de Raden van Toezicht lijkt een dergelijke samenwerking ook niet van de grond te kunnen komen.

## 5.3 effectiviteit

Effectiviteit kan op verschillende manieren benaderd worden. Bij een doel rationele benadering is de belangrijkste vraag of vooraf opgestelde doelstellingen zijn behaald en wat de kosten hiervan waren of wat het heeft opgeleverd aan kostenreductie (De Bruijn en Ten Heuvelhof 2007). In het kader van spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties is deze benadering van belang, omdat het doel is de kwaliteit van zorg te verbeteren en de kosten te reduceren. Binnen het proces van spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties lijkt de mate van effectiviteit van het proces een betere parameter. Zijn de partijen tevreden met de package deal en wordt er gewerkt aan een stabiele vertrouwensrelatie voor verdere samenwerking naar de toekomst toe. De Bruijn en Ten Heuvelhof (2007) benadrukken dat besluitvormingsprocessen in netwerken een proces is, waarbij geen sprake is van een duidelijk begin- en eindpunt. Dat maakt dat het evalueren van het proces niet alleen moet gaan over doelrealisatie, maar tevens over criteria als tevredenheid, het ontstaan van duurzame relaties en over de eerlijkheid van het verlopen van het proces (De Bruijn en Ten Heuvelhof 2007).

### 5.3.1 doel rationele en structuur effectiviteit

Doel rationele effectiviteit en effectiviteit in structuur zijn in dergelijke, grillig verlopende, processen moeilijk zichtbaar te maken. Verschillende partijen hebben verschillende doelen en verschillende opvattingen over de vraag welke doelstellingen zijn gerealiseerd. Partijen kunnen gedurende het proces hun doelstellingen wijzingen, waardoor het niet mogelijk is om achteraf te kijken of de vooraf opgestelde doelstelling is behaald (De Bruijn en Ten Heuvelhof 2007). Daarbij worden, wat ook zichtbaar was bij de A-12 coöperatie, gezamenlijke doelen niet duidelijk geformuleerd. Een kostenbesparing door korting op het budget werd door de ziekenhuizen de grootste driver genoemd om met elkaar te gaan samenwerken. Het doel wat de coöperatie heeft gesteld is een kostenbesparing van 25 miljoen in 5 jaar. Daarbij zagen de ziekenhuizen onafhankelijk van elkaar dat zij als zelfstandig ziekenhuis naar de toekomst toe niet konden voldoen aan de steeds langer wordende lijst van kwaliteitseisen.

De financiële winst die men wilde behalen door de samenwerking ligt voornamelijk op het gebied van inkoop. De kostenbesparing die tot nu toe behaalt is, is niet inzichtelijk gemaakt. Dit blijkt ingewikkeld te zijn, door contracten die nog liepen en in de loop van de tijd zijn aangepast en het vermijden van extra kosten.

Het voornaamste doel van het IC-netwerk was het voldoen aan de eisen van de inspectie. Daarnaast was het IC-netwerk voornemens om een kwaliteitsverbetering te maken. De respondenten geven aan dat de IC’s binnen het IC-netwerk voldoen aan de eisen van de inspectie. De extra kwaliteitsslag, door gezamenlijk protocollen te ontwikkelen en kennis en kunde met elkaar te delen, lijkt ook gemaakt. Standaardisatie van werkprocessen kan leiden tot een kwaliteitsverbetering (Mintzberg 2010). Door gezamenlijke inkoop van apparatuur op de IC’s lijkt een kostenreductie ook realiseerbaar. Deze producten kunnen dan op grotere schaal worden ingekocht. De verbetering van de kwaliteit van zorg en het behalen van de kostenbesparing binnen het IC-netwerk is niet kwantitatief gemaakt. De conclusie van de intensivisten is dat zij vanuit hun specialisme merken dat de kwaliteit van de IC-zorg is verbeterd.

Het hoofddoel binnen het Bestuurlijk Hoofdlijnen akkoord (VWS 2011a) is het significant verlagen van de uitgavengroei van de curatieve zorg. Men kan zich afvragen of dit met de huidige uitwerking van het beleidsvoornemen in de praktijk behaald wordt. Met dit onderzoek is inzichtelijk geworden dat de eerste stappen richting interorganisationele samenwerking zijn gezet en de uitwerking van ‘concentratie en spreiding’ in de praktijk. Echter alle vier de ziekenhuizen richten zich op het versterken van hun marktpositie. De verwachting is dat de kwaliteit van zorg binnen de coöperatie verbeterd wordt, maar er is geen aanleiding te geven dat hierdoor kostenbesparing plaatsvindt. Ziekenhuizen die samenwerken met andere zorgorganisaties, om te kunnen voldoen aan de volumenormen, krijgen een grotere marktmacht. Hierdoor wordt het selectief inkopen steeds moeilijker en kunnen de zorgkosten stijgen. Ziekenhuizen kunnen binnen een collectief goedkoper middelen inkopen, maar door vergroting van marktmacht een hogere prijs voor de curatieve zorg vragen.

Bij een herverdeling van ziekenhuisfuncties zal de structuur van de deelnemende ziekenhuizen veranderen. Dit is een reden om ook de structuur effectiviteit te evalueren. Effectiviteit van structuur verwijst naar of het gezondheidszorgsysteem in staat is te voldoen aan de behoeften van de patiënten of de regio (Mainz 2003). Het IC-netwerk heeft het mogelijk gemaakt dat alle IC’s aan de eisen van de inspectie konden voldoen en dat op alle locaties nog IC faciliteit is. De IC’s konden door middel van het IC-netwerk op hun niveau blijven bestaan of de ambitie om tot een niveau hoger te komen waarmaken. Binnen de A-12 coöperatie zijn dergelijke kleine veranderingen in de structuur al waarneembaar. Er is geen sprake van grote structuur veranderingen door herverdeling van ziekenhuisfuncties.

### 5.3.2 effectiviteit van het proces

Bij de evaluatie van processen in een netwerk zijn de volgende vragen van belang; zijn partijen tevreden, zijn problemen opgelost, hebben partijen geleerd, zijn duurzame relaties ontstaan en is het proces eerlijk verlopen? (De Bruijn en Ten Heuvelhof 2007). Evaluatie heeft bij procesmatige besluitvorming meer het karakter van het voortdurend monitoren van het proces, dan van een aparte activiteit achteraf. Voortdurend zullen de partijen bij anderen en zichzelf nagaan of zij tevreden zijn met het verloop van het proces. De respondenten geven aan tevreden te zijn met wat is bereikt binnen de coöperatie en het IC-netwerk. De ogenschijnlijke kostenbesparing en kwaliteitsverbetering maken de interorganisationele samenwerking een goede keus. Binnen het IC-netwerk zijn personeelsproblemen opgelost en het functioneren van de kennisteams wordt als positief ervaren.

Binnen de coöperatie en het IC-netwerk hebben zich confrontaties voorgedaan, maar het belang van de coöperatie en het IC-netwerk was voor de betreffende partijen groter. Onder verpleegkundigen binnen de IC’s heerste angst om geplaatst te worden op een ander locatie. Nu wordt het IC-netwerk onder het grootste deel van de verpleegkundigen als een meerwaarde gezien. Er hebben zich issues voorgedaan binnen de cooperatie en het IC-netwerk, maar de respondenten geven aan tevreden te zijn met de package deal. Men is tevreden met het proces en de uitkomsten van de samenwerking. De respondenten concluderen dat er ogenschijnlijk niet veel is bereikt, maar dat ze nu wel vertrouwen in elkaar hebben gekregen als basis voor een verdere samenwerking. Zoals eerder beschreven is vertrouwen een essentiële component van alle langdurige sociale relaties (Seligman 2000).

6. conclusie

Het IC-netwerk binnen de A-12 coöperatie wordt binnen de branche als een voorbeeld voor spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties gezien. Met dit onderzoek wordt getracht een beeld te geven van hoe het strategische besluitvormingsproces rond de A-12 coöperatie en het IC-netwerk is verlopen. Hierbij zijn verschillende partijen bij betrokken geweest, in meer of mindere mate. In de conclusie zal besproken worden welke rol de verschillende partijen hebben gespeeld, hoe het strategisch besluitvormingsproces te typeren is en wat de effectiviteit van outcome, structuur en het proces is geweest. Hierbij staat de volgende vraagstelling centraal:

*Op welke wijze komt een effectieve samenwerking tot stand, rekening houdend met de belangen van de organisatie en die van de betrokken partijen, ten behoeve van spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties?*

Er worden aanbevelingen gegeven voor zorginstellingen die een dergelijke samenwerking willen beginnen. Het gaat hierbij niet over best practise, maar over waar men rekening mee kan houden om de kans op een succesvolle samenwerking te vergroten. Dit hoofdstuk zal worden afgesloten met een discussie. Daarin zal de waarde van het onderzoek worden geëvalueerd en zullen tevens aanbevelingen voor aanvullend onderzoek worden gedaan.

## 6.1 Conclusie

### 6.1.1 Betrokken partijen

Het eerste contact tussen Medisch Centrum Haaglanden en Bronovo Ziekenhuis in Den Haag, ’t Lange Land Ziekenhuis in Zoetermeer en Groene Hart Ziekenhuis in Gouda vond plaats op bestuurlijk niveau. De Raden van Bestuur hebben ieder het stafbestuur van het eigen ziekenhuis geïnformeerd en betrokken bij de totstandkoming van de A-12 coöperatie. De overheid had beraamt dat zorgverzekeraars een regisserende rol zouden moeten hebben in concentratie en spreiding van ziekenhuisfuncties. Zorgverzekeraars zijn met het hoofdlijnenakkoord een inspanningsverplichting aangegaan, wat betekent dat zij moeten sturen op een doelmatige inrichting van het zorglandschap waarbij kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid uitgangspunten zijn (VWS 2011a). Opmerkelijk is dat de zorgverzekeraar geen rol heeft gespeeld in het besluitvormingsproces rond de A-12 coöperatie en het IC-netwerk. De zorgverzekeraar richt het contracteerbeleid op de gehele regio en erkent een entiteit als een coöperatie niet.

Verwacht zou worden dat huisartsen een grotere betrokkenheid hebben gehad bij het besluitvormingsproces rond en binnen de A-12 coöperatie. Binnen de A-12 coöperatie is gehandeld vanuit de overtuiging dat huisartsen hun verwijsgedrag niet zullen veranderen naar aanleiding van dergelijke samenwerkingen. Het belang van de huisarts speelt pas mee wanneer deze zijn patiënten naar een andere locatie en/of medisch specialist zouden moeten verwijzen. Patiënten hebben ook geen rol gespeeld in het strategisch besluitvormingsproces bij de totstandkoming van de A-12 coöperatie en het IC-netwerk.

Daarnaast zijn er geen andere lokale partijen bij het besluitvormingsproces betrokken geweest, zoals de lokale overheid. De ziekenhuizen binnen de A-12 coöperatie suggereren dat deze partij pas in beeld komt wanneer er belangrijke functies binnen het ziekenhuis dreigen weg te vallen.

De initiatieven voor samenwerkingsverbanden binnen de A-12 coöperatie komen van de maatschappen van de betreffende ziekenhuizen. De Raden van Bestuur hebben hierbij een faciliterende rol gehad. De bestuurders waren bereid geld en middelen beschikbaar te stellen voor de samenwerkingsinitiatieven. Het IC-netwerk is een initiatief van de intensivisten. De divisiemanagers hebben een rol gespeeld bij de besluitvorming rond de inrichting van het IC-netwerk en de zorgmanagers hadden daarbij een uitvoerende rol gehad.

### 6.1.2 Strategisch besluitvormingsproces

Het interorganisationele besluitvormingsproces dat heeft plaats gevonden is te vergelijken met het arena-model. Dit model is gebaseerd op de vaststelling dat bij de besluitvorming in (en tussen) organisaties, betrokken partijen verschillende belangen hebben en dat de interne en externe betrokkenen zullen trachten de uitkomst van het besluitvormingsproces te beïnvloeden (Van der Krogt en Vroom 1995). Betrokken partijen hebben op basis van rationele onderwerpen een inschatting gemaakt op de kans van slagen van de samenwerking. De toekomstbeelden zijn met elkaar vergeleken en er is gekeken of dit overeenkomt met het eigen toekomstbeeld.

Er is sprake van een grillig en onvoorspelbaar verloop van het proces, er is geen duidelijk begin- en eindpunt van de besluitvorming aan te wijzen (De Bruijn en Ten Heuvelhof 2007). Factoren die in het grillige proces een belangrijke rol hebben gespeeld zijn het creëren van een win-win situatie, de tijd nemen om elkaar te leren kennen en vertrouwen in elkaar te krijgen en het opbouwen van een goede relatie tussen bestuurders en medisch specialisten. Daarbij worden gunstige omstandigheden en chemie tussen de betrokken partijen genoemd om een succesvolle samenwerking te bewerkstelligen. Gezien de verschillende betrokken partijen, met elk eigen belangen en motieven voor de samenwerking, is het niet mogelijk om een rationele projectstructuur aan te houden. Een verklaring hier voor is dat zowel het te bereiken eindpunt als de methode hoe er te komen onbekend zijn (De Bruijn en Ten Heuvelhof 2007).

### 6.1.3 Effectiviteit

In het kader van spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties is het doel het verbeteren van de kwaliteit van zorg en het reduceren van de kosten. Er zijn geen cijfers beschikbaar of deze kwaliteitsverbetering en kostenreductie zijn gemaakt. De respondenten geven aan, op basis van hun expertise, dat de kwaliteit van zorg verbeterd is door coöperatie vorming. Een kostenreductie is ook gemaakt volgens de respondenten. Mede door de samenwerking tussen vier ziekenhuizen en de mogelijke kostenbesparing door de samenwerking is het niet mogelijk om dit volledig inzichtelijk te maken.

De structuur van de ziekenhuizen is niet wezenlijk veranderd. Daarvoor is de samenwerking nog onvoldoende doorgevoerd. De vier ziekenhuizen zijn met elkaar gaan samenwerken om een zo compleet mogelijk zorgaanbod binnen de coöperatie te kunnen houden naar de toekomst toe.

Opvallend is dat er geen harde criteria zijn opgesteld welke doelstellingen wanneer bereikt moeten zijn. Het creëren van een stabiel samenwerkingsverband is belangrijker dan het bereiken van doelstellingen binnen een bepaalde termijn. Bij de evaluatie van processen in een netwerk passen belangrijke andere criteria, dan alleen doel effectiviteit en structuureffectiviteit (De Bruijn en Ten Heuvelhof 2007). De volgende vragen zijn bij de evaluatie van processen in een netwerk van belang. Zijn partijen tevreden? Zijn problemen opgelost? Hebben partijen geleerd? Zijn duurzame relaties ontstaan? Is het proces eerlijk verlopen? (De Bruijn en Ten Heuvelhof 2007). Uit de reacties van de respondenten blijkt dat vertrouwen en gelijkwaardigheid op individueel niveau essentieel zijn voor een goede samenwerkingsrelatie. Seligman (2000) geeft aan dat hoe onvoorspelbaarder het gedrag van

samenwerkingspartners, hoe groter het belang van vertrouwen is. Om sociale integratie binnen een netwerk te verkrijgen, zoals Metcalfe (1976) dit omschrijft, is het in het grillige en onvoorspelbare besluitvormingsproces waarvan sprake is noodzakelijk om een vertrouwensband op te bouwen op individueel niveau. Uit dit onderzoek blijkt dat deze vertrouwensband op termijn leidt tot verwachtingspatronen ten opzichte van elkaar, wat de basis is voor de dimensie normatieve integratie (Metcalfe 1976). Door de toegenomen vertrouwensband tussen betrokken partijen is er een basis gecreëerd voor verdergaande interactie en sociale integratie. Zoals de respondenten zelf aangeven is er ogenschijnlijk niet veel bereikt, maar het belangrijkste is dat men vertrouwen in elkaar heeft gekregen.

### 6.1.4 Aanbevelingen

De A-12 coöperatie en daarbinnen het IC-netwerk, worden gezien als succesvolle samenwerkingsverbanden. Aan de hand van genoemde succesfactoren zullen aanbevelingen gedaan worden richting zorginstellingen die een dergelijk samenwerkingsverband aan willen gaan. Het gaat hierbij niet over best practise, maar aspecten waar men mogelijk op kan letten bij de totstandkoming van een samenwerkingsverband.

Aanbeveling 1: Neem de tijd om vertrouwen in elkaar te krijgen

De eerste aanbeveling vloeit voort uit het gegeven dat alle respondenten aangeven dat het elkaar leren vertrouwen de basis is voor verdere samenwerking. Volgens Seligman (2000) is vertrouwen een essentiële component van alle langdurige sociale relaties. Men heeft behoefte aan vertrouwen om structuur aan te brengen in onduidelijkheid binnen sociale relaties. Er bestaat een onduidelijkheid tussen actoren, tussen actoren en hun doelen en tussen actoren en middelen. De respondenten geven aan dat zij hebben getracht transparant naar elkaar te zijn over hun doelen en situatie. Enkele respondenten geven desondanks aan dat zij angst hadden voor verborgen agenda’s. Vertrouwen kan zorgen voor een voorspelbaarheid hierin. Gelooft men in de eerlijkheid en aardigheid van de ander. De respondenten geven aan dat partijen wel eens samenwerkingsverbanden aan zijn gegaan buiten de A-12 coöperatie om en dat hiermee het vertrouwen in die partij schade heeft opgelopen. Het belang van de samenwerking binnen de A-12 coöperatie werd altijd weer als wezenlijker ervaren. Gesteld kan worden dat er sprake is van een gezamenlijk onderlinge afhankelijkheid. Het vraagt dus tijd om te werken aan stabiele sociale relaties van wederzijds vertrouwen tussen de verschillende actoren (Seligman 2000).

Aanbeveling 2: Onderhoud een goede relatie tussen bestuurders en artsen

De tweede aanbeveling gaat in op de relatie tussen bestuurders en artsen. Volgens Mintzberg (2010) zijn gezondheidszorgorganisaties geen machine bureaucratieën, er werken professionals die de kernactiviteit, het leveren van gezondheidszorg, beheersen. Professionals hebben een aanzienlijke mate van controle over het eigen werk (Mintzberg 2010). Artsen kunnen geduid worden als professionals. Zij kunnen onafhankelijk van anderen beslissingen nemen of handelingen verrichten en willen deze autonomie ook niet verliezen. Daarom is het van belang juist de professionals te betrekken bij het nemen van strategische besluiten. De voorzitters van de Raden van Bestuur bevestigen dit. Zij geven aan dat zij zonder een goede verstandhouding dergelijke samenwerkingsverbanden niet van de grond kunnen krijgen. Strategiebepaling ziet er in organisaties waar professionals werken dus heel anders uit, dan in organisatie waar geen professionals werken. Hoe professionals tegen strategie aankijken wordt mede bepaald door de opleiding die zij genoten hebben. De professionele normen en aangeleerde vaardigheden hebben grote invloed (Mintzberg 2010). Professionals zien strategiebepaling niet als hun core business, maar hebben wel zo hun belangen. De bestuurders van een zorgorganisatie zullen initiatieven voor strategieverandering moeten introduceren. De bestuurders van de ziekenhuizen van de A-12 coöperatie hebben aan de medische staven gevraagd om initiatieven voor samenwerkingsverbanden aan te dragen. In de professionele bureaucratie kan de bestuurder zijn wil niet opleggen, maar zal stapje voor stapje toe moeten werken naar zijn doel. Worden alle doelstellingen in één keer voorgelegd, dan worden deze onmiddellijk afgewezen door de professionals (Mintzberg 2010). Eenzijdige beslissingsbevoegdheid vanuit de bestuurders is dus geen optie (Van Wijngaarden e.a. 2010).

Omgekeerd kunnen artsen ook weinig bereiken zonder een goede verstandhouding met het bestuur. De respondenten geven aan dat bestuurders in dergelijke samenwerkingsverbanden een faciliterende rol hebben. Wanneer zij dus niet bereid zijn geld en middelen beschikbaar te stellen voor de totstandkoming, dan heeft de samenwerking weinig kans van slagen.

## 6.2 Discussie

Er is voortdurend aandacht besteed aan de wetenschappelijke onderbouwing van de theorie en de betrouwbaarheid van het onderzoek. In dit hoofdstuk zal allereerst de waarde die aan het onderzoek kan worden toegekend worden geëvalueerd. Vervolgens worden enkele aanbevelingen voor aanvullend onderzoek gedaan.

### 6.2.1 Waarde van het onderzoek

Allereerst is getracht doormiddel van het gebruik van wetenschappelijke literatuur het theoretisch kader van een wetenschappelijke fundering te voorzien. Deze wetenschappelijke fundering komt ten goede aan de waarde van het theoretisch kader. Vervolgens zijn, na de theoretische verdieping, interviews met de respondenten gehouden. Hierbij was de vooraf opgestelde topiclijst de leidraad. Doordat zowel de Raden van Bestuur, divisiemanagers, zorgmanagers, artsen, als enkele andere medewerkers van de vier ziekenhuizen zijn geïnterviewd, is een goed beeld van het besluitvormingsproces rond spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties ontstaan. Daarnaast zijn nog interviews gehouden met een medewerker van een zorgverzekering en een medewerker van de NZa, om nog een breder beeld van het strategische besluitvormingsproces te kunnen geven. Opgemerkt dient te worden dat er relatief weinig respondenten van ’t Lange Land Ziekenhuis in Zoetermeer zijn geïnterviewd. In de loop van het onderzoek kwamen geen mogelijk nieuw te benaderen respondenten van ’t Lange Land Ziekenhuis naar voren.

Tijdens de interviews bleek vertrouwen in andere partijen een steeds terugkerend thema rond het strategisch besluitvormingsproces. Het leek van belang dit aspect mee te nemen in het onderzoek. Binnen het theoretisch kader is, vanwege het terugkerende karakter, een aparte subparagraaf opgenomen over vertrouwen.

Datatriangulatie, bestaande uit een documentenanalyse en de tijdens interviews verkregen informatie, heeft tevens bijgedragen aan het vergroten van de validiteit. Doormiddel van de documentenanalyse kon de mate van overeenkomst tussen uitspraken in interviews worden vergeleken met de plannen zoals beschreven in het bedrijfsplan voor het IC-netwerk. Opmerkelijk is dat er weinig ‘officiële’ documenten binnen de A-12 coöperatie en het IC-netwerk zijn.

### 6.2.2 Aanbevelingen voor aanvullend onderzoek

Tijdens het onderzoek kwamen enkele interessante zaken naar boven waar aanvullend onderzoek wenselijk voor zou zijn.

De rol van de Raden van Toezicht in het strategisch besluitvormingsproces is tijdens de dataverzameling niet geheel duidelijk geworden. Ter aanvulling is het zeer interessant om onderzoek te verrichten naar de rol van de Raden van Toezicht van de vier ziekenhuizen. Om een compleet beeld te kunnen vormen van het strategisch besluitvormingsproces is het een meerwaarde om ook de rol van de Raden van Toezicht mee te nemen.

Spreiding en concentratie van ziekenhuiszorg zou bij moeten dragen aan het reduceren van veiligheidsrisico’s en vergroten van de kwaliteit van het electieve zorgaanbod. Om hier echter harde uitspraken over te kunnen doen en tevens uitsluitsel te verkrijgen over de effecten van een herverdeling van het zorgaanbod, is aanvullend onderzoek wenselijk. De informatie over de effecten van het zorgaanbod zou vervolgens kunnen worden gebruikt in een kosten-batenanalyse, om de baten van spreiding en concentratie van ziekenhuiszorg tegen de gevolgen op de macrokosten van de zorg af te wegen. Het hoeft niet vanzelfsprekend te zijn dat een herverdeling van het zorgaanbod tot een kostenbesparing leidt. Mogelijk leidt spreiding en concentratie van het electieve zorgaanbod tot een toename van de vraag, er gaat meer zorg verleend worden. Deze ontwikkeling zou kunnen wijzen op een kostenstijging. Het is interessant om de kosten af te wegen tegen de baten van de herverdeling van ziekenhuiszorg, zoals bijvoorbeeld toename van kwaliteit van zorg en het reduceren van veiligheidsrisico’s.

Deze scriptie omvat een beschrijving van de ervaring van professionals werkzaam binnen de gezondheidszorg. Ter aanvulling op dit perspectief is het interessant om een onderzoek te verrichten naar het perspectief van de patiënt. De ervaring die de patiënt met een verschuivend zorgaanbod heeft, hoeft namelijk niet altijd aan te sluiten op de ervaring die professionals met datzelfde zorgaanbod hebben. Het is een meerwaarde om ook het perspectief van de patiënt op de positieve en negatieve aspecten van spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties mee te nemen.

Tot slot zou het wenselijk zijn om na een bepaalde periode, bijvoorbeeld één jaar, een

vervolgonderzoek naar de verdere ontwikkeling van samenwerkingsverbanden binnen de A-12 coöperatie te doen. Het zou interessant zijn om hier in te gaan op zaken zoals eventuele groei of uitbreiding van samenwerkingsverbanden, het verloop van het proces van samenwerken en de effectiviteit van verschillende leiderschapsstijlen binnen de samenwerkingsverbanden. Het kan ter discussie gesteld worden of het IC-netwerk een klassiek voorbeeld is van concentratie van ziekenhuisfuncties, gezien geen van de ziekenhuizen de IC-zorg af heeft moeten staan aan een andere instelling. Het lijkt interessant om binnen de coöperatie onderzoek te doen naar samenwerkingsverbanden waarbij hier wel sprake van is.

7. literatuurlijst

Benson, J.K. 1975. ‘The interorganizational network as a political economy’. *Administrative Science Quarterly*. 20(2):229-249

2011. Bestuurlijk Hoofdlijnen Akkoord 2012-1215 tussen het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Nederlandse vereniging van ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Zelfstandige Klinieken Nederland en Zorgverzekeraars Nederland. [aangehaald op 20-02-2012] Bereikbaar op www.rijksoverheid.nl

Boonstra, A. 2007. ‘Invoering van interorganisationele ICT in de gezondheidszorg’. *M&O Tijdschrift voor Management en Organisatie* 61, 2, pp. 63-85

Braster, J.F.A. 2000. *De kern van casestudy’s.* Assen: van Gorcum & Comp B.V.

Bruijn de, H., Heuvelhof ten, E.F. 2007. Derde druk. *Management in netwerken*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers

Dawson, S. 1996. *Analysing Organisations*. Derde herziene druk. Palgrave MacMillan

Fabricotti, I. 2007. *Zorgen voor Zorgketens*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam

Flevum Zorg. 2012. *Jaarboek Flevum Zorg 2012*. Vlissingen/Goes: Flevum Executive

Godfroij, A. 1989. *Netwerken van organisaties*. In P. van de Bunt, & K. Nijkerk, Handboek organisaties. Alphen a/d Rijn: Samson.

Hoorn, A. et al. 2007. ‘Benutting? Eenduidige indicatoren voorkomen spraakverwarring’. *Medisch contact*

2010a IGZ (Inspectie voor de Gezondheidzorg) Interne nota: Handhavingsbeleid IGZ Veiligheidsnormen Ziekenhuizen. [aangehaald op 13-02-2012] Bereikbaar op www.igz.nl

2010b IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg) Kwaliteitsindicatoren [aangehaald op 13-02-2012] bereikbaar op http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavingsinstrumenten/gefaseerd-toezicht/kwaliteitsindicatoren/

Keuning, D. 1997. *Organisaties, management en organiseren in de gezondheidszorg*. Leiden: Spruijt, Van Mantgem & De Does BV

2012 KPMG. KNMG onderzoekt effect Mededingingswet op marktwerking zorg [aangehaald op 2-3-2012] bereikbaar op http://knmg.artsennet.nl/Nieuws/Nieuwsarchief/ Nieuwsbericht-1/KNMG-onderzoekt-effect-Mededingingswet-op-marktwerking-zorg.htm

Krogt van der, Th.P.W.M., Vroom, C.W. 1995. *Organisatie is beweging*. Reed Bussiness BV

2010. NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen) Zorg voor Baten [aangehaald op 23-01-2012] bereikbaar op: http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/ NVZ\_Nieuws/Publicaties

Mainz, J. 2003. ‘Defining and classifying clinical indicators for quality improvement’. *International Journal for Quality in Health Care* 15(6): 523–530

Mechanic, D. 1962. ‘Sources of Power of Lower Participants in Complex Organisations’. *Administrative Science Quarterly* 7(3): 349-364

Meer van der, A., Noordegraaf, M. 2005. *Naar een ordening van besluitvormingsmodellen voor werkplek innovatie*. Delft/Utrecht.

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

Mintzberg, H. 2010. Organisatiestructuren. Vierde druk. Amsterdam: Pearson Education Benelux. [2006]

Mortelmans, D. 2009. *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Tweede druk. Leuven / Den Haag: Acco. [2007]

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

2011. NPCF (Nederlandse Patienten Consumenten Federatie) Spreiding van zorg [aangehaald op 10-10-2012] bereikbaar op: http://www.npcf.nl/index.php?option=com\_

aiportfolio&view=article&Itemid=2&id=92:Spreiding%20van%20zorg

2011. Marije Osse, advocaat Europees en mededingingsrecht. Kartelverbod en samenwerking [aangehaald op 11-12-2011] Bereik op http://www.slideshare.net/akdinfo/akdpvw-4022279v1presentatie-marije17112011

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

Pfeffer, J. 1993. *Managing with Power.* Eerste druk. Harvard Business School Publishing

2012. Poel van de, P. Selectieve zorginkoop komt amper van de grond. [aangehaald op 17-10-2012] Bereikbaar op http://www.skipr.nl/actueel/id11922-selectieve-zorginkoop-komt-amper-van-de-grond.html

2011a. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). Medisch-specialistisch Zorg in 20/20. RVZ rapport 11/04 [aangehaald op 20-12-2011] Bereikbaar op www.rvz.nl

2011b. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). Ziekenhuislandschap 20/20: Niemandsland of Droomland? RVZ rapport 11/05 [aangehaald op 20-12-2011] Bereikbaar op www.rvz.nl

Scholes, K. (1998). Stakeholder mapping: a practical tool for managers. *Ambrosini V*. *Exploring techniques of analysis and evaluation in strategic management.* London: Prentice Hall Europe. Hoofdstuk 10, pp. 152-168

Seligman, A.B. 2000. The problem of trust. Tweede druk. New Jersey: Princeton University Press. [1997]

Scholten 2011, persoonlijke communicatie, tijdens college 14-10-2011

Terwel, W.J. 1995. ‘Van afspraak tot integratie’. *Gezondheidszorg en Management*. (7/8):22-24.

VWS 2011a (ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport) 26-01-2011. Zorg die werkt: de beleidsdoelstellingen van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport . Den Haag

2011. VWS (ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport) Scherpere regels fusies in de zorg. [aangehaald op 06-10-2012] Bereikbaar op http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/persberichten/2011/12/16/scherpere-regels-fusies-in-de-zorg.html

Wijngaarden van, J.D.H., Scholten, G.R.M., Wijk van, K.P. 2010. ‘Strategic analysis for health care organizations: the suitability of the SWOT-analysis‘. *The International Journal of Health Planning and Management* 2010(5)

2012. ZN (Zorgverzekeraars Nederland) Zorgverzekeraars stroomlijnen vraag naar kwaliteitsgegevens bij ziekenhuizen. [aangehaald op 20-02-2012] Bereikbaar op www.zn.nl

|  |
| --- |
| **Overzicht geraadpleegde internetsites** |
| Rijksoverheid | www.rijksoverheid.nl |
| IGZ | http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavingsinstrumenten/gefaseerd-toezicht/kwaliteitsindicatoren |
| KNMG | http://knmg.artsennet.nl/Nieuws/Nieuwsarchief/ Nieuwsbericht-1/KNMG-onderzoekt-effect-Mededingingswet-op-marktwerking-zorg.htm |
| Slideshare | http://www.slideshare.net/akdinfo/akdpvw-4022279v1presentatie-marije17112011 |
| RVZ | www.rvz.nl |
| NVZ | http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/ NVZ\_Nieuws/Publicaties |
| VWS | http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicatie/ persberichten/2011/12/16/scherpere-regels-fusies-in-de-zorg.html |
| ZN | www.zn.nl |