

CONCENTRATIE VAN ZIEKENHUISFUNCTIES

Onderzoek naar strategische besluitvorming in een collectief

E35

→ Slokdarmchirurgie

↗ 26

Lage Rectum Tumoren

Bariatrische Chirurgie

Transanale Resectie

Longcarcinoom

↑ Levermetastasen

Maagcarcinoom

A12

A50

A50

Auteur: J.M.F. (Michiel) Ars - 350632

Begeleider: dr. J.D.H. van Wijngaarden

Meelezer 1: dr. G.R.M. Scholten

Meelezer 2: drs. B.M. van Ineveld

Datum: mei 2013

(This page intentionally left blank)

Voorwoord

Voor u ligt mijn scriptie over concentratie van ziekenhuisfuncties, ter afsluiting van de Master Zorgmanagement aan het Instituut van Beleid, Management en Gezondheidszorg. Aan deze scriptie is het afgelopen halfjaar met veel inspanning, toewijding en plezier gewerkt.

Het eindproduct is echter niet tot stand gekomen met alleen de inspanning en toewijding van de schrijver. In dit voorwoord bedank ik daarom de mensen die met hun ondersteuning en medewerking hebben bijgedragen aan de realisatie van de scriptie.

Ik wil beginnen om mijn begeleider Jeroen van Wijngaarden te bedanken voor de feedback en het geduld. Ik ben blij dat ik je uiteindelijk positief hebben kunnen verrassen. Ook bedank ik mijn meelezers voor de tijd die zij hebben gestoken in de beoordeling. Verder wil ik alle respondenten bedanken die hun medewerking hebben verleend aan het onderzoek. In het bijzonder dank ik Titia Veldman, voor haar ondersteuning en bereidheid om als contactpersoon op te treden.

Een speciale dankbetuiging gaat uit naar mijn ouders, mijn broertje Maaïke, mijn hartsvriendin Annemieke en mijn BBF Martijn. Dank voor de nodige afleiding en hulp bij alles.

Lest best, Helbertijn. Bedankt voor het geduld en ondersteuning de afgelopen twee jaar en in het bijzonder de ruimte die je me hebt gegeven tijdens het tillen van de laatste loodjes. Vanaf nu kunnen we gelukkig weer leuke dingen doen, want daar hou ik zo van, leuke dingen doen, zoals lekker eten en dan gewoon gezellig met vrienden, leuke dingen doen ofzo, kus.

Degenen die nog verder lezen wens ik veel leesplezier,

Michiel Ars,
Goes, mei 2013

Samenvatting

Uit onderzoek blijkt dat veel algemene ziekenhuizen in Nederland een breed scala aan ingrepen aanbieden, waarbij de volumes soms erg laag liggen. Het concept van concentratie is gebaseerd op onderzoek dat aantoont dat er (tot op zekere hoogte en vooral op het gebied van complexe zorg) een positief verband bestaat tussen volume en kwaliteit. Door een stijgend volume zou de expertise van de operateur toenemen en kan het ziekenhuis de organisatie rond de zorg beter faciliteren. De Nederlandse overheid is van mening dat de maatschappelijke opbrengsten van concentratie van ziekenhuisfuncties bijdragen aan het beheersbaar houden van de stijgende zorgkosten en het verbeteren van de kwaliteit van zorg.

In de Nederlandse ziekenhuissector zien we daarom steeds vaker concentratieafspraken ontstaan. In de theorie is echter nog weinig bekend over hoe deze tot stand komen. Dit onderzoek geeft, met behulp van de theoretisch concepten, strategische besluitvorming en netwerkvorming, inzicht in de manier waarop in de regio West- Midden- en Oost-Gelderland vorm en inhoud wordt gegeven aan de landelijke discussie rond concentratie van ziekenhuisfuncties. Op deze manier draagt dit onderzoek bij aan de wetenschappelijke discussie over interorganisationele strategievorming en geeft het inzicht in de belemmerende en bevorderende factoren bij de totstandkoming van deze samenwerkingsafspraken. Het onderzoek betreft een kwalitatieve casestudie, waarin een documentanalyse is uitgevoerd en interviews zijn gehouden met de belangrijkste stakeholders in de regio.

Aanleiding voor de regiosamenwerking zijn de in 2011 uitgekomen volumennormen van de NVVH voor een zevental laagvolume / hoogcomplexiteit oncologisch-chirurgische ingrepen. Vrijwel direct geven de IGZ en ZN aan, hun accreditatie- en inkoopbeleid van 2012 op deze normen af te stemmen. Hierdoor ontstaat bij de drie ziekenhuizen in de regio (ZGV, Rijnstate en Slingeland) onzekerheid over de continuïteit van hun zorgaanbod. Om deze onzekerheid weg te nemen, nemen de chirurgen en MDL-artsen van de drie ziekenhuizen het initiatief om te inventariseren hoe deze zorg in de regio ingericht kan worden. Motief voor dit initiatief is het behoud van kwalitatief goede (veilige en toegankelijke) patiëntenzorg in de regio, behoud van status voor de ziekenhuizen en het op peil houden van het kennisniveau van de medisch specialisten. Over de doelmatigheid van de zorg wordt niet gesproken en verder afspraken vinden plaats met gesloten beurs.

De strategische besluitvorming rondom concentratie van laagvolume / hoogcomplexiteit zorg in de regio is door de betrokken stakeholders vormgegeven in een politiek proces dat plaatsvindt in rondes. In de eerste ronde onderhandelen de chirurgen en MDL-artsen op basis van hun kennis (en met de profielen van de ziekenhuizen in het achterhoofd) over een verdeling van de genormeerde ingrepen binnen de regio. Bij deze onderhandeling helpt het dat er sprake is van onderling vertrouwen, de zorg verdeeld wordt met gesloten beurzen, er geen fusie beoogd wordt en bij voorkeur op twee plekken geconcentreerd wordt. In de tweede ronde moeten de overige (indirect betrokken) artsen overtuigd worden van de overeengekomen verdeling uit ronde één. Hierbij is vooral de slechte communicatie een belemmerende factor, waardoor (verwachte) nadelige effecten voor bepaalde indirect betrokken partijen pas laat aan het licht komen. In ronde drie moeten de ziekenhuizen

onderhandelen met de zorgverzekeraar over de voorgestelde verdeling. De zorgverzekeraar gaat niet akkoord met het voorstel van de ziekenhuizen om een ingreep te concentreren in een instelling waar deze een aantal jaar niet is uitgevoerd. Deze ingreep is volgens de verzekeraar in de huidige situatie geborgd in een gespecialiseerd behandelcentrum buiten de regio. Onder het dreigement van de verzekeraar om deze ingreep voor de instelling niet te contracteren en het daarbij komende risico van negatieve publiciteit, passen de ziekenhuizen de overeengekomen verdeling aan.

Abstract

Research shows that many general hospitals offer a wide range of treatments, of which the frequency is sometimes low. The concept of concentration is based on research showing that (to some extent and especially in the field of complex care), there is a positive correlation between frequency and quality. Due to an increasing frequency the expertise of the surgeon would increase and the hospital would be able to better facilitate the care. The Dutch government believes that the social benefits of concentration, contributes to managing the rising healthcare costs and improve the quality of care.

In the Dutch hospital sector we see more and more collaborations around concentration occur. In theory, however, little is known about how these come about. This study provides insight in the way the national debate around concentration of hospital functions comes about in the region of West-, Central-, and East-Gelderland. This is done by using the theoretical concepts, strategic decision-making and networking. This research contributes to the scientific debate on interorganizational strategy and provides insight into the barriers and facilitators in the development of this collaboration. The study is a qualitative case study, in which a document analysis was conducted and interviews were held with key stakeholders in the region.

The origin of the collaboration is based upon the frequency-standards for seven low-frequency / high-complex oncological operations, published in the beginning of 2011 by the NVVH. Almost immediately the IGZ and ZN announce they will include the frequency-standard into their accreditation- and procurement policy of 2012. For the three hospitals in the region (ZGV, Rijnstate and Slingeland) this creates uncertainty regarding the continuity of their high-complex care. To remove this uncertainty the surgeons and gastroenterologists of the three hospitals take the initiative to examine how this care can be best provided in the region. Reason for this initiative is to maintain safe and accessible care in the region, maintaining a status of significance for hospitals and maintaining a level of knowledge for the physician. The effectiveness of the care is not given as a motive in this case.

The strategic decision-making concerning concentration of low-frequency / high-complex care in the region, is a political process that takes place in rounds. In the first round the surgeons and gastroenterologists negotiate the distribution of the standardized procedures within the region. This negotiation is based on the medical knowledge of the operations, supplemented with the hospital profile. In these negotiations it helps that there is mutual trust, financial consequences are not discussed, no merger is intended and the operations are preferably concentrated in two locations. In the second round the other (indirectly affected) doctors need to be convinced of the agreed division from round one. The poor communication is a limiting factor, causing adverse consequences for certain indirect involved parties to appear late in the decision-making-process. In round three hospitals must negotiate with the insurer on the proposed distribution. The insurer does not agree with the proposal of the hospitals to concentrate an operation in a hospital in which this surgery

wasn't conducted the past several years. This particular surgery was in that current situation concentrated (with guaranteed safety) in a specialized treatment center outside of the region. Under the threat of the insurer not to contract this procedure, hospitals adjust the agreed division for fear of negative publicity.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvatting	4
Abstract	6
Inhoudsopgave	8
Inleiding	10
1.1 Ontwikkelingen in de Nederlandse zorgsector	10
1.2 Concentratie van ziekenhuisfuncties	11
1.5 Doelstelling	12
1.6 Relevantie	12
1.7 Probleemstelling.....	13
Theoretisch kader	14
2.1 Strategievorming	14
2.1.1 Kenmerken van strategievorming.....	14
2.1.2 Strategievorming bij een populatie van organisaties	15
2.1.3 Sociale integratie in het collectief.....	17
2.2 Het proces van besluitvorming	18
2.2.1 Het rationele besluitvormingsproces	19
2.2.2 Politieke besluitvormingsproces.....	20
2.2.3 Garbage Can model.....	20
2.2.4 Besluitvorming in een netwerk	21
Methoden van onderzoek	23
3.1 Onderzoeksdesign	23
3.2 Dataverzameling en analyse	23
3.2.1 Dataverzameling.....	23
3.2.3 Data-analyse	24
3.3 Validiteit en betrouwbaarheid	25
Resultaten	26
4.1 Beschrijving van de regio	26
4.2 Aanleiding tot samenwerking	28

4.2.1 Hoe zijn de verschillende partijen bij elkaar gekomen	28
4.2.2 Belangen / voordelen bij samenwerking.....	31
4.3 Afbakening van de samenwerkingsovereenkomst	34
4.3.1 Afbakening van de onderhandelingspartners	34
4.3.2 Afbakening van de te concentreren ingrepen.....	36
4.3.3 Randvoorwaarde voor concentratie op 2 locaties.....	36
4.3.4 Randvoorwaarde voor gesloten beurs	37
4.3.5 Overeengekomen rechtsvorm.....	38
4.4 Voorstel voor regioverdeling (ronde 1).....	39
4.4.1 Het ziekenhuisprofiel.....	39
4.4.2 Betrokkenheid behouden	39
4.5 Communicatie naar overige stakeholders	42
4.5.1 Interne stakeholders (ronde 2)	42
4.5.2 Externe stakeholders (ronde 3).....	45
4.6 Implementatie van de samenwerking	47
4.6.1 Afstemming zorgtrajecten	48
4.6.2 Uitwisseling medische gegevens	49
4.7 Toekomstvisie	50
4.7.1 Mogelijke kansen	51
4.7.2 Mogelijke beperkingen	51
4.8 Theoretische analyse van de resultaten.....	52
4.8.1 Kenmerken en Complexiteit van Strategievorming.....	52
4.8.2 Maatschappelijke- en private doelstellingen.....	54
4.8.3 Determinanten voor een collectieve strategie	55
4.8.4 Sociale integratie	56
4.8.5 Besluitvorming	59
Conclusie	62
Discussie en Aanbevelingen	67
6.1 Wetenschappelijke relevantie.....	67
6.2 Maatschappelijke relevantie	68
6.3 Methodologische discussie	69
6.4 Aanbevelingen	70
Referenties	72

Inleiding

De demografische, technologische en sociaaleconomische ontwikkelingen van de Nederlandse maatschappij hebben ingrijpende gevolgen voor de zorgsector. Door deze ontwikkelingen zijn drastische maatregelen nodig om, met beheersbare kosten en behoud van kwaliteit, vraag en aanbod van zorg in balans te houden. In de inleiding worden de bovengenoemde ontwikkelingen besproken, wat ze betekenen voor de Nederlandse ziekenhuissector en op welke wijze concentratie van ziekenhuisfuncties bij kan dragen om de maatschappelijke veranderingen op te vangen.

1.1 Ontwikkelingen in de Nederlandse zorgsector

Uit cijfers van het CBS (2011) blijkt dat de gemiddelde Nederlander ouder wordt, maar relatief meer jaren in ongezondheid doorbrengt (RVZ 2011). Daarnaast, stelt het CBS (2011) ook vast dat het gemiddelde geboortecijfer sinds 2005 daalt (oftewel, Nederland ontgroent). Deze vergrijzing in combinatie met de ontgroening zorgt ervoor dat in de zorgsector de balans tussen vraag en aanbod wordt verstoord. Doordat Nederland steeds meer vergrijst, ontstaat er een stijgende vraag naar de behandeling van (ouderdoms)ziektes. Aan de andere kant krimpt door de ontgroening de arbeidsbevolking, waardoor er steeds minder aanbod beschikbaar is om in de groeiende zorgvraag te kunnen voorzien.

Naast de stijgende zorgvraag is er ook sprake van een toenemende diversiteit en individualisering van de samenleving. De wensen van burgers eisen een steeds centralere rol op in de samenleving en bepalen daarmee steeds sterker hoe de verschillende vormen van dienstverlening worden georganiseerd (RVZ 2011). Ook in de zorgsector wordt een steeds gevarieerder aanbod gevraagd door patiënten. Zo ontwikkelt de Nederlandse burger zich op het gebied van zorg steeds meer als een kritische consument die behoefte heeft aan kwalitatief hoogwaardige zorg. Hierbij wordt chronische zorg dichtbij huis gewenst (NVZ 2011) en vindt men het niet erg om voor gespecialiseerde zorg verder te reizen (BCG 2010). Om een bewuste keus te kunnen maken, eisen patiënten transparantie op het gebied van kwaliteit. Ook de zorgverzekeraar die optreedt als belangenbehartiger van de patiënt tijdens de onderhandelingen met ziekenhuizen, legt steeds meer de nadruk op kwaliteit. Bij gebrek aan transparante kwaliteitcijfers, maakt de zorgverzekeraar, onder het motto van hoger volume is hogere kwaliteit, afspraken op basis van volumecriteria.

Om in de stijgende zorgvraag te kunnen blijven voorzien zijn verschillende maatregelen denkbaar: technologische ontwikkelingen (domotica), internationalisering van de arbeidsmarkt en preventie of bevorderen van zelfredzaamheid (van Wijk 2007). Deze maatregelen zullen een onvermijdelijke kostenstijging genereren. Het is de taak van de overheid om deze kosten op macroniveau beheersbaar houden. De overheid zal in de gezondheidssector een klimaat moeten creëren, waarin bewust wordt omgegaan met de zorg die wordt aangeboden en de kosten die dit met zich meebrengt. Hierbij moet rekening gehouden worden met de wens van de burger naar hoogwaardige kwaliteit, waarbij gestandaardiseerde zorg dicht bij huis wordt gewenst en men het niet erg vindt om voor gespecialiseerde zorg wat verder te reizen. Met andere woorden, er is in toenemende mate behoefte aan spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties.

Door de implementatie van prestatiebekostiging in een transparante zorgmarkt, wordt door de overheid aangestuurd op spreiding en concentratie. Ziekenhuizen zullen zich moeten focussen op de zorg waar zij in uitblinken (lage kostprijs met hoge kwaliteit) en de zorg waar zij minder in presteren afstoten (concentratie). Daarnaast is het vooral op het gebied van chronische zorg van belang dat de zorg dicht bij de patiënt wordt georganiseerd in samenwerking met de eerste en derde lijn(spreiding).

1.2 Concentratie van ziekenhuisfuncties

Uit onderzoek van de NVZ (2011) blijkt dat veel algemene ziekenhuizen een breed scala aan ingrepen aanbieden, waarbij de volumes soms erg laag liggen. Het concept van concentratie is gebaseerd op onderzoek dat aantoont dat er (vooral op het gebied van complexe zorg) een positief verband bestaat tussen volume en kwaliteit (NVZ 2011). Door toenemend volume zou de expertise van de zorgaanbieder toenemen en zou de instelling de zorg beter kunnen plannen en faciliteren (NVZ 2010, KPMG 2011, BCG 2011, RVZ 2003). Aan de andere kant worden in de ziekenhuizen die de zorg niet langer aanbieden de kosten bespaard, doordat zij beschikbare capaciteit efficiënter kunnen inzetten en ook kunnen focussen op een specifiek zorgthema.

Kritiek op het thema concentratie is vooral gericht op de continuïteit en toegankelijkheid voor de patiënt (BCG 2011). Wanneer alle ziekenhuizen in een regio besluiten om een bepaalde ingreep niet meer aan te bieden, zal dit de toegankelijkheid van zorg beperken. Het is de taak van de zorgverzekeraar (zorgplicht) om ervoor te zorgen dat de patiënt met iedere zorgvraag in de regio terecht kan. Dus om te voorkomen dat alle ziekenhuizen in een bepaalde regio dezelfde zorg afstoten, zullen deze beslissingen in regionaal overleg moeten plaatsvinden, waarin ook de zorgverzekeraar betrokken wordt (BCG 2011).

In een netwerkoverleg moet overeenstemming worden bereikt over de mogelijkheden voor concentratie in de regio. Een dergelijk netwerkoverleg kan op zijn beurt weer leiden tot een tweede punt van kritiek: het verbod van kartelafspraken tussen ziekenhuizen. Vanuit de Nederlandse Mededinging Autoriteit (NMA) wordt erop toegezien dat ziekenhuizen onderling geen misbruik maken van eventuele machtspositie en dat voldoende concurrentie blijft bestaan. Veel ziekenhuizen ervaren de trend naar concentratie / samenwerkingsafspraken in combinatie met regels van de NMA als verwarrend (NOS 2011). De NMA (2012) geeft aan dat ziekenhuizen onderling specialisatieafspraken kunnen maken, indien zij kunnen aantonen dat de kwaliteitsvoordelen van hun samenwerking, opwegen tegen de nadelen (keuzevrijheid / toegankelijkheid). Het blijft casusafhankelijk of met een bepaalde samenwerking aan de eisen wordt voldaan (NMA 2012).

Als de ziekenhuizen in de regio het erover eens zijn dat concentratie bijdraagt aan verantwoorde zorg in de regio, zullen de ziekenhuizen strategische keuzes moeten maken over welke zorg zij wel en niet willen aanbieden. Vervolgens moet met de overige stakeholders in de omgeving overeenstemming worden bereikt, over hoe deze zorg in de regio vorm te geven. Op deze manier ontstaat een onderhandelingstraject waarbij niet iedere stakeholder dezelfde belangen, macht en interesse heeft. Deze interactie van belangen,

macht en interesse betekent dat het besluitvormingsproces van nature als politiek kan worden gezien (Wilson 2003).

1.5 Doelstelling

Nederland is een land waarin de negatieve gevolgen van de demografische en sociaal economische ontwikkelingen zichtbaar aanwezig zijn. Het is een land dat oplossingen zoekt voor de negatieve gevolgen van vergrijzing en ontgroening. De maatschappelijke opbrengsten van concentratie van ziekenhuisfuncties, zoals hogere kwaliteit van zorg door meer gespecialiseerde artsen en efficiëntere inzet van de (beperkte) capaciteit, kunnen in Nederland bijdragen om de balans tussen zorgvraag en aanbod te behouden. Concentratie van ziekenhuisfuncties is daarom in Nederland al geruime tijd onderwerp van discussie.

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de manier waarop in de regio West-Midden- en Oost-Gelderland vorm en inhoud wordt gegeven aan de landelijke discussie rond concentratie van ziekenhuisfuncties. Vanuit dit onderzoek wordt inzicht verkregen in de stakeholders die betrokken zijn bij deze discussie en of deze de rol vervullen, die zij naar aanleiding van de landelijke discussie krijgen toebedeeld. Het onderzoek zal daarnaast inzicht geven in de factoren die de uiteindelijke samenwerkingsovereenkomst belemmeren en bevorderen. Tevens zal uit het onderzoek blijken in hoeverre rekening wordt gehouden met de maatschappelijk relevante opbrengsten van concentratie van ziekenhuisfuncties, zoals efficiënter ingerichte zorg en hogere kwaliteit door middel van respectievelijk hogere volumes en meer gespecialiseerde artsen met minimaal gelijkblijvende kosten.

1.6 Relevantie

Ziekenhuizen zijn vanuit de overheid de afgelopen jaren aangestuurd op een toenemende vorm van marktwerking, terwijl met concentratie eerder sprake is van een bepaalde vorm van samenwerking dan van concurrentie. Aan de andere kant is de NMA nog steeds behoedzaam op het gebied van deze samenwerkingsverbanden. Aan ziekenhuizen wordt dus gevraagd om keuzes te maken over de zorg die zij willen en kunnen leveren en dit in samenspraak te doen met elkaar. Aan de andere kant worden zij geconfronteerd met de wensen / regels van de zorgverzekeraar en NMA, om een vorm van concurrentie te behouden. Het is interessant om te onderzoeken hoe ziekenhuizen in deze veranderende en complexe situatie beslissingen nemen en een balans zoeken tussen concurreren en samenwerken. Het onderzoek zal op deze manier bijdragen aan de wetenschappelijke discussie over interorganisationele strategische besluitvorming.

Concentratie is een relatief jong begrip in de Nederlandse zorgsector. Toch zijn er op meerdere plaatsen in Nederland al verschillende samenwerkingsafspraken ontstaan. Er is echter nog weinig bekend over welke factoren bijdragen aan de totstandbrenging hiervan. Dit onderzoek verschaft inzicht in de factoren die een rol spelen bij de totstandkoming van de samenwerkingsafpraak tussen ziekenhuizen in een bepaalde regio. In het bijzonder is het interessant om te onderzoeken in hoeverre de gewenste maatschappelijke opbrengsten (hogere kwaliteit met minimaal gelijkblijvende kosten) van invloed zijn op deze

samenwerkingsafspraken. Uit het onderzoek zal blijken welke rol de maatschappelijke opbrengsten spelen tijdens de totstandkoming van de samenwerkingsafspraken.

Het aangaan van een samenwerkingsverband op het gebied van concentratie van ziekenhuisfuncties op regioniveau vraagt strategievorming binnen een netwerk. Dit is een complex proces van onderhandeling tussen stakeholders met ieder hun eigen belangen, invloed en verwachtingen. Bij de vorming van de interorganisationele strategie is het belangrijk om de verschillende belangen / verwachtingen en machtsposities van de verschillende stakeholders in beeld te hebben en op elkaar af te stemmen. Het onderzoek geeft inzicht in de belangen, betrokkenheid en verwachtingen van de belangrijkste externe en interne stakeholders. Na vergelijking van de bevindingen met de relevante theorie over netwerk- en interorganisationele strategievorming zal het onderzoek tot aanbevelingen komen die kunnen ondersteunen bij het toekomstige verloop van dit proces.

1.7 Probleemstelling

Hoe wordt door de stakeholders binnen de regio West-, Midden- en Oost-Gelderland vorm en inhoud gegeven aan de strategische besluitvorming rond concentratie van ziekenhuisfuncties en welke rol speelt de maatschappelijk relevante opbrengst van concentratie hierin?

- *Welke stakeholders zijn betrokken rond de discussie van concentratie in de regio en wat is hun belang en invloed in dit vraagstuk?*
- *Hoe is het strategische besluitvormingsproces rond concentratie van ziekenhuisfuncties tussen de betrokken stakeholders in de regio vorm gegeven?*
- *Op basis van welke afwegingen worden besluiten in het besluitvormingsproces genomen en welke factoren hebben hierbij het proces bevorderd of belemmerd?*
- *In hoeverre spelen maatschappelijk relevante opbrengsten een rol binnen de discussie?*

Theoretisch kader

Tijdens het onderzoek is gebruikt gemaakt van drie theoretische concepten, strategievorming en besluitvorming. Vanuit deze concepten is de casus geanalyseerd. Het onderzoek zal vanuit het concept strategievorming antwoord proberen te geven op de vraag; in hoeverre er sprake is van strategievorming tussen de betrokken stakeholders en in hoeverre de maatschappelijk relevante opbrengsten hierin een rol spelen. Met het concept netwerkvorming wordt beschreven op welke manier de verschillende stakeholders de strategische besluitvorming in het collectief hebben vormgegeven. Vanuit het concept besluitvorming is gekeken naar het besluitvormingsproces rond concentratie van ziekenhuisfuncties. In dit hoofdstuk wordt per concept beschreven welke theorieën en modellen bij het analyseren van de casus zijn gebruikt en waarom deze theoretische concepten van belang zijn.

2.1 Strategievorming

In deze paragraaf zullen eerst de kenmerken en complexiteit van strategievorming beschreven worden. Naar aanleiding van het lezen van literaire reviews over strategievorming is besloten om aan de hand van de indeling van Astley (1984) dieper in te gaan op strategievorming bij een populatie van organisaties. Er is gekozen voor de indeling van Astley (1984) vanwege de aansluiting met de casus op het gebied van strategievorming bij een verschuiving van concurrentie naar samenwerking. In het tweede deel van deze paragraaf wordt daarom dieper ingaan op strategievorming in een competitieve omgeving en (vooral) theorieën over collectieve strategievorming. In het laatste deel van deze paragraaf wordt specifiek de totstandkoming- en het belang van sociale integratie binnen het collectief / netwerk beschreven.

2.1.1 Kenmerken van strategievorming

Johnson en Scholes (2006) omschrijven een strategie als de richting en reikwijdte van een organisatie op de lange termijn, welke een voordeel voor de organisatie tracht te behalen door de configuratie van de bronnen binnen een veranderende omgeving en om te voldoen aan de verwachtingen van belanghebbenden. Hiermee geven Johnson en Scholes (2006) al een aantal belangrijke kenmerken van strategievorming: strategievorming gaat over de lange termijn, is bepalend voor de inzet en gebruik van beschikbare middelen van een organisatie en is sterk afhankelijk van de omgeving.

Van Aken (1994) kenmerkt strategie door de originele betekenis af te zetten tegen de originele betekenis van tactiek. Strategie is dan de kunde om met behulp van veldslagen de doeleinden van de oorlog te realiseren, terwijl tactiek de kunde is om veldslagen te winnen (van Aken 1994). Swayne (2011) betreft dit onderscheidt ook in zijn visie van strategievorming in zorginstellingen, door te stellen dat de uiteindelijk vastgestelde strategie geïmplementeerd wordt door middel van tactische plannen.

De planning logic van Swayne (2011) is een handzaam proces voor het beschrijven van strategieontwikkeling. Swayne (2011) beschrijft de ontwikkeling van een strategie als een

vast stappenplan waarbij eerst kennis moet worden verworven over de externe omgeving en interne capaciteiten (situatieve analyse), voordat de daadwerkelijke strategie kan worden bepaald. De tools die Swayne (2011) beschrijft om deze externe en interne analyse uit te voeren zijn vergelijkbaar met de tools die Johnson en Scholes (2006) hanteren (PESTEL, vijf krachten model van Porter, stakeholderanalyse, SWOT). Hierbij legt Swayne meer het belang op de volgtijdigheid van gebruik en Johnson en Scholes meer op de kennisverwerving en integratie van deze kennis in de organisatie.

Wat strategievorming in het bijzonder complex maakt, is de afhankelijkheid van de uiteindelijke strategie van de kennis, voorkeuren en capaciteiten van de besluitvormer. Zowel Johnson en Scholes (2006) als Swayne (2011) benadrukken dat de besluitvormer de resultaten uit de situatieve analyse moet interpreteren en verwerken in een visie en missie voor de organisatie. Hoe complexer en onzekerder de omgeving (intern en extern), hoe complexer en onzekerder de strategie. De besluitvormer moet dus begrip hebben van de omgeving waarin de organisatie zich bevindt, de huidige en toekomstige ontwikkelingen kennen, interpreteren en hierop kunnen anticiperen (Swayne 2011).

In de Nederlandse gezondheidssector wordt de voorkeur van de besluitvormer nog eens extra bemoeilijkt door het spanningsveld tussen maatschappelijke- en private doelstellingen die moeten worden nagestreefd. Vanuit de kwaliteitswet zorginstellingen is een zorginstelling in Nederland verplicht om doeltreffende, doelmatige en patiëntgerichte zorg aan te bieden. Het beleid dat de instelling voert, moet daarom gericht zijn op het in stand houden en verbeteren van de kwaliteit van zorg (IGZ 2012). Het Amerikaanse Institute Of Medicine omschrijft kwaliteit hierbij als de toegankelijkheid, tijdigheid, effectiviteit, veiligheid, patiëntgerichtheid en doelmatigheid van zorg (Ahaus 2007). Daarnaast moet de zorginstelling in een markt van toenemende concurrentie (financiële) doelstellingen nastreven die het voortbestaan van de organisatie veiligstellen.

2.1.2 Strategievorming bij een populatie van organisaties

Nadat in de vorige paragraaf de belangrijkste uitgangspunten van strategievorming zijn weergegeven worden in deze paragraaf, aan de hand van de classificatie van Astley (1984), twee verschillende benaderingen in de theorie over strategievorming bij een populatie aan organisaties beschreven: competitieve strategievorming en collectieve strategievorming. De focus wordt op deze twee benaderingen gelegd vanwege de aansluiting met het interorganisationele vraagstuk uit de casus.

Competitieve strategie

De theorieën over competitieve strategievorming gaan ervan uit dat een organisatie overleeft door zich te conformeren aan de regels en richtlijnen van bepaalde omgevingsniches (Astley 1984). Deze niches worden door Aldrich (1979) gedefinieerd als specifieke combinaties van middelen en andere beperkingen die toereikend zijn om een bepaalde omgevingsvorm te ondersteunen. Hierbij kan gedacht worden aan de beschikbaarheid van personeel, maar ook de wet- en regelgeving en het financieringsstelsel waarbinnen geopereerd moet worden. Als een organisatie niet voldoet aan de regels van een omgevingsniche, zal deze niet kunnen

beschikken over de middelen die nodig zijn om te overleven. Op deze manier is de algemene omgeving te zien als een zeef of vergiet die de succesvolle organisaties doorlaat (degenen die voldoen aan de eisen van de omgevingsniche) en de niet succesvolle organisaties eruit filtert. De middelen en beperkingen in de omgeving bepalen op deze manier de te volgen strategie van een organisatie. Deze druk uit de omgeving maakt concurrentie om de beschikbare middelen de centrale drijfveer voor een organisatie (Astley 1984).

In de vorige paragraaf is beschreven dat strategie volgens Johnson en Scholes (2006), draait om het behalen van voordeel voor de organisatie. Het “voordeel voor de organisatie”, zoals Johnson en Scholes (2006) dit gebruiken in hun definitie, wordt door Porter (1996) omschreven als competitief voordeel ten opzichte van de concurrentie. Dit competitief voordeel is volgens hem te bereiken door andere producten aan te bieden of dezelfde producten anders aan te bieden dan de concurrentie. Hierbij benadrukt Porter (1996) dat het creëren van operationele efficiëntie niet voldoende is voor een duurzame bedrijfsvoering. Een organisatie moet keuzes maken over wat wel en (vooral) wat niet te doen. Ook moet de organisatie fit creëren door de interne en externe processen op elkaar af te stemmen (Porter 1996). Hierbij beaamt Porter (1980) dat: *“the basic, underlying characteristics of an industry ... shape the arena in which competitive strategy must be set”*.

Collectieve strategie

Metcalf (1976) omschrijft dat volgens de competitieve theorie, een organisatie zijn beleid afstemt op de gegeven externe factoren (omgevingsrespons). Met een collectieve strategie wijzigt de organisatie de omgeving om zo externe input beter af te kunnen stemmen op de interne organisatiedoelen (omgevingseffectiviteit) (Metcalf 1976). De theorie van collectieve strategie gaat er dus niet vanuit dat de omgeving de ontwikkeling van de organisaties vormgeeft, maar dat er sprake is van een turbulente omgeving die voor een groot deel bestaat uit organisaties die met elkaar in contact staan en afhankelijk zijn van elkaar (Astley 1984). Dit onderlinge contact tussen organisaties vormt de basis voor de uitwisselingstheorie van Levine en White (1969), die volgens meerdere onderzoekers (Benson 1975, Astley 1983, Cook 1977) de basis legt voor interorganisationale theorievorming. In de uitwisselingstheorie beschrijven Levine en White (1969) een uitwisseling als iedere vrijwillige activiteit tussen twee organisaties die consequenties heeft (verwachte of werkelijke) voor de realisatie van de organisatiedoelen (Levine en White 1969). Cook (1977) vindt echter dat de term “iedere vrijwillige activiteit” te breed is en vervangt deze met “de overdracht van middelen”. Hiermee komt de definitie dichterbij in de buurt van het middelen-afhankelijkheidsmodel van Aldrich (1974).

Aldrich (1974) en Levine en White (1969) zijn van mening dat specialisatie van organisaties en de schaarste van middelen ten grondslag liggen aan de uitwisselingsrelaties tussen organisaties. Hierbij stellen zij wel hun oorzaak-gevolg relatie net andersom. Zo gaat Aldrich (1974) ervan uit dat de meeste organisaties gespecialiseerde taken uitvoeren en daardoor schaarste in middelen creëren. Hierdoor zijn organisaties dus gedwongen om middelen met elkaar uit te wisselen. Levine en White (1969) stellen juist dat door een schaarste aan middelen een organisatie gedwongen is om zich op specifieke activiteiten te focussen, waarvoor uitwisseling van middelen nodig is. Ook Thompson (1962) stelt de schaarste van

middelen als reden van samenwerking, maar omschrijft dit als onderdeel van algemene organisatorische onzekerheid. Cook (1977) vat dit alles samen door te stellen dat door de functionele specialisatie van organisaties en de schaarste van middelen, organisaties manieren zoeken om organisatorische onzekerheden te reduceren door het creëren van onderhandeling.

Oliver (1990) komt naast het bemachtigen van middelen (Aldrich 1974 en Levine en White (1969)) en het reduceren van onzekerheden (Thompson 1962 en Cook 1977) met nog vier determinanten voor het aangaan van interorganisatorische relaties. Om te beginnen stelt hij dat relaties ontstaan uit noodzaak, omdat zij verplicht worden om aan bepaalde eisen te voldoen. Ten tweede komt Oliver (1990) met legitimiteit als aanleiding, bijvoorbeeld als de omgeving van organisaties eist dat zij hun activiteiten en output rechtvaardigen. Deze eerste twee determinant passen niet in de definitie van collectieve strategie volgens Metcalf (1976), die ervan uit gaat dat de organisatie de omgeving wijzigt en niet andersom. De laatste twee determinanten passen wel in deze definitie, want als derde stelt Oliver (1990) dat het creëren van harmonie en wederzijdse ondersteuning als aanleiding voor een interorganisatorische relatie. Efficiëntie en het behalen van schaalvoordelen, wordt door Oliver (1990) als laatste motief gegeven.

2.1.3 Sociale integratie in het collectief

Met betrekking tot de totstandkoming van een collectieve strategie, stelt Cook (1977) in zijn definitie dat de daadwerkelijke samenwerking een proces van onderhandeling is. Metcalf (1976) gaat dieper in op deze onderhandeling door te stellen dat bij een collectieve strategie het de taak van een organisatie is, om het eigen beleid af te stemmen op de verwachting en druk van een andere organisatie. Metcalf (1976) beschrijft vier dimensies waarop dit moet plaatsvinden: de culturele, normatieve, communicatieve en functionele dimensie. Binnen deze dimensies moeten de partijen die betrokken zijn bij de samenwerking, sociaal geïntegreerd zijn. Benson (1975) benadrukt bij de “onderhandelingen” de politieke kant. Net als Metcalf (1976) benoemt Benson (1975) dat de betrokken organisaties op elkaar afgestemd moeten zijn, maar beschrijft dit als een balans van macht en geld.

Benson (1975) maakt bij zijn beschrijving van netwerkvorming onderscheid tussen een substructuur en een superstructuur. In de substructuur proberen organisaties zoveel mogelijk middelen te vergaren. Aldrich (1972) omschrijft vier soorten middelen: geld, personeel, informatie en producten / diensten. Benson (1975) beperkt het aantal middelen tot geld en macht, omdat hij stelt dat met deze twee de andere middelen verkregen kunnen worden. In de substructuur zijn de verschillende actoren competitief van aard, met als doel zoveel mogelijk macht en geld te vergaren.

Met de superstructuur omschrijft Benson (1975) het niveau waarop de betrokken actoren naar interorganisatorisch evenwicht streven. Op dit niveau zijn het de gevoelens, opinies, opvattingen en coöperatieve interacties die bepalend zijn of het netwerk succesvol vormgegeven kan worden. Meer concreet onderscheidt Benson (1975) vier dimensies waarop de verschillende actoren sociale integratie moeten bereiken om interorganisatorisch evenwicht te realiseren. Als dit evenwicht ontbreekt, is het interorganisatorische systeem uit

balans en zal de samenwerking niet leiden tot het beoogde resultaat (Benson 1975). Benson maakt onderscheid tussen de volgende vier dimensies waarop de sociale integratie tussen de netwerkpartners in evenwicht moet zijn:

Dimensie	Omschrijving
Domeinconsensus	Overeenstemming onder de actoren over geschikte rol en scope van het netwerk.
Ideologische consensus	Overeenstemming onder de actoren over de aard van de taken waarmee het netwerk geconfronteerd wordt en de manier om hiermee om te gaan.
Positieve evaluatie	Het onderlinge oordeel van de actoren over elkaars werkkwaliteit.
Werkcoördinatie	Patronen van samenwerking en medewerking tussen de actoren. Het werk is goed gecoördineerd als processen en activiteiten op elkaar zijn afgestemd met een maximale efficiency en effectiviteit.

Tabel: dimensies binnen de superstructuur van sociale integratie (Benson 1975)

Benson (1975) geeft vier strategieën waarmee, vanuit de substructuur (interne) en de omgeving (externe), partijen de sociale integratie in de superstructuur kunnen beïnvloeden. Om te beginnen kan dit door een coöperatieve strategie. Benson (1975) omschrijft de coöperatieve strategie als actieve participatie van alle betrokken partijen, waarbij getracht wordt een verandering te bewerkstelligen door overeenstemming en gezamenlijke planning. Een coöperatieve strategie kan alleen effectief zijn als iedere partij iets bezit dat van waarde is voor de andere partij, maar tegelijkertijd in staat is om de wensen van de andere partij te weerstaan. De tweede manier om de sociale integratie van een netwerk te beïnvloeden is een versturende strategie. Bij een versturende strategie proberen de netwerkpartijen doelbewust het genererend vermogen van middelen (geld en macht) van één van de andere partijen te bedreigen. Dit kan gedaan worden door zich op het domein van de andere partij te begeven, een geldstroom van de andere partij af te pakken of door activiteiten uit te voeren die de effectiviteit en doelmatigheid van het productieproces van de andere partij nadelig beïnvloeden. Met de derde beïnvloedingsstrategie, een manipulatieve strategie, probeert één partij doelbewust de omgevingskaders te verschuiven, zodat de toestroom van middelen vanuit de omgeving voor een andere partij wijzigt. De laatste manier van beïnvloeding betreft een autoritaire strategie. Met de autoritaire strategie wordt vanuit de omgeving de vormgeving van het netwerk beïnvloed, bijvoorbeeld door een wetswijziging vanuit de overheid, of selectief inkoopbeleid vanuit de zorgverzekeraar.

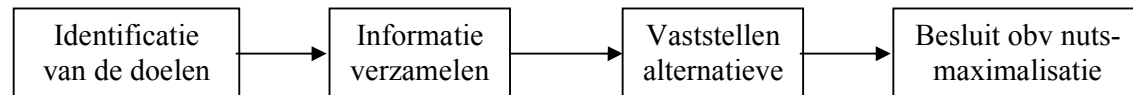
2.2 Het proces van besluitvorming

In de vorige paragraaf zijn verschillende theorieën van strategievorming beschreven. Op basis van de gevormde strategie, maar ook tijdens het proces van strategievorming zullen besluiten moeten worden genomen. Zoals Porter (1996) aangeeft is het maken van keuzes een belangrijk onderdeel van strategievorming. In deze paragraaf is beschreven hoe het proces van besluitvorming tot stand kan komen. Ten gevolge van analyse van een aantal literaire reviews, over de beschikbare theorieën over het besluitvormingsproces, zijn de drie

belangrijkste besluitvormingsmodellen beschreven: het rationele model, het politiek besluitvormingsproces en het garbage-can model. Tenslotte wordt specifiek ingegaan op de kenmerken van een besluitvorming in een netwerk.

2.2.1 Het rationele besluitvormingsproces

Het rationele model in zijn puurste vorm beschrijft het besluitvormingsproces als een vast traject waarin beslissingen volledig rationeel worden genomen (March en Simon 1958). Om te beginnen zijn de doelen duidelijk gesteld in de identificatiefase. Vervolgens wordt in de onderzoeksfase informatie verzameld aan de hand van deze voorafgestelde doelen. Op basis van de vergaarde informatie wordt een set van alternatieve acties bepaald. Ten slotte wordt uit alle alternatieven in de selectiefase, op basis van nuts-maximalisatie, de meest effectieve uitkomst gekozen. Pfeffer (1981) stelt vast dat beschikbaarheid over alle benodigde informatie een vereiste is, om in het rationele model de onderzoeksfase te kunnen afronden,. Daarnaast is het nodig dat de doelen binnen de organisatie eenduidig en congruent zijn (Pfeffer 1981).



Figuur: Traject van rationele besluitvorming (March en Simon 1958)

Uit empirisch onderzoek blijkt dat het rationele model in de praktijk anders uitpakt (Eisenhardt en Zbaracki 1992). Ten eerste stelden Cyert en March (1963) dat er een limiet is aan kennis of begrip van de situatie. Door deze limiet aan kennis wordt tijdens besluitvorming in de praktijk vaak gekozen voor tevredenheid (satisfactie) in plaats van optimalisatie, wordt er zelden uitgebreid onderzoek gedaan naar informatie en worden de doelen van keuzes niet vooraf, maar tijdens het proces zelf vastgesteld. Ten tweede blijkt uit empirisch onderzoek van Mintzberg (1976) dat het proces van identificatie, onderzoek en selectie niet altijd in die volgorde plaatsvindt. Zo kan besluitvorming bijvoorbeeld al tijdens de identificatiefase plaatsvinden of kunnen fases weer opnieuw worden herhaald later in het proces, als het doel of de informatie toch niet helemaal duidelijk blijkt. Ten slotte blijkt dat ook de complexiteit van het probleem en de verschillende belangen van de betrokken stakeholders van invloed zijn op de uiteindelijke beslissing.

Eisenhardt en Zbaracki (1992) vatten alles samen door te stellen dat er meerdere vormen van het rationele besluitvormingsproces mogelijk zijn. Zo gaat Mintzberg wel uit van dezelfde stappen als in het pure rationele model, maar kunnen deze in een andere volgorde plaatsvinden en stellen Cyert en March (1963) dat in plaats van nutsmaximalisatie ook besluitvorming kan plaatsvinden op basis van tevredenheid. De theorie over het rationele besluitvormingsproces kan hierdoor gezien worden als een continuüm waarop gepeild kan worden wanneer en in hoeverre besluitvorming rationeel is (Eisenhardt & Zbaracki).

2.2.2 Politieke besluitvormingsproces

De basis voor het politieke perspectief ligt in de jaren 50, toen verschillende onderzoekers ondervonden dat tegenstrijdige doelen en belangen van mensen de besluitvorming beïnvloedde (Eisenhardt & Zbaracki 1992). Het politieke model kan gezien worden als reactie op het rationele model (Eisenhardt 1997). Waar het rationele model zich beperkt tot de besluitvorming van het individu (of organisatie met eenduidige, congruente doelen), richt het politieke model zich op besluitvorming als een groepsproces. In het politieke model wordt het individu wel als rationeel beschouwd, maar het collectief niet. De personen binnen een groep kunnen hetzelfde doel nastreven, maar de meningen kunnen sterk verschillen over de manier waarop dit doel bereikt moet worden op basis van verschillende verwachtingen van de toekomst, verschillende belangen of bepaalde normen en waarden. Besluitvorming vindt volgens het politieke model dan ook niet plaats door één of meerdere personen die handelen vanuit hetzelfde belang (zoals volgens het rationele model), maar door meerdere personen met op zijn minst gedeeltelijk tegenstrijdige belangen. Denk hierbij aan de vele stakeholders die binnen de Nederlandse zorgsector acteren, met ieder zijn eigen belang, macht en interesses. Deze interactie van belangen, macht en interesse betekent dat het besluitvormingsproces van nature als politiek kan worden gezien (Wilson 2003). Het besluit is hierin het resultaat van een onderhandeling (Pfeffer 1981).

Uit veel empirisch onderzoek naar besluitvorming in politieke situaties blijkt dat het uiteindelijke besluit de voorkeur van de meest machtige stakeholder weergeeft (Eisenhardt en Zbaracki 1992). Om de besluitvorming toch ten gunste van het eigen belang uit te laten vallen worden door de verschillende stakeholders verschillende tactieken toegepast: vormen van een coalitie, het gebruik van externe experts, onderhandelen, macht, ge- of misbruik van informatie, enz.. Uit empirisch onderzoek is gebleken dat deze tactieken een negatief effect kunnen hebben op prestaties (Dean en Sharfaman 1992). Hiervoor worden verschillende redenen gegeven. Ten eerste zou het bedrijven van politiek strijdig zijn met een open communicatie en het delen van informatie. Zo worden besluiten genomen op onvolledige en onjuiste informatie (Eisenhardt 1988). Ten tweede kost politiek bedrijven veel tijd en moeite, waardoor besluiten vaak te laat worden genomen (Pfeffer 1974). Ten slotte wordt door de strenge focus op interne politiek, externe ontwikkeling niet gezien (Dean & Sharfman 1992).

2.2.3 Garbage Can model

In het rationele en politieke besluitvormingsproces wordt er vanuit gegaan dat een besluit altijd een bewuste keuze is van één of meerder stakeholders. Cohen et al. (1976) beschrijven in hun garbage-can model een besluitvormingsproces in een dusdanig complexe, onstabiele en dubbelzinnige organisatie (georganiseerde anarchie) dat besluitvorming niet altijd plaatsvindt op basis van een bewuste keuze. In een georganiseerde anarchie vindt besluitvorming plaats in een setting waarin er oplossingen zijn die problemen zoeken, problemen zijn die oplossingen zoeken en beslissingnemers zijn die zoeken naar besluiten die genomen moeten worden. Daarnaast hebben beslissingnemers vaak een niet definieerbare voorkeur voor een bepaalde aanpak, leren de beslissingnemers door trail-and-error, maar wordt de onderliggende betekenis van hun les niet begrepen en wisselen de beslissingnemers tijdens het besluitvormingsproces met enige regelmaat. Dit alles zorgt

ervoor dat het uiteindelijke besluit sterk afhankelijk is van toevallig- en willekeurigheden. Het besluit is maar net afhankelijk van het probleem dat het sterkst naar voren wordt gebracht, de mogelijke “oplossingen” die aangeboden worden door de participanten die toevallig opletten, welke beslissingnemer er op dat moment is zijn / haar persoonlijke voorkeur.

2.2.4 Besluitvorming in een netwerk

De Bruijn (2011) zet twee vormen van besluitvorming tegen elkaar af: besluitvorming in een hiërarchische structuur en besluitvorming in een netwerkstructuur. Besluitvorming in een hiërarchische structuur is hierin vergelijkbaar met het besluitvormingsproces zoals hierboven omschreven als rationele besluitvorming: regelmatig en volgtijdelijk, de actoren zijn stabiel, het proces heeft een duidelijk begin- en eindpunt, de inhoud van het probleem is stabiel.

Om te begrijpen hoe besluitvorming van een netwerk tot stand komt is het van belang om de structuur van een netwerk te kennen. Volgens de Bruijn (2011) laat de structuur van een netwerk zich goed in kaart brengen door deze af te zetten tegen vier kenmerken van een hiërarchische structuur: uniformiteit, afhankelijkheid, openheid, stabiliteit.

Om te beginnen is in een hiërarchiemodel sprake van een zekere uniformiteit. Hiermee bedoelt de Bruijn (2011) dat aansturing / verantwoording van de verschillende onderdelen van de organisatie op een eenduidige manier verloopt. In een netwerkstructuur is spraken van variëteit: veel verschillende actoren, producten, belangen en macht. Door deze variëteit kunnen de gevolgen van een ontwikkelingen in een netwerkstructuur beperkter zijn dan in een hiërarchische structuur. Doordat binnen een netwerk verschillende actoren met verschillende belangen en macht te maken krijgen met de betreffende ontwikkeling zullen zij niet allemaal op dezelfde (positieve) manier reageren. Verschillende actoren kunnen het niet eens zijn met een bepaalde interventie waardoor zij hierop niet de gewenste reactie geven, of ze interpreteren de interventie op hun eigen manier waardoor niet het gewenste resultaat wordt behaald. Om de ontwikkeling te laten slagen is het misschien noodzakelijk om voor iedere aparte groep aparte afspraken gemaakt. De Bruijn (2011) omschrijft dit als de noodzakelijkheid van maatwerk. Een tweede verschil is dat de actoren in een hiërarchische structuur relaties van boven- en ondergeschiktheid kennen en daarmee een vorm van eenzijdige afhankelijk bestaat, terwijl in een netwerkstructuur er sprake is van wederzijdse afhankelijkheid. Een derde kenmerk van een hiërarchische structuur is dat actoren openstaan voor interventies van hun leidinggevende, onder andere doordat er in een hiërarchische structuur een vorm van eenzijdige afhankelijkheid is. In een netwerkstructuur bestaat een vorm van wederzijdse afhankelijkheid. Hierbij zijn actoren vaak niet alleen aangewezen op één partij, maar handelen zij in de dagelijkse praktijk met meerdere partijen tegelijk. Hierdoor zijn zij minder gericht op één partij en zijn zij dus minder ontvankelijk voor de wensen / belangen van deze partij alleen. Zij zullen de wensen van één partij altijd afwegen tegen de kansen en risico's van deze wensen in hun relatie met andere partijen, waardoor ze moeilijker te sturen zijn.

Hiërarchische structuur	Netwerkstructuur
Uniformiteit	Variëteit
Eenzijdige afhankelijkheid	Wederzijdse afhankelijkheid
Openheid	Geslotenheid
Stabiliteit	Dynamiek

Tabel: kenmerken van een netwerk ten opzichte van een hiërarchie (de Bruijn 2011)

Doordat een netwerk van nature variëteit kent, er een wederzijdse afhankelijkheid bestaat, de actoren niet openstaan voor interventies van hun leidinggevenden, kan je stellen dat een netwerkstructuur dynamisch is. Door deze dynamiek verloopt de besluitvorming in een netwerk volgens de Bruijn (2011) grillig en daardoor onvoorspelbaar. Het proces heeft hierdoor het meest weg van het Garbage Can model van Cohen et al. (1976). Bij deze grillige besluitvorming maakt de Bruijn (2011) onderscheid in inhoudelijke en procesmatige grilligheid. Inhoudelijke grilligheid ontstaat doordat de inhoud van het probleem en oplossing voortdurend kunnen verschuiven, nieuwe problemen en oplossingen worden tijdens het proces ingebracht en het is onduidelijk of het probleem de oplossing bepaalt of dat bij een bepaalde oplossing een probleem wordt gevonden. De procesmatige grilligheid ontstaat doordat het besluitvormingsproces in rondes (als in een bokswedstrijd) verloopt zonder vast begin- en eindpunt. Hierbij kunnen de actoren voortdurend in- en uitreden en kunnen hun belangen en interesse verschuiven.

Methoden van onderzoek

Tijdens het onderzoek staat de samenwerkingsovereenkomst op het gebied van laagvolume / hoogcomplexe zorg van drie ziekenhuizen in de regio West-, Midden- en Oost Gelderland centraal. Het betreft een beschrijvend onderzoek naar het strategisch besluitvormingsproces, zoals dit is vormgegeven rond de concentratie van ziekenhuisfuncties in deze regio. Doordat het een duidelijk afgebakende casus betreft, waarin de vertegenwoordigers van een beperkt aantal stakeholders de casus hebben vormgegeven, is gekozen voor een kwalitatieve casestudie. In dit hoofdstuk zal eerst globaal het onderzoeksdesign worden toegelicht, waarna de dataverzameling en data-analyse zijn beschreven. In de laatste paragraaf staat hoe getracht is de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten en te waarborgen.

3.1 Onderzoeksdesign

Na goedkeuring voor het onderzoek te hebben verkregen bij de drie ziekenhuizen, is gestart met de documentanalyse. Op internet en bij de huidige projectleider is navraag gedaan naar beschikbare documentatie omtrent de concentratie van ziekenhuisfuncties in de regio. Op basis hiervan is een eerste raamwerk opgesteld over de belangrijke gebeurtenissen tijdens het traject, de belangrijkste stakeholders en hun belang en invloed in het concentratievraagstuk. Dit raamwerk is, ondersteund vanuit het theoretisch kader, als basis gebruikt bij de interviews en bijbehorende topiclijst. Met de interviews zijn de zwakke plekken in het raamwerk versterkt en de lege plekken opgevuld. Met behulp van de resultaten zijn de deelvragen beantwoord, zodat antwoord kon worden gegeven op de hoofdvraag.

3.2 Dataverzameling en analyse

Dataverzameling heeft plaatsgevonden op basis van documentatieanalyse en interviews met relevante vertegenwoordigers van de betrokken stakeholders. In deze paragraaf wordt nader ingegaan op beschikbare documentatie, de wijze van interviewen, onderbouwing van de respondenten en de manier waarop de vergaarde data zijn geanalyseerd.

3.2.1 Dataverzameling

Vanuit de verschillende werkgroepen die tijdens het proces de samenwerking hebben vormgegeven, was veel documentatie beschikbaar. Zo waren er bijvoorbeeld relevante werkgroepverslagen, plannen van aanpak, gedocumenteerde afspraken en notulen beschikbaar. Omdat de meeste documenten door de werkgroepen zelf zijn opgesteld geven zij een goed beeld van de werkelijke discussiepunten die tijdens het traject hebben gespeeld. Naast de documentatie uit de praktijk van de samenwerking, is het proces vanuit de media gevolgd. Aanvullend waren de jaardocumenten van de ziekenhuizen beschikbaar om de profielen van de ziekenhuizen verder invulling te geven.

De interviews in de vorm van face to face gesprekken met direct betrokken individuen hebben de grootste bron van informatie gevormd voor dit onderzoek. De vertegenwoordigers

van de betrokken stakeholders hebben eigenhandig bijgedragen aan de vormgeving van het strategische besluitvormingsproces, waardoor het voor dit onderzoek van belang is dat deze individuen persoonlijk zijn gesproken. Op deze manier is achterhaalt hoe het proces precies is gelopen en wat de exacte betrokkenheid en ervaring van de belangrijkste stakeholders is geweest.

Er zijn interviews gehouden met de volgende respondenten:

- **Raden van bestuur van de drie betrokken ziekenhuizen:**
De raad van bestuur is een relevante stakeholder, omdat zij de belangen van het ziekenhuis vertegenwoordigen. Zij zijn direct betrokken bij de strategische besluitvorming en zijn nauw betrokken geweest bij de vormgeving van het proces.
- **Huidige- en voormalig overkoepelend projectleider**
De projectleider is door de raden van bestuur aangewezen om de overeengekomen samenwerking in de praktijk vorm te geven en te implementeren. De projectleider is direct betrokken bij de uitwerking van de collectieve strategie, waardoor deze inzicht heeft in de mogelijke discussiepunten tijdens het traject.
- **Accountmanagers van de twee grootste zorgverzekeraars in de regio**
De accountmanager van de zorgverzekeraar vertegenwoordigt de belangen van de zorgverzekeraar tijdens de concentratiediscussie in de regio. Vanuit de overheid hebben zij een regierol toebedeeld gekregen, om er op toe te zien dat de voorgestelde concentratieplannen leiden tot de gewenste kwaliteitvoordelen.
- **Voorzitters van de medische staf van de drie betrokken ziekenhuizen**
de voorzitter van de medische staf vertegenwoordigt de belangen van de medisch specialist tijdens het samenwerkingstraject. De werkzaamheden van de medisch specialist worden direct beïnvloed door de wijze waarop de samenwerking is vormgegeven. Zij zijn ook nauw betrokken bij de strategisch besluitvorming.
- **Oncologisch chirurgen van de drie betrokken ziekenhuizen**
Omdat het een casus betreft op het gebied van concentratie van laagvolume hoogcomplexiteit zorg, betreft het een samenwerking op het gebied van voornamelijk oncologisch chirurgische ingrepen. De oncologische chirurgen dragen verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van deze ingrepen. Zij zijn daarom nauw betrokken bij de vormgeving van de samenwerking.

Omdat het van belang is dat bepaalde punten in het gesprek besproken werden, is het interview semi-gestructureerd afgenomen aan de hand van een topiclijst. De topiclijst is opgesteld aan de hand van de documentanalyse en het theoretisch kader. Vervolgens is de topiclijst, op basis van de daarvoor gevoerde gesprekken, voor ieder interview aangevuld met nieuwe gespreksonderwerpen / vragen. In een later stadium is de topiclijst uitgebreid met een tijdslijn. Voor alle gesprekken is toestemming verleend om deze op te nemen.

3.2.3 Data-analyse

Voorafgaand aan de interviews is de verkregen documentatie geanalyseerd. Vanuit deze documentatie zijn de betrokken stakeholders met hun globale visie bepaald en tevens de belangrijkste discussiepunten waar zij tijdens het proces tegenaan gelopen zijn. In één

document zijn alle beschikbare stukken chronologisch geïnventariseerd met daarachter een korte samenvatting en eventueel relevante discussiepunten op het gebied van collectieve strategie- en besluitvorming. Op deze manier is op hoofdlijnen een tijdspad gecreëerd van het samenwerkingstraject.

Nadat de interviews zijn afgenomen zijn de opnamen van de gesprekken getranscribeerd. De transcripten zijn vervolgens open en thematisch gecodeerd. Op basis van de gecodeerde transcripten is een tijdslijn beschreven van de belangrijkste mijlpalen in het samenwerkingstraject. Daarnaast zijn de theoretisch concepten uit het theoretisch kader aangevuld met citaten van de betrokken stakeholders. De tijdslijn heeft samen met de theoretisch concepten en onderbouwd met citaten, als basis gediend voor de beschrijving van de resultaten.

3.3 Validiteit en betrouwbaarheid

Door middel van methodetriangulatie is getracht de validiteit van het onderzoek te vergroten. Voor het onderzoek betekent dit dat er zowel data zijn verkregen uit documentatie en uit afgenomen interviews. Door de bevindingen verkregen uit de analyse van de documentatie voor te leggen aan de geïnterviewde vertegenwoordigers van de direct betrokken stakeholders, is de validiteit van dit onderzoek vergroot.

Een andere manier waarop getracht is de validiteit van het onderzoek te vergroten, is door gebruik te maken van bronnentriangulatie. Tijdens het onderzoek is bij meerdere vertegenwoordigers van de belangrijkste stakeholders naar hun visie op- en ervaringen van het samenwerkingstraject gevraagd. De visie en ervaringen zijn in een volgend gesprek voorgelegd aan een vertegenwoordiger van dezelfde stakeholder. Op deze manier is getracht onderscheid te maken tussen mening en feit.

In ieder volgend interview zijn de bevindingen van de voorgaande gesprekken in de topiclijst en tijdslijn verwerkt. Deze nieuwe inzichten werden vervolgens besproken. Op deze manier zijn misinterpretaties van de hoofdlijnen afgevangen. Indien bij het transcriberen of analyseren van het gesprek bepaalde onzekerheden of onduidelijkheden ontstonden, zijn deze teruggekoppeld met de geïnterviewden. Op deze manier zijn deze onduidelijkheden, bij wijze van member-check, aan de bron geverifieerd. Ten slotte is met de huidige projectleider de volledige tijdslijn, met daarin alle bevindingen en discussiepunten die tijdens de interviews zijn verkregen, besproken. Op deze manier zijn misinterpretaties van het samenwerkingstraject geminimaliseerd.

Door de genomen stappen en beslissingen tijdens het onderzoek gedetailleerd te beschrijven (thick description), is getracht de inferentiële generaliseerbaarheid van het onderzoek te vergroten.

Resultaten

In dit hoofdstuk staan de resultaten van het empirisch onderzoek gepresenteerd. Na beschrijving van de belangrijkste betrokken partijen en hun omgeving (in paragraaf 4.1), worden de resultaten (chronologisch) gepresenteerd aan de hand van het gelopen samenwerkingstraject. Zo gaat paragraaf 4.2 in op de aanleiding van de samenwerking. In paragraaf 4.3 zijn de randvoorwaarden van de samenwerking beschreven, die vooraf en tijdens het proces zijn opgesteld. In paragraaf 4.4 is beschreven hoe de onderhandeling over de regioverdeling door de initiatiefnemers is verlopen en op basis van welke factoren hierin beslissingen zijn genomen. In paragraaf 4.5 is beschreven hoe de voorgestelde plannen door de initiatiefnemers richting de overige stakeholders is gecommuniceerd en welke discussies hieruit voortkwamen. In paragraaf 4.6 is vervolgens beschreven hoe de definitieve plannen geïmplementeerd zijn en waar de partijen tijdens deze implementatie in de praktijk tegenaan liepen. In paragraaf 4.7 is beschreven welke toekomstvisie de verschillende partijen nog hebben om de samenwerking te intensiveren en welke beperkingen zij hierin zien. In de laatste paragraaf (4.8) worden de belangrijkste resultaten samengevat en naast de concepten uit het theoretisch kader gelegd.

4.1 Beschrijving van de regio

De casus betreft het samenwerkingsverband van drie ziekenhuisinstellingen in de regio West-, Midden- en Oost-Gelderland: Het Ziekenhuis Gelderse Vallei in Ede, het Rijnstate Ziekenhuis in Arnhem, het Slingeland Ziekenhuis in Doetinchem. In deze paragraaf staan de kenmerken van de drie instellingen beschreven en wordt inzicht verschaft in de andere spelers in de regio.

	Gelderse Vallei	Rijnstate	Slingeland
Capaciteit			
Beschikbare bedden	510	955	420
FTE personeelsleden	1.707	3.050	1.274
FTE medisch specialisten	150	263	99
Financieel			
Bedrijfsopbrengst	€ 170.204,00	€ 322.641,00	€ 115.655,00
Productie			
Klinische opnames	22.271	39.246	18.767
Eerste Polikliniekbezoeken	148.446	228.634	107.663

Tabel: kerngegevens ziekenhuizen (Jaarverslagen 2011 ZGV, Rijnstate en Slingeland)

Ziekenhuis Gelderse Vallei

Het Ziekenhuis Gelderse Vallei (ZGV) is een groot algemeen ziekenhuis in het westen van Gelderland. Het ziekenhuis onderscheidt zich op het gebied van voeding en beweging. In het jaarplan 2011 staat beschreven dat het ZGV de ambitie heeft om als opleidingsziekenhuis toe te treden tot de STZ groep. 45 km ten westen van de Gelderse Vallei ligt het St. Antonius Ziekenhuis in Utrecht. Het Antonius Ziekenhuis werkt op het gebied van laagvolume hoogcomplex zorg nauw samen met en het Ziekenhuis Rivierenland in Tiel (www.antoniusziekenhuis.nl)

Rijnstate Ziekenhuis

Het Rijnstate Ziekenhuis is gelegen in het midden van Gelderland tussen het ZGV en het Slingeland Ziekenhuis. Het Rijnstate onderscheidt zich door een topklinische functie en is daarmee de grootste van de drie instellingen. Aan de andere kant van de Rijn, ten zuiden van Arnhem, ligt Nijmegen. In Nijmegen bevinden zich twee ziekenhuizen die op het gebied van samenwerking al belangrijke partners van elkaar zijn: het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ) en het Universitair Medisch Centrum Nijmegen (Radboud).

Slingeland Ziekenhuis

Het Slingeland Ziekenhuis is, met bijna 100 FTE medisch specialisten (op papier) de kleinste van de drie instellingen, gelegen in het oosten van Gelderland. Ten oosten van het Slingeland ligt het Streekziekenhuis Koningin Beatrix in Winterswijk (SKB). In de periode 2011 en begin 2012 is onderzocht of een samenwerking tussen het Slingeland met het SKB vormgegeven kan worden, maar de ziekenhuizen hebben elkaar op dit gebied niet kunnen vinden. Ten noorden van het Slingeland ligt het Medisch spectrum Twente in Enschede.



Figuur 1: Ziekenhuizen in de regio (Google Maps)

Zorgverzekeraars

De Zorgverzekeraars treden in de discussie rond concentratie gezamenlijk op als zorgkantoor. Hiermee is in deze discussie één zorgverzekeraar aanspreekpunt in de regio voor de drie ziekenhuizen en deze vertegenwoordigt daarbij alle verzekeraars die in de regio actief zijn. De grootste zorgverzekeraar in de regio waar Arnhem en Ede toe behoren is Menzis. De grootste zorgverzekeraar in de regio waar Doetinchem toe behoort is Achmea. Namens de zorgverzekeraars is in eerste instantie Menzis het aanspreekpunt als het gaat om het samenwerkingsverband tussen de drie instellingen. Vanuit het overheidsbeleid krijgt

de zorgverzekeraar een regierol toebedeeld als het gaat om de concentratie van ziekenhuisfuncties.

4.2 Aanleiding tot samenwerking

Nu een beeld is geschetst van de regio waarin de casus zich afspeelt, gaat deze paragraaf dieper in op de aanleiding van de samenwerking. In deze paragraaf is beschreven wat de aanleiding is geweest voor de drie ziekenhuizen om elkaar op te zoeken in de concentratiediscussie en waarom nu juist deze drie ziekenhuizen tot elkaar zijn gekomen. Vervolgens is te lezen welke voordelen zij uit de samenwerking trachtten te halen (of nadelen trachtten te voorkomen) en op welk ideologisch vlak de partijen elkaar vonden.

4.2.1 Hoe zijn de verschillende partijen bij elkaar gekomen

Bij de vaststelling van de samenwerkingspartners speelden drie zaken een belangrijke rol: een al bestaand regionaal overleg, de begin 2011 gepubliceerde kwaliteitsnormen voor laagvolume hoogcomplexe ingrepen en de ontwikkeling van de omliggende ziekenhuizen.

Regionaal overleg oncologie (IKNL)

Het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL), voorheen Integraal Kankercentrum Oost (IKO) is een regionale netwerkorganisatie voor zorginstellingen en hulpverleners van oncologische zorg. Bij het kennisnetwerk van het IKNL zijn onder andere de oncologisch chirurgen van het CWZ (Nijmegen), Radboud (Nijmegen), ZGV (Ede), Rijnstate (Arnhem) en Slingeland (Doetinchem) verbonden. Periodiek komen de medisch specialisten samen in een regionaal overleg om afstemming te bereiken over de oncologische zorg in de regio.

In de periode 2009 – 2010 wordt naar aanleiding van het IKNL door de ziekenhuizen Rijnstate, ZGV, Slingeland en Radboud samen gezeten, om te bespreken hoe vorm te geven aan de chirurgische behandeling van slokdarm- en alveesklierkanker. Aanleiding hiervoor zijn de toenmalige normen voor deze twee ingrepen. Hierbij zitten de raden van bestuur met stafvoorzitters en oncologisch chirurgen aan tafel. Een chirurg uit het Slingeland herinnert zich dat de samenwerking in deze fase veelal vanuit het eigen belang werd benaderd:

Eigenlijk zat iedereen nog op de stoel van behoud van eigen zorg, eigen verrichtingen, eigen productie, waarbij er ook met duidelijke argwaan naar elkaar gekeken werd. ... willen de jongens van Arnhem niet gewoon de spullen van ons inpikken.....Dat gevoel leefde bij ons en dat leefde ook bij de collega's in Ede.

De discussie over regionalisatie wordt in deze fase dus nog niet gevoerd op basis van vertrouwen. Doordat Rijnstate minder de druk voelt om samen te werken (als grootste partij), stelt het zich niet open voor discussie tegenover het kleinere ZGV en Slingeland. Rijnstate voldoet aan de volumennormen en heeft hiervoor de andere twee instellingen niet nodig. Deze geslotenheid vertaalt zich in argwaan bij de twee kleinere ziekenhuizen. Hierdoor verloopt de onderhandeling stroef en wordt het traject als een teleurstelling ervaren, aldus de bestuurder van het ZGV:

Vanwege ons voedingsprofiel wilde wij er toch wel alles aan doen om de slokdarm hier te behouden.....Als ik het heel plat zeg, dan was het Rijnstate die dat verder onmogelijk maakte. Zij zeiden: wij hebben jullie niet nodig. Dus waren we daar heel erg teleurgesteld in en zijn we weggegaan.

Omdat het Radboud zich meer wilde focussen op de slokdarmchirurgie en het Rijnstate akkoord ging met de alvleesklierbehandeling, zijn de twee grootste spelers wel tot een afspraak gekomen. Hierdoor bleef niets over voor het ZGV en Slingeland. Hoewel de afspraak niet naar tevredenheid van het ZGV en van Slingeland is, legt het Slingeland zich uiteindelijk toch neer bij de gemaakte afspraak en verwijst haar slokdarpatiënten voortaan door naar het Radboud. Omdat het ZGV nog aan de toenmalige norm van 10 ingrepen per jaar kan voldoen, besluiten zij om de slokdarmbehandeling zelf te blijven doen. Één van de chirurgen uit het ZGV beargumenteerd deze keuze als volgt:

De achterban (het adherentiegebied) dat is interessant, want daar kan je patiënten uit halen, maar het belang van het ziekenhuis wordt niet gezien. En dat is een essentiële fout geweest.

Als je met elkaar onderhandelt moet je wel weten wat voor de ander van belang is en met gesprek over en weer zaken doen. Als er één wordt leeggezogen ten bate van de ander, dan zouden we dat nooit accorderen

In Nijmegen gaan het CWZ en Radboud de slokdarmbehandeling gezamenlijk vormgeven in het Slokdarmcentrum Oost-Nederland (SCON). Niet lang daarna blijkt dat de aantallen voor de alvleesklierbehandeling voor Rijnstate alleen niet voldoende zijn en wordt besloten om deze patiënten door te verwijzen naar het Medisch Centrum de Veluwe in Apeldoorn.

Normeringen NVVH

Januari 2011 komt de Nederlandse Vereniging van Heelkunde (NVVH) met landelijke normering voor een 7 tal laagvolume / hoogcomplexen chirurgische ingrepen. De ingrepen zijn alle oncologisch van aard. De normen worden opgepakt door individuele zorgverzekeraars en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Op 31 januari 2011 publiceert de IGZ op haar website dat zij “verheugd” is over de opgestelde normen en dat zij de normen zullen toetsen tijdens de kwaliteitscontroles. De IGZ geeft de ziekenhuizen daarbij tot 1 januari 2012 om keuzes te maken over welke ingrepen het ziekenhuis verantwoord kan blijven doen en welke behandelingen beter in een andere instelling kunnen plaatsvinden. Vanuit Zorgverzekeraars Nederland (ZN) volgt een gegevensuitvraag bij de ziekenhuizen over het uitvoeren van de genormeerde ingrepen met daarbij behorende aantallen. Dit komt ook ter sprake in het gesprek met de accountmanager van Achmea:

We hebben het vrij snel in ZN verband met elkaar uitgevraagd aan alle ziekenhuizen: dit zijn de normen die gepubliceerd zijn, daar moet je een jaar later aan voldoen. Wat heb je in 2010 en 2011 voor die specifieke behandelingen aan aantallen gedaan en kun je voldoen aan de rest van de normen. En als dat niet zo is, wat is dan je plan?

Als de instelling per 2012 niet aan de normering kan voldoen, zal de ingreep niet door de zorgverzekeraar worden ingekocht. Daarnaast wordt door de verzekeraar een plan van aanpak gevraagd, waarin beschreven staat hoe de patiëntenzorg (die niet wordt ingekocht) vanaf 2012 vorm gegeven gaat worden in de regio. De zorgverzekeraar acteert hiermee

vanuit zijn regio. De verzekeraar wacht niet af totdat de ziekenhuizen zelf met een plan komen om, maar benaderen de instellingen en artsen proactief. Zij geven daarbij duidelijk aan dat zij per 2012 hun inkoopbeleid zullen afstemmen op de kwaliteitseisen vanuit de wetenschappelijke vereniging en wat zij op dit gebied van de ziekenhuizen en medisch specialisten verwachten. Een chirurg uit het ZGV geeft aan dat de artsen ook vanuit hun eigen beroepsgroep, op de hoogte worden gesteld van deze ontwikkelingen:

Er is een richtlijn van heelkunde door IGZ overgenomen en die zegt dat is een richtlijn van je eigen vereniging, hou je er maar aan, anders mag je de operatie niet doen en ten tweede contracteert de ziektekostenverzekeraar dan niet meer

Doordat de IGZ en Zorgverzekeraars de gestelde normen begin 2011 zo actief oppakken, ontstaat voor de ziekenhuizen en artsen in Nederland onzekerheid over de continuïteit van hun zorgaanbod. Om deze onzekerheid weg te nemen voelen de ziekenhuizen en artsen zich genoodzaakt om aan de gestelde normen te voldoen. Een chirurg uit het Slingeland geeft aan dat de druk vanuit IGZ en zorgverzekeraar in deze periode duidelijk merkbaar is:

Zowel inspectie als zorgverzekeraar zette steeds meer het mes op de keel: als je het volume niet meer haalt, dan mag je het niet meer doen.

Voldoen aan de normen wordt dus niet langer als een vrijblijvendheid ervaren, nu de IGZ er op gaat toetsen. Contractering van de verzekeraar is geen vereiste voor het wel of niet uitvoeren van de behandeling, maar het is financieel niet aantrekkelijk als de ziekenhuizen activiteiten uitvoeren die zij niet vergoed krijgen.

Tijdens het interview met de raad van bestuur van het Slingeland wordt nadrukkelijk aangegeven dat het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar merkbaar aangepast werd op de gestelde normen:

ZN ging een website inrichten, waarop stond welk ziekenhuis wel of niet aan de volumennormen voldeed en de verzekeraars zei: dit gaan we als leidraad voor de contractering gebruiken. Dus dan is er ook geen weg meer terug.

Ondanks dat de contractering van de zorgverzekeraar geen vereiste is, werd dit dus wel als een noodzakelijkheid ervaren. Daarnaast hadden de ziekenhuizen, vanaf het moment dat de normen bekend werden gemaakt door de NVVH, iets minder dan een jaar (tot 2012) om de zorg in de regio zo in te richten dat aan de norm voldaan zou worden. Hierdoor ontstond naast de noodzakelijkheid een gevoel van urgentie, om de mogelijkheid tot samenwerken spoedig te inventariseren.

Ontwikkeling omliggende ziekenhuizen

Naast het reeds bestaande regionaal overleg op het gebied van de genormeerde ingrepen en de externe druk vanuit IGZ en ZN, is er nog een derde reden voor de drie ziekenhuizen om elkaar op te zoeken. De ziekenhuizen Rijnstate, ZGV en Slingeland bevinden zich op het gebied van samenwerking in een "samenwerkingsvacuüm". De drie ziekenhuizen hadden alle drie op specifieke gebieden wel afspraken met omliggende ziekenhuizen (bijvoorbeeld hersenchirurgie, of hartchirurgie), maar de ziekenhuizen in de omgeving waren op het gebied van laagvolume / hoogcomplexe chirurgische ingrepen al bezig om toenadering te zoeken tot elkaar (zie figuur 2). Rivierenland Ziekenhuis in Tiel zocht toenadering tot het St. Antonius in

Utrecht. Het Gelre ziekenhuis in Apeldoorn bewoog in het noorden richting Deventer en het MST in Enschede heeft een samenwerkingsverband op het gebied van laagvolume / hoogcomplex zorg met de Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) in Almelo. Daarbij komt nog dat de ervaringen met Nijmegen na de discussie rond slokdarm en alvleesklier niet positief zijn. Hierdoor zijn de ziekenhuizen als het ware op elkaar aangewezen.



Figuur 2: Samenwerkingsontwikkelingen in de omgeving (Google Maps)

Om aan de gevraagde normen te kunnen voldoen voorzien de ziekenhuizen dat zij de samenwerkingsregio groot genoeg moeten houden. Door een chirurg uit het ZGV wordt toegelicht, waarom voor samenwerking met twee andere ziekenhuizen is gekozen:

We hebben nu een adherentiegebied van 900.000 mensen samen en dat zorgt ervoor dat je die aantallen kan halen. Als er mensen met leverresecties uit Doetinchem naar hier komen heb je weer meer dan als alleen de mensen uit Arnhem naar hier komen. Het tweede is dat je dan ook makkelijker tot een verdeling kan komen. Soms is dat lastig met drie partijen, maar nu was vooral het volume van belang en met zijn drieën lukte dat eigenlijk wel goed.

Om er zeker van te zijn dat in de regio aan de volumennorm van enkele hoogcomplex ingrepen voldaan kan worden, is er voor gekozen om het adherentiegebied van de samenwerking voldoende groot te maken. Hierbij bestaat het idee dat een extra gesprekspartner geen belemmering is, omdat door de ruime aantallen voldoende zorg voor de regio behouden kan blijven.

4.2.2 Belangen / voordelen bij samenwerking

In deze paragraaf is beschreven welke voordelen de ziekenhuizen en medisch specialisten uit de samenwerking trachtten te halen en welke ideologische overeenstemming hieruit voortkomt.

Toegankelijkheid van veilige zorg behouden in de regio

Tijdens de interviews was de eerste verklaring voor samenwerking vrijwel altijd het behoud van kwalitatief goede zorg voor de patiënt in de regio. Vanuit de samenwerkingsovereenkomst, het plan van aanpak tot regionalisatie en het gezamenlijke communicatiebericht kan het (gezamenlijke) doel als volgt omschreven worden:

De samenwerking tussen het Rijnstate, SZ en ZGV richt zich op het bundelen van de krachten ter verbetering van de kwaliteit van de patiëntenzorg in de gezamenlijke regio Oost-Utrecht, West- Midden- en Oost-Gelderland. Doel is te komen tot een goede verdeling van de hoogcomplex/laagvolume chirurgie in deze regio, naar aanleiding van de twee gepubliceerde chirurgische normeringen in 2011. Door de samenwerking kan deze zorg voor de regio worden behouden en wordt de kwaliteit van de zorg verder versterkt.

Het wordt door zowel arts, bestuurder, projectleider en verzekeraar als de verantwoordelijkheid van een ziekenhuis gezien om kwalitatief goede zorg te bieden aan de patiënten binnen het adherentiegebied. Om voor de patiënten binnen het adherentiegebied de zorg die zij behoeven toegankelijk te houden, is het volgens de bestuurder van het ZGV belangrijk om alleen te concentreren als dit meerwaarde heeft voor de kwaliteit:

Concentreren moet je alleen doen als er echt verbetering is voor kwaliteit van de patiënt. Anders zou ik zeggen: decentraal zo veel mogelijk dicht bij de patiënt. Concentratie op zich is voor mij geen doel, kwaliteit van zorg is een doel.

In de inleiding staat beschreven dat de veiligheid van bepaalde (voornamelijk laagvolume / hoogcomplex) ingrepen beter kan worden geborgd als deze een minimaal aantal keer per jaar wordt uitgevoerd door dezelfde hulpverleners. Deze betere borging van kwaliteit wordt door de artsen uit de drie ziekenhuizen beaamt. Een chirurg uit het Slingeland zegt hierover het volgende:

Vraag me niet hoe hoog de volumennorm zou moeten zijn, maar dat er volumennormen zijn voor sommige behandelingen daar ben ik het mee eens. Slokdarm alvleesklier, longen, magen, daar geloof ik ook oprecht van dat je daar normen voor moet hebben en dat het meerwaarde heeft dat we dat in de regio geconcentreerd hebben.

De stakeholders zijn het erover eens dat, als het aantal patiënten voor een bepaalde ingreep te laag is om aan de veiligheids- / volumennormen te kunnen voldoen, dat het van belang is om deze ingreep op één locatie te concentreren. Om de beste toegankelijkheid en tijdigheid van zorg te kunnen garanderen, vinden de bestrooken stakeholders het nodig dat de ziekenhuizen onderling afspraken maken over welke ingrepen waar gebeuren. Daarnaast vinden ze het van belang dat de zorgprocessen van deze instellingen op elkaar afgestemd zijn, zodat de overdracht bij doorverwijzing niet ten koste gaat van de efficiëntie en tijdigheid. Met deze samenwerking vinden de ziekenhuizen dus dat de patiënt door concentratie van activiteiten de meest veilige en effectieve zorg krijgt, zonder dat daarbij de toegankelijkheid, tijdigheid of doelmatigheid in het gedrang komt.

Behoud van status

Naast de kwalitatieve voordelen voor de patiënt, wordt ook gesteld dat het ziekenhuis baat heeft bij een zo breed mogelijk zorgpallet door behoud van complexe zorg. Één van de medisch specialisten van het ZGV omschrijft dit belang als volgt:

Als je een ziekenhuis met minder statuur bent dan zouden daar in de toekomst minder goede mensen naartoe gaan dan naar een ziekenhuis dat dit wel heeft. Dus daarom is het voor een ziekenhuis belangrijk om wat van die complexe zorg te behouden, omdat je dan een beter of interessanter ziekenhuis bent en dus een toekomst behoudt.

Met het behoud van complexe zorg is het voor een ziekenhuis dus mogelijk om zich te onderscheiden van de concurrent. Op deze manier blijven zij als werkgever interessant voor goede, vooruitstrevende medisch specialisten en medewerkers. Dit leidt ertoe dat het kennisniveau van het ziekenhuis op peil kan blijven en zo het voortbestaan als een innovatieve en vooruitstrevende zorginstelling beter geborgd kan worden. De bestuurder van het Slingeland benadrukt bij het behoud van complexe zorg ook specifiek het behoud van kennis en kunde voor het ziekenhuis:

Je hebt natuurlijk als ziekenhuis een bepaalde ambitie om een zeker pallet aan zorg te blijven doen. Meer specifiek, je hebt hier ook een aantal specifiek opgeleide chirurgen..... En <als hun aandachtsgebied hier verdwijnt> inderdaad voor de afweging komen staan, wat wil ik nou, dat maar laten vallen of naar een ander ziekenhuis <gaan werken>.

Vooral in het ZGV en Slingeland wordt het van belang ervaren om niet klakkeloos de behandelingen, waar zij niet aan normen voldoen, af te stoten naar de “groter”, topklinische en academische ziekenhuizen. Juist de niet topklinische instellingen (zoals het ZGV en Slingeland) zijn op deze manier gemotiveerd om met de omliggende “grotere” ziekenhuizen (Zoals Rijnstate, Radboud, Meander, St. Antonius) afspraken te maken, om op deze manier specifieke zorg (met daarbij behorende kennis en kunde) voor het ziekenhuis te behouden. De bestuurder van het ZGV benadrukt dat daarbij de gevoelsmatige rangorde in het verwijsgedrag tussen ziekenhuizen en medisch specialisten ook een rol speelt:

Dat speelt natuurlijk wel mee dat je als grote STZ ziekenhuis veel minder snel geneigd bent om naar een kleiner ziekenhuis te verwijzen. De route is klein algemeen, middelgroot algemeen, groot algemeen, STZ, academisch. Je gaat altijd via die weg verwijzen. Dat is ook emotioneel, gevoelsmatig, ook voor onze dokters; als ik het niet meer kan dan moet het naar een academisch ziekenhuis. Want hun collega <in een kleinere instelling> zou hetzelfde moeten kunnen als hij.

De bestuurder geeft hiermee aan dat het vooral voor het Rijnstate (wat een groot STZ ziekenhuis is) een emotionele stap is, om afspraken te maken met het ZGV en Slingeland (middelgroot algemene ziekenhuizen) om patiënten naar te verwijzen. Als ze zouden doorverwijzen, dan zouden ze gevoelsmatig naar een academisch ziekenhuis verwijzen.

Beheersen / controle over eigen profiel / pallet

Naar aanleiding van de gesprekken met de medisch specialisten kan gesteld worden dat de samenwerking is aangegrepen, om het eigen vakgebied zoveel mogelijk te behouden in de instellingen waar zij werken. Een voorbeeld hiervan komt van een chirurg van het Slingeland:

Kunnen wij (oncologisch chirurgen) geen afspraken met elkaar maken om die zorg goed te verdelen? Want als we het zelf niet doen wordt het straks voor ons gedaan, dus laten we alsjeblieft zelf het initiatief houden.

Wanneer zelf de keuze niet gemaakt wordt over welke ingrepen wel / niet gedaan gaan worden, bestaat het risico dat een bepaald profiel opgelegd wordt dat niet overeenkomstig is met de visie van de arts en instelling. Om dit te voorkomen hebben de artsen geïnventariseerd welke ingrepen de normering betreft en welke daarvan bepalend zijn voor

de instandhouding of vormgeving van het gewenste profiel. Op deze manier is getracht het profiel van het ziekenhuis sterker vorm te geven en stabiel te maken voor de toekomst. Vooral voor het ZGV is beheersing van het profiel een belangrijke aanleiding om met de andere ziekenhuizen samen te werken, aldus de bestuurder:

Ons profiel is gericht op voeding en alles wat met voeding te maken heeft en daarop willen we ons onderscheiden. daar moeten de ingrepen liggen die we gaan doen.

Zowel ziekenhuis als medisch specialist zijn het erover eens dat het van belang is, om zoveel mogelijk zeggenschap te behouden over de keuzes, die naar aanleiding van de normering gemaakt moeten worden. Specifiek voor de medisch specialist komt daar nog bij dat zij tijdens hun studie en praktijkervaring een zekere vakkennis hebben opgedaan. Het uitbreiden en onderhouden van deze vakkennis houdt volgens de bestuurder van het Slingeland, het werk voor de medisch specialist interessant en uitdagend:

je hebt hier ook een aantal specifieke opgeleide chirurgen in dienst die zeggen: "ik wil ook graag mijn vak blijven doen". En als je dan zegt: je mag een deel van de patiënten niet meer behandelen, betekent het dat zij een deel van hun vakkennis kwijt zijn en daar ook nooit meer mee aan de bak komen.

Het gedeelde belang bij behoud van zorg vormt op deze manier een goede basis voor het ziekenhuis en de artsen die daar werken, om gezamenlijk op te trekken in beheersing van het profiel.

4.3 Afbakening van de samenwerkingsovereenkomst

In de vorige paragraaf is beschreven wat de aanleiding is geweest voor de drie ziekenhuizen om samen te werken en welke voordelen zij hieruit trachtten te halen. Deze paragraaf gaat dieper in op de afbakening van het domein en hoe hierover overeenstemming is bereikt. Er staat beschreven op welke manier de initiatiefnemers hun onderhandelingspartners hebben bepaald, wat de scope is van de samenwerking, hoe deze is afgebakend en waarom de samenwerking op deze manier is vormgegeven.

4.3.1 Afbakening van de onderhandelingspartners

Toen in 2011 de druk op de kwaliteitsnormen vanuit externe partijen steeds sterker merkbaar werd voor de ziekenhuizen en medisch specialisten, is vanuit het IKNL-netwerk het initiatief gestart om te bespreken of met een samenwerking de laagvolume / hoogcomplexen ingrepen vorm gegeven kan worden in de regio. Een oncologisch chirurg uit het Slingeland herinnert zich dit initiatief als volgt:

Één van de chirurgen uit Arnhem heeft gezegd het is toch te gek voor woorden dat wij niet gewoon afspraken kunnen maken met elkaar. Zullen we niet eens gewoon zonder de raden van bestuur, gewoon als chirurgen onder elkaar, eens kijken: wat leveren we allemaal voor zorg, hoeveel doen wij, hoe goed doen wij het, welke volumina kunnen wij leveren en kunnen wij geen afspraken met elkaar maken om die zorg goed te verdelen.

Het waren dus de medisch specialisten zelf (specifiek de chirurgen uit Arnhem) die tijdens het IKNL voorstelden om een aparte bijeenkomst te plannen. Hierbij zouden de (oncologisch)

chirurgen en MDL artsen op neutraal terrein bij elkaar gaan zitten om de mogelijkheid tot samenwerking te inventariseren. De raden van bestuur zijn in de beginfase van dit initiatief informeel op de hoogte gehouden van de voortgang van deze gesprekken, maar hebben geen formele inbreng gehad in deze besprekingen tussen medisch specialisten. Dit is een bewuste keus geweest van zowel medisch specialist als bestuurder. De bestuurder van het ZGV beschrijft deze keuze als volgt:

Wij hebben hier <bijvoorbeeld> geen robot voor de urologie en in Rijnstate wel. Welke chirurgie is dan verstandiger? Wat moet ik daar van vinden, ik heb er toch geen benul van of het beter is of iemand door een robot geopereerd wordt of door mensenhanden. Uiteindelijk ben je verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg en dan is onze (RvB) rol, om hun (medisch specialisten) steeds meer met de juiste drijfveren en juiste motieven, met elkaar aan tafel te krijgen. En dan niet vanuit de externen context (dwang van de fusie), maar interne motivatie om de beste zorg te leveren. Ik beschouw het ook als mijn opdracht om dat te doen.

De bestuurder geeft hiermee aan dat haar inziens de verdeling van zorg in de regio gemaakt moet worden op basis van kennis over de kwaliteit van zorg. De bestuurder vervult daarbij een rol als regisseur, die supervisie voert over de inhoudelijke discussie die gevoerd wordt door medisch specialisten.

De medisch specialisten besluiten om in eerste instantie bij de bijeenkomsten alleen met collega's aan tafel te zitten die direct betrokken waren bij de genormeerde ingrepen. Eventuele collega's die betrokken zijn bij het voor- en natraject van de genormeerde behandelingen werden nog niet bij de gesprekken betrokken. De chirurgen geven achteraf drie redenen waarom voor deze afbakening van het aantal onderhandelingspartners is gekozen. Ten eerste stellen zij dat het al lastig genoeg is om een vergadering te plannen met alleen de vakgroepen van chirurgen (puur praktisch probleem).

Je kan ook meteen alle partijen aan tafel hebben, maar dan zit je te vergaderen met 20 man aan tafel. Dat wordt lastig. Alleen al om met chirurgie aan tafel te komen was heel lastig.

De tweede reden voor de chirurgen om met alleen de MDL-artsen bij elkaar te komen is, omdat de normen nu eenmaal voor hun vakgebied gelden. De directe betrokkenheid en daardoor het urgentiegevoel bij andere specialismen is daardoor minder:

Waarom de chirurgie dat gedaan hebben, is omdat bij hen het urgentiegevoel daar was, want daar was die druk. De longartsen die zegt, dat zal allemaal wel, maar die heeft niet zoveel last van die druk en die aantallen.

Ten slotte waren de medisch specialisten van mening dat het de onderhandeling alleen maar zou bemoeilijken als de groep te groot zou worden.

Je moet met een klein clubje met een voorstel komen en om meteen met alle partijen aan tafel te zitten, (vonden alle drie de ziekenhuizen) dan worden we zo groot, dan komen we er niet uit.

Door het aantal gesprekspartners op deze manier af te bakenen, beperken de chirurgen en MDL-artsen (mogelijk onbewust) de betrokkenheid van de overige artsen bij de besluitvorming.

4.3.2 Afbakening van de te concentreren ingrepen

De behandelingen waarover onderhandeld is, beperken zich niet tot de behandelingen waar de eerste tranche normen voor zijn opgesteld vanuit de NVVH. Vanuit een chirurg uit het ZGV wordt deze keuze als volgt beargumenteerd:

We hebben er een paar dingen bijgehaald om meer wisselgeld te hebben..., zodat we meer dingen hadden en makkelijker tot een verdeling konden komen. Dat waren ook onderwerpen waarvan we zeiden, daar kun je op wachten, maar dat gaat ook een norm voor komen.

Om de verdeling makkelijker te maken (gelijke uitruil te kunnen maken) is er dus voor gekozen om ook afspraken te maken over een aantal niet genormeerde, maar wel aan de genormeerde ingrepen gerelateerde operaties. Hoewel er voor deze ingrepen geen ervaren noodzaak tot samenwerking is, zijn deze ingrepen wel meegenomen in de onderhandeling.

Een tweede verklaring voor de verdeling van niet genormeerde ingrepen wordt gegeven door de bestuurder van het ZGV:

Wij hebben ook ingrepen in ogenschouw genomen waar nog geen norm voor was, bijvoorbeeld longchirurgie..... De longchirurgie was ingegeven door het feit dat wij de longchirurg niet meer wilden vervangen.

Door als ziekenhuis de keus te maken om je op een bepaald gebied te profileren, betekent dit soms ook automatisch de keuze om op een ander deelgebied bepaalde zorg niet langer aan te bieden. Hoewel de aanleiding tot samenwerking reactief is op basis van externe druk, worden daarbinnen dus wel proactieve beslissingen genomen.

4.3.3 Randvoorwaarde voor concentratie op 2 locaties

In de uiteindelijke samenwerkingsovereenkomst staat omschreven dat de overeengekomen ingrepen bij voorkeur op 2 locaties (en in uitzonderingssituatie op 1 locatie) worden aangeboden. Hiervoor wordt een tweeledige verklaring gegeven. Om te beginnen wordt aangegeven dat het aantal complexe ingrepen dat je als ziekenhuis kan doen, afhankelijk is van de capaciteit die je hier als ziekenhuis voor beschikbaar hebt. Met capaciteit wordt bedoeld, het aantal artsen en capaciteit op (bijvoorbeeld) de OK of IC. De bestuurder uit het ZGV zegt hierover het volgende:

*Kijk alle longchirurgie kan Arnhem niet aan. Niet alleen OK capaciteit, maar ook IC capaciteit, dat heeft consequenties voor de rest van het bedrijf. Als je zes van de IC bedden vrij moet maken voor de longpatiënten, dan heb je problemen met je andere patiënten.....
Je moet de nadelen van concentreren ook in ogenschouw*

Een groot aantal complexe ingrepen kan een dusdanig beslag leggen op de capaciteit van een ziekenhuis, dat dit ten koste gaat van een efficiënte benutting van de OK en / of personeel. De ziekenhuizen zijn van mening dat bij complexe ingrepen waarvan voldoende aantallen beschikbaar zijn in de regio, het mogelijk is om deze efficiënter (en uiteraard toegankelijker) aan te bieden op meerder locaties.

Als tweede verklaring voor concentratie op twee locaties wordt gegeven, dat het bij de onderhandeling over de regioverdeling gebruikt kan worden om de commitment van alle betrokken partijen te behouden. Door de bestuurder van het Slingeland Ziekenhuis wordt dit als volgt omschreven:

Rijnstate is het grootste ziekenhuis, ligt bovendien ook in het midden bij die drie, dan zou automatisch alles bij Rijnstate terechtkomen en dan is er geen bereidheid van Ede en Doetinchem om in die discussie actief mee te doen..... Een voorwaarde is wederkerigheid om ons mee aan tafel te krijgen, want als ik mijn dokters in zo een discussie moet inbrengen, waarbij ze op voorhand weten dat alles naar één partij gaat, dan zeggen ze de groeten, waar moeten we dan over spreken. Op deze manier ontstaat er ook een gemeenschappelijk belang om tot een conclusie te komen.

Als er in meerder instellingen geconcentreerd wordt, is de kans op behoud van zorg voor de instelling (en kennis voor de arts) groter kan voor iedere partij een breder pallet aan zorg behouden blijven. Tijdens de onderhandelingen kan er dus in het belang van meerdere partijen voorzien worden, waardoor de commitment om betrokken te blijven groter is.

4.3.4 Randvoorwaarde voor gesloten beurs

De bestuurders van de drie ziekenhuizen geven aan dat eventuele financiële consequentie, tijdens de onderhandeling, geen rol hebben gespeeld voor de samenwerking. Toen de verdeling door de chirurgen overeengekomen was, hebben de raden van bestuur nog wel de opdracht gegeven aan de toenmalige projectleider, om de financiële consequenties in kaart te brengen, maar op dit verzoek zijn de raden van bestuur vrij snel teruggekomen. Als verklaring voor het niet uitwerken van de financiële consequenties, geven de betrokken partijen drie redenen.

Onder andere de bestuurder van het Slingeland geeft aan dat de financiële consequentie van de samenwerking beperkt is, omdat het gaat om een beperkt aantal laagvolume ingrepen:

Je moet je realiseren, dat het niet gaat om grote aantallen patiënten / DBC's. Plus hebben wij een geleid systeem voor de honoraria en is er een budgetplafond ingevoerd per ziekenhuis en daardoor raakt het ook iets minder de vakgroep. Want alle drie de ziekenhuizen hebben inmiddels een stafmaatschap, waarin het collectief het honorarium verdeelt.

Omdat de insteek vanaf het begin is geweest om ingrepen uit te ruilen, gaan alle partijen ervan uit dat deze "verschuiving" van activiteiten budgetneutraal kan plaatsvinden. Verder zijn de medisch specialisten binnen hun instelling gebonden aan het collectief, waardoor de mogelijk kleine daling van het honorarium verdeeld zou worden over het voltallige collectief. Hierdoor wordt de kleine financiële pijn zover uitgesmeerd, dat deze door de individuele arts niet gevoeld zou worden. De financiële consequenties voor de ziekenhuizen en medisch specialisten zijn hierdoor naar verwachting beperkt.

Als tweede reden wordt aangegeven dat het in kaart brengen van financiële consequenties voor de instellingen, inzicht vraagt in kostprijs en opbrengst gegevens. De toenmalige

projectleider van Rijnstate geeft aan dat het delen van deze informatie niet vanzelfsprekend is:

Dat lag ook gevoelig binnen de ziekenhuizen, want dan heb je het over kostprijzen. Hier (Rijnstate) zijn ze al terughoudend over het verstrekken van kostprijzen naar mij, laat staan over de kostprijzen van de andere ziekenhuizen. Ook dat willen ze dan binnen de ziekenhuizen zelf houden.

Dus aan de ene kant worden kostprijs- en opbrengstgegevens onderling niet gedeeld, omdat dit als bedrijfsgevoelige informatie wordt gezien. Daarnaast heeft niet iedere instelling de benodigde gegevens voor een dergelijke financiële analyse (direct) beschikbaar, zo blijkt uit gesprek met de bestuurder van het ZGV:

Dan zou je kostprijzen per verrichting moeten hebben, dat hebben wij niet.

Als laatste verklaring voor het niet uitwerken van de financiële consequenties geeft de bestuurder van het ZGV aan dat (mede door de complexiteit van het onderwerp) de discussie over “zorg verrekenen” beschouwd wordt als “een bom onder de samenwerking”:

We werken al veel samen en verrekenen aan elkaar ... maar als het aankomt op verrekenen dan is het altijd gedoe. In de huidige tijd is het bijna niet te doen, je hebt geen reële kostprijs, de opbouw van een DOT-productie is zo diffuus, dat kun je niet berekenen.

Met betrekking tot de financiën is door de raden van bestuur overeengekomen dat iedere instelling zijn eigen producten declareert bij de verzekeraar. Een tweede optie was geweest dat voor de ingrepen apart een factuur gestuurd zou worden naar de verwijzende instelling. De administratieve last van deze facturatiestroom achten de raden van bestuur niet wenselijk. De raden van bestuur beseffen wel dat met deze afspraak en de manier waarop het huidige financieringssysteem is ingericht, het aantal declaraties richting zorgverzekeraar is toegenomen. In de oude situatie (wanneer ingreep in eigen instelling plaatsvond) werden twee producten gedeclareerd, namelijk één voor het voortraject en de ingreep en een tweede declaratie voor het natraject (beide door dezelfde instelling). In de huidige situatie worden drie facturen verstuurd: één voor het voortraject in het verwijzende ziekenhuis, vervolgens één voor de ingreep in de instelling waar deze plaatsvindt, ten slotte nog één voor het natraject in de verwijzende instelling. De bestuurder van het ZGV voorziet dat zij hierover afstemming moeten bereiken met de zorgverzekeraar:

Ik denk dat de zorgverzekeraar ons daar wel een keer op gaat bevragen of we niet te veel geld declareren door deze systematiek.

4.3.5 Overeengekomen rechtsvorm

Toen het initiatief van de artsen bij de raden van bestuur bekend werd, waren zij het er snel over eens dat de samenwerking gezocht moest worden zonder aanleiding tot een fusie, aldus de bestuurder van het Slingeland:

Alle drie de bestuurders hebben gezegd we zitten helemaal niet op een fusie te wachten. Alle drie de ziekenhuizen zijn groot genoeg. We kunnen wel kijken of we wellicht, niet alleen op medisch inhoudelijk terrein, maar ook op andere terreinen meerwaarde kunnen creëren door samen te werken. Maar er is op dit moment nog geen behoefte aan een bestuurlijke eenheid.

De raden van bestuur zijn van mening dat voor de laagvolume / hoogcomplexiteit zorg de voordelen van concentratie bereikt kunnen worden, zonder de interne- en externe onrust die een aangekondigd fusietraject met zich meebrengt. Een fusietraject wordt gezien als een tijdrovend traject. In de discussie rond concentratie van laagvolume / hoogcomplexiteit zorg wordt het door de bestuurders eerder gezien als een risico op de voortgang van het proces, dan dat het bijdraagt aan de inhoudelijke discussie.

4.4 Voorstel voor regioverdeling (ronde 1)

Nu de spelers, het speelveld en de spelregels beschreven zijn, gaat deze paragraaf dieper in op het verloop van het spel. In deze paragraaf staat op welke manier de (initiatief nemende) chirurgen en MDL-artsen onderhandeld hebben over de regioverdeling. Hierbij is beschreven op basis van welke uitgangspunten deze onderhandeling is gevoerd en tot welke uitkomst dit heeft geleid.

4.4.1 Het ziekenhuisprofiel

Tijdens de onderhandeling over de regioverdeling, is vooral het profiel van de eigen instelling bepalend voor de ingrepen die de chirurgen voor zichzelf en hun ziekenhuis willen behouden. Dit gaat zeker op voor het ZGV, dat zich sterk profileert als een voeding- en bewegingsziekenhuis. Hierdoor is het streven om de ingrepen rondom de slokdarm, maag / darm en lever chirurgie te behouden voor het ziekenhuis. Aan de andere kant was het hierdoor voor de chirurgen van het ZGV een makkelijkere keus om longchirurgie in te zetten als ruilmiddel (dit had echter wel wat voeten in de aarde, maar daarover later meer):

Die blaascarcinoom en longchirurgie is niet belangrijk voor ons profiel. Ons profiel is gericht op voeding en alles wat met voeding te maken heeft, daarop willen we ons onderscheiden.

Daar moeten de ingrepen liggen die we gaan doen.

4.4.2 Betrokkenheid behouden

In paragraaf 4.2.1 is beschreven dat tijdens eerdere onderhandelingen, het Rijnstate zich niet open stelt voor discussie en niet bereid lijkt om zorg uit te ruilen met het ZGV en Slingeland. Er is geconstateerd dat daardoor het commitment van de twee “kleinere” ziekenhuizen daalde, waardoor dit traject voor het ZGV en Slingeland niet naar tevredenheid is verlopen. In paragraaf 4.3.1 is vastgesteld dat in 2011 de chirurgen van het Rijnstate zich wel open opstellen (zij waren zelfs degene die het initiatief namen tot samenwerking). De bestuurder van het Rijnstate geeft aan dat, toen in 2011 meer en scherpere normen gesteld werden, ook zij de consequenties van deze normen gingen merken:

Je ziet dan dat je niet meer alles kunt doen op een gegeven moment als je het laat zoals het is, dat gold ook voor Rijnstate, dat we bepaalde ingrepen niet meer konden doen.

Omdat het ZGV op sommige vlakken ook samenwerkt met het St. Antonius en het Slingeland met het MST, beseft het Rijnstate dat het niet vanzelfsprekend is dat de genormeerde ingrepen naar Rijnstate doorverwezen zullen worden. Hierdoor stijgt de

onzekerheid bij Rijnstate over behoud van hun zorgaanbod, waardoor zij zich meer openstellen voor onderhandeling met het ZGV en Slingeland.

Het ZGV heeft (na intern analyse) duidelijk voor ogen welke ingrepen zij voor de instelling wil behouden en welke zij eventueel wil inzetten om uit te ruilen. Het ziekenhuis heeft net geïnvesteerd in een nieuwe leverchirurg, dus is er op gebrand om de genormeerde ingreep voor leverchirurgie voor het ziekenhuis te behouden. Daarnaast wil het ZGV in verband met het profiel van het ziekenhuis, alle chirurgie die met voeding / het spijsverteringskanaal te maken heeft (waaronder de slokdarmchirurgie) in Ede behouden. Een chirurg uit het Rijnstate geeft aan dat zij het hier niet mee eens zijn:

Ede zou de leverchirurgie doen, want die hebben een leverchirurg en de expertise op dat gebied. We vonden het een beetje raar als Ede de slokdarmchirurgie ook nog eens kregen, terwijl dan Arnhem (als grootste ziekenhuis) niks meer van dat soort laag volume chirurgie zou doen Toen hebben we met zijn drieën besloten om de slokdarmen over te hevelen naar Arnhem. En zou Ede zich verder concentreren op de levers.

De chirurg van het Rijnstate had tijdens de eerdere onderhandeling de slokdarmchirurgie (één van zijn aandachtsgebieden) naar Nijmegen zien vertrekken, maar nu de onderhandelingen opnieuw van start lijken, wil hij graag deze ingrepen terughalen naar het Rijnstate. De artsen uit het ZGV zien in dat zij niet de leverchirurgie en de slokdarmchirurgie konden claimen in de onderhandeling. Zij besluiten daarom tot een compromis te komen, door akkoord te gaan met de leverchirurgie en de ingrepen die te maken hebben met het lagere gastro-intestinale stelsel (Lower GI, zoals endeldarmchirurgie). Hiervoor zijn zij bereid om de ingrepen voor het hogere gastro-intestinale stelsel (Upper GI, waaronder slokdarmchirurgie) en de longchirurgie op te geven, een profiel waar de chirurgen van het Rijnstate tevreden over zijn:

Dat is een profiel wat voor ons ziekenhuis goed zou zijn en waar we expertise zouden kunnen samenvoegen.

De leverchirurgie en Lower GI past in het profiel van het ZGV. Bovendien geeft de toenmalig stafvoorzitter van het ZGV aan dat naast de vrees om alle laagvolume / hoogcomplexe zorg te verliezen, zij ook een intrinsieke motivatie hadden om de onderhandeling succesvol af te ronden:

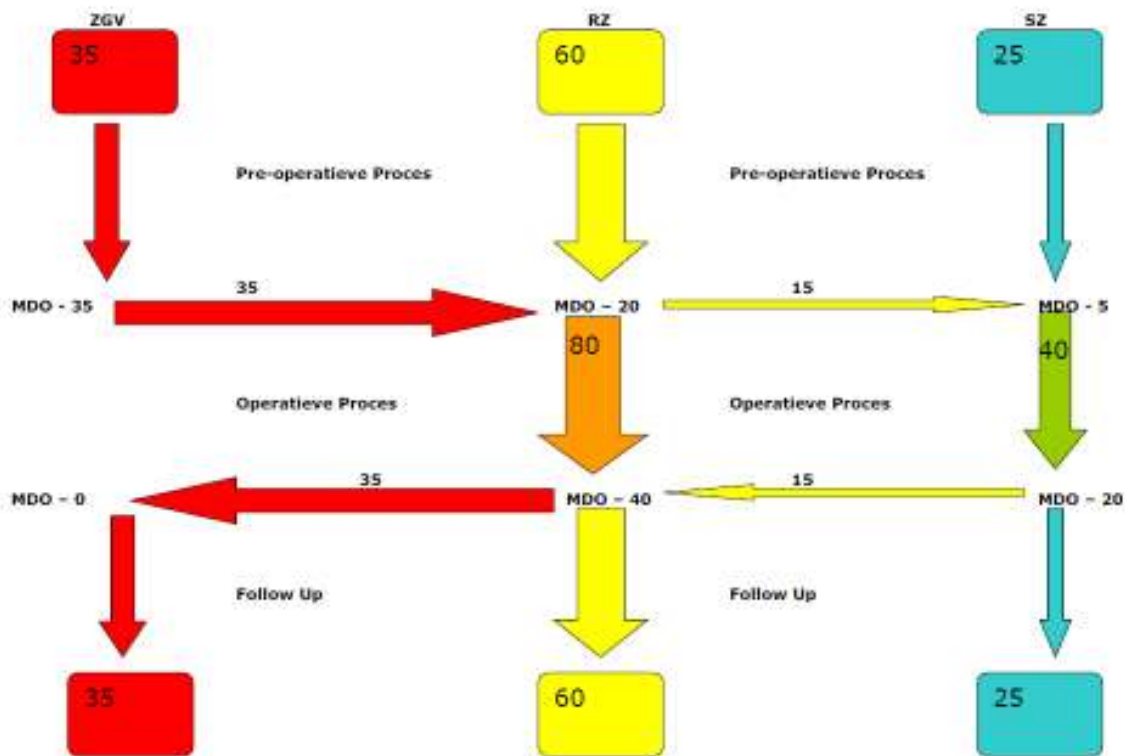
Uiteindelijk bleek wel heel erg de wil om eruit te komen. in het begin is dat omdat je wel moet, als je er niet uitkomt heb je niks Ten tweede wordt het ook bijna, als je een tijd met elkaar aan tafel zit, een brevet van onvermogen als je het niet voor elkaar zou krijgen. Dus die wil is er ook wel, nu moet het echt gaan lukken. Dat speelt onderhuids ook wel een beetje mee denk ik.

Slingeland heeft hiermee echter nog te weinig patiënten om de longchirurgie in hun ziekenhuis veilig te stellen. Het ZGV is bereid om de longchirurgie door te verwijzen, maar de huidig projectleider licht toe dat alle partijen de reisafstand te groot vinden om de patiënten vanuit Ede door te verwijzen naar Doetinchem, als deze ook (dichterbij) in Arnhem terecht kunnen:

Wat we eigenlijk hebben afgesproken is dat die reisafstand voor de patiënt zo kort mogelijk willen houden. Er zouden ongeveer 25 patiënten naar Arnhem toe komen. Toen zei

Doetinchem, dan willen wij een deel van die patiënten hebben. Die patiënten gaan we niet doorsturen vanuit Ede naar Doetinchem, dat is wel heel erg ver weg (dan zegt de patiënt dat is te ver weg, ik ga wel naar Utrecht toe).

Als compromis is dus besloten om de longpatiënten uit Ede (het ZGV) door te verwijzen naar Arnhem (Rijnstate) en de patiënten die wonen ten oosten van de IJssel (regio tussen Doetinchem en Arnhem, tegen Arnhem aan), worden doorverwezen naar Doetinchem (Slingeland). Op deze manier kunnen de aantallen voor longchirurgie in Slingeland worden veiliggesteld (figuur 3). Wat niet duidelijk is aan deze afspraak, is of deze tot stand is gekomen vanuit het patiëntenbelang (om de reistijd zo kort mogelijk te houden), of vanuit de vrees dat patiënten vanuit Ede naar Utrecht zouden gaan, waardoor de volumenorment alsnog in gevaar kwam voor Slingeland. Wellicht speelden beide een rol.



Figuur 3: voestel patiëntenstromen longoncologie (overdrachtsdocument regionale samenwerking)

De uiteindelijk overeengekomen verdeling over de drie ziekenhuizen ziet er dan als volgt uit.

- **Ziekenhuis Gelderse Vallei:**
Lower GI: Leverchirurgie, APR, TEM (SILS), Hoofd-hals chirurgie;
- **Rijnstate Ziekenhuis:**
Upper GI: Slokdarmchirurgie, Maagchirurgie, Antireflux- en HD-Chirurgie, Bariatrie, Longchirurgie (pneumectomie, lobectomie), TEM, Hoofd-hals chirurgie;
- **Slingeland Ziekenhuis:**
Longchirurgie (pneumectomie, lobectomie), APR, Hoofd-hals chirurgie.

4.5 Communicatie naar overige stakeholders

In deze paragraaf is beschreven hoe de initiatiefnemers hun voorstel voor verdeling naar de overige stakeholders uit de regio hebben gecommuniceerd. Deze communicatie vindt in twee rondes plaats: eerst richting interne- en daarna richting externe stakeholders. Hierbij wordt ingegaan op de discussiepunten die tijdens deze communicatie naar voren komen.

4.5.1 Interne stakeholders (ronde 2)

Nadat de chirurgen en MDL-artsen overeenstemming hebben bereikt over de verdeling van laagvolume / hoogcomplexe zorg in de regio, is het tijd om deze formeel voor te leggen aan de raad van bestuur en de collega specialisten binnen de eigen instelling. De raden van bestuur zijn informeel op de hoogte gehouden van het verloop en de uiteindelijke uitkomst van de verdeling. De discussie volgt voornamelijk met de beschouwende specialismen die nu voor de chirurgische ingreep moeten doorverwijzen naar een andere instelling.

Bij de afstemming tussen chirurgen en collega artsen stuiten de chirurgen op de lage betrokkenheid van de beschouwende specialisten. Een arts van het Slingeland verklaart dit aan de hand van het volgende voorbeeld:

Als je aan dermatoloog gaat uitleggen waarom je druk bent met samenwerking en concentratie van zorg, die begrijpt dat probleem niet. "Het zal wel, maar ik herken het niet in mijn praktijk". Dat klopt, want in jouw praktijk is het waarschijnlijk niet aan de orde, maar bij ons wel heel duidelijk.

Het is dus voor de chirurgen merkbaar dat hun collega's niet of weinig op de hoogte zijn van de (landelijke) discussie rond concentratie. Volgens de arts van het Slingeland wordt deze lage betrokkenheid van de collega's verklaard, doordat de discussie rond concentratie voor hun vakgebied niet speelt. De communicatie richting de collega artsen bestaat daarom in eerste instantie veelal uit informeren over de achterliggende gedachte van concentratie en waarom deze discussie in de regio gevoerd moet worden. Na uitleg over wat de discussie inhoudt, stuit de communicatie van de regioplannen in Rijnstate en Slingeland op weinig weerstand. De stafvoorzitter uit het Slingeland Ziekenhuis herinnert zich de formele besluitvorming als volgt:

Wij hadden niks wat wij zouden verliezen wat we anders toch niet verloren zouden hebben. Slokdarm en alveesklier gingen al weg. Leverchirurgie verwezen we eerst naar Utrecht, nou ja dat is nu naar Ede en longchirurgie behouden we. Wij hadden in dit geval alleen maar te winnen en niks te verliezen. Daarom is het voor ons niet meer dan een formaliteit geweest.

De longartsen in het ZGV laten na de presentatie van de plannen echter duidelijk merken, dat ze ontevreden zijn over de overeengekomen verdeling. Aan de ene kant hebben de longartsen in Ede dezelfde twee zorgen als andere beschouwende specialismen die indirect betrokken zijn bij een herverdeling van de laagvolume / hoogcomplexe zorg: inkomstenderving en inkadering van het vakgebied. Ten eerste vrezen de longartsen voor een terugloop in hun productie en daardoor honorariumcomponent. Het voorstel van de chirurgen is om de ingreep voor longcarcinoom voortaan in een andere instelling uit te voeren. Hierdoor vrezen de longartsen dat de huisarts de patiënt direct naar deze instelling

zal verwijzen en dat ook de eventuele nabehandeling van de ingreep in de andere instelling geboden zal worden. Dit zou een daling van productie voor de longartsen van het ZGV tot gevolg hebben. Daarnaast geeft de bestuurder van het ZGV aan dat doorverwijzing van de (hoogcomplexe) longchirurgie naar een andere instelling zorgt voor een inkadering van het vakgebied van de longartsen:

Doelstelling <van de longarts is> patiënten helpen. Dan is het ook wel leuk als er een appèl gedaan wordt op datgene dat je geleerd hebt. Dus als je als dokter alleen maar de longontsteking krijgt wordt je niet uitgedaagd in je vak. Dus het is ook in hun belang dat hun praktijk zo breed en interessant mogelijk is en dat hun kwaliteit en werkplezier op orde gehouden blijft.

Aan de andere kant beseffen de longartsen van het ZGV dat naast de twee algemene zorgen, er voor hun praktijk een specifiek risico speelt. Het niet vervangen van de pensioenerende longchirurg door een nieuwe longchirurg heeft verregaande gevolgen voor de algemene borging van longchirurgie in het ZGV. In het normendocument van de NVVH staat als algemene voorwaarde, dat voor een chirurgieafdeling “*per aandoening minimaal 2 chirurgen werkzaam zijn*”. Als de pensioenerende longchirurg niet vervangen wordt, zou de overgebleven longchirurg in zijn eentje niet voldoen aan de gestelde norm. Dit betekent dat niet alleen de ingreep bij longcarcinoom doorverwezen zal worden naar Rijnstate, maar dat dit mogelijk ook voor andere longchirurgische ingrepen het geval is. Hiermee komt de volledige longchirurgie en dus mogelijk een deel van de longgeneeskundige zorg in het ZGV voor een onzekere toekomst te staan. De raad van bestuur van het ZGV herinnert zich dit traject als volgt:

Op den duur ging een longchirurg weg en toen hebben de chirurgen in eigen kring <een besluit genomen over vervanging> (niet echt met ons besproken). Dat je dan kiest om een longchirurg niet besluit te vervangen en je houdt er maar één over, dan zet je eigenlijk een streep door de longchirurgische ingrepen. Wij zijn er als raad van bestuur om dat in goed banen te leiden. Ze mogen zelf wel hun keuzes maken, maar we hebben ook nog wel met longartsen te maken. En die chirurgen dat zijn snijders en die denken dat ze niemand anders nodig hebben en vergeten dat die longartsen, dat ze daar afspraken mee moeten maken en dat zijn onhandige dingen. Zo een besluit dat moet je wel goed begeleiden, voorbereiden en de consequenties overzien. Daar hebben ze nog wel een klein steekje laten vallen.

De indirect betrokken specialisten die laagvolume / hoogcomplexe zorg zien verdwijnen uit hun instelling (zoals de longartsen in het ZGV), moeten overtuigd worden van de noodzaak van de samenwerking. Uiteraard is deze overeenkomst niet in het belang van iedere individuele specialist, maar wel in het belang van de organisatie waar zij voor werken, zoals een arts uit het Slingeland omschrijft:

Als je het aan de andere kant bekijkt en we niet tot deze afspraken komen, zijn straks alle drie de ziekenhuizen de longchirurgie kwijt. In dat opzicht moet je ook over de grens van je eigen praktijk durven kijken en is het van groter belang.

Op deze manier proberen de chirurgen hun collega's te overtuigen van de noodzaak van de samenwerking. Ook de bestuurder van het ZGV ziet het als haar taak om op dit gebied de noodzaak en het algemeen belang van de samenwerking toe te lichten:

Nou onze verantwoordelijkheid van de raad van bestuur, ook tegen de medische staf of tegen de longartsen, is om het grote probleem te belichten. Dat doe je dan wel als bestuurder. Wij plaatsen het in perspectief van de ontwikkelingen.

Om de zorgen over productieverlies weg te nemen worden aanvullende afspraken gemaakt over het voor- en natraject van de behandeling. Deze aanvullende afspraken, worden door de toenmalige stafvoorzitter van het ZGV als volgt omschreven:

Als straks iemand één keer hoest dan zou de huisarts misschien verwachten dat het een tumor zou zijn en verwijzen ze niet meer naar hier, maar naar een ander ziekenhuis. Daarom hebben we ook heel duidelijk gemaakt dat de workup en de nabehandeling van de aandoening in het eigen ziekenhuis gebeurt en alleen de operatie waarin de normering is gezet, die worden dan in een centrum gedaan.

Door afspraken te maken over het behoud van het voor- en natraject voor de oorspronkelijke instellingen, wordt tegemoet gekomen aan de wensen van de beschouwende specialismen. Er komt een communicatiebericht richting huisartsen, dat met betrekking tot de diagnostiek in het voortraject van de patiënt, deze gewoon naar de instelling in de directe omgeving kan verwijzen. Met betrekking tot het natraject van de behandeling wordt afgesproken dat de patiënt wordt terugverwezen naar de instelling van herkomst. Hierdoor zou de verwachte terugloop van productie, waar de beschouwende artsen voor vrees niet plaatsvinden en wordt hun vrees over productieverlies en inkadering van het vakgebied geminimaliseerd.

De accountmanager van Achmea geeft aan dat aan deze afspraak met de beschouwend specialist ook voordelen voor de patiënt zijn verbonden:

je moet wel de voor- en de nazorg in de periferie kunnen leveren, want die verzekerde van mij wil zo dicht mogelijk bij huis verzorgd worden. Het gaat vooral om het trucje van de ingreep <dat je moet concentreren>.

Het voordeel van deze afspraak voor de patiënt, komt ook in de gesprekken met de ziekenhuizen naar voren. Hierin wordt bevestigd dat het als voordeel voor de toegankelijkheid van zorg wordt gezien, als de zorg zo decentraal mogelijk wordt geboden. Mits de afstemming / informatieoverdracht tussen de specialismen goed verloopt wordt het niet nodig geacht dat patiënten ver reizen voor de diagnostiek vooraf en de eventuele nabehandeling achteraf. Het achterliggende motief van de afspraak lijkt echter niet het voordeel voor de patiënt, maar het behoud van zorg voor de eigen instelling te zijn. Dit wordt bevestigd in het gesprek met een arts uit het ZGV:

Eigenlijk wil je zo veel mogelijk de zorg binnen je ziekenhuis houden, maar dat kan niet, omdat je niet meer mag. En daardoor ga je met elkaar onderhandelen, zodat je het in ieder geval binnen de regio houdt en zo veel mogelijk voor jezelf houdt.

Hoewel het voordeel voor de patiënt wordt beaamd, lijkt dit niet de aanleiding te zijn voor de afspraken over de voor- en natrajecten. De afspraken zijn tot stand gekomen als reactie op de onvrede van de beschouwende specialismen. Op deze manier proberen de ziekenhuizen zoveel mogelijk zorg (productie en kennis) voor de eigen instelling te behouden.

4.5.2 Externe stakeholders (ronde 3)

In het laatste kwartaal van 2012 gaan de raden van bestuur en de medische staven formeel akkoord met de voorgestelde samenwerking. De ziekenhuizen besluiten vervolgens om de plannen te delen met de zorgverzekeraars. De accountmanager van Menzis herinnert zich de eerste concrete communicatie van de voorgestelde verdeling als volgt:

Ze hebben wel mondeling laten weten we zijn bezig met een convenant en dat hebben we gekregen toen het er was, maar daar zijn wij geen gesprekspartner in geweest.

De zorgverzekeraar vindt het jammer dat ze wel op de hoogte zijn gesteld van het initiatief, maar de concrete plannen (met overeengekomen verdeling) pas laat in het traject zijn gecommuniceerd. Naar aanleiding van het gecommuniceerde plan, geeft de zorgverzekeraar uiteindelijk aan niet akkoord te gaan met de overeengekomen verdeling. De accountmanager van Achmea vat de aanleiding voor deze discussie als volgt samen:

De oesophagus, die deden ze niet in de regio, maar Arnhem wilde die gaan doen. Maar dat kon niet want er lagen ook al afspraken met Nijmegen. We kwamen er toen achter dat zij die op dit moment helemaal niet meer deden, dat ze die allemaal al naar Nijmegen deden.

Menzis heeft dat destijds in eerste instantie geaccepteerd en is daarmee aan de slag gegaan. <Het ziekenhuis in> Nijmegen zei toen ook dat is wel heel gek, wij hebben afspraken met Arnhem en heel die regio dat de slokdarm naar ons toe komt en nu zeggen ze dat ze het zelf gaan doen. Dus die zijn daar vragen over gaan stellen. De verzekeraars wilden in overleg met Arnhem: wat gebeurt hier? Jullie willen dat nu weer zelf gaan doen, maar dat is natuurlijk niet de bedoeling. Je hebt het al afgestoten, wat gebeurt hier? En toen uiteindelijk hebben we er voor gekozen om het daar (in Nijmegen) te laten liggen en het niet <in Rijnstate te contracteren>.

Wat opvalt aan dit traject is dat de gesprekspartner Menzis in eerste instantie akkoord geeft op de voorgestelde verdeling. Het is het Radboud ziekenhuis dat als eerste, richting de grootste zorgverzekeraar in hun regio (CZ) aan de bel trekt. Pas nadat Menzis er vanuit CZ op geattendeerd wordt, dat deze afspraak in contrast staat met eerder gemaakte afspraken, maken zij bezwaar tegen het voorstel van de ziekenhuizen. In de visie van de zorgverzekeraar is de slokdarmchirurgie in de huidige situatie, geborgd in het SCON in Nijmegen. Slokdampatiënten uit het adherentiegebied van Rijnstate en Doetinchem zouden in de voorgestelde situatie niet meer naar het SCON worden doorverwezen, maar in het Rijnstate worden behandeld, een instelling waar al geruime tijd geen slokdarmoperaties meer gedaan worden. In de visie van de verzekeraar moet er dan opnieuw expertise worden opgebouwd, voordat de veiligheid geborgd kan worden, terwijl de patiënten in de huidige situatie, veilig en toegankelijke zorg krijgen in het SCON in Nijmegen. De uiteindelijke uitspraak van de zorgverzekeraar is dan ook dat zij in 2012 de slokdarmoperatie niet zullen inkopen in het Rijnstate.

De ziekenhuizen hadden deze reactie niet verwacht. De stafvoorzitter uit het Rijnstate geeft aan dat er zijn inziens geen kwalitatieve argumenten zijn om de concentratie van de slokdarmchirurgie in het Rijnstate niet toe te staan:

De verzekeraar zei: dat kan toch niet, een ziekenhuis dat ze nooit had gedaan, ging ze dan opeens opereren. Terwijl we daar een heel plan van aanpak hadden liggen om de chirurg van Ede ze hier te komen opereren. Je verschuift alleen de plek van opereren, want Ede had

de operaties altijd nog gedaan. In dat hele traject zou hij hier de chirurg opleiden. Onze chirurg was ook al in andere ziekenhuizen aan het mee-opereren geweest (in Amsterdam en in Eindhoven) om zijn kennis en deskundigheid alvast bij te werken. Dan zou hij verder hier opgeleid worden door de chirurg uit Ede, die zou hier de operaties gaan doen. En zo zou je binnen een jaar het kennis niveau hebben en dan alleen maar de locatie verplaatsen.

In het ZGV werd de slokdarmchirurgie nog steeds uitgevoerd, omdat zij het in het eerdere overleg niet eens waren met concentratie van de ingreep in Nijmegen. In samenwerking met de chirurg uit het ZGV kan volgens de ziekenhuizen de veiligheid van de slokdarmchirurgie in het Rijnstate geborgd worden. Daarnaast heeft de chirurg van Rijnstate (die de ingreep weer zou gaan doen) deze in het verleden vaak gedaan en had in de aanloop op de samenwerking al op verschillende plekken in het land meegelopen met collega's, om de ervaring (indien nodig) weer bij te spijkeren. Hierdoor zou de kennis en expertise volgens de ziekenhuizen in het Rijnstate geborgd zijn. De uitspraak van de verzekeraar bleef echter onveranderd, waardoor een disbalans ontstond in de gemaakte afspraken tussen de drie ziekenhuizen. Een chirurg uit het ZGV omschrijft dat met dit besluit van de zorgverzekeraar de gehele samenwerking ter discussie kwam te staan:

Dus we hebben drie kwart jaar zitten onderhandelen om tot deze verdeling te komen en uiteindelijk zegt de verzekeraar dat gaan we helemaal niet doen. En die zetten een streep erdoor en was het risico dat de hele afspraak uit elkaar zou vallen.

Om te voorkomen dat de hele afspraak uit elkaar zou vallen, overwegen de ziekenhuizen drie opties. Ten eerste kunnen zij de gemaakte afspraken opbreken en de onderhandeling opnieuw starten. Het openbreken van de onderhandelingen wordt door de ziekenhuizen niet als een wenselijke optie gezien. Het zou betekenen dat alle drie de ziekenhuizen terug bij af zijn (onzekerheid).

Ten tweede kunnen de ziekenhuizen de operatie alsnog in het Rijnstate ziekenhuis concentreren en uitvoeren, maar dan zonder contract met de zorgverzekeraar. De ziekenhuizen overwegen de optie, waarbij het ZGV en Slingeland zelfs zouden delen in de kosten die Rijnstate zou maken voor de ingreep. De chirurgen van het Rijnstate durven het echter niet aan uit angst voor negatieve publiciteit, aldus één van de chirurgen:

Ik heb toen gezegd vanuit een medische achtergrond en medicolegale achtergrond daar begin ik niet aan. Ik heb geen zin om slokdarmresecties te doen contrecoeur de wil van de verzekeraar. Als van de eerste 10 patiënten er 2 overlijden dan zegt iedereen zie je wel dat Arnhem het helemaal niet kan. Dat geeft zoveel schade aan ons ziekenhuis en aan onszelf dat je dat helemaal niet wil hebben.

Opereren zonder contract met de zorgverzekeraar wordt als serieuze optie overwogen. Rijnstate voldoet aan de normen van de IGZ, dus kwalitatief is er niets op in te brengen. Uiteindelijk achtte de chirurgen van Rijnstate het risico voor negatieve publiciteit te groot als er complicaties zouden optreden bij één van de eerste operaties. De verwachting is dat dan breeduit in de media komt dat tegen het advies van de zorgverzekeraar in, het ziekenhuis toch besloten heeft om de ingrepen te doen. Met alle gevolgen van dien.

Laatste optie was om met het Radboud te bespreken wat de onderhandel mogelijkheden zijn bij doorverwijzing van alle de slokdarmpatiënten naar Nijmegen. Het stond namelijk nog niet vast dat het ZGV ook haar patiënten naar Nijmegen zou doorverwijzen. Omdat de ziekenhuizen niet willen dat de hele samenwerking uit elkaar zou vallen, maar het ook niet aandurven om concentratie van de slokdarmchirurgie voort te zetten zonder contractering van de zorgverzekeraar, is besloten om het Radboud te benaderen. Radboud blijkt open te staan voor onderhandeling, aldus de stafvoorzitter van het Rijnstate Ziekenhuis:

Nu we de slokdarm en pancreassen naar jullie (Nijmegen) toe sturen willen we één ding terug hebben en dat is de maagchirurgie. Die deskundigheid wil ik hier behouden. Past een beetje in het profiel van de reflux, maag en bariatric. Als het ware allemaal oncologische ingrepen. Met wat mokken zeg maar, is Nijmegen daar wel toe bereid gebleken..... Zowel het Radboud als het CWZ als Boxmeer sturen nu vanuit de zuidelijke regio naar ons toe. Nu komen we met behulp van de patiënten die uit de zuidelijke regio komen op de 30 tot 40 resecties en dan voldoen we ruimschoots aan de limieten met één toch nog wel adder onder het gras: dat zowel de NVVH en het SONCOS <aangeven> ... dat maagchirurgie bij voorkeur gedaan wordt in een centrum waar ook slokdarmen gedaan wordt.

Wat opvalt in het hele onderhandelingstraject rondom de slokdarmchirurgie, is dat in de eerdere onderhandelingsronde wordt overeengekomen dat deze in Nijmegen geconcentreerd gaan worden. Vervolgens probeert het Rijnstate deze ingreep terug te halen, maar steekt Nijmegen daar (indirect) een stokje voor. Het Rijnstate gaat dan met Nijmegen opnieuw in gesprek. Hierbij is het voorstel van het Rijnstate of Nijmegen de maagchirurgie voortaan kan doorverwijzen naar Rijnstate (een ingreep waarvan de wetenschappelijke verenigingen aangeven dat deze bij voorkeur in een slokdarmcentrum, zoals het SCON in Nijmegen, gedaan wordt). In ruil voor de maagchirurgie vanuit Nijmegen worden alle slokdarmpatiënten in de regio (inclusief Ede) dan voortaan doorverwezen naar Nijmegen. Nijmegen gaat in op het verzoek van het Rijnstate. Als het Rijnstate in het eerder onderhandeltraject helder voor ogen had gehad dat de slokdarmchirurgie een ingreep is die past binnen het profiel van het ziekenhuis, had deze mogelijk (in samenwerking met het ZGV en Slingeland) behouden kunnen blijven binnen de instelling. Het lijkt erop dat de toenmalige besluitvormers, de ingreep hebben uitgeruild met de verwachting dat (als dit gewenst was) deze nog wel terug te halen was. Hierbij heeft het ziekenhuis de belangen en macht van de omliggende omgeving en de verzekeraar niet goed ingeschat. Vanuit patiëntperspectief is nu de veiligheid en toegankelijkheid van de slokdarmchirurgie geborgd in Nijmegen.

4.6 Implementatie van de samenwerking

Toen met alle stakeholders overeengekomen was welke zorg waar plaats zou gaan vinden, was het zaak om de gemaakte afspraken in de praktijk te brengen en de doorverwijzing op elkaar af te stemmen. Er is afgesproken dat de locatie van het voortraject niet zal wijzigen voor de patiënt. Na het voortraject zal de patiënt worden doorverwezen naar het ziekenhuis waar de betreffende ingreep was geconcentreerd. Na de ingreep wordt de patiënt voor de nabehandeling / controle van zijn operatie terugverwezen naar het ziekenhuis van herkomst, dicht bij de woonplaats van de patiënt. In het overeengekomen traject zitten dus twee overdrachtsmomenten. Om te zorgen dat de zorgverlener en patiënt zo min mogelijk ongemak ervaart van de samenwerking, is een vereiste dat de zorgtrajecten van de drie

instellingen op elkaar zijn afgestemd. De medische gegevens die nodig zijn voor de ingreep en de nabehandeling, zullen tijdig, volledig en juist beschikbaar moeten zijn voor de zorgverleners. Op deze manier wordt voorkomen dat de diagnostiek die nodig is voor een bepaalde ingreep, twee keer moet worden gedaan. Vanuit de raad van bestuur wordt een overkoepelende projectleider aangesteld, om de zorgtrajecten en informatievoorziening op elkaar af te stemmen.

4.6.1 Afstemming zorgtrajecten

Eenduidige zorgtrajecten voor de geconcentreerde ingrepen is een vereiste voor de samenwerking, dat apart wordt toegevoegd aan het convenant in een side-letter. Tijdens het gesprek met een chirurg uit het Slingeland wordt duidelijk dat het afstemmen van de zorgtrajecten een intensief traject is, dat nog niet volledig is afgerond:

Je moet zorgen dat de afstemming en de logistiek en het doorverwijzen en de protocollen die synchroon moeten lopen dat dat gelijk is. Daar zijn managers op gezet om dat allemaal goed te begeleiden. Dat is een hell of a job en ik kan niet zeggen dat dat nu is afgerond. Dat is een proces dat gaande is.

De arts benadrukt hiermee de energie en inzet die het kost om de zorgprocessen op elkaar af te stemmen. Ondanks de inzet van managers om dit te begeleiden, blijkt het complex om het traject af te ronden. Voor het afstemmen van de zorgtrajecten worden twee werkgroepen in het leven geroepen: één voor de MDL-chirurgische ingrepen en één voor de longchirurgische ingrepen. In deze werkgroepen zitten vertegenwoordigers van de chirurgen, beschouwende artsen en verpleegkundigen van iedere instelling. Omdat ieder ziekenhuis zijn eigen methode hanteert voor het beschrijven van een zorgtraject, is besloten om voor iedere geconcentreerde ingreep, op hoofdlijnen één gezamenlijk zorgtraject te maken. Hierin ligt de focus op de benodigde pre- en postoperatieve diagnostiek en informatie, om het traject van de patiënt zo soepel mogelijk te laten verlopen. De toenmalig projectleider geeft aan dat de protocollen van de verschillende ziekenhuizen (in de basis) dezelfde diagnostiek bevatten:

Er zijn geen verschillen over bepaalde soorten diagnostiek. Dat zijn afspraken die we binnen die groep hebben gemaakt: de specialisten van de ziekenhuizen die de operatie gingen uitvoeren werden gezien als de specialisten in de lead. En die moesten zeg maar ook zo een groepje bij elkaar brengen en een voorstel maken: hoe ziet dan het medisch traject eruit en welke onderzoeken gaan we doen en welke onderzoeken niet?

Op initiatief van de opererende chirurgen is het basisprofiel van de behandeling opgesteld en onderling afgestemd. Er is gestart vanuit een gemeenschappelijke basis van diagnostiek die voor alle drie de ziekenhuizen gelijk is. Naast de basis diagnostiek, heeft ieder ziekenhuis zijn eigen bijzonderheden in de behandeling. Deze bijzonderheden zijn niet noodzakelijk voor een kwalitatieve borging van de behandeling, maar zitten in de cultuur van de ziekenhuizen omdat ze “bepaalde dingen nu eenmaal zo te doen”. Tot op heden is hier nog niet helemaal over uitgediscussieerd, zo blijkt ook uit het gesprek met de zorgmanager van het ZGV:

Wij geven hier standaard met grote ingrepen een traject met de fysiotherapie bijvoorbeeld. Daar zijn wij het enige ziekenhuis in en hebben we al discussie over gehad. Chirurgen van andere ziekenhuizen hebben zoiets, dat kun je wel vinden, maar laten we het allemaal maar

doen zoals we gewend waren. Maar als je hier geopereerd moet worden, gaan wij uit van een bepaalde conditie van een patiënt. Gebruik die best practice om die kwaliteit juist naar een hoger niveau te krijgen. En het uitgangspunt was, het maakt niet uit of de patiënt uit A, B of C komt het hele traject moet hetzelfde zijn.

Wat opvalt is dat de medisch specialisten snel overeenstemming hebben bereikt over de basisdiagnostiek. Deze onderlinge overeenstemming over de basisdiagnostiek wordt gezien als een vereiste voor de kwalitatieve borging van de behandeling. Uit het citaat van de projectleider blijkt dat deze basis in de ziekenhuizen al gelijk was. Juist de bijzonderheden uit de verschillende protocollen en de verschillende inzichten over kwaliteit van specifieke aspecten van de zorg, lijken nog niet op elkaar afgestemd.

4.6.2 Uitwisseling medische gegevens

De ziekenhuizen willen voorkomen dat diagnostiek twee keer gedaan moet worden, waardoor behandeling van de patiënt vertraging oploopt. Hiervoor is het niet alleen van belang dat er afspraken liggen over de soort diagnostiek, maar ook dat de uitslagen tijdig beschikbaar zijn voor de opererende partij en nabehandelend arts. Bij deze informatie-overdracht stuiten de ziekenhuizen op een praktisch probleem, aldus de projectleider:

Je hebt bijvoorbeeld acht verschillende soorten gegevens die je doorgestuurd moet hebben, die uit 5 verschillende systemen komen. Sommige dingen kunnen wel digitaal gestuurd worden en andere dingen weer niet. Dus het proces van bij elkaar zoeken, vergt heel veel moeite omdat er niet één systeem is zeggen we: nu doen we het allemaal op dezelfde manier. Dat is dat alles geprint en via de post verstuurd wordt.

Omdat de drie ziekenhuizen geen eenduidig registratiesysteem hebben, kunnen de informatiesystemen niet gekoppeld worden. Hierdoor is het voor de zorgverlener niet mogelijk om digitaal de gegevens van de betreffende patiënten direct op te roepen. Koppeling van de informatiesystemen zou een intensief traject zijn, waarin overeenstemming moet worden bereikt over een (nieuw) informatie-/ registratiesysteem en het gebruik hiervan moet worden geïmplementeerd. Een traject dat op zijn kortst maanden duurt en veel kosten met zich mee brengt. Omdat het om een beperkt aantal patiënten gaat (laagvolume zorg), wordt afgesproken dat de uitwisseling van medische gegevens per post gebeurt. Dit betekent dat alle gegevens uitgedraaid of op een cd gebrand worden en per post naar het andere ziekenhuis worden verstuurd. Binnen de ziekenhuizen zijn vaste aanspreekpunten aangesteld om de uitwisseling van de medische gegevens mee af te stemmen en de patiënt aan door te verwijzen. Deze sleutelfiguren in het zorgtraject van de patiënt heeft een regierol over het traject en de informatievoorziening van de patiënt. Deze manier van uitwisselen van medische gegevens blijkt echter niet ideaal. De toenmalig overkoepelend projectleider geeft hiervoor het volgende voorbeeld:

<De afspraken zijn> op zich ook wel helder vastgelegd, maar goed de praktijk is weerbarstiger dan dit.. We hadden in het begin MDO via videoconferencing en toen ging de videoconferencing kapot. Wat doe je dan? Nou dat is een incident, maar voor dat het opgelost is, dan ben je 3 maanden verder. Dat werkte dus niet.

De zorgmanager van het ZGV geeft hierbij aan dat, als deze “kinderziektes” zich voordoen, het verpleegkundig personeel extra inspanning moet leveren om problemen in de praktijk te voorkomen of verhelpen:

Als ik kijk wat de verpleegkundig specialisten voor extra werk hebben. Patiënt wordt besproken en niet altijd zitten de verpleegkundigen bij dat MDO. Ze moeten allemaal dingen nazoeken: heel veel moeten ze opzoeken in het EPD, omdat de formulieren gewoon niet goed gebruikt worden. Ook wat in het EPD staat is niet altijd even volledig, dus dat is navragen, of zelf een beetje invullen. Dus optimaal is het nog niet.

Het kost het verplegend personeel extra administratieve handelingen om alle informatie te verzamelen en door te sturen. Daarbij blijft het risico bestaan dat gegevens alsnog te laat beschikbaar zijn of ontbreken. Het heeft van zowel de zorgverleners als het management al veel tijd en energie gekost om de protocollen voor zowel zorg als informatievoorziening op elkaar af te stemmen. Ondanks dat de onderlinge afspraken goed gecommuniceerd en gedocumenteerd zijn zitten er nog altijd een aantal “kinderziektes” in deze logistieke afstemming. Een aantal van deze kinderziektes betreffen gedrag / cultuur, maar ze worden ook veroorzaakt door een tekortkoming van de techniek. Naast de energie die het achter de schermen kost om deze kinderziektes te verhelpen, kost het (vaak het verplegend personeel) extra handelingen om de problemen in de praktijk op te lossen. Deze afstemmingsproblemen worden over het algemeen niet gezien als een risico voor de veiligheid van de zorg, zoals ook de chirurg van het Slingeland aangeeft:

Dat gaat niet over de inhoud, niet over de kwaliteit van de chirurgie of kwaliteit van de zorg, maar meer over de logistieke dingen. De behandelingen... dat gaat gewoon zoals het gaat.

4.7 Toekomstvisie

Zowel raad van bestuur, projectleider, medisch specialist als zorgverzekeraar zijn het erover eens dat met de huidige samenwerkingsovereenkomst er een basis ligt voor verdere inventarisering van de samenwerkingsmogelijkheden. De laagvolume / hoogcomplexe zorg is voor nu in de regio geborgd, maar vrij reactief tot stand gekomen. Waar eigenlijk iedereen het over eens is, is dat ze graag zouden zien dat er een proactief vervolg gegeven wordt aan samenwerking. De accountmanager van Achmea uit zich daarin als volgt:

Ik vind het een heel mooi convenant, maar in de basis is het natuurlijk gewoon een verdeling.

En dat was nou eigenlijk net niet wat we wilden. Je moet vooral kijken, wat heb je nodig in een bepaalde regio en wat kun je ook aanbieden. ... Wel mooi dat je het zo vastlegt, maar ik denk wel: en nu.... Wat gaat er verder gebeuren. Dat is wachten en dat is jammer, naar ons toe als je daar iets wilt, dan moet je laten zien dat je meer actief bezig bent. Dat zou de kracht van elk ziekenhuis zijn. En vragen aan de zorgverzekeraar: wat zou de volgende stap kunnen zijn. Maar dat is nog een heel lastig gesprek, want dan gaat het over prijs en wat wij (de zorgverzekeraars) allemaal nodig hebben. Misschien moeten we het dan eens hebben over de hoogte van het budget, wat kan jij daar dan in veranderen.

De huidige projectleider is aan het werk gezet om in kaart te brengen welke vormen van samenwerking in de toekomst mogelijk zouden zijn. Er staan een aantal (landelijke) ontwikkelingen op de lat, die deze intensivering van de samenwerking positief of negatief

kunnen beïnvloeden. Deze paragraaf gaat dieper in op deze toekomstige mogelijkheden en beperkingen.

4.7.1 Mogelijke kansen

Voor de intensivering van de samenwerking zijn de uitgangspunten en rollen in een centraal document (Jaarplan Regiosamenwerking) vastgelegd. In dit document liggen de volgende uitgangspunten vastgelegd:

- Met de samenwerking in een netwerk beogen de drie ziekenhuizen de voordelen van samenwerking te realiseren en de nadelen van een fusie te voorkomen.
- Initiatief om nieuwe onderwerpen op te pakken blijft bij vakgroep (bottom-up)
- Actief stimulerende rol van Raden van Bestuur en Stafbesturen:
 - Discussie (binnen maatschappen) stimuleren of op gang brengen
 - Structuur aanbieden in de vorm van ICT, ondersteuning, investeren
- Ondersteuning initiatieven mogelijk door regiocoördinator (melden van initiatief!).
- De afgesproken profielen van de drie ziekenhuizen zijn leidend.

Naast verbetering van de huidige samenwerking op het gebied van laagvolume / hoogcomplexe zorg, worden als mogelijke verbreding van de samenwerking een aantal deelgebieden verder onderzocht. Deze deelgebieden komen met name voort uit verwachte normeringen voor de toekomst. Hierbij valt te denken aan aanvullende en aangescherpte normeringen vanuit de eigen wetenschappelijke verenigingen, maar ook aan normen vanuit de overheid, IGZ of zorgverzekeraar over bijvoorbeeld traumazorg of intensieve zorg. Om een mogelijke druk vanuit de maatschappij te voorkomen, wordt nu al geïnventariseerd welke toekomstige normen verwacht kunnen worden. Op deze manier wordt getracht de onzekerheid op deze deelgebieden te reduceren.

Verder worden een aantal deelgebieden beschreven en genoemd die niet vanuit normeringen gestart worden. Het betreffen proactieve initiatieven binnen vakgroepen, waarmee een wederzijdse ondersteuning of efficiëntie wordt beoogd. De verantwoordelijkheid voor deze initiatieven wordt bij de medisch specialist gelegd.

4.7.2 Mogelijke beperkingen

Er zijn een aantal factoren die worden aangedragen als mogelijke beperkingen voor een intensievere samenwerking tussen de drie ziekenhuizen in de toekomst. Om te beginnen is de huidige samenwerking tot stand gekomen met het uitgangspunt van gesloten beurzen. Als in de toekomst de samenwerking intensiveert en er meer zorg (met grotere volumens) geconcentreerd gaat worden, dan zal er steeds meer noodzaak ontstaan om ook te kijken naar de financiële consequenties van de van samenwerking. De financiële gevolgen worden absoluut als mogelijke beperking gezien voor een verdere intensivering van de samenwerking. De zorgverzekeraar zou graag zien dat met de samenwerking ook een zekere doelmatigheid gerealiseerd wordt die terug te leiden is in de jaarlijkse onderhandelingen.

Daarnaast worden een aantal zaken benoemd die van invloed kunnen zijn op de samenwerking, maar waarvan de consequenties nog onduidelijk zijn. Hierbij valt te denken aan de landelijke trend op het gebied van regiomaatschappen en de strengere blik van de NMA op het gebied van mededinging.

4.8 Theoretische analyse van de resultaten

Voordat in het volgende hoofdstuk de conclusie staan gepresenteerd, zijn in deze laatste paragraaf, de belangrijkste resultaten naast de gebruikte theoretische concepten gelegd. Per gehanteerd theoretisch concept, is aan de ene kant beschreven wat van de theoretische thema's terugkomt in de onderzochte casus. Aan de andere kant is beschreven hoe de belangrijkste resultaten zich verhouden tot de theorie.

4.8.1 Kenmerken en Complexiteit van Strategievorming

In de beschrijving van het theoretisch kader, is gestart met de kenmerken van strategievorming. Uit de definitie van Johnson en Scholes (2006) is opgemaakt dat strategievorming gaat over de lange termijn, is bepalend voor de inzet en gebruik van beschikbare middelen van een organisatie en is sterk afhankelijk van de omgeving. Uit de resultaten van het onderzoek kan worden opgemaakt dat de ziekenhuizen middels de samenwerking een gezamenlijke visie hebben ontwikkeld, om de laagvolume / hoogcomplexe zorg op een veilige en efficiënte manier toegankelijk te houden in minimaal één van de drie instellingen. Deze gezamenlijke (lange termijn) visie vormt de basis voor de collectieve strategie van de drie ziekenhuizen. Het strategische plan dat hieruit volgt, is om zoveel mogelijk zorg voor de regio te behouden door een regioverdeling af te spreken voor laagvolume / hoogcomplexe behandelingen. De totstandkoming van de collectieve strategie is een incrementeel proces, dat sterk afhankelijk is geweest van de ontwikkelingen uit de omgeving. De ontwikkeling op het gebied van strengere volumennormen zijn door de initiatiefnemers geïnterpreteerd en hierop hebben zij geanticipeerd door een samenwerking aan te gaan. Op deze manier voldoet het collectieve initiatief aan de kenmerken van strategievorming volgens de definitie van Johnson en Scholes (2006):

Theorie	Casus
Betreft de lange termijn	Het betreft een gezamenlijke lange termijn visie over behoud van kwalitatief goede zorg voor de regio
Bepalend voor inzet / gebruik van middelen	De collectieve visie leidt tot een regioverdeling van laagvolume / hoogcomplexe ingrepen
Afhankelijkheid van de omgeving	De landelijke ontwikkelingen op het gebied van kwaliteitsnormen zijn geïnterpreteerd en hierop is geanticipeerd.

Kenmerken van strategievorming uit de theorie (Johnson & Scholes 2006) versus praktijk

De nuance die van Aken (1994) aanbrengt tussen strategie en tactiek, is dat strategie de kunde is om met behulp van veldslagen de doeleinden van de oorlog te realiseren, terwijl tactiek de kunde is om veldslagen te winnen. In deze casus staat bovenstaande collectieve

visie symbool voor het doeleinde van de oorlog. De veldslagen die met de overige stakeholders gevoerd moeten worden, vinden plaats op tactisch niveau. Hoewel deze veldslagen niet allemaal zijn gewonnen, lijkt het erop dat een belangrijke stap is gezet richting realisatie van het doeleinde van de oorlog. Ook met de nuance die van Aken (1994) aanbrengt in de definitie van strategie, kan in deze casus gesproken worden van strategievorming.

Zowel Johnson en Scholes (2006) als Swayne (2011) zijn het erover eens dat, wat strategievorming in het bijzonder complex maakt, is de afhankelijkheid van de kennis, voorkeuren en capaciteiten van een besluitvormer. Dit betekent dat de besluitvormer begrip moet hebben van de omgeving waarin de organisatie zich bevindt, de huidige en toekomstige ontwikkelingen moet kennen, deze moet kunnen interpreteren en hierop kunnen anticiperen.

In de casus is bij de strategievorming op het gebied van concentratie van laagcomplexe / hoogvolume zorg, vooral gebruik gemaakt van de kennis van de medisch specialist. Strategische keuzes over welke zorg behouden moet blijven binnen welk ziekenhuis, is in eerste instantie gebaseerd op kennis over de kwaliteit die binnen de verschillende instellingen geborgd kan worden. Deze kennis over kwaliteit wordt samengevoegd met de voorkeur die de medisch specialist deelt met zijn bestuurder voor het profiel van hun instelling. Zo wordt ook in het “Jaarplan Regiosamenwerking” benadrukt, dat de afgesproken profielen van de ziekenhuizen leidend zijn bij toekomstige initiatieven. Hiermee blijkt dat zowel de “kennis” en de “voorkeur” bepalend zijn voor de uiteindelijke strategievorming.

Met betrekking tot de “capaciteit van de besluitvormer” (het kunnen interpreteren van- en anticiperen op toekomstige ontwikkelingen), valt in deze casus één ding in het bijzonder op. Uit de resultaten blijkt dat in een vroeg stadium (voordat de eerste-tranche-normen van de NVVH kwamen) het initiatief is genomen voor behoud van de slokdarmchirurgie in de regio. Dit initiatief is mede door de toenmalige besluitvormers van het Rijnstate Ziekenhuis niet succesvol vormgegeven. Hierdoor verdween de slokdarmchirurgie uit de regio, naar Nijmegen. Later heeft het Rijnstate vanuit het samenwerkingsverband met het ZGV en Slingeland, getracht om de slokdarmchirurgie terug te halen naar de eigen instelling. De zorgverzekeraar gaat hier echter niet mee akkoord. Voor zover dit mogelijk was, hebben de toenmalige besluitvormers in de toekomstige ontwikkelingen onvoldoende geïnterpreteerd dat het (in de visie van de zorgverzekeraar) niet mogelijk is om eenmaal geconcentreerde laagvolume / hoogcomplexe zorg weer te deconcentreren. Als Rijnstate eerder had besloten dat de slokdarmchirurgie past binnen het profiel dat het Rijnstate nastreeft, dan hadden zij beter op deze toekomstige ontwikkelingen kunnen anticiperen. Zo hadden zij bijvoorbeeld in een eerder stadium de onderhandeling met het ZGV en Slingeland aan kunnen gaan en hadden zij mogelijk de slokdarmchirurgie voor hun ziekenhuis / de regio kunnen behouden. De uiteindelijke verdeling van laagvolume / hoogcomplexe zorg is dus in grote mate afhankelijk geweest van de capaciteit van de besluitvormer.

4.8.2 Maatschappelijke- en private doelstellingen

In het theoretisch kader is gesteld dat bij strategievorming in de Nederlandse gezondheidssector, de voorkeur van de besluitvormer nog eens extra wordt bemoeilijkt door het spanningsveld tussen maatschappelijke- en private doelstellingen die men moet nastreven (Swayne 2011). In de casus is deze complexiteit zichtbaar in de vorm van een spanningsveld tussen het behoud van status en de maatschappelijke voordelen van concentratie. Ieder van de drie ziekenhuizen probeert zoveel mogelijk (complexe) zorg voor de eigen instelling te behouden, om een zekere status veilig te stellen. De ziekenhuizen zijn van mening dat op deze manier het bestaansrecht als vooruitstrevend en interessant ziekenhuis voor de toekomst geborgd blijft. Het aantal patiënten in het adherentiegebied, gecombineerd met de opgestelde volumennormen, staat het echter niet toe dat alle drie de ziekenhuizen het volledige complexe zorgpallet kunnen behouden. Op deze manier worden de ziekenhuizen gedwongen (en geholpen) om keuzes te maken.

De maatschappelijke doelstelling wordt daarbij door de stakeholders van deze casus beschreven als het toegankelijk houden van veilige zorg in de regio op een zo efficiënt mogelijke manier. Zowel ziekenhuizen als artsen beamen dat de veiligheid van de laagvolume / hoogcomplexe zorg gebaat is bij concentratie, doordat de expertise van de zorgaanbieders (artsen en ondersteuners) beter geborgd is bij het realiseren van een volumennorm (veiligheid). Door de zorgtrajecten tussen de instellingen op elkaar af te stemmen en hierover heldere werkafspraken te maken, wordt voorkomen dat er vertraging en verspilling optreedt in het behandelproces (efficiëntie). Door de zorg in de regio bij voorkeur in twee instellingen te concentreren, blijft deze voor de patiënten in de regio bereikbaar (toegankelijkheid).

Porter (1996) stelt dat als een organisatie wil voortbestaan, deze competitief voordeel moet behalen ten opzichte van zijn concurrenten. Dit kan de organisatie doen door keuzes te maken over wat wel en (vooral) wat niet te doen. In een organisatie als een ziekenhuis is het voor de bestuurder lastig om keuzes te maken over wat wel en wat niet te doen. Dit komt doordat de bestuurder altijd met belangen en invloed van meerdere actoren te maken heeft. Kies je ervoor om je te profileren als een voedingsziekenhuis, dan zul je de longartsen moeten teleurstellen. Als hierbij de maatschappelijke druk ontbreekt, is het lastiger als bestuurder om deze beslissing te nemen en door te voeren. In deze casus is sprake van een maatschappelijke druk (vanuit de IGZ en de zorgverzekeraar), gebaseerd op beleid dat uit de wetenschappelijke vereniging komt (normen komen van de eigen beroepsgroep). Hiermee is de bestuurder enorm geholpen om strategische keuzes te maken en in de praktijk door te voeren.

Aan de ene kant blijkt dat de maatschappelijke doelstelling (veiligere zorg door concentratie van laagvolume hoogcomplexe zorg) in strijd is met een private doelstelling van het ziekenhuis (behouden van bestaansrecht als interessant en vooruitstrevend ziekenhuis). Aan de andere kant helpt dezelfde maatschappelijke doelstelling de bestuurder van het ziekenhuis om strategische keuzes te maken, wat bijdraagt aan het realiseren van een andere private doelstelling (behalen van competitief voordeel ten opzichte van de concurrentie). De maatschappelijke doelstellingen hoeven niet altijd op gespannen voet te staan met de private doelstellingen, maar kunnen ook in harmonie samengaan.

4.8.3 Determinanten voor een collectieve strategie

In het theoretisch kader zijn zes motieven beschreven voor het aangaan van een collectieve strategie (zie tabel).

Noodzaak	Verplicht aan eisen voldoen
Asymmetrie	Veilig stellen autonomie
Stabiliteit	Reduceren onzekerheid
Legitimiteit	Rechtvaardigen activiteiten en output
Efficiëntie	Verbeteren input-output ratio
Reciprociteit	Behalen wederzijdse voordelen

Tabel: determinanten netwerkvorming (Fabbricotti 2011)

Uit de gesprekken komt veelal naar voren dat de samenwerking als een noodzakelijkheid werd ervaren. Deze (ervaren) noodzaak komt tot stand onder maatschappelijke druk vanuit IGZ en ZN, om de veiligheid bij laagvolume / hoogcomplexe ingrepen te borgen. De IGZ en zorgverzekeraar opereren in deze discussie vanuit hun rol als bewakers van kwaliteit van zorg. De IGZ vooral op het gebied van veiligheid, effectiviteit en tijdigheid en de verzekeraar op het vlak van doelmatigheid, toegankelijkheid en patiëntgerichtheid. Binnen deze discussie van laagvolume / hoogcomplexe zorg pakken zij de opgestelde kwaliteitsnormen vanuit de NVVH actief op, om gericht de ziekenhuizen in Nederland te beoordelen. Wanneer niet aan de kwaliteitseis kan worden voldaan, leidt dit tot een (kwalitatief) verbod op het uitvoeren van de ingreep vanuit de IGZ of het niet contracteren van deze behandelingen door de zorgverzekeraar. Het voldoen aan de normen is vanuit de IGZ een verplichting, maar het aangaan van een samenwerkingsverband wordt niet door de IGZ of zorgverzekeraar opgelegd. Ook zonder een intensieve samenwerking door de drie ziekenhuizen zou de laagvolume / hoogcomplexe zorg voor de inwoners binnen het adherentiegebied toegankelijk blijven. Het is alleen de vraag waar, wie dit dan had besloten en of de onderlinge afstemming ter borging van de kwaliteit dan even goed zou zijn. Hiermee is dus het aangaan van een samenwerkingsverband op het gebied van laagvolume / hoogcomplexe zorg geen noodzakelijkheid voor de drie ziekenhuizen.

Uit de resultaten blijkt dat de ziekenhuizen en artsen er baat bij hebben om een zekere mate van interessante (complexe) behandelingen te behouden. Op deze manier kan het ziekenhuis het voortbestaan als interessant en vooruitstrevende zorginstelling veilig stellen. Voor de medisch specialist is het behoud van hoogcomplexe zorg van belang, voor het op peil houden van zijn vakkennis. Door de schaarste aan middelen / patiënten in de regio, in combinatie met de maatschappelijke druk om veiligere zorg (in de vorm van volumennormen), ontstaat onzekerheid over het behoud van de laagvolume / hoogcomplexe zorg. Door een collectieve strategie te vormen, creëren de ziekenhuizen een mogelijkheid om de schaarse middelen te concentreren en te behouden voor hun instellingen. Daarnaast houden de ziekenhuizen de afstemming over deze zorg in de regio in eigen beheer. Door middel van een samenwerkingsovereenkomst trachten de ziekenhuizen dus hun autonomie veilig te

stellen en een mate van onzekerheid te reduceren, die zou zijn ontstaan als zij dit collectief niet waren gestart.

De ervaren noodzaak is tijdens de casus bepalend voor de vorm van de uiteindelijke samenwerking. Als de ziekenhuizen er onderling niet uitkomen, vrezen zij voor het verlies van alle genormeerde ingrepen uit de regio. Deze “noodzaak” is daarmee aanleiding tot de bereidheid om zorg “uit te ruilen” en wordt bijvoorbeeld ook als argument gebruikt om beschouwende specialismen te overtuigen van de samenwerking. Dus hoewel de samenwerking in de basis gestoeld is op het reduceren van onzekerheid door veilig stellen van de autonomie, is hij in veel gevallen vormgegeven als ware het een noodzakelijkheid.

4.8.4 Sociale integratie

In het theoretisch kader is het belang van de sociale integratie bij netwerkvorming beschreven volgens Benson (1975). Benson (1975) onderscheidt hierbij 4 dimensies waarop consensus moet worden bereikt tussen de verschillende actoren van het netwerk: ideologie, domein, positieve evaluatie en werkcoördinatie. Om de sociale integratie van het netwerk tijdens de casus weer te geven, wordt per dimensie beschreven in hoeverre deze consensus een rol heeft gespeeld in de casus. Als afsluiting van deze paragraaf is beschreven hoe vanuit de substructuur en omgeving de sociale integratie van het netwerk is beïnvloed.

Ideologische consensus

Op het gebied van ideologische consensus zijn de ziekenhuizen en de medisch specialisten het erover eens dat de samenwerking een kwalitatief voordeel moet hebben voor de patiënt. Dit gemeenschappelijke doel is vastgelegd in het getekende convenant. In vrijwel alle gesprekken met raden van bestuur en medisch specialisten komt naar voren dat men van mening is dat de kwaliteit van zorg niet altijd beter is als deze geconcentreerd is. Men deelt de visie dat de patiënt erbij gebaat is als zorg dichtbij (toegankelijk) geboden wordt. Concentratie van zorg leidt alleen tot een verbeterde kwaliteit (veiliger en effectiever) bij een select aantal (laagvolume / hoogcomplexe) ingrepen en dan ook nog tot op zekere hoogte.

Daarnaast delen de raden van bestuur en medisch specialisten de opvatting dat het voor het voortbestaan als interessant en vooruitstrevend ziekenhuis van belang is om een zekere status voor het ziekenhuis te behouden. Deze samenwerking, die ervoor zorgt dat een mate van hoogcomplexe zorg behouden blijft binnen de drie ziekenhuizen, draagt volgens de betrokkenen bij aan het behoud van deze status.

Verder hechten de medisch specialisten en de raden van bestuur veel waarde aan een zekere mate van autonomie. Door deze collectieve strategie houden de ziekenhuizen de verdeling van genormeerde ingrepen over de regio in eigen hand. Over het algemeen vinden de ziekenhuizen het hun taak om te beslissen welke zorg waar geconcentreerd moet worden. Specifiek voor het ZGV (dat zich sterk profileert op het gebied van voeding) en het Rijnstate (dat zich profileert als STZ ziekenhuis), is het belang groot om betrokken te zijn bij deze beslissing. Daarnaast zijn de bestuurders en medisch specialisten overeengekomen dat de verdeling van de zorg gemaakt moest worden op basis van medisch inhoudelijke

kennis over de betreffende ingrepen. Hierbij moet wel het profiel van het ziekenhuis in acht genomen worden.

Domeinconsensus

Op het gebied van de domeinconsensus zijn een aantal afspraken gemaakt die hebben bijgedragen aan de sociale integratie van de ziekenhuizen. Op het gebied van afbakening van de gesprekspartners was het veld op ziekenhuisniveau al redelijk verdeeld op basis van historie en huidige ontwikkelingen in de omgeving. Binnen de drie ziekenhuizen hebben de chirurgen het initiatief genomen om als gesprekspartners het domein af te bakenen. Door de raad van bestuur werd deze afbakening op specialistenniveau toegejuicht. Zij waren immers van mening dat de discussie over verdeling van ingrepen en borging van de kwaliteit op dat niveau plaats moest vinden (met de profielen van de ziekenhuizen in acht genomen).

De afbakening van het domein was vrij snel gemaakt. Het was vanuit de maatschappelijke druk duidelijk dat de genormeerde ingrepen besproken moesten worden. Verder waren de chirurgen het erover eens dat als wisselgeld, gelijke verdeling en eventuele versteviging van de profielen nog een beperkt aantal “kleinere” ingrepen in de onderhandeling meegenomen moest worden. De verdeling van de laagvolume / hoogcomplexe ingrepen komt uiteindelijk tot stand met de profielen van de ziekenhuizen in acht genomen. Hierdoor wordt het huidige domein waarop elk ziekenhuis zich begeeft zo min mogelijk aangetast en zoveel mogelijk versterkt.

De consensus wordt echter verstoord door de late betrokkenheid van de beschouwende specialisten (met name de longartsen in Ede). De chirurgen waren van mening dat, omdat de volumennormen gelden voor hun ingrepen, zij degenen waren die de verdeling (van hun vakgebied) tussen de ziekenhuizen mochten maken. Het is onduidelijk of de chirurgen hiermee bewust hebben geprobeerd de beschouwende specialisten buiten spel te zetten of dat zij de consequenties van hun voorstel voor de beschouwende specialisten niet hebben overzien. Om de consensus te herstellen zijn werkafspraken gemaakt, waarin is vastgelegd dat het voor- en natraject binnen de oorspronkelijke instelling blijven. Hierdoor is het domein van de beschouwend specialist zo min mogelijk aangetast.

Door deze positieve ontwikkeling binnen de dimensie van werkcoördinatie (afspraken maken over het voor- en natraject), ontstaat een positieve ontwikkeling binnen de dimensie van positieve evaluatie (vertrouwen in het traject) en het domein (afbakening op de ingreep). Dit bevestigt de hypothese van balans van Benson (1975).

Positieve Evaluatie

Op het niveau van positieve evaluatie zat het op sommige vlakken vanaf het begin al goed. De oncologisch chirurgen gaven aan elkaar al langer te kennen en vertrouwen te hebben in elkaars kennis en kunde. Hiermee kon vrij snel de discussie gevoerd worden over de inhoudelijke samenwerking. Mede doordat het initiatief vanuit de chirurgen van het Rijnstate kwam (degenen die vorige keer minder open in de discussie stonden), was er naast de urgentie nu ook het vertrouwen om met elkaar in zee te gaan. Vooral door de chirurgen

wordt hun onderling vertrouwen aangedragen als een belangrijke succesfactor voor het slagen van de samenwerking.

Omdat het eerste initiatief op het gebied van slokdarm- en alvleesklierkanker was stuk gelopen, keken de raden van bestuur in het begin nog wat argwanend naar elkaar. Al vrij snel werd ook voor de raden van bestuur duidelijk dat de welwillendheid van het Rijnstate Ziekenhuis om te onderhandelen deze maal duidelijk aanwezig was. De welwillendheid tot onderhandelen zien we op twee momenten duidelijk naar voren komen in de casus. Het eerste moment is in het begin, als de artsen uit Rijnstate de inventarisatie tot samenwerking initiëren tijdens het IKNL. Het tweede moment is, als tijdens de onderhandeling over de regioverdeling blijkt dat de reisafstand voor doorverwijzing van longpatiënten uit het ZGV naar Slingeland te groot is. De artsen van het Rijnstate zijn op dat moment bereid om hun patiënten door te verwijzen naar het Slingeland in ruil voor de patiënten uit het ZGV. Op deze manier wordt de betrokkenheid van alle ziekenhuizen in het traject behouden en wordt de beoogde win / win situatie gerealiseerd.

Door deze ontwikkelingen is op de dimensie van positieve evaluatie tijdens dit traject een stevige vertrouwensbasis ontstaan. Op zowel bestuurlijk als medisch vlak uit zich dit in een proactieve houding in de richting van een verdere intensivering van de samenwerking.

Werkcoördinatie

Op het niveau van werkcoördinatie verloopt nog niet alles vlekkeloos. De logistieke afstemming van zorg en medische gegevens ging niet zonder slag of stoot. Op dit niveau werd (en wordt) de discussie niet zozeer bemoeilijkt door de wil op sociaal vlak, maar meer door technische beperkingen. Er zijn heldere afspraken gemaakt over de verschillende taken van betrokken actoren. Deze zijn door de betrokken actoren zelf opgesteld en zijn voor iedereen centraal inzichtelijk in heldere protocollen en werkafspraken. Op het moment dat technische ondersteuning het begeeft, vallen er echter gaten in de werkcoördinatie. De mogelijkheid voor sociale integratie wordt bemoeilijkt door de beperkingen van de techniek, maar doordat het vertrouwen en de wil tot samenwerking ruimschoots aanwezig is, is dit geen belemmering gebleken voor de verdere samenwerking. Daarnaast wordt hard gewerkt aan oplossingen van de ervaren technische problemen.

De sociale integratie op het niveau van werkcoördinatie is niet optimaal. De basis van de protocollen is op elkaar afgestemd, maar de bijzonderheden tussen de instellingen zijn nog niet recht getrokken. Daarnaast kost het in de dagelijkse praktijk veel inspanning om het proces vloeiend te laten verlopen. De hypothese van balans is niet zichtbaar op het moment dat het logistieke- of informatie proces niet goed verloopt tussen de drie ziekenhuizen. Op basis van de hypothese, is de verwachting dat een andere dimensie op dat moment dezelfde negatieve richting op beweegt. Uit de gesprekken is niet naar voren gekomen dat een beperking in de werkcoördinatie een negatieve invloed heeft op de ideologische consensus, domeinconsensus of positieve evaluatie. Eerder lijkt de beperkingen in de werkcoördinatie te worden gecompenseerd door de gedeelde ideologie en de positieve evaluatie.

Beïnvloeding vanuit de substructuur

Benson (1975) geeft aan dat partijen vanuit de substructuur en de omgeving, de sociale integratie proberen te beïnvloeden. Hij onderscheidt hierbij vier strategieën: coöperatieve-, verstorende-, manipulatieve- en de autoritaire strategie.

Het initiatief van de chirurgen en MDL-artsen om bij elkaar te gaan zitten, kan gezien worden als een coöperatieve strategie. Hierbij wordt getracht om de macht over de verdeling van de genormeerde ingrepen binnen de ziekenhuizen te behouden. Benson geeft aan dat deze strategie alleen effectief kan zijn als elk van de drie partijen iets bezit dat van waarde is voor de andere partijen, maar tegelijkertijd in staat is om de wensen van de andere partij te weerstaan. Elk van de drie ziekenhuizen bezit een bepaald adherentiegebied, waarmee de andere ziekenhuizen een deel van de laagvolume / hoogcomplexe zorg voor hun instelling kan behouden. Hoewel de drie ziekenhuizen niet van gelijke grootte zijn, zijn zij wel in staat om te voorkomen dat de grootste (en tevens meest centrale) partij er met de buit vandoor gaat. Hierbij helpt het dat het topklinische Rijnstate zich open opstelt en bereidheid toont om te onderhandelen. Dit bevestigt Benson's stelling dat gelijkheid in middelen geen vereiste is voor een succesvolle netwerkvorming, maar dat een gelijke opstelling van de grootste partij aan tafel de netwerkvorming wel positief zal beïnvloeden. De coöperatieve strategie van de medisch specialisten beïnvloedt de sociale integratie in de superstructuur hierbij op een positieve manier.

Vanuit de samenwerking wordt getracht de slokdarmchirurgie terug te halen naar het Rijnstate. Dit kan gezien worden als een verstorende strategie op het netwerk van Nijmegen. In een eerdere onderhandelingsronde zijn Rijnstate en Radboud overeengekomen dat het domein van de slokdarmchirurgie toebehoort aan het Radboud. Doordat Rijnstate zich in het samenwerkingsverband met ZGV en Slingeland begeeft op het domein van het Radboud, proberen zij de patiëntenstroom richting Nijmegen terug te halen (af te pakken). Op hun beurt voorkomt het Radboud dat dit gebeurt door een manipulatieve strategie uit te voeren. Door hun verzekeraar in te lichten, proberen zij de omgevingskaders van het Rijnstate zodanig te beïnvloeden dat concentratie van de slokdarmchirurgie in Arnhem niet mogelijk is. De strategie van het Radboud werkt, aangezien de zorgverzekeraars duidelijk laten blijken dat zij niet van plan zijn de slokdarmchirurgie in te kopen bij het Rijnstate Ziekenhuis.

De politieke kant is tijdens de totstandkoming van deze casus duidelijk aanwezig. De strijd om (met name) macht, uit zich in een aantal actieoriëntaties om de autonomie veilig te stellen en een status als vooruitstrevend en interessant ziekenhuis voor de toekomst te behouden.

4.8.5 Besluitvorming

Ín de besluitvorming tijdens het traject zijn elementen van het politieke besluitvormingsmodel te zien. Pfeffer (1981) stelt dat het besluit in een groep het resultaat is van onderhandeling. Deze stelling van Pfeffer is duidelijk herkenbaar in de onderzochte casus. Ieder ziekenhuis wil zoveel mogelijk van de complexe zorg (mits passend in het profiel) voor de eigen instelling behouden. Welke zorg uiteindelijk behouden blijft voor de ziekenhuizen is het resultaat van een onderhandeling tussen de ziekenhuizen, binnen de ziekenhuizen en als

collectief met de verzekeraar. Uit deze onderhandeling blijkt dat de belangen, macht en interesse van de verschillende partijen verschillen. Volgens Wilson (2003) kan hieruit worden opgemaakt dat het besluitvormingsproces van nature als politiek is.

Eisenhardt en Zbaracki (1992) stellen dat in politieke situaties het uiteindelijke besluit de voorkeur van de meest machtige stakeholder weergeeft. Het is uit de resultaten op te maken dat in de laatste ronde van de besluitvorming, de zorgverzekeraar ervoor heeft gezorgd dat de uiteindelijke regioverdeling haar voorkeur weergeeft. In de onderzochte casus zou dit betekenen dat de zorgverzekeraar de meest machtige stakeholder is.

We zien ook elementen vanuit het garbage-can model in het besluitvormingsproces terug. In de resultaten is beschreven dat de definitieve besluitvorming in rondes plaatsvindt, waarbij iedere ronde besluitvormers toe en uittreden. Dit sluit aan met de omschrijving van besluitvorming volgens de Bruijn (2011). Het initiatief wordt genomen door de chirurgen, die een verdeling overeenkomen. Dit besluit wordt voorgelegd aan de raad van bestuur en collega artsen. Uiteindelijk vindt hier ook een besluit plaats om de voorgestelde verdeling van de chirurgen te accepteren (ware het met een aantal randvoorwaarden). De volgende ronde is de onderhandeling met de zorgverzekeraar. Pas daarna is de definitieve verdeling van laagvolume / hoogcomplexe zorg in de regio afgerond. Ofwel definitieve besluitvorming vindt plaats in drie rondes, waarbij in iedere ronde een nieuwe stakeholder betrokken wordt om mee te onderhandelen over het definitieve besluit.

Daarnaast komt naar voren dat in de laatste ronde de verzekeraar (Menzis) pas kritiek heeft op de voorgestelde verdeling, nadat zij er door een collega (CZ) op gewezen wordt dat de slokdarmchirurgie al in Nijmegen is geconcentreerd. Dit sluit aan bij de omschrijving van Cohen (1976) over besluitvorming, waarin hij stelt dat het besluit maar net afhankelijk is van, de mogelijke "oplossingen" die aangeboden worden door de participanten die toevallig opletten, welke beslissingnemer er op dat moment is en wat zijn persoonlijke voorkeur heeft. Als Nijmegen geen weet had gekregen van de plannen om slokdarmchirurgie terug te halen naar het Rijnstate Ziekenhuis, dan hadden zij CZ hiervan niet op de hoogte kunnen stellen. Op haar beurt had CZ haar collega Menzis er niet op kunnen wijzen en was het voorgestelde plan om de slokdarmchirurgie te concentreren in het Rijnstate mogelijk doorgevoerd. Als eenmaal patiënten zouden worden doorverwezen vanuit het ZGV en Slingeland naar Rijnstate, dan had de zorgverzekeraar de regioverdeling mogelijk niet meer terug kunnen draaien.

Doordat de besluitvorming in rondes is opgedeeld, houden de initiatiefnemers de regie over het besluitvormingsproces. Zij bepalen hierdoor wie, wanneer in het besluitvormingsproces aan tafel komt. Door bijvoorbeeld niet in één keer alle stakeholders aan tafel te vragen en deel te laten nemen aan de besluitvorming, creëren de initiatiefnemers de mogelijkheid om eerst hun eigen plan op tafel te leggen. Zij bepalen hiermee welke stakeholder zij op welk moment aan de onderhandelingstafel vragen. Door bijvoorbeeld pas in een later stadium een minder invloedrijke stakeholder aan tafel te vragen, kan de invloed van deze stakeholder nog verder worden gereduceerd. In deze casus is dit zichtbaar in de manier waarop de beschouwende specialisten pas laat bij de besluitvorming betrokken zijn.

Naast voordelen heeft deze besluitvorming in rondes ook nadelen. Één van de nadelen die in het traject naar voren komt, is dat pas laat in het traject duidelijk wordt dat een bepaalde (machtige) stakeholder niet akkoord gaat met het voorgestelde plan. Dit doet zich voor in de vorm van de zorgverzekeraar die een streep zet door concentratie van slokdarmchirurgie in het Rijnstate. Hierdoor wordt een belangrijke peiler in de samenwerking uit de overeenkomst geschrappt, waardoor de volledige samenwerking op losse schroeven komt te staan.

Conclusie

In de conclusie van het onderzoek is op basis van de beschreven resultaten antwoord gegeven op de geformuleerde hoofdvraag.

Hoe wordt door de stakeholders binnen de regio West-, Midden- en Oost-Gelderland vorm en inhoud gegeven aan de strategische besluitvorming rond concentratie van ziekenhuisfuncties en welke rol speelt de maatschappelijk relevante opbrengst van concentratie hierin?

De conclusie geeft antwoord op de hoofdvraag door stapsgewijs de deelvragen te beantwoorden.

- **Welke stakeholders zijn betrokken rond de discussie van concentratie in de regio en wat is hun belang en invloed in dit vraagstuk?**

Één van de belangrijkste rollen in de regiodiscussie is weggelegd voor de medisch specialist. Het initiatief voor de samenwerking is door de chirurgen en MDL-artsen van de drie ziekenhuizen opgepakt. Met dit initiatief hebben zij in grote mate bepaald hoe de laagvolume / hoogcomplexe zorg in de regio vandaag de dag is vormgegeven. Het belang van de medisch specialisten bestaat voornamelijk uit het behoud van voldoende productie, opgebouwd uit een interessante productmix. De medisch specialist heeft tijdens zijn opleiding een brede vakkennis opgedaan, waarvan hij zoveel mogelijk in de praktijk wil brengen. Hiermee blijft zijn vak uitdagend en zijn kennis op peil. Daarnaast is zijn inkomen (tot op zekere hoogte) afhankelijk van de productie. Als een bepaalde patiëntengroep uit het werkgebied zou verdwijnen, heeft dit een zeker productieverlies en dus inkomstenderving tot gevolg.

Het belang van het ziekenhuis wordt vertegenwoordigd door de raad van bestuur. Formeel heeft de raad van bestuur een beslissingsbevoegdheid over de activiteiten die in het ziekenhuis worden uitgevoerd. In het samenwerkingstraject op het gebied van laagvolume / hoogcomplexe zorg zijn zij bij de verdeling van de zorg vooral volgend geweest op het initiatief van de medisch specialist. Door de raad van bestuur zijn wel randvoorwaarden gecreëerd waarbinnen de samenwerking tot stand moest komen. Het ziekenhuis heeft een maatschappelijke doelstelling om kwalitatief goede (veilige en toegankelijke) zorg te bieden aan de patiënten binnen het adherentiegebied. Om deze kwaliteit in de toekomst te kunnen borgen is het van belang dat zij het kennisniveau, van een zo breed mogelijk zorgpallet, op een zo hoog mogelijk niveau houden. Aan de andere kant zijn de patiëntenaantallen in de regio te laag om alle zorg op een veilige manier te kunnen borgen binnen alle ziekenhuizen. Als zorg dreigt te verdwijnen uit het ziekenhuis wordt het zorgpallet kleiner en ontstaat het risico dat de kennis op dit gebied (en aan deze zorg gerelateerde gebieden) afneemt. Hierdoor komt het bestaansrecht van de organisatie als vooruitstrevend en interessant ziekenhuis in gevaar. Het handelen van de raad van bestuur wordt dus bemoeilijkt, door het spanningsveld tussen maatschappelijke- (veilige en toegankelijke zorg) en private (voortbestaan van de organisatie) doelstellingen.

De derde stakeholder die duidelijk zijn stempel heeft gedrukt op de wijze waarop de laagvolume / hoogcomplexe zorg op dit moment is vormgegeven in de regio is de

zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar behartigt bij de inkoop van zorg de belangen van de patiënt. Het is hiermee voor de zorgverzekeraar (net als voor het ziekenhuis) van belang dat de zorg die in een bepaalde regio geboden wordt kwalitatief goed is. Hierbij is de zorgverzekeraar naast de veiligheid en toegankelijkheid ook specifiek geïnteresseerd in de doelmatigheid van de zorg. Met de almaar stijgende zorgkosten is het voor de zorgverzekeraar (en patiënt) van belang dat de zorg in de toekomst betaalbaar blijft. Zo zou in de ogen van de verzekeraar de concentratie van zorg naast een betere borging van de veiligheid ook een verbetering van de doelmatigheid tot gevolg moeten hebben. Vanuit de overheid krijgt de zorgverzekeraar een regierol toebedeeld die in deze casus beperkt tot uitdrukking wordt gebracht. Afgezien van een gegevensuitvraag aan het begin van het traject, lijkt de zorgverzekeraar redelijk afwachtend op de plannen die de ziekenhuizen maken. De macht van de zorgverzekeraar ligt in het wel of niet contracteren van bepaalde zorg. Hiermee heeft de zorgverzekeraar geen directe beslissingsbevoegdheid over de verdeling van zorg, maar hebben zij wel een middel waarmee zij deze verdeling indirect trachten te beïnvloeden (en met succes).

Overige stakeholders, waarvan het belang wel wordt benadrukt, maar die minder betrokken zijn in de casus, zijn de patiënt en de huisarts. De rol van de patiënt in het algemeen lijkt in deze casus beperkt. Tijdens het onderzoek is gebleken dat de cliëntenraden ter informatie tussentijds zijn ingelicht van het initiatief, maar de invloed van de patiënt / cliëntenraad als stakeholder is echter beperkt. Daarnaast wordt het belang van de patiënt in de casus behartigt door de zorgverzekeraar. Het belang van veilige en toegankelijke zorg voor de patiënt wordt door alle betrokken stakeholders overigens wel onderkend. De afhankelijkheid van de huisarts voor verwijzing van de patiënt wordt door de ziekenhuizen en artsen onderkend, maar de betrokkenheid en invloed van de huisarts in deze casus is beperkt.

- **Hoe is het strategische besluitvormingsproces rond concentratie van ziekenhuisfuncties tussen de betrokken stakeholders in de regio vorm gegeven?**

De strategische besluitvorming rondom concentratie van laagvolume / hoogcomplexiteit zorg in de regio is een politiek proces. Dit proces kenmerkt zich doordat de definitieve besluitvorming het resultaat is van een onderhandeling tussen de verschillende stakeholders, met ieder hun eigen belangen, macht en betrokkenheid. De besluitvorming vindt plaats in rondes, waarbij de initiatiefnemers (chirurgen en MDL-artsen) vanuit hun eigen belang eerst met elkaar moeten onderhandelen over de te verdelen zorg binnen de regio. Vervolgens volgen nog twee rondes waarin de initiatiefnemers samen met de raden van bestuur, de overige collega artsen en de zorgverzekeraar moeten overtuigen van hun overeengekomen plannen.

Tijdens de eerste ronde, waarin de initiatiefnemers met elkaar onderhandelen over de te verdelen zorg, zijn de raden van bestuur volgend in het voorstel van de initiatiefnemers. De kennis van de chirurgen en MDL-artsen (aangevuld met de profielen van de ziekenhuizen als randvoorwaarde) is bepalend voor het uiteindelijke voorstel van de initiatiefnemers.

In de tweede ronde worden de beschouwende artsen (die een indirecte betrokkenheid hebben bij de geconcentreerde ingrepen) geïnformeerd over de voorgestelde verdeling. In het ZGV heeft het voorstel merkbare consequenties op de bedrijfsvoering van de longartsen,

waardoor deze niet direct akkoord geven op het voorstel. De longartsen in het ZGV moeten overtuigd worden van het belang van de voorgestelde verdeling. Na een onderhandeling over maatregelen waarmee de consequenties voor de beschouwende artsen worden geminimaliseerd, kan het definitieve convenant worden opgesteld.

Dit convenant kan pas getekend worden nadat deze is overeengekomen met de zorgverzekeraar. Deze reageert uiteindelijk negatief op één punt uit het voorstel. Hierbij is de invloed van de zorgverzekeraar dusdanig dat het oorspronkelijk voorstel van de initiatiefnemers wordt aangepast aan de eisen van de zorgverzekeraar.

- **Op basis van welke afwegingen worden besluiten in het besluitvormingsproces genomen en welke factoren hebben hierbij het proces bevorderd of belemmerd?**

In het besluitvormingsproces zijn in iedere ronde van besluitvorming andere factoren bepalend geweest voor het resultaat van de onderhandeling.

Voor het initiatief van de chirurgen en MDL-artsen was van belang dat de IGZ en zorgverzekeraar openlijk de kwaliteitsnormen van de NVVH oppakten. Doordat deze aangaven de kwaliteit van zorg hierop te toetsen, werden de chirurgen en MDL-artsen zich ervan bewust, dat behoud van de gewenste complexe zorg geen vanzelfsprekendheid was. Wilden zij in eigen hand houden waar zij hun ingrepen in de toekomst zouden uitvoeren, dan zouden zij hierover in gesprek moeten gaan met elkaar. Doordat de normen door de eigen landelijke beroepsgroep zijn opgesteld, ontstond er geen inhoudelijke discussie over de kwaliteitsnormen. Verder hielp het bij het opstarten van het initiatief en tijdens de gesprekken over de verdeling dat de oncologisch chirurgen en MDL-artsen elkaar kenden en vertrouwen hadden in elkaars kennis en kunde.

Tijdens de onderhandelingen tussen de chirurgen van de drie ziekenhuizen helpen de overeengekomen randvoorwaarden om de discussie inhoudelijk te voeren. Zo wordt de verdeling gemaakt met gesloten beurzen, waardoor een discussie over de financiële consequentie van de verdeling uitblijft. Een discussie over de financiële consequentie van de samenwerkingsovereenkomst zou de onderhandeling waarschijnlijk bemoeilijkt en vertraagd hebben. Doordat is afgesproken om de zorg (daar waar verantwoord) in twee ziekenhuizen te concentreren, blijft het voor alle partijen aantrekkelijk om actief betrokken te zijn bij de onderhandeling. Om verder de betrokkenheid van alle partijen te behouden is de welwillendheid tot onderhandelen een belangrijke bevorderende factor. Zo worden ingrepen uitgeruild en compromissen gesloten over doorverwijzing van patiënten als bijvoorbeeld reisafstanden te groot blijken. Hierdoor blijven alle partijen betrokken bij de discussie en wordt naar een win / win situatie gestreefd. Tenslotte heeft de duidelijke afbakening van een samenwerkingsovereenkomst in plaats van een fusie ervoor gezorgd dat het traject relatief snel is verlopen, zonder de interne onrust die vaak gepaard gaat met een fusietraject. De raden van bestuur van de drie ziekenhuizen zijn het erover eens dat de uiteindelijke verdeling in de regio gebaseerd moet zijn op de kennis van de medisch specialisten over de (genormeerde) ingrepen. Hierbij moet wel rekening gehouden worden met de profielen van de ziekenhuizen.

In de tweede ronde (onderhandeling met de beschouwende specialisten) is de slechte communicatie een belemmerende factor in het samenwerkingstraject. De longartsen in het ZGV worden (naar hun zeggen) plotseling geconfronteerd met een verdeling die verregaande gevolgen heeft op hun praktijkvoering. Doordat een pensioenerende longchirurg niet wordt vervangen, zetten de chirurgen een streep door (een deel van) de longchirurgie in het ZGV. De consequenties van deze beslissing zijn onderschat of niet overzien. De longartsen in het ZGV vreesden dat een deel van hun vakkennis verloren zou gaan en voorzagen een inkomstenderving. De wijze waarop dit voorstel is gecommuniceerd, heeft de acceptatie door de longartsen en daarmee de sociale integratie van het netwerk niet bevorderd. Door middel van afspraken over behoud van het voor- en natraject in de oorspronkelijke instelling, is getracht om longartsen tegemoet te komen in hun zorgen.

In de derde ronde (de onderhandeling met de verzekeraar) is de discussie over de inhoudelijke verdeling van één specifieke ingreep bepalend geweest voor het uiteindelijke resultaat. De ziekenhuizen wilden een ingreep die in de huidige situatie nog in het ZGV werd gedaan, concentreren in het Rijnstate. Naar aanleiding van een eerdere onderhandeling, werd deze ingreep door het Rijnstate en Slingeland al doorverwezen naar een behandelcentrum in Nijmegen. In de visie van de zorgverzekeraar zou dus een nu succesvolle concentratie van deze zorg worden teruggedraaid en opnieuw worden vormgegeven in een ziekenhuis dat deze ingrepen enige tijd niet meer gedaan had. Op basis van deze visie stelt de zorgverzekeraar dat deze afspraak de kwaliteit van zorg niet zal verbeteren voor de patiënten in de regio en besluit om de ingreep niet in het Rijnstate te contracteren. Op basis van dit besluit hadden de ziekenhuizen nog steeds de mogelijkheid om deze ingreep in het Rijnstate te concentreren. De uitvoerend chirurgen achten het risico voor negatieve publiciteit echter te groot als zij, tegen het advies van de zorgverzekeraar in, de ingreep toch gaan aanbieden. In overleg met Nijmegen is besloten om de oorspronkelijke verdeling aan te passen en de niet gecontracteerde ingreep (ook vanuit het ZGV) door te verwijzen naar Nijmegen in ruil voor doorverwijzing van een andere ingreep naar het Rijnstate. Op deze manier is de late communicatie van de voorgestelde verdeling richting de verzekeraar een belemmerende factor voor de proces. De discussie met de verzekeraar over concentratie van deze ingreep heeft het besluitvormingsproces vertraagd en bemoeilijkt.

- **In hoeverre spelen maatschappelijk relevante opbrengsten een rol in de discussie?**

Alle partijen die betrokken zijn bij de discussie zijn het erover eens dat de veiligheid van specifieke laagvolume / hoogcomplexe ingrepen beter geborgd kan worden, als deze met een zeker minimumvolume geconcentreerd worden. Daarbij zijn zij van mening dat het aan de medisch beroepsgroep is, om te bepalen voor welke activiteiten deze volumenorren gelden en hoe hoog deze volumenorren moeten zijn. Vervolgens is het aan de medisch specialisten in de regio om op basis van hun kennis en kunde te bespreken op welke manier deze volumenorren in de regio het beste vorm gegeven kan worden, zonder dat hierbij de toegankelijkheid in het gevaar komt.

De maatschappelijk relevante opbrengst, in de vorm van veilige en toegankelijke zorg, wordt als uitgangspunt van de discussie gedeeld. Tijdens de uitwerking van de discussie in de praktijk komt dit uitgangspunt slechts gedeeltelijk tot uitdrukking. Aan de ene kant komt dit

door het spanningsveld, tussen maatschappelijke en private doelstellingen, waar de ziekenhuisbestuurder zich op begeeft. Aan de andere kant wordt de beperkte uitdrukking veroorzaakt, doordat het uiteindelijke resultaat een onderhandeling is, waarbij veel verschillende partijen betrokken zijn met ieder hun eigen belangen en macht.

Het aspect van doelmatigheid als maatschappelijk relevante opbrengst, is tijdens het onderzoek niet vaak besproken. De raden van bestuur geven aan dat de kwaliteit van zorg eerst geborgd moet zijn voordat gesproken zal worden over eventuele financiële consequenties. De zorgverzekeraar neemt in deze casus een te passieve / reactieve rol in om doelmatigheid in deze discussie in te brengen. Door de huidige inrichting zou zelfs het aantal declaraties richting de zorgverzekeraar zijn toegenomen, wat erop duidt dat ook de kosten voor de zorg zijn toegenomen. Doordat de laagvolume zorg een relatief kleine financiële consequentie heeft, heeft de zorgverzekeraar hier mogelijk nog geen aandacht aan geschonken.

Hoe wordt door de stakeholders binnen de regio West-, Midden- en Oost-Gelderland vorm en inhoud gegeven aan de strategische besluitvorming rond concentratie van ziekenhuisfuncties en welke rol speelt de maatschappelijk relevante opbrengst van concentratie hierin?

Het initiatief tot concentratie is tot stand gekomen als reactie op de toenemende maatschappelijke druk van de NVVH-volumenormen. Door in samenwerkingsverband afspraken te maken over hoe laagvolume / hoogcomplexe zorg op een veilige en efficiënte manier (nu en in de toekomst) toegankelijk blijft voor de patiënten in de regio, trachten ziekenhuizen en artsen om de onzekerheid over het behoud van deze zorg te minimaliseren. De betrokken stakeholders proberen in onderhandelingsrondes, ieder vanuit hun eigen belang, de besluitvorming te beïnvloeden. Hierbij wordt de maatschappelijke opbrengst van concentratie erkend, maar wordt de discussie ook vormgegeven vanuit de private doelstellingen.

De chirurgen en mdl-artsen in de regio nemen het initiatief om op basis van medisch inhoudelijke kennis en de profielen van de ziekenhuizen, een voorstel voor regioverdeling op te stellen. Doordat de chirurgen en mdl-artsen pas later in het traject hun collega artsen in de discussie betrekken, bepalen zij voor een groot gedeelte welke ingrepen in de discussie zijn meegenomen en hoe deze over de instellingen verdeeld worden. De raden van bestuur van de ziekenhuizen leggen de verantwoordelijkheid van een goede regioverdeling bij de medisch specialist, ondersteund met een aantal randvoorwaarden.

Afgezien van de maatschappelijke druk in het begin van het traject is de betrokkenheid van de zorgverzekeraar tijdens de discussie over de regioverdeling beperkt. Pas als de regioverdeling door de artsen en ziekenhuizen in de regio overeengekomen is, wordt deze voorgelegd voor akkoord aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar gaat niet akkoord en zij gebruikt haar macht als zorginkoper om de regioverdeling aan te laten passen.

Discussie en Aanbevelingen

In dit laatste hoofdstuk is de relevantie van de casus beschreven. In de eerste paragraaf is de wetenschappelijke relevantie beschreven en in de tweede paragraaf de maatschappelijke. Vervolgens wordt in de methodologische discussie stilgestaan bij het verloop, de beperkingen en generaliseerbaarheid van het onderzoek. In de laatste paragraaf worden aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek en de toekomstige samenwerking in de regio.

6.1 Wetenschappelijke relevantie

De theoretische discussie is opgesteld aan de hand van de drie gebruikte theoretische concepten: strategievorming, netwerkvorming en besluitvorming.

Voor de uiteindelijke vormgeving van de laagvolume / hoogcomplexiteit chirurgie in de regio, is de voorkeur (profielen van ziekenhuizen) en capaciteit (interpretatie van toekomstige ontwikkeling) van de besluitvormers in hoge mate bepalend geweest. De complexiteit van strategievorming zoals Swayne (2011) en Johnson en Scholes (2006) deze omschrijven, wordt hiermee onderkend. Uit de casus komt naar voren dat het door Swayne (2011) beschreven spanningsveld tussen maatschappelijke- en private ziekenhuisdoelstellingen, niet altijd een spanningsveld hoeft te zijn. Enerzijds wordt het spanningsveld herkend in de strijdigheid tussen de kwaliteitsnormen (maatschappelijke doelstelling) en het streven om zoveel mogelijk (complexe) zorg voor de instelling te behouden (private doelstelling). Aan de andere kant dragen de kwaliteitsnormen (maatschappelijke doelstelling) bij aan het behalen van competitief voordeel (private doelstelling). Daarnaast is in de casus onderscheid merkbaar tussen een ervaren- en werkelijke aanleiding

De aanleiding voor de samenwerking is niet één van de door Oliver (1990) beschreven determinanten, maar eerder een samensmelting van drie. In de praktijk wordt de samenwerking ervaren en gecommuniceerd als een noodzakelijkheid (1). In theorie lijkt het er meer op dat de samenwerking wordt aangegaan om onzekerheid te reduceren (2), door autonomie over de verdeling van zorg in de regio veilig te stellen (3). De scheiding van de in de theorie beschreven aanleidingen, is in deze casus niet zo scherp te stellen.

De middelen die de organisaties in de substructuur van Benson (1975) proberen te vergaren beperken zich in deze casus vooral tot macht. Het draait om macht in de vorm van autonomie (om de verdeling van zorg in de regio) en macht in de vorm van behoud status. Bij het behoud van status wordt onderkend dat hiermee andere middelen (zoals personeel) kunnen worden aangetrokken, zoals Benson (1975) ook omschrijft in zijn theorie van de substructuur. Omdat het in de casus gaat om laagvolume zorg, is het middel "geld" minder van belang. Het wordt wel benoemd als mogelijke beperking voor de toekomstige samenwerking, als men naast de laagvolume ook over hoogvolume zorg gaat praten. De afbakening op deze twee middelen bevestigt de theorie van Benson (1975), dat de middelen die worden nagestreefd in de substructuur kunnen worden samengevat als macht en geld.

De balanshypothese uit de netwerktheorie van Benson (1975) gaat ervan uit dat, wanneer op een dimensie een bepaalde richting op bewogen wordt, deze dezelfde beweging op een

andere dimensie veroorzaakt. In de casus zien we dat wanneer op het gebied van werkcoördinatie een tegenvaller plaatsvindt, deze niet direct leidt tot een negatieve beweging op één van de andere drie dimensies (ideologie, domein, positieve evaluatie). Het lijkt erop dat het vertrouwen (positieve evaluatie) dusdanig groot is, dat een niet perfecte afstemming in de werkcoördinatie geen / weinig effect heeft op de andere dimensies.

In het besluitvormingsproces van de casus is de scheiding tussen het politieke besluitvormingsmodel en het garbage-can model niet duidelijk te maken. De uiteindelijke besluitvorming is het resultaat van een onderhandeling, waarin de betrokken stakeholders acteren vanuit hun eigen belang en macht (politiek). Daarnaast vindt de besluitvorming plaats in rondes, waarbij iedere ronde nieuwe onderhandelpartners toetreden en de uitkomst van de onderhandeling bepaald wordt door de partij die op dat moment toevallig oplet en betrokkenheid toont (garbage-can). Het opdelen van de besluitvorming in rondes lijkt op zijn beurt weer voort te komen uit het belang van de initiatiefnemers om het proces van de besluitvorming in eigen beheer te houden (politiek). Op deze manier zijn het politiek- en garbage-can model in de casus met elkaar verweven.

6.2 Maatschappelijke relevantie

In deze paragraaf staat beschreven wat de resultaten uit de casus bijdragen aan de landelijke discussie over spreiding en concentratie.

In de landelijke discussie wordt het initiatief vaak bij de artsen gelegd, om met de collega's in de regio tot een afspraak te komen over hoe de laagvolume / hoogcomplexe zorg ingericht moet worden. Deze discussie zou gevoerd moeten worden op basis van medisch inhoudelijke argumenten. In deze casus is dit niet anders. Met een maatschappelijk duwtje in de rug vanuit IGZ en zorgverzekeraar, nemen de artsen het initiatief om bij elkaar te gaan zitten. Hierbij wordt benadrukt dat het voor de artsen van grotere ziekenhuizen een cultuuromslag vraagt, om naar beneden (kleinere instellingen) door te verwijzen in plaats van naar boven (grotere instellingen).

Veel samenwerkingsinitiatieven in de zorg leiden tegenwoordig tot een fusieaanvraag. Deze casus toont aan dat een fusie geen vereiste is voor concentratie van laagvolume / hoogcomplexe zorg. De kwaliteit van de laagvolume / hoogcomplexe ingrepen kan op een toegankelijke manier worden geborgd door middel van een samenwerkingsovereenkomst. Een fusie is hiervoor geen vereiste.

In deze casus pakt de zorgverzekeraar nog onvoldoende de regierol op die zij vanuit de overheid krijgt. De verzekeraar acteert in deze casus als controleur achteraf, waarbij ze als zorginkoper wel machtig genoeg is om de uitkomst van de onderhandeling in dit late stadium te beïnvloeden. In het begin van het traject wordt vanuit ZN-verband duidelijk gecommuniceerd, dat de normen vanuit de wetenschappelijke vereniging opgepakt worden om het inkoopbeleid op af te stemmen. Bij de uitwerking van het initiatief blijkt de zorgverzekeraar in deze casus nog onvoldoende betrokken, terwijl zij juist het overzicht hebben over hoe de zorg in aangrenzende regio's is ingericht. De zorgverzekeraar geeft zelf

aan meer betrokken te willen zijn (zodra het initiatief door de ziekenhuizen / artsen is genomen), maar lijkt hier zelf geen initiatief in te nemen.

Toekomstige initiatieven van concentratie zullen met name gericht zijn op activiteiten waarvoor een kwalitatieve opbrengsten wetenschappelijk is aangetoond. Anders zullen zij de zorg zoveel mogelijk willen spreiden om de toegankelijk te optimaliseren. Kwaliteit van zorg wordt door de ziekenhuizen en artsen in de casus gezien als een doel van de concentratie van laagvolume / hoogcomplex zorg in de regio. Het is echter niet het enige doel dat de artsen en ziekenhuizen met de concentratie voor ogen hebben. Naast het patiëntenbelang kom ook het eigen belang duidelijk in de casus naar voren. Het aspect van doelmatigheid als maatschappelijke opbrengst komt (mede door de beperkte rol van de zorgverzekeraar) nog onvoldoende aan bod. Dit komt mede doordat de financiële discussie als een risico voor de samenwerking wordt gezien. Op basis van de extra personele inzet (tijdens de implementatie van de samenwerking) en de toename in aantal declaraties, lijken de kosten eerder toegenomen dan afgenomen. De zorgverzekeraar geeft aan dat dit aspect meer aandacht verdient, maar was zelf ook nog te weinig betrokken in de discussie om hier gewicht aan te geven.

6.3 Methodologische discussie

In de methodologische discussie vindt reflectie plaats op het onderzoek. Er wordt besproken welke uitgangspunten uit het onderzoeksvoorstel zijn aangepast en gemaakte keuzes binnen het onderzoek worden beargumenteerd. Daarnaast worden de tekortkomingen van het onderzoek besproken en hoe getracht is deze te ondervangen.

Het theoretisch kader zoals beschreven in het onderzoeksvoorstel bleek te beperkt voor de uiteindelijke analyse van de vergaarde data. In het bijzonder ontbrak de aansluiting met netwerkvorming. Hierdoor is het theoretisch kader aangevuld met de determinanten voor het aangaan van een collectieve strategie, het belang van sociale integratie bij het aangaan van een collectieve strategie en theorie over het besluitvormingsproces binnen een netwerk.

Tijdens de interviews bleek het bij de zorgverzekeraar lastig om een representatieve vertegenwoordiger te vinden, die direct betrokken is geweest bij de totstandkoming van het samenwerkingstraject in de regio. Door een tweede verzekeraar bij het onderzoek te betrekken, is met de uiteindelijk gesproken respondenten een goed beeld kunnen schetsen van de daadwerkelijk gevoerde discussies en belangen van alle betrokken stakeholders.

Het onderzoek beperkt zich tot de regio West-, Midden- en Oost-Gelderland. Hierdoor zijn de resultaten van het onderzoek niet generaliseerbaar. Dit beperkt de externe validiteit van het onderzoek. Verder zijn tijdens het onderzoek een aantal mogelijke sleutelfiguren binnen de discussie (de longartsen en de ziekenhuizen / chirurgen uit Nijmegen) niet gesproken. Hun inbreng en betrokkenheid in deze casus is afgeleid uit de beschikbare documentatie en gevoerde interviews. Dit beperkt de betrouwbaarheid van de resultaten.

Het onderzoek wordt versterkt doordat de verkregen documentatie grotendeels is opgesteld door de direct betrokkenen zelf. Hierdoor geeft het een goed beeld van het verloop van het

traject en de relevante discussiepunten hierbinnen. De gesproken respondenten bleken goed benaderbaar en stelden zich open op tijdens de interviews. Hierdoor is vastgesteld dat de respondenten representatief zijn voor de betrokken stakeholders uit het onderzoek.

Doordat al tijdens de interviewperiode gestart is met de uitwerking en analyse van de data, is tussendoor de topiclijst aangevuld naar relevante nieuwe inzichten. Daarnaast is er bewust voor gekozen om een zekere volgorde aan te houden in de interviews. Zo is in de volgtijdelijkheid van de gesprekken gekozen voor een afwisseling tussen de verschillende ziekenhuizen en de soort stakeholder. Hierdoor is de mogelijkheid gecreëerd om nieuwe inzichten of onduidelijkheden (verkregen bij de ene respondent) voor te leggen ter bevestiging of verduidelijking bij een tweede respondent.

6.4 Aanbevelingen

In dit laatste hoofdstuk van het onderzoek worden aanbevelingen gedaan voor zowel eventuele vervolgonderzoeken en aanbevelingen aan de betrokken ziekenhuizen, waar op gelet moet worden bij de toekomstige vormgeving van de collectieve strategie.

Tijdens de gesprekken met de verschillende respondenten werd snel duidelijk dat de discussie in de regio zich moeilijk laat beperken tot de concentratie van ziekenhuisfuncties alleen. De ziekenhuiscareer is een sector in ontwikkeling, waardoor er veel verschillende discussies tegelijk lopen die op één of andere manier allemaal met elkaar in verband staan. Één van deze belangrijke discussies was de ontwikkeling van regiomaatschappen en de consequenties hiervan op de organisatie van de zorg in een regio. Uit de verschillende gesprekken kwam naar voren dat steeds vaker op regioniveau naar de zorg gekeken werd. Maar wat betekent dit voor de relatie tussen instellingen en de medisch specialisten zoals we deze kennen? Een ander punt van discussie blijft dat de totstandkoming van de samenwerkingsverbanden een reactieve ontwikkeling is. Het zou interessant zijn om te onderzoeken waarom dit zo is of zo wordt ervaren. Is het bijvoorbeeld de wetgeving die de betrokken stakeholders erin beperkt of demotiveert om proactief de samenwerking aan te gaan? Of speelt het spanningsveld van private / persoonlijke doelstellingen en maatschappelijke doelstellingen hierbij nog een rol? Ten slotte ontbreekt in dit onderzoek de economische invalshoek in het theoretisch kader, waardoor de financiële consequenties van de casus zich beperken tot waarnemingen en interpretaties. Het zou bijdragen aan beoordeling van de maatschappelijke opbrengsten van concentratie, als onderzoek gedaan wordt naar de economische consequenties van de initiatieven die genomen worden op dit gebied.

Met betrekking tot de vorming van een collectieve strategie / netwerk hebben de ziekenhuizen veel bevorderende punten uit de theorie al in de praktijk gebracht. Waar het de ziekenhuizen in hun samenwerking tot nu toe aan ontbrak, was het in kaart brengen van de betrokken stakeholders en hun belangen en macht. Bij de presentatie / communicatie van hun plannen werden de initiatiefnemers en raden van bestuur tot tweemaal toe verrast door de reactie van de tegenpartij (eenmaal de longartsen in het ZGV en eenmaal de zorgverzekeraar). Dit had mogelijk (gedeeltelijk) voorkomen kunnen worden door het vooraf in kaart brengen van de betrokken stakeholders, hun macht en belang bij het te nemen

besluit. Op deze manier worden de consequenties van het te nemen besluit in kaart gebracht en kunnen de besluitvormers zich beter voorbereiden op de mogelijke reactie van de tegenpartij, door de strategie of communicatie hierop af te stemmen.

Ter verbetering van de huidige samenwerking op het gebied van laagvolume / hoogcomplex chirurgie zou de focus moeten liggen op de sociale integratie en dan met name op de dimensie van werkcoördinatie. Door een betere afstemming te vinden op de overdrachtsmomenten tijdens de zorg, kan voorkomen worden dat minder goede afstemming binnen deze dimensie een negatief effect gaat hebben op één van de andere drie dimensies (ideologie, domein of positieve evaluatie).

Referenties

Adviezen

2003 *Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg* RVZ [bereikbaar op rvz.net/.../Advies_-_marktconcentraties_in_de_ziekenhuiszorg.pdf]

2010 *Invitational Conference Spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties* NVZ [bereikbaar op www.nvz-ziekenhuizen.nl/dsresource?objectid=68340&type=org]

2011 *Kiezen voor kwaliteit Portfoliokeuzes van ziekenhuizen zorgen voor hogere kwaliteit en lagere kosten* The Boston Consulting Group [bereikbaar op <http://www.consultancy.nl/rapporten/boston-consulting-group/ziekenhuizen-in-nederland-kiezen-voor-kwaliteit.>]

2011 *Publieksrapport Plexus KPMG Concentratie van Zorg op weg naar beterland. 14 september* KPMG [bereikbaar op www.plexus.nl/.../Publieksrapport%20Concentratie%20van%20Zorg....]

2011 *Ziekenhuislandschap 20/20: Niemandland of Droomland* RVZ [bereikbaar op rvz.net/uploads/docs/Webversie_ziekenhuislandschap.pdf]

2011 *Concentratie, specialisatie en samenwerking in de ziekenhuiszorg* Kiwa Prismant [bereikbaar op www.zorgvisie.nl/web/file?uuid=19f0878f-1008-44a9...]

Literatuur

Aldrich, H.E. 1979. *Organizations and environments*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall

Astley, W.G. 1984. 'Toward an Appreciation of Collective Strategy' *Academy of Management Review* 9(3):526-535

Astley, W.G. & C.F. Fombrun. 1983. 'Collective strategy: The social ecology of organizational environments.' *Academy of Management Review* 8(4):576-586

Bruijn, de H. 2011. *Management in Netwerken: Over veranderen in een multi-actorencontext*. Derde druk. Den Haag: Boom Lemma uitgevers

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

Child, J. 1997. 'Strategic Choice in the Analysis of Action, Structure, Organizations and Environment: Retrospect and Prospect.' *Organization Studies* 18(1):43-76

- Cohen, M.D. et al. 1976. 'A garbage can model of organizational choice.' *Administrative Science Quarterly* 17(2):1-25
- Cook, K.S. 1977. 'Exchange and power in networks of interorganizational relations.' *Sociological Quarterly* 18(1):62-81
- Cyert, R.M. & J.G. March. 1963. *A Behavioral Theory of the Firm*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall
- Dean, J.W. & M.P. Sharfaman. 1992. 'Procedural rationality in the strategic decision making process' *Journal of Management Studies* 30(4):587-610
- Eisenhardt, K.M. & L.J. Bourgeois III. 1988. 'Politics of strategic decision making in high-velocity environments: Toward a midrange theory.' *Academy of Management Journal* 31(4):737-770
- Eisenhardt, K.M. & Zbaracki, M. 1992. 'Strategic decision-making.' *Strategic Management Journal* 13():17-37
- Fabrizio, I.N. 2007. *Zorgen voor Zorgketens* Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Johnson, G. & Scholes, K. 2006. *Exploring Corporate Strategy*. Zevende herziene druk Prentice Hall / Financial Times
- Levine, S. & P.E. White. 1969. *Exchange as a conceptual framework for the study of interorganizational relationships*. New York: Holt, Rinehart & Winston, Inc.
- March, J.G. & H.A. Simon. 1958. *Organizations*. New York: John Wiley and Sons
- Metcalf, J.L. 1976. 'Organizational Strategies and Interorganizational Networks' *Human Relations* 29(4):327-343
- Metcalf, J.L. 1974. 'Systems Models, Economic Models and the Causal Texture of Organizational Environments: An Approach to Macro-Organization Theory' *Human Relations* 27(7):639-663
- Mintzberg, H. et al. 1976. 'The structures of 'unstructured' decision processes.' *Administrative Science Quarterly* 21(2):246-275
- Mortelmans, D. 2007. *Handboek Kwalitatief Onderzoeksmethoden* Leuven: Acco
- Pfeffer, J. 1981. *Power in Organisations*. Marshfield, Mass.: Pitman Publishing
- Pfeffer, J. & P. Nowak. 1976. 'Joint Ventures and Interorganizational Interdependence' *Administrative Science Quarterly* 21(3):398-418

Pfeffer, J. & G.R. Salancik. 1974. 'Organisational decision making as a political process: the case of a university budget.' *Administrative Science Quarterly* 19(2):135-151

Porter, M.E. 1980. *Competitive strategy: Techniques for analyzing in industries and competitors*. New York: Free Press

Porter, M.E. 1996. 'What is Strategy?' *Harvard Business Review* 74(6):61-78

Swayne, L. et al. 2011. *Strategic Management of Health Care Organizations*. Zesde druk. San Francisco: Jossey-Bass.

Thompson, J.D. 1962. 'Organizations and output transactions.' *American Journal of Sociology* 68(3):309-324

Wijk, van K.P. 2007. *De Service Care Chain: De invloed van service en HRM op de realisering van vraaggerichte dienstverlening door zorgorganisaties* Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam

Wilson, D. 2003. *Images of Strategy*. Oxford: Blackwell

Overig

Rijken. 2011. 'Concentratie van ziekenhuiszorg - iemand moet het doen, maar wie.' *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 35:7

Website NZA [bereikbaar op <http://www.nza.nl>]

Kwaliteitswet Zorginstellingen via website IGZ [bereikbaar op http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavinginstrumenten/wetten/kwaliteitswet_zorginstellingen/]

Website Antoius Ziekenhuis [bereikbaar op http://www.antoniusziekenhuis.nl/overstantonius/pers/persberichten/overeenkomst_zhsrivierland]