



Regionale samenwerking tussen medisch specialistische vakgroepen

Jeanet Rink
april 2013
Afstudeerscriptie
Erasmus Universiteit Rotterdam
Master of Health Business Administration

opereren
tussen
ziel en zakelijkheid

'Aandacht biedt de kiem van een relatie, en daaruit zal een mens opstaan. Aandacht, dat wispelturige, ambivalente fenomeen, wordt ten onrechte momenteel gewantrouwd en geweigerd, blijkt steeds meer gekooid en gekerkerd, raakt zo langzamerhand verdraaid en verdreven. Dat is zonde, onnodig en daarmee doen we elkaar tekort.'

(prof. dr. A. Baart)

Jeanet Rink
April 2013

Afstudeerscriptie
Erasmus Universiteit Rotterdam
Master Health Business Administration (MHBA-9)

Begeleider: Prof. dr. J. Moen
Tweede beoordelaar: Prof. dr. A. de Roo

Samenvatting

Vakgroepen van medisch specialisten werken in toenemende mate samen met vakgroepen (maatschappen) uit nabijgelegen ziekenhuizen. De kwaliteits- en volumenormen die de wetenschappelijke verenigingen stellen, nopen hiertoe. De totstandkoming van regiomaatschappen neemt daarmee een enorme vlucht.

De vorming van regiomaatschappen staat niet op zichzelf. Ze vormt een onderdeel van 'de herinrichting van het (ziekenhuis)zorglandschap'. Dit is een verzamelterm voor taakherschikking, concentratie en spreiding. Het doel van de herinrichting is het verbeteren van de kwaliteit en doelmatigheid van zorg tegen de achtergrond van de toenemende zorgvraag. Uitgangspunt is de juiste zorg op de juiste plaats. Diverse actoren (politiek, zorgverzekeraar, IGZ, NMa en NZa) oefenen invloed uit op de herinrichting. Vakgroepen die een samenwerking (willen) aangaan, bevinden zich in dit complexe krachtenveld.

Het idee is dat ziekenhuizen in een regio scherpere portfoliokeuzes maken. Dit zal leiden tot vermindering van het aantal ziekenhuizen, in de zin dat minder ziekenhuizen het volledige pakket aan zorgdiensten zullen leveren.

Het gevolg is dat steeds meer ziekenhuizen hun krachten bundelen. Gebleken is dat inmiddels vier op de vijf ziekenhuisbestuurders samenwerking op medisch inhoudelijk gebied (concentratie) overwegen (KPMG 2012). Als de strategische koers is bepaald zien bestuurders graag dat medisch specialisten de samenwerking in gang zetten. Het gebeurt ook dat vakgroepen zelf het initiatief nemen.

In beide gevallen blijkt het geen gemakkelijke opgave om tot samenwerking te komen. Deels is dit te verklaren doordat medisch specialisten onbekend zijn met samenwerken over de grenzen van hun 'eigen' ziekenhuis heen. Ook kan het gevoel van urgentie ontbreken. Machts- en cultuurverschillen kunnen de samenwerking bemoeilijken. Hetzelfde geldt wanneer het de partners in spe aan vertrouwen ontbreekt. Vaak betreft dit het klassieke 'onbekend maakt onbemind'.

Deze aspecten spelen al in de hoofden van de betrokkenen voordat er van enige samenwerking sprake is. Er zijn in deze prille fase dus al onbewuste barrières, zonder objectief aan te wijzen redenen. Ook de onderlinge verdeeldheid over het samenwerkingsvraagstuk binnen de eigen vakgroep of andere onenigheid, vormt een barrière. Met andere woorden: de angst voor (nog meer) conflicten en gedoe komt hier nog eens bovenop. Veel barrières zijn relatief eenvoudig te slechten door elkaar (beter) te leren kennen. Aannames zijn op te ruimen door *elkaar vragen te stellen*.

Opvallend is dat inkomensverschillen niet tot problemen hoeven te leiden, zolang partijen hun financiële zaakjes maar in een vroeg stadium (laten) regelen. Aan goede samenwerking zitten ook voordelen die niet in geld zijn uit te drukken.

Er zijn barrières weerbarstiger van aard, zoals de aanwezigheid van disfunctionerende collega's. Zolang die er zijn, is vruchtbare samenwerking onmogelijk. Wanneer vakgroepen dit probleem onderkennen, kunnen ze samen in alle openheid komen tot passende (exit)maatregelen.

Verder valt op dat samenwerking makkelijker tot stand komt als een 'geaccepteerd leider' het voortouw neemt. Ook versoepelen vakgroepen hun samenwerking door samen een (regio)visie te ontwikkelen. Zo'n regiovisie werkt als een katalysator op de samenwerking: *gaandeweg* blijkt dat de betrokken artsen meer voordelen zien dan ze vooraf vermoedden.

Sommige specialisten hechten eraan om als regiomaatschap de positie ten opzichte van ziekenhuisbestuur en verzekeraar te versterken. Een eigen agenda kan leiden tot een strategische koers die op gespannen voet staat met de belangen van het ziekenhuis.

Vakgroepen die besluiten te gaan samenwerken (en dus taken verdelen) lopen aan tegen de ambivalente houding van sommige bestuurders. Enerzijds beseffen bestuurders dat ze door de samenwerking delen van het zorgaanbod verdwijnen op locaties waar bepaalde verrichtingen van oudsher plaatsvonden. Deze locale verschraving moeten zij 'verkopen' bij de achterban (bijv. huisartsen, ondernemingsraad en cliëntenraad) en de lokale politiek. Onder deze druk blijft hun ambivalentie bestaan, terwijl voor de specialisten de noodzaak tot samenwerking allang een feit is. Zij voelen immers de hete adem van de volumenormen in hun nek.

Nog een reden voor beide partijen om een gezamenlijke koers te varen. Op weg naar succesvolle samenwerkingsverbanden is het dus van belang dat bestuurders en specialisten hun agenda's niet verborgen houden, maar in alle openheid met een gedeelde visie hun plaats in het complexe krachtenveld bepalen en de daarbij passende verantwoordelijkheid nemen.

Inhoudsopgave

Samenvatting

Voorwoord

1. Inleiding	1
1.1. Projectkader	1
1.2. Doelstelling en doelgroep	2
1.3. Onderzoeksmodel	3
1.4. Vraagstelling	4
1.5. Begrippenkader.....	5
1.6. Afbakening.....	6
1.7. Leeswijzer	6
2. De context: het krachtenveld	7
2.1. Inleiding.....	7
2.2. Vraag- en aanbodfactoren.....	7
2.3. Stelselfactoren	9
2.3.1. Verzekeraar	9
2.3.2. Bekostiging en financiering	10
2.3.3. Regulering en toezicht.....	10
2.4. Afsluitende conclusie	13
3. Samenwerking binnen de muren van het eigen ziekenhuis.....	14
3.1. De relatie ziekenhuis-medisch specialist.....	14
3.2. Samenwerking binnen de vakgroep.....	16
3.3. Oorzaken van conflicten tussen medisch specialisten.....	17
3.4. Actoren en hun invloed	18
3.5. Afsluitende conclusie	22
4. Samenwerking tussen organisaties (theoretisch kader)	23
4.1. Veranderkunde	23
4.2. Samenwerking tussen organisaties.....	24
4.3. Het kijkglas voor kansrijke samenwerking	26
4.4. Werken aan een gedeelde ambitie.....	27
4.5. Recht doen aan belangen.....	28
4.6. Goed persoonlijk samenwerken	29
4.7. Professioneel organiseren.....	30
4.8. Vormgeven van een betekenisgevend proces.....	31
4.9. De invloed van de raad van bestuur	32

4.10.	Afsluitende conclusie	33
5.	Opzet en verantwoording van het onderzoek	34
5.1.	Onderzoeksstrategie	34
5.2.	Onderzoeksoptiek	34
5.3.	Onderzoeksmateriaal	34
5.4.	Aard van de interviews.....	35
5.5.	Reikwijdte	36
6.	Analyse veldonderzoek	37
6.1.	Belemmerende factoren	37
6.1.1.	Gebrek aan vertrouwen	37
6.1.2.	Gedoe over geld.....	38
6.1.3.	Verdeeldheid binnen de eigen vakgroep	39
6.1.4.	(Vermeende) machts- en cultuurverschillen	40
6.1.5.	Geen noodzaak	40
6.2.	Bevorderende factoren	41
6.2.1.	Noodzaak.....	41
6.2.2.	Een regiovisie.....	41
6.2.3.	(Geaccepteerd) leiderschap	42
6.2.4.	Gelijkwaardigheid en transparantie.....	42
6.2.5.	Elkaar (leren) kennen	42
6.3.	Overige opvallende zaken	43
6.4.	Drie relatietypen	44
6.4.1.	Waakzaam contracteren: Je vingers natellen.....	44
6.4.2.	Onbelemmerd samenwerken: Gaan met die banaan.....	45
6.4.3.	Onderzoekend uitwisselen: De kat uit de boom kijken	46
6.5.	Afsluitende conclusie	47
7.	Beschouwing en discussie	48
7.1	Dilemma van deel en geheel	48
7.2	Dilemma van inhoud en betekenis	49
7.3	Dilemma van emotie en ratio	49
7.4	Discussie: dilemma van ziel en zakelijkheid	50
7.5	Theorie en praktijk samengevat in een model	51
8.	Aanbevelingen	52
8.1	Leer elkaar (alvast) kennen	52
8.2	Overbrug (vermeende) machts- en cultuurverschillen	52
8.3	Leg zo vroeg mogelijk de kaarten op tafel.....	52
8.4	Stel orde op zaken.....	53
8.5	Hanteer de goede volgorde.....	54

Dankwoord	55
Bijlage I Topiclijst	56
Bijlage II Media aandacht: ruzies tussen medisch specialisten in 2012	57
Bijlage III Dertien bouwstenen van een samenwerkingsverband	58
Tabellen en figuren	59
Referenties.....	60
Eindnoten.....	66

Voorwoord

Het onderwerp voor dit onderzoek komt voort uit nieuwsgierigheid, professionele betrokkenheid en bezieling voor het vak van procesbegeleider in samenwerkingsvraagstukken in de gezondheidszorg. Nieuwsgierigheid omdat ik als mediator te maken heb met conflicten in medisch specialistische vakgroepen. Iedere keer ben ik weer verbaasd over het feit dat zeer hoogopgeleide professionals, die de passie voor hun vak delen, niet in staat blijken om vruchtbaar samen te werken. Als mediator ga je explorerend te werk. Je gaat samen met de 'partijen' op zoek naar de bron van het conflict. Waar en waarom is het ergens misgegaan? Vaak blijkt dat de bron van het conflict in fusiemaatschappen al ligt bij de oorsprong. Bij de oprichting van de fusiemaatschap is te weinig aandacht besteed aan elkaars standpunten en belangen. Er is geen tijd vrijgemaakt om elkaar goed te leren kennen, waardoor de vooroordelen over elkaar in stand blijven. Verschillen worden niet overbrugd, er wordt steeds minder met elkaar gepraat. Zo glijden maatschappen van dit type af en creëren ze een disfunctioneel patroon. Als dat patroon helder is, kun je als mediator het proces begeleiden tot een vruchtbare samenwerking of dissociatie (goed uit elkaar). Maar er was veel ellende te voorkomen geweest als de samenwerking van meet af beter was ingebed.

Professionele betrokkenheid komt voort uit een vraag die ik als procesbegeleider steeds vaker krijg bij samenwerkingsvraagstukken. Medische professionals die aan de vooravond staan van een nieuw samenwerkingsverband, willen graag weten waar ze aan beginnen. Ze vragen zich van tevoren af wat de valkuilen kunnen zijn, dit om een valse start te voorkomen en zich voor narigheden behoeden. Veelal zijn dit jonge professionals, gewaarschuwd door hun 'oudere' vakbroeders. Samen ga je dan op zoek naar wat hen bindt (betekenisverlening) en wat hen verdeeld houdt. Ook inzicht in hun stijl van communiceren als het moeilijk wordt, is een aspect dat aan de orde komt.

Mijn bezieling voor het vak van procesbegeleider komt voort uit de energie die ik krijg om mensen te verbinden. Dit leeronderzoek biedt mij de kans om mijn kennis en kunde in te kunnen zetten en verder te ontwikkelen. Zodoende kan ik een bijdrage leveren om duurzame samenwerkingsverbanden tussen medisch-specialistische vakgroepen tot stand te brengen. Met de achterliggende gedachte dat veel leed te voorkomen is wanneer je de juiste wegen bewandelt. Die wegen wil ik (verder) ontdekken en anderen daarop meenemen.

Jeanet Rink

Meppel, april 2013

1. Inleiding

Deze thesis richt zich op de totstandkoming van een duurzaam samenwerkingsverband van medisch specialistische vakgroepen in de regio. In paragraaf 1.1 staat het projectkader van dit onderzoek centraal. Vervolgens komen de doelstelling (paragraaf 1.2), de onderzoeksmodel (paragraaf 1.3) en vraagstelling (paragraaf 1.4) het begrippenkader (paragraaf 1.5) aan de orde. Ten slotte volgt de afbakening van het onderzoek (paragraaf 1.6) en de leeswijzer (paragraaf 1.7).

1.1. Projectkader

Aanleiding

De directe aanleiding voor dit onderzoek is de berichtgeving dat de vorming van regiomaatschappen van medisch specialisten een enorme vlucht neemt (Bonthond, Olsthoorn en Wijnsma 2012). Een regiomaatschap is een samenwerkingsverband van medisch specialistische vakgroepen tussen twee of meerdere ziekenhuizen.

Medisch specialisten zoeken elkaar op voor een beter beheer van het kennisdomein. Door middel van een fusie ontstaan grotere maatschappen, waarmee aan deze behoefte van specialisten tegemoet wordt gekomen. Bovendien kunnen in een grotere maatschap organisatorische problemen (zoals 24-uursbereikbaarheid, deeltijdwerk en dergelijke) makkelijker worden opgelost. Het gevolg is dat de medisch specialisten in de toekomst veel vaker op meerdere locaties werken (RVZ 2011).

Voor de continuïteit van de zorg is het van belang dat dit soort samenwerkingsverbanden goed georganiseerd zijn, met een goede overdracht, goede afspraken over taakverdeling en een goede ICT-infrastructuur. Ook stelt deze trend eisen aan het vermogen tot samenwerken (OMS 2012).

Organisatieproblemen binnen projectkader

De vorming van een regiomaatschap gaat niet zonder slag of stoot. Medisch specialisten geven zelf aan dat ze het lastig vinden om de juiste aanpak te kiezen (Bremmers 2012, Bonthond 2012, Crommentuyn 2008). Het gebeurt nogal eens dat vakgroepen tijdens de verkennende fase de handdoek al in de ring gooien. Vaak omdat ze niet weten hoe ze, na enig gesteggel met elkaar, verder moeten. Wat ook gebeurt is dat de fusie op papier wordt geregeld, maar dat er van werkelijk samenwerken nog geen sprake is. We spreken dan van een schijnsamenwerking (Delden 2009).

Beemer, Camps en Kastelein (2007) zoeken de verklaring voor 'de moeilijkheden' in de beginfase vooral in de onbekendheid van professionals met dit soort samenwerkingsprocessen. De meeste professionals zijn volgens hen van oudsher weinig extern georiënteerd. Ze ontnemen hun legitimatie aan hun inhoudelijke professionaliteit en niet zozeer aan de meerwaarde die ze leveren ten opzichte van anderen. Het gevolg is dat ze niet zomaar in staat zijn tot samenwerken over eigen organisatie grenzen heen (Beemer et.al 2007).

Ook bestuurders en medische staven die graag zouden zien dat vakgroepen de samenwerking verkennen, zijn op zoek naar de juiste aanpak. Zij zijn handelingsverlegen. Hun onbeantwoorde vraag is: hoe kunnen wij effectief bijdragen aan de totstandkoming van een kansrijke samenwerking?

Achtergronden organisatieproblemen

De vorming van regiomaatschappen staat niet op zichzelf. Ze vormt een onderdeel van 'de herinrichting van het zorglandschap'. Dit is een verzamelterm voor de taakherschikking, concentratie

en spreiding. Het doel van de herinrichting is het verbeteren van de kwaliteit en doelmatigheid van zorg tegen de achtergrond van de toenemende zorgvraag. Uitgangspunt is de juiste zorg op de juiste plaats. Hierdoor zijn ziekenhuizen genooddaakt om hun krachten te bundelen. Diverse actoren oefenen invloed uit op de herinrichting. We spreken hier over een complex krachtenveld.

De druk om regionaal samen te werken neemt alleen maar toe. Medisch specialisten die niet (kunnen) samenwerken, krijgen het steeds moeilijker. Als medisch specialisten verdeeld zijn over hun 'bestaansrecht' in de regio, wordt er voor hen beslist. Vaak leidt dit tot gedwongen samenwerkingsverbanden. Uit het verleden blijkt hoe slecht dit kan uitpakken (Van der Wiel 2006 Bremmers 2012 en Smit 2012).

Ruzie en stagnatie leiden onherroepelijk tot kwaliteitsverlies. Bij falende samenwerking is niet alleen de reputatie van de betrokken specialisten en het ziekenhuis in het geding, ook de veiligheid van de patiënten komt in gevaar. Niet voor niets ligt samenwerking tussen medisch specialisten via de media bij het publiek onder een vergrootglas. Er is daarom alles aan gelegen dat samenwerking tussen medisch specialisten in de toekomst goed verloopt. Het is dus meer dan interessant om te weten wat hierbij een rol speelt. Dit onderzoek hoopt hier een bijdrage aan te leveren.

1.2. Doelstelling en doelgroep

Doelstelling

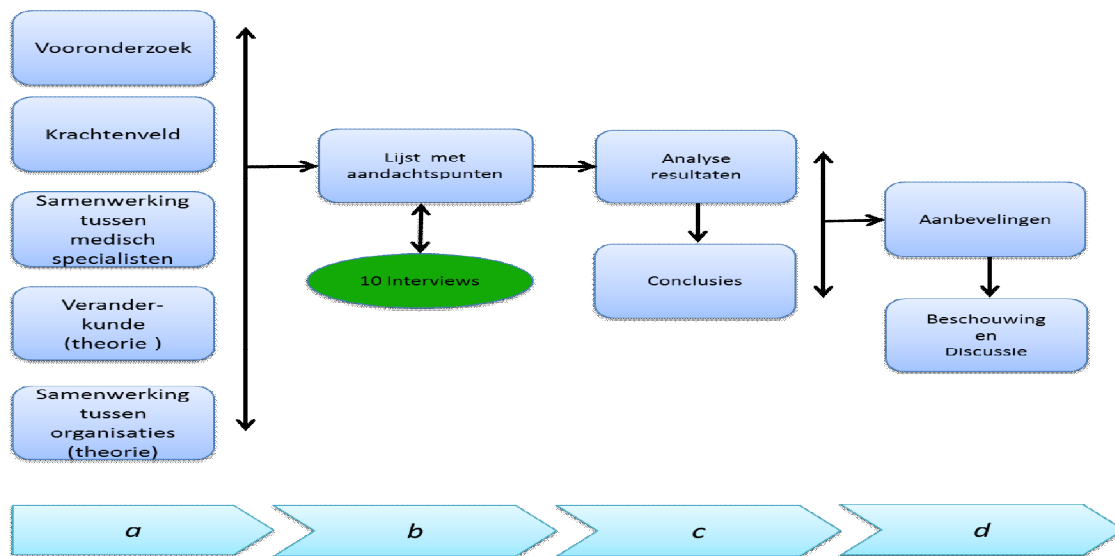
Het doel van het onderzoek is bruikbare aanbevelingen doen aan medisch specialistische vakgroepen bij het aangaan van een samenwerkingsverband met vakcollega's in de regio. Dit gebeurt door inzicht te verschaffen in de bevorderende en belemmerende factoren die een rol spelen in de fase voorafgaande aan het samenwerkingsbesluit ('verkennde fase').

De aanbevelingen zijn gebaseerd op vooronderzoek, inzichten in het complexe krachtenveld, literatuuronderzoek over samenwerking tussen (medische) professionals, literatuuronderzoek over veranderingen en literatuuronderzoek over samenwerken tussen organisaties (netwerken, allianties en fusies) en een analyse van de ervaringen van medisch specialisten hieromtrent (veldonderzoek).

Doelgroep

In eerste instantie is dit onderzoek geschreven voor vakgroepen van medisch specialisten die aan de vooravond staan van samenwerking met de vakcollega's in de regio. De gedachte hierachter is dat de professionals die waarde creëren voor de organisatie zelf het beste hun belangen kunnen behartigen. Ook kan het onderzoek relevant zijn voor ziekenhuisbestuurders en medische staven. Dit rapport brengt inzicht hoe zij het best faciliteiten kunnen bieden in dit proces. Ten slotte kunnen (interne of externe) procesbegeleiders van dit type samenwerkingsvraagstuk hun voordeel ermee doen.

1.3. Onderzoeksmodel



Figuur 1: onderzoeksmodel

Beschrijving onderzoeksmodel (Doorewaard en Verschuren, 2007)

- a. Vooronderzoek, in kaart brengen van het krachtenveld, bestudering van artikelen en literatuur over samenwerking tussen medisch specialisten, bestudering van literatuur over verandermanagement en samenwerking tussen organisaties.
- b. Lijst met aandachtspunten die bij de totstandkoming van samenwerking van belang zijn. De lijst met aandachtspunten dient als onderlegger bij de tien interviews met medisch specialisten.
- c. Analyse van de interviews levert de meest voorkomende belemmerende en bevorderende factoren op. Daarnaast volgt uit een nadere analyse van de interviews een indeling in drie relatietypen voorafgaand aan de samenwerking.
- d. Aanbevelingen in de vorm van effectieve interventies, met het oogmerk om de kansen op een succesvolle samenwerking te vergroten. Beschouwing aan de hand van drie dilemma's die spelen bij complexe verwandervraagstukken.

1.4. Vraagstelling

Vraagstelling

Wat zijn in de verkennende fase van samenwerking tussen medisch specialisten in de regio belemmerende en bevorderende factoren tegen de achtergrond van een complex krachtenveld?

Deelvragen:

1. Wat zijn de actoren in het krachtenveld?
Waaruit bestaat hun invloed op de (zich vormende) regiomaatschap?
2. Welke relaties zijn er tussen medisch specialisten en ziekenhuizen?
Welke ontwikkelingen zijn hierin gaande?
Wat kenmerkt de samenwerking tussen medisch specialisten in de maatschap/vakgroep
Wat is de relatie tussen disfunctioneren en conflicten?
Welke actoren hebben welke (on)mogelijkheden om hierop invloed uit te oefenen?
3. Wat zijn volgens de theorie indicatoren voor een kansrijke samenwerking tussen organisaties?
M.a.w.: waar moet je op letten?
Welke belemmerende en bevorderende factoren spelen hierin een rol?
Welke rol spelen de raden van bestuur bij de totstandkoming van een samenwerkingsverband?
4. Welke belemmerende en bevorderende factoren ervaren medisch specialisten in de verkennende fase van de samenwerking? Veldonderzoek

1.5. Begrippenkader

Vakgroep versus maatschap

In dit onderzoek lopen de begrippen vakgroep en maatschap door elkaar.

vakgroep

Een vakgroep kan worden omschreven als een groep medisch specialisten uit eenzelfde erkend medisch specialisme, die zich medisch inhoudelijk, organisatorisch, bedrijfsmatig en psychologisch verbonden hebben ten aanzien van de medische zorg van een bepaalde patiëntengroep. In een vakgroep werken zowel specialisten in loondienst als vrijgevestigde specialisten samen.

maatschap

In een maatschap werken alleen vrijgevestigde medisch specialisten samen. De verbondenheid gaat verder dan in een vakgroep. Hier is ook sprake van juridische en financiële verbondenheid (Damhuis, Huismans, Paquay en van Tol 2009).

In dit onderzoek bedoelen we met beide begrippen hetzelfde. Waar het verschil tussen beide begrippen relevant is zal dit expliciet worden aangeven.

Regiomaatschap

Regiomaatschappen zijn maatschappen van vrijgevestigde medisch specialisten en specialisten in loondienst die als een groep werkzaam zijn in meerdere ziekenhuizen tegelijkertijd. Andere benamingen voor regiomaatschappen zijn stadsmaatschappen of brugmaatschappen.

Specialismen

In dit onderzoek richten we ons op samenwerking tussen medisch specialisten met eenzelfde erkend medisch specialisme. Elk erkend specialisme is vertegenwoordigd in een beroeps- of wetenschappelijke vereniging. Nederland telt 29 van zulke verenigingen. We richten ons **niet** op een specifiek vakgebied.

Verkennde fase

In dit onderzoek richten we ons op de verkennende fase van de samenwerking. Meestal kennen partijen elkaar al voordat er sprake is van een officiële eerste ontmoeting. Die voorfase behoort in dit onderzoek ook tot de verkennende fase. In de verkennende fase gaat het in de eerste plaats om de vraag of partijen belangstelling hebben om samen te werken, inzicht te krijgen in de elkaars standpunten en belangen. In deze fase wisselen partijen beelden uit die ze bij het vraagstuk hebben, praten over kansen, oplossingen en de vorm waarin ze de willen samenwerken. De verkennende fase eindigt met een besluit: 'Ja, we willen samen verder' of 'Nee, we doen het (nog) niet'.

1.6. Afbakening

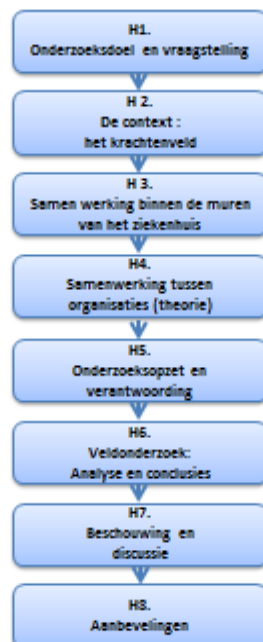
Het voordeel van afbakenen is dat het onderzoek teruggebracht wordt tot haalbare proporties. Het nadeel is dat het niet meer lijkt op wat zich in de werkelijkheid afspeelt. Al snel kan men het argument 'bij ons is de situatie heel anders' aanvoeren. Met andere woorden: de praktijk is weerbarstiger. Dit ben ik mij doorlopend bewust. Ik hoop dat ik door onderstaande afbakening recht doe aan de (theoretische) inzichten, zonder de complexe realiteit uit het oog te verliezen.

Samenwerken kent veel gezichten en invalshoeken. Onderzoek daarover vraagt daarom om keuzes. De invalshoek van dit onderzoek behelst de totstandkoming van een samenwerkingsverband van twee of drie vakgroepen (maatschappen) van medisch specialisten tussen verschillende ziekenhuizen¹.

Het onderzoek richt zich op de verkennende fase van de samenwerking. Het is vooral gericht op het in gang zetten van die samenwerking. Ook is ervan uitgegaan dat de samenwerking van de beide vakgroepen in het verlengde ligt van de strategische richting op bestuurlijk niveau.

1.7. Leeswijzer

In hoofdstuk 2 staat het complexe krachtenveld waarin regionale samenwerking zich afspeelt centraal. Hoofdstuk 3 gaat in op samenwerking tussen medisch specialisten binnen de muren van het eigen ziekenhuis. Hoofdstuk 4 geeft inzicht in de theoretische achtergrond bij samenwerken tussen organisaties. In hoofdstuk 5 is de verantwoording van het onderzoek weergegeven. De analyse en conclusies van de tien diepte-interviews staan in hoofdstuk 6. Daarna volgt in hoofdstuk 7 de beschouwing en discussie. Dit hoofdstuk sluit af met een model waarin theorie en praktijk is samengevat. Ten slotte staan in hoofdstuk 8 de aanbevelingen.

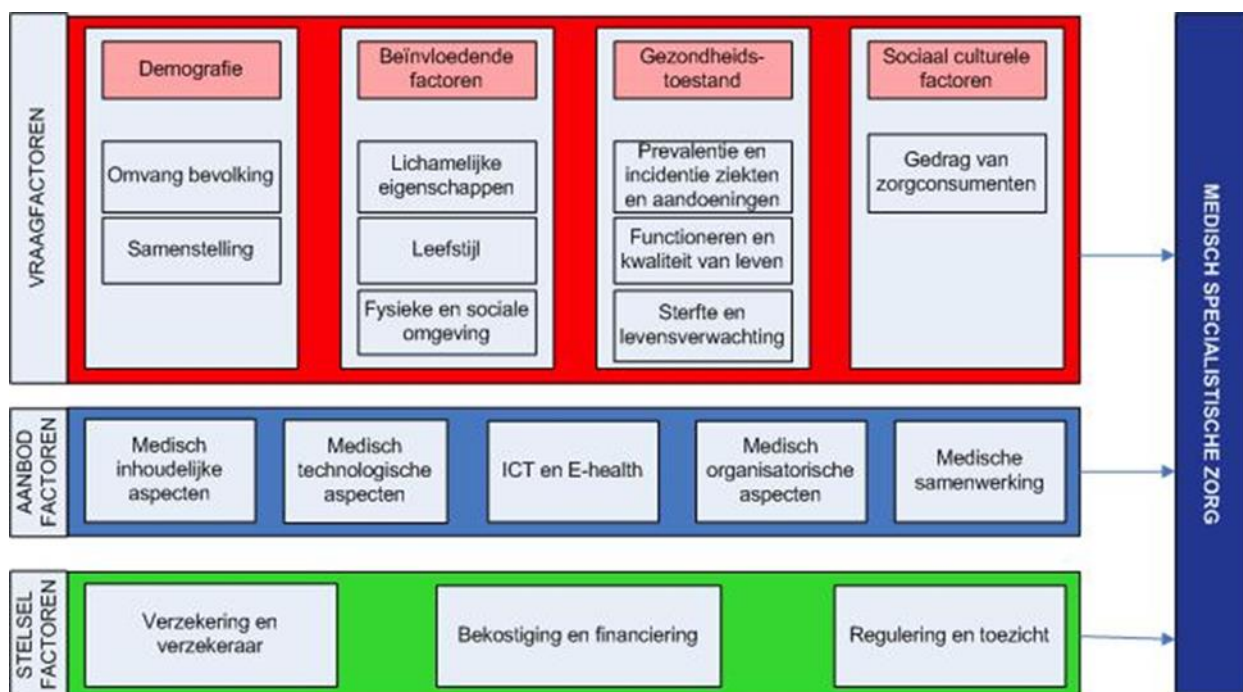


3. De context: het krachtenveld

2.1. Inleiding

In dit onderzoek ligt de focus op de totstandkoming van een regionaal samenwerkingsverband van medisch specialistische vakgroepen tussen verschillende ziekenhuizen. Die samenwerking staat niet op zichzelf, maar maakt onderdeel uit van de herinrichting van het regionale zorglandschap. De vragen die in dit hoofdstuk centraal staan zijn: Wat zijn de actoren in het krachtenveld? Waaruit bestaat hun invloed bij de herinrichting van het zorglandschap en de vorming van regiomaatschappen?

Onderstaand figuur maakt inzichtelijk hoe stelsel-, aanbod- en vraagfactoren van invloed zijn op de medisch specialistische zorg. In dit hoofdstuk komen die aan de orde. In hoofdstuk 3 komt de samenwerking van medische specialisten binnen de muren van het eigen ziekenhuis aan bod (in figuur 2 het rechter blokje in de lichtblauwe balk 'Aanbodfactoren').



Figuur 2. Determinanten medisch specialistische zorg.

Twijnstra Gudde (2010)

2.2. Vraag- en aanbodfactoren

Demografische, sociaaleconomische en technologische ontwikkelingen in de Nederlandse samenleving zorgen ervoor dat het huidige ziekenhuislandschap onhoudbaar wordt. De vergrijzing en ontgroening hebben een ongekennde impact op de omvang en het type zorgvraag. Individualisering en diversiteit in de samenleving, in combinatie met de stijgende welvaart en de beschikbaarheid van informatie, leiden ertoe dat de zorgvraag verder stijgt en meer persoonsgericht wordt. Het zorgaanbod zal in toenemende mate afgestemd worden op deze persoonlijke wensen. Internationalisering en technologische innovaties vergroten de aanbodmogelijkheden.

Deze factoren leiden tot een verdere stijging van de zorgkosten. Met de beperkte beschikbare middelen (geld en arbeidskrachten) neemt de druk op de ziekenhuizen toe. Ziekenhuizen zullen hun

financiële robuustheid moeten verbeteren en een bijdrage moeten leveren aan het beheersbaar houden van de zorgkosten (RVZ).

In dat licht sloten in 2011 VWS, verzekeraars en de ziekenhuizenⁱⁱ het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord. In het akkoord is een beheerste uitgavengroei van structureel 2,5 procent per jaar voor de periode 2012 tot 2015 vastgelegd. De belangrijkste doelen van dit akkoord zijn kostenbeheersing en verdere kwaliteitsverbetering van de ziekenhuiszorg. Ook is in het akkoord afgesproken dat de ziekenhuiszorg aangeboden gaat worden op de plek waar dit het best kan (VWS).

Het gevolg is dat steeds meer ziekenhuizen in Nederland nadenken over mogelijkheden om met elkaar samen te werken of zelfs te fuseren. Gebleken is dat inmiddels vier op de vijf ziekenhuisbestuurders samenwerking op medisch inhoudelijk gebied (concentratie) overwegen (KPMG 2012).

Concentratie

Bij concentratie van de zorg voert slechts een beperkt aantal ziekenhuizen een specifieke behandeling uit. Het specialistische ziekenhuis ziet hierdoor meer patiënten met dezelfde (zeldzame) aandoening en kan meer ervaring opdoen. In essentie wordt de concentratie van ziekenhuisfuncties (specialismen) gedreven door de overtuigingⁱⁱⁱ dat naarmate het volume van behandelingen groter is, de kwaliteit van de zorg ook beter is. Hogere zorgkwaliteit kan tot lagere kosten leiden doordat het aantal heropnames en dergelijke afneemt. Daarnaast worden de kosten ook verlaagd bij schaaffecten (doelmatiger inzet van mensen, kapitaal en middelen).

Wetenschappelijke verenigingen stellen steeds meer normen op die concentratie in de hand werken. Zo moeten ziekenhuizen voldoen aan volumennormen (de hoeveelheid operaties per jaar) om een bepaalde ingreep te mogen uitvoeren. Op termijn betekent dit dat kleine algemene ziekenhuizen^{iv} alleen nog de basiszorg leveren van veel voorkomende ingrepen. Grotere basisziekenhuizen en topklinische ziekenhuizen zullen zich steeds meer specialiseren.

Dit onderzoek richt zich op de concentratie van zorg.

Regionale netwerken

Het idee is dat ziekenhuizen in een regio scherpere portfoliokeuzes maken. Dit zal leiden tot vermindering van het aantal algemene ziekenhuizen, in de zin dat minder ziekenhuizen het volledige pakket aan zorgdiensten zullen leveren. In de meest vergaande vorm van concentratie verandert de functie van een aantal ziekenhuizen drastisch, en zullen sommige ziekenhuizen zelfs gesloten moeten worden (RVZ rapport Ziekenhuislandschap 20/20).

Spreiding

Spreiding heeft vooral te maken met portfoliokeuzes van ziekenhuizen om in de regio – in samenwerking met andere zorgaanbieders zoals huisartsen en andere eerstelijnsaanbieders en in overleg met zorgverzekeraars – te komen tot een integraal zorgaanbod. De te spreiden zorg is over het algemeen laagcomplex, wordt in relatief hoge volumes aangeboden. Dit betreft vooral de planbare, electieve, acute zorg. De chronische zorg voor ouderen valt hier grotendeels ook onder (NVZ).

Gevolgen voor de patiënt

Het gevolg van concentratie is dat de patiënten niet meer in ieder ziekenhuizen terecht kunnen voor alle behandelingen. De patiënt zal daarom verder moeten reizen. De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) zegt dat de patiënt de beste kwaliteit wil en daarom bereid is om verder te reizen. De NPCF vindt het essentieel dat wetenschappelijke verenigingen samenwerken

met patiëntenorganisaties bij het vaststellen wat kwaliteit van zorg is. In de praktijk gebeurt dit ook. Zo werken vaatchirurgen samen met patiëntenorganisatie Hart & Vaatgroep om normen op te stellen voor ingrepen bij de behandeling vaataandoeningen (NPCF).

2.3. Stelselfactoren

Door ingrijpende wetswijzigingen bevindt het Nederlandse zorgstelsel zich in de transitiefase van aanbodsturing en budgettering naar vraagsturing en prestatiebekostiging. De overgang gaat gepaard met de nodige onzekerheid en risico's voor de ziekenhuizen, verzekeraars en overheid.

2.3.1. Verzekeraar

Sinds de invoering van het nieuwe zorgstelsel in 2006 is er al veel veranderd in de relatie tussen de ziekenhuizen en verzekeraars. Maar met de totstandkoming van het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord is de rol van de zorgverzekeraar nog specifieker omschreven dan voorheen. In het akkoord staat dat van zorgverzekeraars wordt verwacht dat ze bij de herinrichting van het zorglandschap de regie nemen. De drie belangrijkste manieren om dat te doen, zijn selectieve inkoop, afbouw van overbodige ziekenhuiscapaciteit en terugdringen van ongewenste praktijkvariatie.

Selectieve inkoop

Per 1 januari 2012 zijn de vrij onderhandelbare ziekenhuisbehandelingen in het zogenoemde B-segment uitgebreid. Hiermee hebben zorgverzekeraars (nog) meer mogelijkheden gekregen om invloed uit te oefenen op het ziekenhuisaanbod. Er wordt gecontracteerd op basis van prijs, kwaliteit, doelmatigheid en gepast gebruik.

Het marktmechanisme moet ervoor zorgen dat zorgverzekeraars met hun inkoop het ziekenhuislandschap kunnen herstructureren. De strategieën van de verschillende verzekeraars varieert van marktgericht tot planmatig, van afwachtend tot vooruitstrevend, van passief tot agressief (Verkuijlen 2012).

CZ was de eerste zorgverzekeraar die de stap zette naar selectieve contractering. In 2010 stelde CZ eigen criteria op voor de kwaliteit van borstkankerzorg. Ziekenhuizen die niet voldoen aan de criteria komen op de zwart lijst en krijgen geen contract. Destijds zorgde de zwarte lijst voor flink wat commotie. Inmiddels kopen andere zorgverzekeraars in meer of mindere mate hun zorg selectief in (Verkuilen 2012).

Afbouw overbodige ziekenhuiscapaciteit

In de afbouw van overbodige ziekenhuiscapaciteit moeten de zorgverzekeraars ook voorzien. Ze hebben hiervoor een herstructureringsfonds (honderd miljoen euro) opgericht. Ziekenhuizen worden hieruit gecompenseerd voor het sluiten van afdelingen en het afstoten van zorg. Het fonds is bijvoorbeeld bedoeld voor de afbouw van de SEH-capaciteit. ZN waarschuwt voor al te hoge verwachtingen. Verzekeraars zijn niet van plan verkeerde investeringsbeslissingen van ziekenhuizen te compenseren (ZN 2012).

Terugdringen ongewenste praktijkvariatie

Ook wat betreft het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie pakt de verzekeraar de handschoen op. Onlangs maakte (alweer) CZ verzekeraar bekend vijftien type operaties niet meer in te kopen bij bepaalde ziekenhuizen. Volgens CZ zijn dat ziekenhuizen waar dit type operaties te vaak en/of onnodig plaatsvinden. Ook hierover laaide een discussie op, maar ook nu zet CZ door (Skipr 26 februari 2013).

Regiomaatschappen

Op de vorming van een regiomaatschappen stelt CZ-voorzitter Van de Meeren: ‘Het is ondoenlijk om als zorgverzekeraar in een regio in overleg met de ziekenhuizen tot concentratie en spreiding te komen als die medisch specialisten van die ziekenhuizen tegelijkertijd maatschappen vormen met collegae in ziekenhuizen buiten de regio.’ Desondanks heeft de zorgverzekeraar daar geen invloed op.

2.3.2. Bekostiging en financiering

Een cruciale determinant bij de herinrichting van het ziekenhuislandschap is de bekostiging en financiering. Financiële prikkels zijn namelijk een belangrijke hefboom voor samenwerking, taakherschikking en substitutie. De bekostiging en financiering van de ziekenhuiszorg is onderhevig aan vele veranderingen.

Sinds 2012 zijn ziekenhuizen overgestapt van een budgetsysteem naar vrijwel volledige prestatiebekostiging (bekostigingssystematiek) en geldt sindsdien een andere financieringssysteem (van DBC's naar 'DOT's).

Andersom maken vrijgevestigde medisch specialisten juist de overstap van inkomens gebaseerd op productie naar inkomens gebaseerd op een budgetsysteem. Voor de vrijgevestigde medisch specialisten geldt vanaf 2012 tot en met 2014 een beheersmodel⁹, om zodoende de groei in hun omzet te beheersen (omzetplafond).

Het beheersmodel is een opmaat naar de invoering van de integrale tarieven per 2015. Vanaf dat moment wordt het budget van medisch specialisten volledig geïntegreerd in het ziekenhuisbudget en kan alleen het ziekenhuis nog een rekening indienen bij de zorgverzekeraar. Raden van bestuur en medisch specialisten zullen ‘in eigen huis’ achter de voordeur met elkaar afspraken maken over de te leveren prestaties. En daarmee vervalt het fiscale ondernemerschap van de vrijgevestigd medisch specialist en de bijbehorende fiscale voordelen. Om die status te behouden zal de medisch specialist ten minste drie opdrachtgevers moeten hebben. Volgens menigeen verklaart dit de sterke toename van het aantal regiomaatschappen (Olsthoorn en Thissen 2012).

Voor zowel het ziekenhuis als de vrije beroepsbeoefenaren zet de overheid in op kostenbeheersing door macrobudgettair de groei ruimte te beperken, waarbij zorgverzekeraars de taak krijgen om deze kostenbeheersing te realiseren en te bewaken.

De impact van de beheersmaatregelen is voor een aantal ziekenhuizen zo groot dat ze nauwelijks ‘overeind’ kunnen blijven. De minister heeft al aangekondigd geen ziekenhuizen te willen gaan redden. De markt zal zijn werk moeten doen (NRC 2013).

2.3.3. Regulering en toezicht

Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa)

Fusies van ziekenhuizen

Bij het toetsen van fusies van ziekenhuizen vraagt de NMa aan de meest betrokken partijen, zoals verzekeraars en andere ziekenhuizen die met de fuserende ziekenhuizen concurreren hoe zij tegen de fusie en relevante omstandigheden en ontwikkelingen in de sector aankijken. De NMa bevrageet waar nodig ook andere, objectievere deskundigen, naar hun oordeel en kennis van de zaak en de omstandigheden. Zij maakt dus gebruik van de kennis in de markt bij haar beoordeling. Ook kan zij de Nederlandse Zorgautoriteit en de IGZ vragen om advies over bijvoorbeeld de gevolgen van de fusie voor de kwaliteit. In veel zaken brengen de NZa en de IGZ ook een zienswijze uit over de door hun verwachte gevolgen van de fusie.

In de praktijk keurt de NMa alle ziekenhuisfusies tot op heden goed. Hierop is echter forse kritiek:

‘Ziekenhuisbestuurders die willen fuseren, hebben van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) niets te vrezen. Het falende toezicht van de NMa op ziekenhuisfusies kan de doodsteek betekenen voor de (gereguleerde) concurrentie die binnen het Nederlandse zorgstelsel wordt beoogd,’ aldus Varkevisser, Loozen en Schut (2012).

Ook de minister liet zich onlangs kritisch uit:

‘Wat ik zorgelijk vind van al die ziekenhuisfusies is dat het een soort automatisme is, je kunt je afvragen of daar goed is over nagedacht.’ Ze is voorstander van een extra fusietoets (NRC 2013)

Fusies van maatschappen

Tot voor kort werd gedacht dat fusies van maatschappen weinig hadden te duchten van de NMa. De vrijgevestigd medisch specialisten werden gezien als zelfstandige ondernemers. Een fusie tussen twee of meer maatschappen van vrijgevestigd medisch specialisten werd in deze visie aangemerkt als een concentratie. Omdat de omzet van de meeste maatschappen onder de drempels van het besluit tijdelijke verruiming van het toepassingsbereik van het concentratietoezicht bleven, was het niet noodzakelijk de fusie bij de NMa te melden. Na de fusie konden binnen de regiomaatschap afspraken worden gemaakt over de verdeling van patiënten en specialismen. Het is mededingingsrechtelijk immers toegestaan om binnen een en dezelfde onderneming dergelijke afspraken te maken.

In november 2012 kwam de NMa tot conclusie dat vrijgevestigd medisch specialisten een economische eenheid vormen met het ziekenhuis waarin zij werken. Deze conclusie heeft verstrekende gevolgen. Indien de maatschappen waarin de vrijgevestigd medisch specialisten samenwerken willen fuseren met collega's van een ander ziekenhuis, wordt dit namelijk (ook) gezien als samenwerking tussen de ziekenhuizen. Deze samenwerking moet worden getoetst aan het kartelverbod (Janssen 2013).

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Fusies van ziekenhuizen

In haar rol als regelgever stelt de NZa tarieven, prestaties en budgetten vast waar dat moet. Waar het kan, laat ze deze regulering los en mogen verzekeraars en zorgaanbieders zelf onderhandelen over de inhoud, de prijs, de kwaliteit en doelmatigheid van de te leveren zorg. De vrees van de NZa is dat door fusies van ziekenhuizen forse prijsstijgingen zullen ontstaan. Ziekenhuizen krijgen meer macht en de disciplineringsmogelijkheden van de zorgverzekeraar zijn beperkt (Varkevisser, Loozen en Schut 2012).

Fusies van maatschappen

De NZa liet zich eind vorig jaar kritisch uit over de vorming van regiomaatschappen. De marktmeester in de zorg ziet in de regioclubs een potentieel risico voor de betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg. De vraagtekens die de NZa heeft is of medisch specialisten kiezen voor de koers van de op bestuurlijk niveau of een 'eigen koers': de regiomaatschap. Dat laatste is een heel andere positie en de groei van die maatschappen vormt een interessant nieuw gegeven in de uitvoering van de Zorgverzekeringswet. De NZa is 'bang' dat de maatschappen onderling patiëntenstromen gaan verdelen waardoor de zorginkoop door de zorgverzekeraars wordt bemoeilijkt.

De NZa laat momenteel onderzoeken of regionale maatschappen economische machtsposities creëren waartegen de NZa het instrument van Aanmerkelijk Machtmacht moet inzetten (Langejan 2012).

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) volgt en handhaaft de normen van de wetenschappelijke verenigingen. De inspectie gaat ervan uit dat de ziekenhuizen de minimumnormen voor hoogcomplexiteit zorg zullen gebruiken voor het maken van regionale beleidsplannen over de concentratie van deze zorg. Bij de keuze welk ziekenhuis welke zorg levert, is niet alleen een voldoende aantal patiënten een voorwaarde, maar moet het ziekenhuis ook kunnen waarmaken dat het een compleet diagnostisch arsenaal en behandelpakket voor de patiënten in huis heeft. Daar horen volgens de IGZ kwaliteitsvoorwaarden bij die de wetenschappelijke verenigingen net als de volumennormen zelf moeten vaststellen. Het gaat dan over welke specialisten zijn betrokken, hoe moeten ze overleggen, hoe zij de verwijzrelaties, hoe zit de complicatieregistratie in elkaar, welk niveau *intensive care*-zorg heb je nodig, etc.

Politiek

Landelijke politiek

De regering ontmoedigt de vorming van regiomaatschappen. De regering baseert haar beleid op de aanbevelingen uit het rapport Gezond Belonen van de commissie Meurs. De commissie juicht regionale samenwerking tussen specialisten toe. Ze vreest wel dat de drijfveer achter vorming van regiomaatschappen vaak een financiële is. Ook zouden de belangen van ziekenhuisbestuurders en artsen lopen uit elkaar kunnen lopen. Ziekenhuis A wil bijvoorbeeld samenwerken met ziekenhuis B, terwijl de specialisten willen fuseren met de collega's in C. Zo staan de specialisten de politiek gewenste concentratie van zorg in de weg.

Als in 2015 het systeem van de zogenoemde integrale bekostiging wordt ingevoerd, zullen de medisch specialisten met de raad van bestuur van hun ziekenhuis moeten onderhandelen over hun bezoldiging. De commissie is bang dat regionale maatschappen zo machtig zullen zijn, dat ziekenhuisbestuurders er te weinig tegenwicht aan zullen kunnen bieden.

Lokale politiek

Regionale samenwerking is niet alleen van de ziekenhuizen. Ook de lokale politiek en andere stakeholders in de regio (o.a. huisartsen, ondernemingsraden, cliëntenraden etc.) willen betrokken worden bij fusieplannen van ziekenhuizen. Lokale overheden en belangenpartijen willen het ziekenhuis in volle glorie en omvang overeind houden. Niet alleen is het ziekenhuis van groot belang voor de inwoners, ze is ook vaak een van de grootste werkgevers. Bestuurders staan hierdoor voor een lastig dilemma.

2.4. Afsluitende conclusie

Politieke ontwikkelingen rond concentratie van zorg, kwaliteits- en volumenormen, verlies van declaratierecht van de vrijgevestigde medisch specialisten, verlies van fiscale status van vrij ondernemer in 2015 en positieversterking van maatschappen bij zorginkoop door de verzekeraar, maken dat steeds meer regiomaatschappen ontstaan. Wanneer maatschappen van verschillende ziekenhuizen met elkaar fuseren, ontstaat daardoor eigenlijk een fusie van de ziekenhuizen. Het primaire proces (specialistische zorg) gaat immers samen (Olsthoorn en Thissen 2012). Ook de ziekenhuisbestuurders zitten niet stil. Ze zijn actief op zoek naar samenwerking en fusiemogelijkheden (KPMG 2012). Wanneer het ziekenhuis andere plannen heeft dan de maatschappen, ontstaat er een probleem. Wie bepaalt de koers van de organisatie? Hoe dit goed aan te pakken? Duidelijk is dat de belangen van ziekenhuis en medisch specialisten niet altijd parallel lopen. Desondanks heeft de afgelopen twee jaren de concentratie van zorg een flinke impuls gekregen. Verschillende wetenschappelijke verenigingen hebben volumenormen gepresenteerd en de inspectie ziet erop toe dat die ook worden gehaald. Wie de norm niet haalt, loopt de kans om niet gecontracteerd te worden door de zorgverzekeraar. De overheid (en de semioverheid, zoals NZa en NMa) kunnen deze partijen slechts indirect sturen via wet- en regelgeving die doorgaans pas na een tijdrovend proces tot stand komt. Maar deze partijen hebben elk hun eigen agenda. Het is altijd maar afwachten of ze zich gedragen zoals de overheid hoopt. Niet zelden komt de regelgeving als mosterd na de maaltijd (Wijnsma 2012).

4. Samenwerking binnen de muren van het eigen ziekenhuis

In dit hoofdstuk staat de samenwerking van medisch specialisten binnen de muren van het eigen ziekenhuis centraal. Eerst kijken we naar de relaties tussen ziekenhuizen en medisch specialisten. In paragraaf 3.1 komen de ontwikkelingen die hierin gaande zijn aan bod. Vervolgens gaan we dieper in op de samenwerking tussen medisch specialisten in de maatschap en vakgroep (paragraaf 3.2). In paragraaf 3.3 zoomen we verder in op oorzaken van conflicten in relatie tot disfunctioneren. Paragraaf 3.4 gaat in op de invloed en (on)mogelijkheden van de verschillende actoren hierop? Ten slotte volgt in paragraaf 3.5 de conclusie.

3.1. De relatie ziekenhuis-medisch specialist

De medisch specialist kan op twee manieren aan het ziekenhuis verbonden zijn: op basis van een toelatingsovereenkomst of op basis van een arbeidsovereenkomst. Bij een arbeidsovereenkomst is de medisch specialist in loondienst (valt onder cao Ziekenhuizen). In het geval van een toelatingsovereenkomst is er sprake van een vrijgevestigd medisch specialist. Deze laat zich inhuren door het ziekenhuis via een maatschap of vennootschap en wordt door de belastingdienst als ondernemer gezien.

Op dit moment werkt iets minder dan de helft van de medisch specialisten in loondienst. De rest is dus vrijgevestigd^{vi}. Beide groepen 'vinden elkaar' in de Vereniging Medische Staf. Hun afspraken over collectieve verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden zijn vastgelegd in het Document Medische Staf (DMS) (SEO 2010).

In de media en politiek bestaan veel premissen over specialisten in loondienst versus specialisten in vrije vestiging. Voorbeelden hiervan: 1. Als alle specialisten in loondienst zouden gaan, gaat dat ten koste gaan van de arbeidsproductiviteit. 2. Vrijgevestigde medisch specialisten werken doelmatiger en zijn innovatiever dan specialisten in loondienst. 3. Daarentegen zou de sturing van de Raad van Bestuur op kwaliteit en veiligheid groter zijn bij specialisten in loondienst (SEO 2010).

Ook de hoge inkomens van medisch specialisten zijn een heet hangijzer in het politieke en publieke debat. De minister van VWS gaf in 2012 'De commissie Meurs' de opdracht beleidsopties te inventariseren om de norminkomens van medisch specialisten meer in lijn te brengen met die van hun collega's in het buitenland. De conclusie was dat vrijgevestigde medisch specialisten er in Nederland vergeleken bij elders financieel zeer goed uitkomen. Specialist die in loondienst werken, zitten qua salaris in de internationale middenmoot (Commissie Inkomens Medisch Specialist [CIMS] 2012).

De commissie Meurs adviseert om niet alle specialisten in loondienst te nemen. Ze ziet er wel wat in om met fiscale maatregelen zelfstandig werken financieel minder aantrekkelijk te maken. De commissie ziet verder niets in systeemverandering; er is al veel veranderd en de lonen van vrijgevestigde specialisten dalen. De sector is gebaat bij een zekere rust, gezien de vele systeemwijzigingen (zie hoofdstuk 2). De commissie is wel van mening dat de belangen van de instelling en specialisten zoveel mogelijk gelijk gericht worden. Dat kan wanneer specialisten in juridische en financiële zin in een instelling participeren (CIMS 2012).

Meer participatie is ook wat de beroepsgroep zelf beoogt. De Orde van Medisch specialisten (OMS) meent dat de specialist een sleutelrol moet krijgen bij bepaling van de strategische koers van het ziekenhuis en de herinrichting van het regionale zorglandschap. 'Medisch specialisten hebben altijd in de luwte van de spreekkamer kunnen opereren. De huidige tijd en ontwikkelingen vragen om een

actievere houding van de medisch specialist. Het is niet langer voldoende om ontwikkelingen vanaf de zijlijn de commentariëren. De medisch specialist moet zich meer verantwoordelijk gaan voelen voor de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg', aldus de orde (OMS 2012).

Het onderscheid tussen vrijgevestigd en loondienst doet hierbij niet ter zake. De afspraken in het Kaap Doorn Manifest^{vii} zorgen dat ook loondienstspecialisten volgens hun arbeidsvoorwaarden nu samen met de raad van bestuur de strategische koers van het ziekenhuis kunnen bepalen. Dit manifest beoogt namelijk een grotere betrokkenheid en medeverantwoordelijkheid van *alle* medisch specialisten.

Deze vergaande betrokkenheid sluit naadloos aan bij de herstructurering die veel ziekenhuizen de afgelopen jaren hebben doorgevoerd. Veel ziekenhuizen zijn overgegaan naar resultaatverantwoordelijke eenheden (RVE's). Medische vakgroepen onder leiding van een medisch specialist en een manager bedrijfsvoering zijn integraal verantwoordelijk zijn voor kwaliteit, productie, personeel en financiën. De RVE's zijn 'kleine ondernemingen binnen het ziekenhuis.'

Ook door het veranderende financierings- en bekostigingssysteem neemt de wederzijdse afhankelijkheid op het gebied van kwaliteit van zorg, volume (productie) en kosten- en batenverhoudingen toe (zie hoofdstuk 2).

In ieder geval zien we dat 'het ziekenhuis' en 'de medisch specialist' organisatorisch steeds meer tot elkaar en tot een verdere integratie 'veroordeeld' zijn.

Ontwikkeling van betrokkenheid medisch specialisten in het ziekenhuis

	Co-existentie→	Samenspraak→	Integratie
Strategiebepaling	impliciet	afstemming	gezamenlijk
Ziekenhuisstructuur	eilandenstructuur	kanteling	Centra (rve's)
Medische staf	belangenbehartiging	bestuurlijk orgaan	platform
Maatschap	economische eenheid	vakgroep	basis van specialisme
Medisch specialist	solistisch	betrokken	geïntegreerd

Figuur 3.

Schraven: Jaarboek medisch specialistische zorg 2012

Deze herstructurering past in de theorie van Mintzberg (1989). Hij introduceerde het 'concept van de dominante coalitie' in organisaties. De dominante coalitie bepaalt in belangrijke mate de inrichting van de primaire bedrijfsprocessen en heeft een grote invloed op de besluitvorming en inzet van middelen. In een ziekenhuis zijn dat volgens Mintzberg de medisch specialisten. Het succes van de organisatie hangt af van de medewerking en betrokkenheid van de dominante coalitie. De theorie van Mintzberg past in filosofie van het 'Rijnlandse denken'. Die gaat ook uit van het vakmanschap en de intrinsiek gemotiveerde professional die ruimte en vertrouwen krijgt. Het management moet ondersteunend zijn. 'De organisatie is er voor de mensen, en alle wijsheid komt niet meer alleen van boven. Daarom is het goed dat professionals en managers met elkaar een collectieve ambitie ontwikkelen', aldus Peters en Weggeman (2009).

3.2. Samenwerking binnen de vakgroep

Een ziekenhuis is zo goed als zijn medisch specialisten zijn. Preciezer: de economische waarde van een ziekenhuis is de optelsom van de eigen specialisten en andere professionals. 'Zonder specialisten geen ziekenhuis,' stelt ziekenhuisbestuurder Marjanne Sint. Een medisch specialist is een professional die medisch specialistische zorg verleent. Geen eenzame aan zichzelf verantwoording verschuldigde dokter maar iemand die samenwerkt met beroepsgenoten van hetzelfde specialisme, in een maatschap of vakgroep. De vakgroep is het hart van de medisch specialistische zorg (Damhuis, et al., Van der Ham en Sint (2009).

Een goed functionerende vakgroep heeft intern de boel op orde en kan extern als betrouwbare partner opereren. Ze kan *state of the art* medische zorg bieden en verzekert zich hiermee van een relevante positie in het veld. In een goed functionerende vakgroep is het bovendien met plezier werken, zijn gezamenlijke ambities te realiseren, problemen te tackelen en kan met trots zijn op de resultaten. Dit alles stelt de vakgroep in staat aan het stuur te blijven ten aanzien van haar eigen toekomst (Damhuis et al. 2009).

Toch is de praktijk weerbarstiger. Vrijwel elk ziekenhuis heeft minstens één maatschap of vakgroep waar een conflict tussen specialisten problemen veroorzaakt. Zulke vakgroepen kenmerken zich door een of meer van de volgende eigenschappen: er is weinig of geen onderling overleg, de specialisten kunnen niet met elkaar overweg of maken openlijk ruzie, er kan zelfs sprake zijn van pesterijen en achterklap, van een koude oorlog, gezamenlijk beleid ontbreekt, vergaderingen zijn chaotisch, de besluitvorming is niet helder, men spreekt elkaar niet aan op matig of slecht functioneren. Door verwaarlozing en ontkenning kunnen conflicten soms jarenlang voortwoekeren en hun ontwrichtende werk doen (Lodewick 2009, Kimpen en Wijnsma 2010, Vahl 2010).

Ruzies tussen specialisten beperken zich niet tot de vakgroep of maatschap. Door de toenemende complexiteit van de zorgvraag, moeten medisch specialisten steeds vaker intensief samenwerken in multidisciplinaire teams.

Deze conflicten trekken de publieke aandacht. Als de media er lucht van krijgen, springen ze er bovenop. In 2012 waren er elf (langslepende) conflicten tussen medisch specialisten die het nieuws haalden (zie bijlage III: bron *Medisch Contact*). De vraag die als eerste wordt gesteld is: is de patiëntenzorg in gevaar?

Disfunctioneren

Van disfunctioneren is sprake bij een structurele situatie van onverantwoorde zorg, waardin een patiënt (mogelijk) wordt geschaad en waarbij de betreffende arts zelf niet (meer) de problemen kan of wil oplossen (OMS 2008). Disfunctionerende medisch specialisten zijn geen zeldzaamheid. In verschillende publicaties zijn er schattingen van vijf procent (Zorgvisie 2009). Recent onderzoek hierover ontbreekt (Lens en Kahn 2001 en Meulemans 2006).

Disfunctioneren in relatie tot conflicten

Een disfunctionerende specialist heeft/veroorzaakt verstoorde verhoudingen met collega's, directie en/of anderen in het ziekenhuis, zoals verpleegkundigen. Dit kan gepaard gaan met twijfels over medisch-technisch handelen van betrokkene (Van Zeven 2001).

Waaraan herkennen we deze situatie? Valentijn (2011) vatte het als volgt samen: 'de kwestie speelt al heel lang, we (lees: collega-medisch specialisten en (staf)bestuurders) hebben van alles geprobeerd, vrijwel iedereen in de organisatie weet ervan, het komt altijd op straat te liggen en we zijn altijd een fase te laat... en bij dit type specialist beginnen de initialen steevast met G.O.D.'

Wat is in de praktijk de invloed van ruzie en disfunctioneren? (zie ook kader vorige pagina)

Bij een ruzie is de patiëntveiligheid niet per definitie in het geding, maar een ruzie is wel een risicofactor, aldus de voorzitter van de Raad Kwaliteit van de OMS (Daniels 2013).

Jan Klein, hoogleraar Veiligheid in de Zorg, is stilliger. Naar aanleiding van de hoogoplopende ruzie in het VuMc beweert hij: 'Ruzie tussen artsen brengt de patiëntenzorg ernstig in gevaar. Er bestaat zelfs de kans dat patiënten onnodig overlijden' (Argos 2012).

De vraag is of een ruziënde arts altijd een disfunctionerende arts, is hiermee moeilijk te beantwoorden. Lodewick brengt onderscheid aan tussen een disfunctionerende specialist en een disfunctionerende vakgroep. De laatste kan bestaan uit prima individuele specialisten, stelt hij (Lodewick 2009). Maas constateert dat medische missers vaker worden veroorzaakt door stukgelopen onderlinge verhoudingen dan door ondeskundige medici (Maas 2013).

Het vermoeden ligt voor de hand dat samenwerking tussen vakgroepen pas kan slagen wanneer er binnen de vakgroepen zelf eerst goede verhoudingen zijn. Dit aspect komt dan ook terug in de zoektocht naar belemmerende en stimulerende factoren in de verkennende fase van samenwerking. Dit hoofdstuk geeft eerst wat achtergronden bij deze kwestie.

Wat zijn oorzaken van conflicten tussen medisch specialisten? Welke actoren kunnen hier invloed op uitoefenen, en wat kunnen ze doen? Deze vragen worden in de volgende paragrafen beantwoord.

3.3. Oorzaken van conflicten tussen medisch specialisten

Verschillende deskundigen stellen dat conflicten veroorzaakt worden doordat medisch specialisten voornamelijk gericht zijn op de *inhoud* van hun vak en nauwelijks aandacht voor de *'zachte factoren.'* Over tastbare zaken als bevoegdheden, taakverdeling, planning, werken volgens protocollen en geld maken specialisten goede afspraken. Hoe je respectvol met elkaar omgaat, hoe je werkt aan vertrouwen en dat je ruimte moet bieden aan elkaars talenten, vinden veel specialisten alleen maar soft gedoe. Er is nog altijd een machocultuur met eigenwijze professionals. Veel specialisten veronachtzamen onderlinge relaties, aldus een aantal deskundigen (Defoer 2010, Ramler en Raadgers (2010), van der Wiel (2006) Lodewijck Smits (2012) en Weggeman (2012).

Weggeman stelt dat de specialist veelal individueel ingesteld is. Voor veel professionals zijn vrijheid en autonomie belangrijke redenen voor hun beroepskeuze. Autonomie geeft vrijheid, aanzien en straalt vertrouwen en deskundigheid uit.

Autonomie vormt één van de kernwaarden van de identiteit van medische professional. Een andere kernwaarde van professionele identiteit is *zelfregulatie*. Terwijl 'gewone' werknemers zich moeten verantwoorden tegenover het management, worden professionals veel meer beoordeeld volgens standaarden die door de eigen beroepsgroep zijn ontwikkeld. Zij moeten zich voor hun handelen primair verantwoorden tegenover beroepsgenoten, de zogenoemde collegiale toetsing (Stoffels en Molleman 2008).

Het is geen gewoonte dat professionals serieus kritiek op elkaars werkzaamheden en functioneren bespreken. Men blijft elkaars autonomie respecteren, ook als er informeel twijfels bestaan, stelt Moen (2003). Weggeman zegt hierover: 'Medici bevestigen elkaar het liefst: *'I scratch your back and you scratch mine'* (Weggeman 2012).

Autonomie en zelfregulatie zijn interessante parameters. Veranderingen hierin kunnen namelijk wijzen op veranderende machtsverhoudingen: de mate waarin de maatschappij de medische wereld een bepaalde positie 'gunt', zegt Witman (2008). Gezien de toenemende publieke aandacht voor het (dis)functioneren van medisch specialisten kan geconcludeerd worden dat het met dat 'gunnen' niet

best is gesteld. De beroepsgroep krijgt regelmatig het verwijt van ‘*conspiracy of silence*,’ wat zoveel betekent als het elkaar de hand boven het hoofd houden.

3.4. Actoren en hun invloed

De afgelopen jaren is de beroepsgroep ervan doordrongen geraakt dat de individuele kwaliteit van de medisch specialist veelomvattender en complexer is dan alleen vakinhoudelijke expertise. Elke specialist is in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor zijn functioneren. Veel projecten en instrumenten zijn op (individueel) goed functioneren gericht: appraisal & assessment, intervisie, visitatie, audits, opleiding, scholing, maatschapsoverleg, ochtendrapport, intercollegiale toetsing, complicatieregistratie en -bespreking, necrologiebesprekingen en overleg tussen vakgroepen. Disfunctioneren van een individuele specialist kan sinds een paar jaar aan het licht komen bij het gesprek individueel functioneren medisch specialisten IFMS.

De KNMG en de Orde zijn beide ook heel helder in het beschrijven van de verantwoordelijkheid van medisch specialisten bij het signaleren van niet optimaal functioneren en het melden van disfunctioneren van collega's. De Orde heeft een *Model Reglement mogelijk disfunctioneren medisch specialist* opgesteld. De KNMG gaat op basis van het Manifest Medische Professionaliteit uit van vijf leidende principes van medische professionaliteit: deskundig, verantwoordelijk, betrouwbaar, transparant, toetsbaar.

Een gangbaar model bij het beoordelen van het (dis)functioneren van de individuele medisch specialist (IMFS) is het CanMeds model. Dit model stelt weliswaar het medisch handelen centraal, maar benadrukt ook het belang van competenties op zes andere gebieden: 1. Communicatie, 2. Samenwerken, 3. Kennis en wetenschap 4, Maatschappelijk handelen, 5. Organisatie en 6. Professionaliteit.

De Raad voor Volksgezondheid Zorg (RVZ) pleit ervoor dat de basisopleiding en specialistische vervolgopleidingen ernst moeten maken met de competenties die geformuleerd staan in het CanMEDS-model. Een competentie waarvoor de raad nadrukkelijk aandacht vraagt, is ‘samenwerken.’ Goede samenwerking is een van de pijlers van de gezondheidszorg, aldus de raad (2011).

Medisch specialist en vakgroep

De maatschap of vakgroep moet de continuïteit en de kwaliteit van een medisch specialisme binnen een ziekenhuis garanderen. De vakgroep is het eerst aangewezen orgaan om te signaleren als een van de leden van de groep minder functioneert of gaat disfunctioneren.

Het is de plicht van elke medisch specialist, maatschap, vakgroep of samenwerkingsverband om collega('s) aan te spreken op ongewenst gedrag, stappen te ondernemen en om de ongewenste situatie te beëindigen. Ongewenst gedrag/disfunctioneren kan aan het licht komen op basis van eigen waarneming van de medisch specialist, maar bijvoorbeeld ook uit meldingen van collega's en verwijzers of klachten van patiënten en personeel. Wie aanwijzingen van ongewenst gedrag ziet bij een collega, bespreekt dit tenminste eenmaal met de betrokken medisch specialist, en daarna met de maatschap of vakgroep voordat hij het stafbestuur en/of de raad van bestuur informeert. Bovenstaande is conform het ‘Model reglement mogelijk disfunctionerende medisch specialist’ van de OMS.

Stafbestuur

De verenigde medische staf en zijn bestuur dienen de kwaliteit van het gehele pakket aan medische zorgvoorzieningen van een ziekenhuis te bewaken. Het stafbestuur wordt door de vakgroepen als

eerste geïnformeerd over mogelijk disfunctioneren van een van zijn leden. Signalen van een vakgroep moeten leiden tot nader onderzoek en zo nodig actie.

Ook kan het stafbestuur zelf disfunctioneren vermoeden of opsporen door het bestuderen van:

- Opleiding- of kwaliteit visitatie rapporten
- Complicatieregistraties
- Conflicten in en/of tussen vakgroepen
- Solistisch optreden van een specialist

De vraag is *wanneer* het stafbestuur de raad van bestuur moet inlichten. In de Governance code, die in 2010 is bijgesteld en aangescherpt, onder meer op het punt van toezicht op kwaliteit en veiligheid, is geen specifieke bepalingen opgenomen over de positie van de medische staf. Wel is in de toelichting verwoord dat het medisch stafbestuur, net als de ondernemingsraad en cliëntenraad, een formeel adviesorgaan is van de raad van bestuur.

Een andere vraag is hoe komt een raad van bestuur erachter dat er conflicten zijn binnen de vakgroep? Alle wetenschappelijke verenigingen lichten jaarlijks de vakgroepen door en leggen hun bevindingen vast in een visitatierapport. Een ruzie leidt altijd tot opmerkingen in het rapport en leidt tot aanbevelingen aan het stafbestuur en de RvB. Binnen een paar maanden controleert de visitatiecommissie of de aanbevelingen zijn opgevolgd.

Raad van bestuur

De raad van bestuur (RvB) is verantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde zorg en dus ook voor kwaliteit van medisch specialistische zorg. De raad dient de organisatie zodanig te hebben ingericht dat zij die verantwoordelijkheid kunnen waarmaken volgens de Kwaliteitswet Zorginstellingen.

Uit onderzoek blijkt dat informatie over slecht samenwerkende medisch specialisten weinig wordt gedeeld tussen raad van bestuur en medisch specialisten. Specialist en bestuurders verschillen namelijk van mening over de vraag wie verantwoordelijk is voor de kwaliteit van zorg. Over één ding zijn bestuurders en specialisten het roerend eens: een sterke bestuurder deinst niet terug voor een conflict met de medische staf als hij een disfunctionerende arts wil ontslaan (Visser 2011).

Schellekens, verwijt bestuurders dat ze kwaliteit niet als hun kerntaak zien. 'Ze houden zich vooral bezig met geld, stenen, strategie en reputatie. Het is cruciaal dat je ruzies laat dooreterten: het leidt tot normvervaging over wat mag en niet mag,' aldus Schellekens. Hij is van mening dat bij ruzies bestuurders tijdig en hard moeten ingrijpen (Schellekens 2010).

Raad van Toezicht

Volgens de Governance code heeft De Raad van Toezicht (RvT) tot taak het functioneren van de RvB te toetsen en behoort daarbij zeer regelmatig het onderwerp zorgkwaliteit met de RvB te bespreken. Daarbij moet de RvT ook borgen dat de RvB aantoonbaar het functioneren van de medisch specialisten bewaakt. In het Kwaliteitskader van Medisch Specialist (2010) staat dat het stafbestuur periodiek de RvT informeert over de kwaliteit en veiligheid van zorg. Andersom geldt dat volgens de Governance code van een toezichthouder niet verwacht kan worden dat deze het contact met het stafbestuur of met een medisch specialist actief opzoekt.

Kortom, bestuurders zullen een inschatting maken wanneer ze de RvT inlichten. Hierbij maken ze een afweging over de risico's die het ziekenhuis loopt ten aanzien van veiligheid en reputatie. Ook hun eigen rol en positie zal meewegen. Een bestuurder die zijn medisch specialisten niet in de hand heeft kan immers op weinig steun van de toezichthouder rekenen.

Scheidsgerecht

Als bestuurders willen ingrijpen, kunnen ze naar het Scheidsgerecht voor de Gezondheidszorg stappen. Het Scheidsgerecht kan beslissen of een arbeidsovereenkomst of toelatingsovereenkomst

van de medisch specialist met het ziekenhuis moet worden ontbonden. De uitspraken zijn (doorgaans) **openbaar** en bindend.

Over geschillen die gaan over de samenwerking binnen een maatschap zegt het Scheidsgerecht in een recente uitspraak:

‘Samenwerking tussen de medisch specialisten binnen een vakgroep/maatschap is van wezenlijk belang voor een goede patiëntenzorg in het ziekenhuis, waarvoor de raad van bestuur eindverantwoordelijk is. Hierbij is op zichzelf niet van belang of het ontbreken van vertrouwen vooral betrekking heeft op de strikt medische kant van het functioneren van de specialist in kwestie of op andere aspecten die voor een goede samenwerking nodig zijn.’
(uitspraak 14 september 2012)

Ook hier komt duidelijk naar voren dat de raad van bestuur verantwoordelijk is voor de kwaliteit en veiligheid.

Opmerkelijk veel uitspraken van het Scheidsgerecht beginnen met de woorden: ‘De maatschap kent een lange geschiedenis van interne verdeeldheid.’ Overigens staat het inhoudelijk functioneren zelden ter discussie. Het conflict gaat veelal over de communicatieve en sociale vaardigheden van de aangeklaagde medisch specialist. Hieronder zijn ter illustratie enkele parafrases opgenomen van uitspraken.

1. *X wordt door iedereen gezien als een prima arts, maar ook als iemand die door zijn explosieve karakter en dominant verbaal gedrag maatschapsvergaderingen soms verstoort of een zinnige gedachteswisseling onmogelijk maakt. Y gaat zijn eigen weg en legt stelselmatig beslissingen van de maatschap naast zich neer.*
2. *Y wordt door alle acht leden van de maatschap gewantrouwd op grond van zijn als manipulatief ervaren gedrag: conflicthaarden wakkeren altijd rond hem op en zijn attitude is te kenschetsen als splijtend en destructief voor de maatschap. Y wil altijd zijn zin krijgen en kan niet tegen kritiek. Y trekt zich van besluiten niets aan en neemt beslissingen die indruisen tegen eerder genomen besluiten van de maatschap. Y legt afspraken uit naar hem goedgevallen. Y communiceert alleen vanuit zijn eigen belang en niet vanuit het patiëntenbelang of het belang van het ziekenhuis of de maatschap.*
3. *Z plaatst zichzelf centraal in plaats van de patiënt. Z profileert zich naar de patiënten als de beste dokter van de maatschap. Z wordt gezien als een ‘intrigant’ en een ‘manipulator.’ Zelf verschuilt Z zich achter onwetendheid. Hierover zijn twijfels: meerdere gesprekspartners denken dat Z onwetendheid veinst en dat Z bewust dit gedrag vertoont. Hoewel Z vele uren in het ziekenhuis doorbrengt wordt Z niet gezien als een harde werker.*



Inspectie voor volksgezondheid (IGZ)

Volgens de richtlijnen van de IGZ ligt de primaire verantwoordelijkheid voor het functioneren van de medisch specialist bij de specialist zelf, de vakgroep, de medische staf en het stafbestuur en de eindverantwoordelijkheid bij de RvB. Door middel van de kwaliteitsindicatoren, het jaargesprek,

thematisch toezicht en het behandelen van calamiteiten en meldingen, houdt de IGZ toezicht op de kwaliteit van het systeem en het functioneren van de RvB en de RvT. De vraag is van wie kan de inspectie meldingen van disfunctionerende medische specialisten krijgen?

De RvB *kan* melden als zij een onderzoek start naar mogelijk disfunctioneren van een specialist of van een vakgroep/maatschap. Het bestuur van de medische staf kan dat doen als het onvoldoende steun ondervindt van de RvB. Een maatschap/vakgroep kan bij onvoldoende steun van het stafbestuur en de RvB, een melding doen bij de IGZ.

Volgens de IGZ heeft de individuele medisch specialist voldoende mogelijkheden binnen de muren van het eigen ziekenhuis (vakgroep, staf en RvB) om melding te maken; het moet niet nodig zijn dat hij zich meldt bij de IGZ.

Met andere woorden, ook nu weer hangt het grotendeels af van de RvB. De vraag is of de raad melding van een disfunctionerende specialist of vakgroep. Wanneer conflicten tussen medisch specialisten zo hoog oplopen dat goede patiëntenzorg niet meer gewaarborgd is en de RvB niet tijdig maatregelen neemt, kan de IGZ per direct een afdeling sluiten (IGZ 2010).

Onlangs^{viii} hekelde de minister bestuurders die geen melding maken van disfunctionerende artsen. De inspecteurs moeten van de minister nadrukkelijker de raden van bestuur aanspreken op hun verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid. Ook de inspectie kreeg het zelf er flink van langs. Met name over de 'deals' die de IGZ sluit met disfunctionerende artsen. De IGZ doet de arts het aanbod het dossier te sluiten als hij zich laat uitschrijven uit het register. Het gevolg is dat deze arts 'doodleuk' weer verder gaat in het buitenland.

De rechten van de patiënt

Klachten over medisch specialisten kunnen ook komen van de patiënt. Een ziekenhuis is volgens de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) verplicht een onafhankelijke klachtencommissie in te stellen. De meeste klachten worden door deze commissie afgehandeld. Als patiënt zich daar niet gehoord voelt, komt hij terecht in een oerwoud van regels, volgens de onderzoekcommissies Veenhoven en Sorgdrager. De minister heeft dit onderkend. Binnenkort verschijnt er een nieuw wetsvoorstel cliëntenrechten zorg. In ieder geval heeft de minister al toegezegd dat ze een 'Zorgloket' opricht, waar burgers respect en empathie ontmoet bij het indienen van een klacht (VWS 2013).

Klokkenluiders

Ondanks alle maatregelen komen hoopoplopende conflicten nog steeds voor. Iedereen is gebaat bij snel ingrijpen, niet in de laatste plaats de patiënt. Toch lukt dat vaak niet. Een onderzoek naar een disfunctionerende collega kost energie, tijd en geld. Vaak wordt eerst gekozen voor een informeel verbetertraject of conflictbemiddeling. Weggeman is daar geen voorstander van. Vaak is het al te laat en kun je beter de relatie doorknippen (Weggeman 2012).

Toch is het niet zo eenvoudig als Weggeman voorstelt. De zaak gaat snel de mist in door slordige voorbereiding of onvoldoende aandacht voor de consequenties (De Die 2012). Een van die consequenties is dat de melder de kous op kop krijgt. Dit overkwam de longarts Postmus in de VUmc-kwestie en onlangs een internist uit Eindhoven. De teneur in de media was: *het bestuur ontslaat de klokkenluider die de patiëntveiligheid en misstanden in het ziekenhuis aan de kaak stelt*.

3.5. Afsluitende conclusie

De laatste jaren is de (publieke) discussie over de specialisteninkomens overgegaan in een discussie over het (dis)functioneren van medisch specialisten. De positie van de specialist ten opzichte van ziekenhuis en maatschappij verandert. De 'markt' stelt de eis dat ziekenhuizen en vakgroepen transparant en toetsbaar 'opereren.' Aan de specialist worden nieuwe eisen gesteld, die verder gaan dan alleen vakinhoudelijke. Soms is sprake van vakinhoudelijk disfunctioneren, maar veel vaker is er sprake van herhaaldelijke missers op het gebied van collegiaal contact. Ruzie en disfunctioneren kunnen de veiligheid van de patiënt in gevaar brengen: de kwaliteit van de zorg, precies dat wat de marktwerking zou moeten bevorderen.

De beroepsgroep beschikt in de praktijk over onvoldoende zelfregulerend vermogen. De 'onaantastbare autonomie' van de individuele specialist staat op gespannen voet met de wenselijkheid om disfunctioneren aan te pakken.

Verantwoordelijke bestuurders melden misstanden onvoldoende. Tot de beroepscultuur behoort het taboe om die autonomie van dokter te schenden door kritiek. De hand blijft te lang boven het hoofd. Met als resultaat dat de disfunctionerende collega kwaliteit en samenhang van de vakgroep zeer langdurig aantast. De artsen die willen en durven op te treden als klokkenluider, riskeren uitstoting. Hun (rechts)positie is zeer zwak.

Veel gevallen van disfunctioneren halen de inspectie dus niet. En het is de inspectie die in actie moet komen. Dat gebeurt onvoldoende, ook na wat wél op het bordje van de inspectie komt. De minister kijkt hiernaar met een vergrootglas. De positie van de patiënt wordt sterker: het Zorgloket verlaagt de drempel om misstanden te melden. De druk op de beroepsgroep wordt opgevoerd. De minister sommeert inspecteurs bestuurders met kracht op hun meldplicht wijzen. Verder moet het afgelopen zijn met deeltjes waardoor betrokken artsen buiten schot blijven. Het kan niet zo zijn dat een arts die wegens disfunctioneren het veld moet ruimen en via een achterdeur doodleuk in het buitenland verder mag. Met in haar nek media en publieke opinie, houdt de minister de zaak nu scherp in het vizier.

Tot besluit van dit hoofdstuk de vaststelling dat disfunctionerende specialisten de kwaliteit van hun vakgroep schaden. Bij voortdurende interne spanning en onenigheid zal een vakgroep geen aantrekkelijke partner zijn voor een samenwerkingsverband. Dus eerst de boel zelf voor mekaar, dan pas denken aan samenwerking. Meer hierover in hoofdstuk 6.

5. Samenwerking tussen organisaties (theoretisch kader)

Dit hoofdstuk richt zich op de theoretische invalshoek van samenwerking tussen organisaties. De vragen die centraal staan zijn: Wat zijn de indicatoren voor een kansrijke samenwerking tussen organisaties?, Welke belemmerende en bevorderende factoren spelen hierin een rol? en Welke rol spelen de raden van bestuur bij de totstandkoming van een samenwerkingsverband?

Eerst brengen we in beeld om wat voor een soort vraagstuk het hier gaat. Dit benaderen we vanuit de theorie over veranderkunde. Vervolgens zoomen we verder in op de theoretische inzichten over samenwerken tussen organisaties. We gaan daarbij dieper in op de indicatoren voor een kansrijke samenwerking tussen organisaties, met de nadruk op de totstandkoming ervan. Ten slotte komt de rol van bestuurders aan bod.

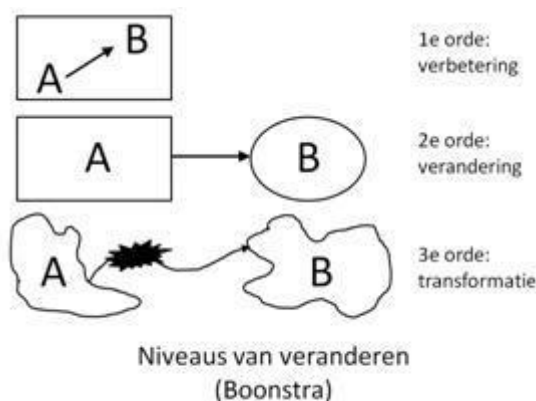
4.1. Veranderkunde

Inleiding

Het fenomeen van taakverdeling, concentratie en spreiding van medisch specialistische zorg is een enorme uitdaging op het gebied van verandermanagement. Deze dynamische context leidt enerzijds tot concentratie van hoogcomplexiteit zorg in meer gespecialiseerde ziekenhuizen. Anderzijds leidt het spreiden en gespreid houden van vooral chronische, acute en electieve zorg tot ziekenhuisvoorzieningen in de buurt van de patiënt. De complexiteit bij dit fenomeen is dat verbanden en belangen in toenemende mate diffuus zijn.

Derde-ordevraagstuk

De noodzaak tot samenwerking tussen organisaties is in de gehele maatschappij aan het toenemen; dat geldt niet alleen voor de gezondheidszorg. De werkelijkheid is veel complexer geworden en daarmee lijkt samenwerking dé oplossing voor veel maatschappelijke vraagstukken. Vanuit veranderkundig perspectief zijn dit complexe vraagstukken. Deze vraagstukken noemt Boonstra derde-ordevraagstukken. Deze onderscheiden zich van verandervraagstukken van de eerste en tweede orde.



Figuur 4. Veranderordes. (Boonstra 2000)

Bij een eerste-ordevraagstuk gaat het om een verbetering binnen een bestaande context. De huidige situatie A is bekend en ook de toekomstige situatie B is bekend (zie figuur 4).

Bij een tweede-ordevraagstuk gaat het om een verandering, een transformatie. De huidige situatie A is bekend, maar de toekomstige situatie B is (nog) onbekend.

Bij een derde-ordevraagstuk gaat het om een transitie. De huidige situatie A is onbekend (er zijn meerdere 'waarheden'), de toekomstige situatie B is onbekend, maar we moeten toch veranderen. Veranderkundig gaan we van A naar B, al ontdekkend en ontwikkelend, juist omdat A noch B helder vaststaat. Het gaat hier om een fundamentele herziening van de manier van organiseren. Op weg naar een onbekende toekomst ontstaan nieuwe vormen van organiseren en worden vernieuwingen in gang worden gezet (Boonstra 2000). Met andere woorden: het gaat niet zozeer om het realiseren van verandering in organisaties, maar om het vormgeven van vraagstukken in ketens en netwerken waarvan verschillende organisaties en organisatieafdelingen onderdeel zijn. De veranderingen grijpen diep in de op de structuur, de technologie, de medewerkers en tenslotte de cultuur van de betrokken organisaties (De Witte 2012).

Urgentie van de eerste stap

Bij veranderkundige vraagstukken zoekt men graag naar snelle stappenplannen. Netjes de stappen aflopen en de verandering wordt gerealiseerd is de gedachte. Verandergoeroe Kotter bedacht zo'n stappenplan. Maar, waarschuwt hij, de eerste stap is daarbij cruciaal. Verandering begint pas met een blijvend **besef van urgentie**. En dat is waar veel organisaties en vooral de mensen in die organisaties niet toe in staat zijn. Zelfgenoegzaamheid, zekerheid, angst en bezorgdheid zijn de natuurlijke vijanden van verandering, aldus Kotter (2008). Dat besef van urgentie is de achtergrond waartegen de regionale samenwerkingsverbanden in de zorg zich vormen. Dit belangrijke aspect komt in het verloop van dit werkstuk verder aan de orde.

4.2. Samenwerking tussen organisaties

Samenwerking tussen organisaties gaat vanuit bedrijfskundig perspectief over samenwerking tussen mensen in relatie tot die organisatie. Samenwerking tussen organisaties kent verschillende vormen zoals een joint venture, samenwerken in een netwerk, een strategische alliantie en de meest vergaande vorm: een fusie. Al deze vormen zijn gericht op het samenwerken over eigen organisatiegrenzen heen. We praten over samenwerking tussen organisaties, het zogenoemde interorganisatorisch samenwerken. Wanneer organisaties die dezelfde activiteiten uitvoeren samenwerken, spreken we van horizontale samenwerking (De Man 2006).

Samenwerking tussen organisaties

Onder samenwerking tussen organisaties verstaan we hier een proces waarin partijen die verschillende aspecten van een probleem zien, op een constructieve manier hun verschillen exploreren en samen zoeken naar oplossingen die verder reiken dan hun eigen beperkte visie van wat mogelijk is (Gray, 1989).

Samenwerken vanuit een strategische keuze

Interorganisatorisch samenwerken is slechts zinvol wanneer het toegevoegde waarde oplevert. Of met andere woorden: een samenwerking moet iets opbrengen voor elk van de betrokken partijen. Dit wil zeggen dat het nut, de zinvolheid en de meerwaarde duidelijk moeten zijn voor elke partij. Bovendien moeten deze partijen ervan overtuigd zijn dat de gestelde doelen slechts door een samenwerking bereikt kunnen worden. Voor een succesvolle samenwerking moeten zij in staat zijn een deel van hun autonomie of resultaatverwachting op te geven in het vertrouwen dat ze er meer voor terugkrijgen (Van den Heuvel en Verbanck 2005).

Samenwerkingsverband

Onder een samenwerkingsverband verstaan we een vorm van samenwerken die ligt tussen complete marktwerking enerzijds en fusies en overnames anderzijds. Bij fusies en overnames gaat (op den duur) de eigen identiteit verloren, in geval van volledige marktwerking zijn er geen gezamenlijke doelstellingen en is er dus geen sprake van een samenwerkingsverband (Duysters 2001).

Succesvol of niet

Samenwerking tussen organisaties blijkt niet eenvoudig. Ongeveer veertig procent van allianties haalt niet haar oorspronkelijke doelstelling en valt twee derde van de gevormde netwerken na verloop van tijd uit elkaar (Boonstra, Duysters, de Man en Neyens 2009). Met fusies is het al niet beter gesteld. Ook daarvan is bekend dat het merendeel van de fusies niet aan de verwachtingen voldoet (Derksen 2011, Bultsma 2004).

Kansrijke samenwerking

Een samenwerking is kansrijk wanneer mensen en organisaties zich met elkaar weten te verbinden. Dit proces doet recht aan de belangen van de stakeholders en is gericht op wat Kaats en Opheij 'betekenisvolle ambitie' noemen. In dit proces geven de samenwerkingspartners betekenis aan een gedeelde nieuwe werkelijkheid. Dit is de nieuwe werkelijkheid die ontstaat bij derde-ordevraagstukken (Kaats en Opheij 2012).

Fasering

Iedere vorm van samenwerking tussen organisaties doorloopt een aantal fasen. Onderzoek naar samenwerkingsprocessen laat zien dat deze min of meer uit gelijke fasen bestaan. Het samenwerkingsproces verloopt van een eerste verkenning op basis van een ontmoeting, een idee of een vraagstuk, via het vormgeven van de oplossingen en tot het exploiteren van de uitkomsten. Kort gezegd moeten partijen komen van samenspraak tot samenwerken. Tegelijkertijd is er altijd sprake van complexe interactie tussen mensen. Dat maakt het doorlopen van die fasen niet vanzelfsprekend. De achtereenvolgende fasen zijn: verkennen, overeenkomen, vormgeven, overeenkomen en uitvoeren & vernieuwen (Kaats en Opheij 2012).

Verkenningfase

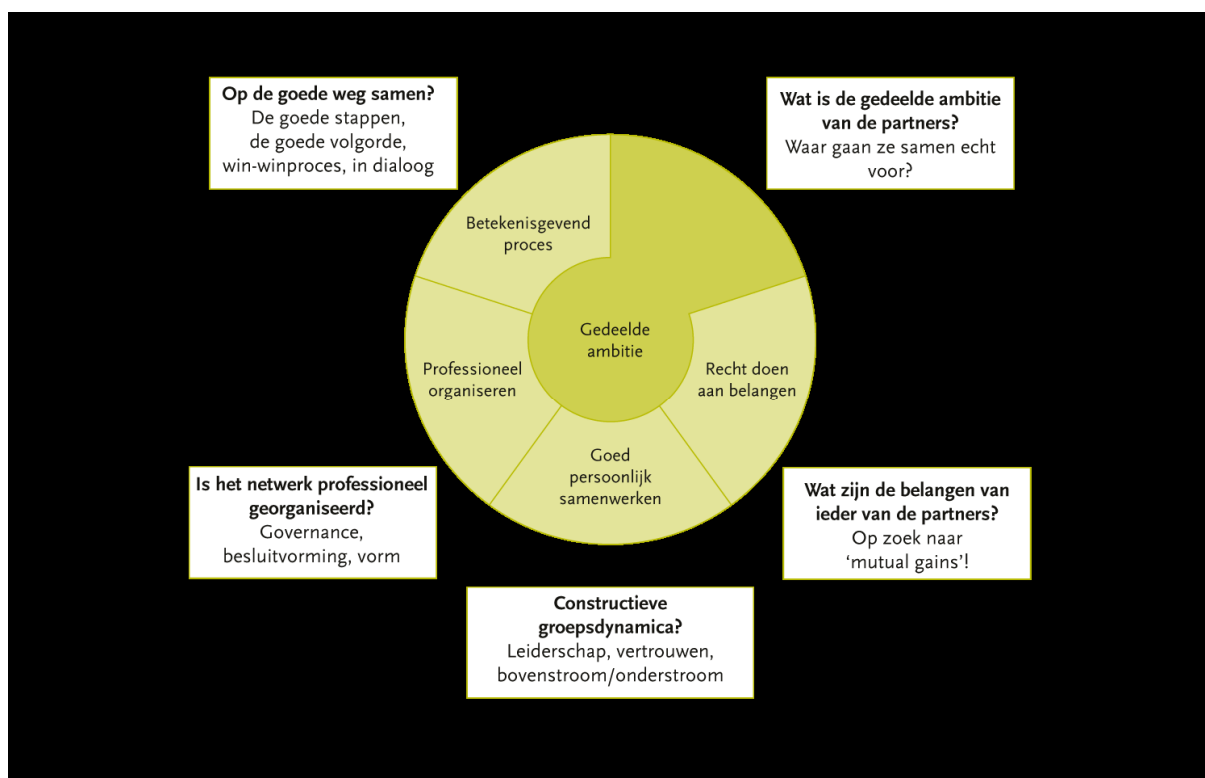
In dit onderzoek richten we ons op de verkennende fase van de samenwerking. Meestal kennen partijen elkaar al voordat er sprake is van een officiële eerste ontmoeting. Die voorfase behoort in dit onderzoek ook tot de verkennende fase. In de verkennende fase gaat het in de eerste plaats om de vraag of partijen belangstelling hebben om samen te werken, inzicht te krijgen in de elkaars standpunten en belangen. In deze fase wisselen partijen beelden uit die ze bij het vraagstuk hebben, praten over kansen, oplossingen en de vorm waarin ze de willen samenwerken. De verkennende fase eindigt met een besluit: 'Ja, we willen samen verder' of 'Nee, we doen het (nog) niet.'

4.3. Het kijkglas voor kansrijke samenwerking

Samenwerken heeft een positieve connotatie, maar blijkt in de praktijk niet eenvoudig. Er zijn al vele pogingen ondernomen om samenwerkingsvraagstukken te modelleren. Dat heeft interessante en bruikbare instrumenten opgeleverd. Kaats en Opheij hebben op basis van al die kennis en jarenlange ervaring met samenwerkingsvraagstukken een kijkglas ontwikkeld. Het kijkglas is een instrumentarium om het samenwerkingsvraagstukken in hun complexiteit te doorzien en te besturen. Het kijkglas kan als gemeenschappelijke bril worden gehanteerd. Waardoor het mogelijk is dat elk van de partijen een samenhangende manier van kijken hanteert.

Het kijkglas gaat uit van vijf domeinen waarin aan ieder samenwerkingsproces voldoende aandacht voor moet zijn: ambitie, belangen, relatie, organiseren en proces. Kaats en Opheij gaan ervan uit dat samenwerking tussen organisaties kansrijk is als er recht wordt gedaan aan de vijf domeinen binnen het kijkglas.

In dit onderzoek hanteren we dit kijkglas als 'onderlegger' bij de zoektocht naar de belemmerende en bevorderende factoren bij de totstandkoming van de samenwerking. Het is een onderdeel van de kapstok waaraan de interviews met de tien medisch specialisten aan worden ophangen.



Figuur 5. Een samenhangende kijk op samenwerkingsverbanden (Kaats & Opheij 2012)

4.4. Werken aan een gedeelde ambitie

Het eerste domein van het kijkglas is werken aan een gedeelde ambitie. Organisaties gaan niet zomaar samenwerken. De samenwerking moet iets opleveren. Wat het moet opleveren kan verschillen per samenwerkingsverband en per partij die bij dat samenwerkingsverband betrokken is (Kaats en Opheij 2012). Eén van de meeste gemaakte fouten is dat organisaties gaan samenwerken zonder na te denken hoe de samenwerking kan bijdragen aan de door de samenwerking nagestreefde doelen. Bij het ontwikkelen van *een gedeelde ambitie* moet een doel worden gesteld dat enkel door de samenwerking bereikt kan worden en niet door elk van de partijen afzonderlijk (De Man 2006).

Bij het definiëren van het begrip *gedeelde ambitie* sluiten we aan bij wat Weggeman noemt collectieve ambitie. Bij een collectieve ambitie gaat over de missie, de visie, de strategie en de doelen die breed gedragen, nagestreefd en nageleefd worden. Een collectieve ambitie is meer kwalitatief dan kwantitatief van aard, stelt Weggeman. De organisatie stelt zich de vraag waarom ze er is, wat het betekent voor de omgeving als ze ophoudt te bestaan. Het is een zoektocht naar de uniciteit van de organisatie (Weggeman 2006). Een gedeelde ambitie, zo leert de ervaring, werkt inspirerend, spreekt tot de verbeelding, geeft richting en is daardoor hét bindmiddel in de samenwerking (Kaats & Opheij).

Toch is in vrijwel alle samenwerkingsverbanden het een enorme zoektocht is om te komen tot een gedeelde ambitie. Op hoofdlijnen weten partijen elkaar meestal snel te vinden, maar het operationaliseren en concretiseren van die ambitie is over het algemeen een taai proces (Kaats en Opheij).

Het blijkt dat *spraakverwarring* tussen partijen hierbij een van de grootste problemen is. Niet verschil van inzicht over de inhoud, maar juist verwarring door verschillen in taal, verwachting en perceptie is vaak het probleem (Noordergraaf en Van der Steen 2001).

Schruijer en Vansina zeggen hierover dat partijen eigenlijk bij aanvang helderheid over de doelen van de samenwerking verwachten. Maar die illusie moeten partijen snel opgeven. Partijen kennen immers elkaars percepties niet, en om te komen tot een gedeelde ambitie zijn *tijd*, *inzet* en *geduld* vereist. Bij het ontwikkelen van die ambitie is de samenwerking reeds begonnen (Schruijer en Vansina 2007). 'Gewoon beginnen' is dan ook vaak het devies. Dit kan leiden tot kleine successen die moed geven om door te gaan (Kotter).

4.5. Recht doen aan belangen

Het tweede domein van het kijkglas is recht doen aan belangen. Bij samenwerking is het de kunst recht te doen aan de belangen van de verschillende partijen. Het doel is om in de beginfase inzicht te krijgen in de belangen van betrokken partijen. Er zijn denk- en onderzoekstradities waarin dit denken in belangen centraal staat. Dat is de wereld van onderhandelen.

In de ‘aftastfase’ wordt vaak onderhandeld op basis van standpunten (distributief). Een standpunt is een mening of een zienswijze. Iemand kan zijn standpunt relatief snel en gemakkelijk veranderen op het moment dat een nieuw argument wordt aangedragen waardoor hij een andere kijk op het geheel krijgt. Er wordt dan rijkelijk gestrooid met argumenten om de andere partij van een standpunt af te brengen of juist van een ander standpunt te overtuigen. Bij distributieve onderhandelingen blijven de betrokken partijen veelal bij hun eigen standpunten en gebruiken het onderhandelen om de ‘taart te verdelen.’

Het komt ook voor dat er niet of nauwelijks is gecommuniceerd over de belangen in de beginfase. Vaak stomen de partijen meteen door naar het convenant of een contract. Bijna zonder uitzondering loopt een dergelijk samenwerkingsproces op den duur vast. Wanneer belangen onvoldoende uitgesproken en begrepen worden leidt dit vaak onverwachts tot frustrerend en (impliciet) defensief gedrag. Tegenwerking of langdurige discussie over de meerwaarde van de samenwerking kan het gevolg zijn. Ook kan dit zich vertalen in beperkte betrokkenheid tijdens de uitwerkingsfase (Hartman en Westerveel 2012).

Beter is om te onderhandelen op basis van belangen (integratief). Een belang is een (im)materieel werkbaar positief nastreefbaar doel (Krens 2010). Bij integratief onderhandelen ga je op zoek naar de overwegingen van de ander. Dat gebeurt door samen de relevante informatie op tafel te krijgen en de belangen, normen en waarden achter de standpunten te achterhalen. Vragen die centraal staan zijn: Hoe komen we tot overeenstemming die recht doet aan alle belangen? Wat zouden de echte spannende onderwerpen zijn waarop het weleens zou kunnen afketsen?

Pas wanneer je van de ander weet waar het echt om draait, kun je met hem meedenken. Hierdoor ontstaan openingen en gaan partijen op zoek naar nieuwe mogelijkheden. Bij integratieve onderhandelingen werken partijen toe naar een situatie met wederzijds voordeel.

4.6. Goed persoonlijk samenwerken

Bij samenwerking gaat het zowel om inhoudelijke argumenten als om persoonlijke verhoudingen en relaties. Samenwerking is altijd een samenspel van mensen die al dan iets niet willen.

In omgevingen met een sterk inhoudelijk en technische oriëntatie is de aandacht voor het individuele, persoonlijke en relationele aspect van de samenwerking vaak beperkt. Dan komt het voor dat relaties niet tot ontwikkeling komen of dat relaties langzaam maar zeker instabiel worden. Er ontstaat dan een onderstroom van gevoelens en die leidt dikwijls tot een dynamiek die de samenwerking niet ten goede komt (Kaats en Opheij).

Bovenstroom en onderstroom

Samenwerkingsprocessen spelen zich deels aan de oppervlakte (bovenstroom) af en deels onder water (onderstroom). De bovenstroom is het zichtbare, bewuste en inhoudelijke deel van het samenwerkingsproces. Maar is er altijd een onderstroom die meeloopt.

De minder zichtbare onderstroom is het domein van subjectieve betekenissen, emoties en relaties. Het grootste deel van de samenwerkingsvraagstukken is gericht op de bovenstroom. De onderstroom speelt doorgaans een rol als het gaat om 'weerstand' te doorbreken of die voor te zijn. Voor een succesvolle samenwerking is het van belang om die onbewuste processen te herkennen en te benutten (Van de Loo, 2007).

Beemer, Camps en Kastelein (2007) zoeken de verklaring voor 'de moeilijkheden' in de beginfase vooral in de onbekendheid van professionals met dit soort samenwerkingsprocessen. De meeste professionals zijn volgens hen van oudsher weinig extern georiënteerd. Ze ontlelen hun legitimatie aan hun inhoudelijke professionaliteit en niet zozeer aan de meerwaarde die ze leveren ten opzichte van anderen. Het gevolg is dat ze niet zomaar in staat zijn tot samenwerken over eigen organisatie grenzen heen. Want voor het nieuwe samenwerkingsverband moeten ze hun professionele waarden en uitgangspunten delen. Beemer zegt dat de combinatie van ontzag voor andermans professionaliteit met een cultuur van wederzijdse afstemming in de eerste fase van samenwerking leidt tot vrijblijvendheid en besluiteloosheid (Beemer et al. 2007).

Organisatiecultuur

Vaak wordt gezegd de fusies mislukken omdat er sprake zou zijn van 'botsende' organisatieculturen. Onder organisatiecultuur verstaan we hier: alle gemeenschappelijke en als vanzelfsprekend ervaren veronderstellingen die een organisatie in de loop van zijn bestaan heeft geleerd (Shein 2006).

Cultuur verwijst naar de manier waarop medewerkers onbewust met elkaar omgaan en kan het simpelst worden omschreven als: 'zo zijn onze manieren'. Cultuur is het onzichtbare bindmiddel tussen mensen. In bepaalde situaties houden organisaties zich te sterk vast aan hun eigen denkbeelden, terwijl de nieuwe situatie juist vraagt om een nieuwe cultuur (Straathof 2009).

De vraag is hoe je tot een nieuwe organisatiecultuur komt. Quinn en Cameron zeggen dat cultuur waarneembaar en meetbaar is, en daarmee dus in beeld te brengen. Als je de verschillen kent, kun je pas bouwen aan een nieuwe cultuur: 'Het is als een brug bouwen terwijl je erover loopt' (Cameron en Quinn 1999).

Machtsverschillen

Een ander aspect waar partijen bij de totstandkoming van een samenwerkingsverband mee te maken krijgen, zijn machtsverschillen. Machtsverschillen tussen de betrokken partijen zijn van grote invloed op de kwaliteit en de mogelijkheden van interactie. Het gedrag van partijen is vaak gekleurd door het ervaren ongemak met de verschillen in macht en is een structurerende drijfveer in interpersoonlijke relaties. Partijen ontlelen macht aan verschillende bronnen (status, reputatie, beslag op middelen, bezetten belangrijke positie). Macht en invloed worden op uiteenlopende manieren volgens

verschillende stijlen uitgeoefend. *Macht* is het vermogen van personen of groepen om derden zich anders te laten gedragen. *Invloed* is het vermogen om derden zich op voorhand anders te laten gedragen (Roo 2012). Om de samenwerking kansrijker te laten zijn, is een belangrijke spelregel dat 'de machtigste' partij zich terughoudend opstelt. Hierdoor bouw je aan vertrouwen in de interpersoonlijke relatie (De Bruijn en Ten Heuvelhof 2004).

Vertrouwen

Het is niet vanzelfsprekend en zelfs onwaarschijnlijk dat er aan het begin van een samenwerkingsproces al sprake is van (volledig) vertrouwen. Vertrouwen moet in de loop van het proces van samenwerking groeien. Het is onvermijdelijk dat er dingen gebeuren die verrassend zijn of in potentie het vertrouwen uithollen. Essentieel is dat partijen begrijpen waar de anderen mee bezig zijn en hoe de dingen passen in hun context. Daarvoor openstaan, ernaar vragen en erover vertellen is cruciaal om het vertrouwensreservoir te vergroten (Kaats en Opheij).

Competentie en intentie

Van groot belang bij samenwerking is het onderscheid tussen vertrouwen in competentie en vertrouwen in intentie. Competentie houdt in dat de je verwacht dat de andere partij technisch instaat is om aan de verwachtingen te voldoen. Intentie houdt in dat men vertrouwt dat de ander zich er ook voor inzet om naar beste kunnen aan de verwachtingen te voldoen. Bij gebrek aan competentie zullen partijen anders handelen (betere instructie, betere opleiding, andere taakverdeling) dan bij gebrek aan intentie (meer beheersing, strakker contract of toezicht, dreiging met sancties) (Buitendijk, Hoekstra en Timmerman 2008).

Leiderschap

Een ander aspect dat nodig is voor een succesvolle samenwerking is *leiderschap*. Zonder leiderschap ontstaat er twijfel en stagnatie. Leiderschap is nodig voor adequate regie en om de samenwerking 'op de kaart' te krijgen en te houden. Gebleken is dat het bij het kiezen van een leider hiërarchische principes niet toereikend zijn of zelfs contraproductief. Het moet een leider zijn het vermogen heeft tot verbinden. Dit type leider, zegt Schruijer, maakt macht- en statusverschillen tussen partijen zo klein mogelijk en heeft aandacht voor wederzijdse afhankelijkheid en het waardeert de verschillen. Deze leiders hebben geen formele autoriteit en proberen die ook niet te bereiken. Het is 'gegrond' leiderschap (Schruijer en Vansina 2007).

4.7. Professioneel organiseren

Professionals raken in de praktijk vaak gaandeweg betrokken bij samenwerking met andere organisaties. De samenwerking overkomt hen, stelt Königs. Ineens voldoen het diploma en alle ervaring niet meer. Ook de positie van het eigen organisatie verandert. De nieuwe realiteit dwingt tot samenwerking.

Om samen te werken zijn aanvullende competenties nodig. Deze *soft skills* blijken voor menigeen lastig te verwerven. Complicerend is dat samenwerking in veel gevallen voor alle deelnemende partijen nieuw is. Zij treffen elkaar samen aan in een zoekend proces, dat lijkt op F'jes-voetbal maar dan zonder vaders langs de kant (Königs 2007).

Bij samenwerking van dergelijke onervaren partners zien we vaak 'onderorganisatie'. Deze vertaalt zich in onheldere verantwoordelijkheden, beperkte sturing en plichtmatig overleg. Kortom, er is behoefte aan spelregels en afspraken. Spelregels kunnen heel praktisch van aard zijn. Ze gaan over vormen van overleg of besluitvorming, wie doet wat etc. Formuleren van spelregels in de beginfase geeft houvast om vertrouwen op te bouwen.

Daarbij zijn twee zaken belangrijk. Ten eerste: beperking van de hoeveelheid regels. Ten tweede: het

is raadzaam om spelregels, de coördinatie en normering zelf in handen te houden (Gray 1989). In dat geval zijn partijen bereid om de afspraken na te komen (Bruijn ten Ten Heuvelhof 2004).

Bij de ontwikkeling van een samenwerkingsverband van enig belang en van enige omvang is het aan te raden een stuurgroep en kernteam te formeren. Deze dragen zorg voor regie en uitwerking. De stuurgroep zal bij het doordenken van het proces inhoud moet geven aan de vier kernelementen van het procesontwerp, te weten: openheid, bescherming van kernwaarden, voortgang en inhoud (Kaats en Opheij 012).

4.8. Vormgeven van een betekenisgevend proces

Een belangrijke vraag die bij de totstandkoming van een samenwerkingsverband speelt is: hoe pakken we het aan? Hierin zijn twee stromingen te onderscheiden: *projectmanagement/programmamanagement* en *procesmanagement*.

Projectmatige aanpak

Bij de projectmatige aanpak wordt de totstandkoming van een samenwerkingsverband wordt gezien als een *project*, waarin werkzaamheden en beslissingen in plannings worden uitgezet. Vaak overheerst een beheersmatige optiek. Een lineaire gang van zaken waarin gestuurd wordt op producten en resultaten. Inhoud staat voorop. Alle aandacht gaat uit naar de 'deal', want daarmee wordt het geld verdiend. Het vooraf gestelde doel moet worden bereikt met zo weinig mogelijk oponthoud en gedoe. Toeval dient zoveel mogelijk vermeden te worden en irrationeel gedrag is niet welkom. Stagnatie en conflict leiden alleen maar tot tijdverlies. De aandacht gaat uit naar oplossingen, niet zozeer naar het verloop van het proces (Bultsma 2004). Met andere woorden: de klus moet geklaard.

Procesmatige aanpak

Meerdere auteurs stellen dat samenwerking pas tot stand komt door de inrichting van een goed proces. (Bruijn en Ten Heuvelhof (2004) en De Man (2006). Bij een procesmatige aanpak gaat het in eerste instantie om vragen als: hoe komen we op een goede manier in gesprek en tot overeenstemming? Hoe zorgen we voor voortgang in het proces zonder al teveel door te duwen en de partijen in dat proces verliezen? Hoe bewaken we met elkaar de kwaliteit van de interactie? Hoe komen we tot een goed resultaat zonder het doel uit het oog te verliezen?

Het is de kunst om gedurende het proces de inhoud steeds verder te verdiepen en te verduidelijken: Waar gaat het over, wat is de gemeenschappelijke analyse? Welke kaders en uitgangspunten kiezen we, welke alternatieven zijn er, hoe waarderen we die alternatieven, welke keuze maken we? Wat zijn inspirerende voorbeelden, wat kunnen we daarvan leren? Wat willen we perse niet?

Dat is allemaal werken aan de inhoud. En door het samen te doen, werk je aan betekenisgeving, in denken en doen. Juist dat werken aan de inhoud is cruciaal om partijen bij elkaar te brengen en in het proces te komen tot keuzes en voortgang.

Eigenlijk wordt er bij een procesmatige aanpak nooit een punt gezet, maar is er steeds sprake van een 'puntkomma': het samenwerkingsproces gaat altijd door (Kaats en Opheij 2012).

4.9. De invloed van de raad van bestuur

Eerder spraken we al over de rol en verantwoordelijkheid van de raad van bestuur bij samenwerking tussen medisch specialisten binnen de muren van het eigen ziekenhuis. In deze paragraaf gaan we op zoek naar de invloed van bestuurders bij de totstandkoming van een samenwerkingsverband tussen organisaties. We maken hierbij gebruik van theoretische invalshoeken over leiderschap en onderzoek hieromtrent.

Uit onderzoek van Kaats en Opheij blijkt dat het uitermate moeilijk wordt een samenwerkingsverband tot stand te brengen en duurzaam goed te laten functioneren als het geen steun heeft van bestuurders. Overigens loopt het niet vanzelfsprekend goed wanneer deze steun er is. Onderzoek naar de betekenis van bestuurders in samenwerkingsverbanden heeft de volgende resultaten opgeleverd:

Bestuurders blijken van grote betekenis te zijn voor het aangaan van, vormen en onderhouden van samenwerkingsverbanden. Een bestuurder handelt weliswaar vanuit het belang van de organisatie en is gevoelig voor zijn omgeving maar persoonlijke beweegredenen spelen een belangrijke rol. Rationele argumenten vormen slechts en beperkt deel van de bestuurlijke beweegredenen voor samenwerken.

Rationele argumenten spelen vooral op het podium, want bestuurders weten dat daar het verhaal in rationele termen verteld moet worden. Op de Bühne moet het verhaal rond zijn want verhalen maken de werkelijkheid. Retoriek neemt bij bestuurders dus een uiterst belangrijke plaats in. Het is een van de kerncompetenties van bestuurders die als schoolvoorbeeld voor samenwerken welbespraakt anderen stimuleren, overtuigen, meenemen, enthousiasmeren en retorisch inspelen op de positieve connotatie van samenwerken.

Persoonlijke beweegredenen hebben betrekking op macht, de beste willen zijn, autonomie, een prestatie willen leveren, engagement, angst, spijt, vertrouwen, persoonlijke klik, gezien willen worden en persoonlijke reputatie.

Bestuurders die nauw betrokken zijn bij samenwerkingsverbanden, drukken zichtbaar hun stempel en doen hun eigen belang gelden. Zij beïnvloeden dus de context, zowel in de sector als van de eigen organisatie. Die context beïnvloedt weer de opstelling van de bestuurder. Uit het onderzoek blijkt dat bestuurders binnen de context voor zichzelf een speelruimte afbakenen waar zij hun gang kunnen gaan en met 'leuke dingen met leuke mensen' een bijdrage leveren aan persoonlijke en organisatiedoelstellingen. Binnen die speelruimte ligt hun macht. Hierbuiten is hun persoonlijke handelingsvrijheid beperkt. De spelregels en normen van de context zijn daar bepalend (Kaats en Opheij 2008).

In het kader van leeronderzoek is het vraagstuk van 'macht en speelruimte' interessant. Uit hoofdstuk 3 blijkt immers dat veel ziekenhuizen toegroeien naar meer betrokkenheid van de professional bij het ontwikkelen van de strategische koers. Voor de medisch specialist is een sleutelrol weggelegd bij het herinrichten van het zorglandschap. De vraag is in hoeverre bestuurders bereid zijn om die speelruimte met de professional te delen. In hoeverre is de bestuurder zich ervan bewust dat medisch specialisten onontbeerlijk zijn om de ziekenhuisstrategie uit te voeren.

Andersom geldt: in hoeverre zijn medisch specialisten in staat om effectief mee te besturen. De veranderende rol vereist kennis van het zorgstelsel, begrip van doelmatigheid, kosten en bedrijfsvoering en leiderschapscompetenties (OMS 2012).

Het succes van een organisatie hangt sterk af van het gedrag van de leider(s) en de effectiviteit waarmee zij de mensen in de organisatie weten aan te zetten tot presteren, te motiveren en te inspireren. De effectieve bestuurder moet kunnen schakelen in zijn gedrag, levelen met zijn medewerkers, snorkelen om de onderstromen in zijn organisatie te ervaren en verbinden om zijn visie uit te dragen (Moen en Ansems 2006).

4.10. Afsluitende conclusie

Samenwerken tussen organisaties is een complex derde-ordevraagstuk. Volgens Kotter staat of valt de motivatie om te veranderen met het inzien van de noodzaak ervan.

In een succesvol samenwerkingsproces komen partijen door onderlinge interactie tot gedeelde ambitie. Partijen gaan op zoek naar elkaars belangen door interesse te tonen en in gesprek te gaan. Inzicht in elkaars belangen vergroot de taart. Vertrouwen is de smeeroil van ieder samenwerkingsverband. Dat vertrouwen is bij aanvang niet altijd aanwezig, maar er valt wel aan te werken. De 'machtige' partij kan het vertrouwen vergroten door zich terughoudend op te stellen. Fusies mislukken vaak omdat er sprake is van 'botsende culturen'. Cultuurverschillen zijn wel overbrugbaar, mits ze inzichtelijk zijn. Ook is er 'gegund leiderschap' nodig om de samenwerking tot stand te brengen. Spelregels en een procesmatige aanpak stimuleren de samenwerking. Adequate aandacht voor de relationele kant maakt de samenwerking robuust.

6. Opzet en verantwoording van het onderzoek

In dit hoofdstuk staat de opzet en de verantwoording van het onderzoek centraal.

5.1. Onderzoeksstrategie

Het onderzoek is praktijkgericht en zal een bijdrage leveren aan de totstandkoming van een regionaal samenwerkingsverband van medisch specialistische vakgroepen. Praktijkgericht onderzoek is in eerste instantie niet gericht op theorieontwikkeling, maar op het oplossen van praktische problemen waar professionals in de praktijk tegen aan lopen. Bij praktijkgericht onderzoek gaat het om een vraagstelling die uit de praktijk komt of daar direct relevant voor is.

Dit leeronderzoek betreft een kwalitatief onderzoek. Het interview is in kwalitatief onderzoek een van de meest gebruikte methoden van dataverzameling. In een kwalitatief interview zoekt de onderzoeker, binnen het kader van het onderzoeksdoel, aansluiting bij de eigen beleving van de respondent. In dit kwalitatief onderzoek gaat het om verkennen en beschrijven van een fenomeen in de volle breedte en diepte (Baarda, de Goede en Teunissen 2009).

5.2. Onderzoeksoptiek

De onderzoeksoptiek vormt het zoeklicht waarmee de onderzoeker naar de onderzoeksobjecten kijkt. De objecten van onderzoek zijn medisch specialisten die deel uitmaken van een vakgroep die de verkenningsfase van de samenwerking achter de rug hebben of al zijn opgegaan zijn in een regiomaatschap. Het onderzoek richt zich op hun bevindingen (ervaringen) met betrekking tot de belemmerende en bevorderende factoren in de fase voorafgaande aan het samenwerkingsbesluit ('verkennende fase').

5.3. Onderzoeksmateriaal

Selectie van objecten van onderzoek

Kwalitatieve onderzoeken bestuderen doorgaans een relatief klein aantal onderzoekseenheden, die meestal selectief gekozen zijn. Voor dit onderzoek is gebruikgemaakt van in meer of mindere mate 'onvoorziene of toevallige kansen en ontmoetingen met personen die via hun netwerk respondenten benaderen en voordragen' (Ploch en van Zwieten 2007), maar daarbij is wel selectief te werk gegaan.

Uit alle contacten heeft de onderzoeker tien respondenten geselecteerd. De geïnterviewden zijn allen in staat te reflecteren op de verkennende fase. Bij die selectie is gekeken naar de tijd die sindsdien is verstreken, variërend van onlangs (van één tot vijf maanden geleden) afgerond tot een aantal jaren. Deze variatie voorkomt dat onderzoeksresultaten afhankelijk zijn van mogelijke nadelen van 'er nog te dicht op zitten' enerzijds en 'te lang geleden' anderzijds.

Met geen van de respondenten heeft onderzoeker eerder contact gehad of heeft anderszins belangen.

De geïnterviewde tien medisch specialisten zijn als volgt in te delen:

Fase in de samenwerking (zes-vier)

Zes respondenten behoren tot de categorie die de verkennende fase van de samenwerking achter de rug hebben, maar nog niet zijn opgegaan in een regiomaatschap. Voor alle zes geldt dat de contacten met de andere vakgroep niet meer dan vijf maanden oud zijn. Voor hen ligt de verkennende fase dus nog vers in het geheugen. Zij kunnen helder voor de geest halen wat er precies is gezegd en gebeurd in deze fase.

Vier respondenten behoren tot de categorie die al onderdeel uitmaken van een regiomaatschap. Voor twee van hen geldt dat de regiomaatschap meer dan vier jaar geleden is gevormd. Voor de andere twee is dat minder dan vier jaar geleden. Alle vier kunnen inmiddels de gevolgen goed overzien, de relevante aspecten onderscheiden, verbanden leggen en beschouwend terugkijken op de verkennende fase.

Grootte van de vakgroep (drie-drie -vier)

Over de grootte van de vakgroepen (aantal medisch specialisten) het volgende: drie medisch specialisten komen uit een vakgroep die grotere is dan de samenwerkingspartner (meer dan drie medisch specialisten verschil), drie maken deel uit van de 'kleinere partij' en bij vier ging het om getalsmatig nagenoeg gelijkwaardige partners.

Maatschap versus Vakgroep (acht -twee)

Acht respondenten maken deel uit van een maatschap (vrij gevestigd) en twee van een vakgroep (loondienst).

Gemene deler

Wat hebben de tien medisch specialisten met elkaar gemeen? Eigenlijk niets. Ze komen uit verschillende ziekenhuizen, kriskras door het land. Ze werken in verschillende specialismen. Het zijn mannen en vrouwen; sommigen jong (onder de veertig) en sommigen wat ouder (boven de 55 jaar). Eén ding hebben ze wel gemeen: ze waren allemaal bereid om openhartig te spreken over dit onderwerp. Daarbij schuwden ze niet om ook hun eigen rol kritisch te beschouwen. Met andere woorden, stuk voor stuk bevlogen en reflectieve artsen die voor dit onderzoek hun kennis en ervaring betreffende *samenwerking met de vakcollega's in de regio* graag wilden delen.

Vertrouwelijkheid

Samenwerking – en de totstandkoming en de waardering ervan – is een precair proces. De tien medisch specialisten die zijn geïnterviewd, hebben in het belang van het onderzoek het achterste van hun tong laten zien. Met het oog op hun positie in een 'kleine wereld' worden zij **niet** met naam en toenaam genoemd. Hun identiteit en enkele relevante bijzonderheden zijn bekend bij de hoogleraar.

5.4. Aard van de interviews

Methode van dataverzameling

Individuele diepte-interviews leveren een breed en diep inzicht op in het individuele perspectief van de respondent. De interviews helpen bij het ontrafelen van diens denkwijzen, redeneringen, persoonlijke context. Omdat interviews gericht zijn op het verkrijgen van inzicht in de persoonlijke beleving van respondenten, is het belangrijk de antwoorden van respondenten zo nauwkeurig mogelijk te registreren. Bij kwalitatieve interviews is het gebruikelijk geluidsopnames van het gesprek te maken. Na afloop kunnen die woordelijk worden uitgetypt, waarna de transcripten kunnen worden geanalyseerd. Bij diepte-interviews is een nauwkeurige registratie van de precieze bewoordingen van de respondenten uiteraard belangrijker dan bij de meer gestructureerde vormen van interviews, waarbij de antwoorden in vooraf bepaalde categorieën worden ingedeeld.

Vooronderzoek

Het vooronderzoek achterhaalt ervaringen en inzichten van verschillende betrokkenen rondom het thema 'regionale samenwerking tussen medische vakgroepen'. Ik heb interviews gehouden met twee ziekenhuisbestuurders, twee stafvoorzitters, vier medisch specialisten en twee (externe) projectbegeleiders. Ook heb ik gesproken met prof. dr. H.B.M. Molleman van de Rijksuniversiteit Groningen, faculteit Economie en Bedrijfskunde.

5.5. Reikwijdte

Hoe 'zwaar' weegt dit onderzoek? Hoever reikt het? Het heeft in ieder geval geen wetenschappelijke pretenties.

Onder de reikwijdte versta ik het geheel van zaken in de werkelijkheid waarop de kennis uit het onderzoek betrekking heeft. Dat is met alle slagen om de arm toch de wereld van de medische vakgroepen die staan voor de uitdaging om een regionale samenwerking aan te gaan.

De personen die ondervraagd zijn over de 'objecten van onderzoek' (medische vakgroepen), waren welwillend, open en transparant. Zij spraken zonder dat zij door belangen werden belemmerd, met de garantie van anonimiteit. Zij verschaften logisch kloppende informatie, die ook onderlinge samenhang vertoont. Op diverse locaties, onafhankelijk van elkaar, zien we soortgelijke verhalen, beleving en conclusies. Er is formeel geen sprake van validiteit, maar ik vermoed dat elders gelijksoortige ervaringen zijn. Dit vergroot de waarde van de conclusies en de aanbevelingen, die geformuleerd zijn als praktische handreikingen voor medische specialisten die aan de vooravond staan van een samenwerkingsverband.

Geen wetenschappelijk onderzoek, wel een indicatie waar anderen mee verder kunnen. Onderzoekers, maar ook de beroepsgroep zelf. Het thema *samenwerking in de zorg* is blijvend actueel. Vele medische vakgroepen staan aan de vooravond van samenwerking, te midden van een steeds gecompliceerder krachtenveld, wetende van de soms heftige en verstrekkende debacles elders. Dat wil je toch niet meemaken!

Dan maar niet samenwerken? Ze zullen wel moeten. Kijkend naar patronen, lerend van andermans ervaringen, luisterend naar tips, in de verkennende fase al op de hoogte van belemmerende en stimulerende factoren, is de kans op succes in de toekomst groter.

De rol van de onderzoeker

Centraal in de analyse bij kwalitatief onderzoek staat de systematische interpretatie van het bestudeerde fenomeen. De onderzoeker doet zelf de waarnemingen en interpreteert in het licht van de onderzoeksvraag wat deze waarnemingen betekenen. Daarmee is de onderzoeker waarnemings- en analyse-instrument tegelijk. Hij (in dit geval 'zij') krijgt daarmee per definitie een centrale rol in het onderzoek. Reflexiviteit (onderkennen en beschrijven van de invloed van de onderzoeker op de onderzoeksresultaten) neemt in kwalitatief onderzoek daarom een belangrijke plaats in.

Deze 'dubbelrol' van de onderzoeker wordt minder een beperking naarmate de onderzoeker deze zelf helder voor ogen heeft (Baarda, de Goede en Teunissen 2009). Ik heb daarom geprobeerd mij hiervan steeds bewust te blijven.

7. Analyse veldonderzoek

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal: Welke belemmerende en bevorderende factoren spelen in de praktijk in de verkenningsfase van de samenwerking een rol? Aan de hand van tien diepte-interviews zijn de meest voorkomende factoren in kaart gebracht. Deze komen in paragraaf 6.1 en 6.2 aan bod. In paragraaf 6.3 worden andere opvallende zaken weergegeven. Een nadere analyse van de interviews levert paragraaf 6.4. een indeling in drie relatietypen op die voorafgaand aan de samenwerking zijn te onderscheiden. Ten slotte volgt uit de analyses een afsluitende conclusie van het veldonderzoek die in paragraaf 6.5 staat weergegeven. In hoofdstuk 7 komen de aanbevelingen in de vorm van effectieve interventies om de kansen op een succesvolle samenwerking te vergroten aan bod.

6.1. Belemmerende factoren

Deze paragraaf beschrijft de meest voorkomende belemmerende factoren. Uit de interviews blijkt dat dit in de verkennende fase zijn:

1. Gebrek aan vertrouwen
2. Gedoe over geld
3. Verdeeldheid binnen de eigen vakgroep
4. (Vermeende) machtsongelijkheid en/of (vermeende) cultuurverschillen
5. Gebrek aan de noodzaak van samenwerking.

6.1.1. Gebrek aan vertrouwen

Vertrouwen en samenwerking blijken geen vanzelfsprekendheden. Uit de interviews kwam meerdere malen en op verschillende wijzen – *gebrek aan vertrouwen in de andere vakgroep* – terug.

Een vakgroep kan gebrek aan vertrouwen hebben in de andere partij omdat één of meer collega's van die andere vakgroep disfunctioneren. Het betreft dan professioneel disfunctioneren ('op zorginhoud'). Met andere woorden: een collega die niet vakbekwaam is. Hier bleek eens te meer hoe klein de (regionale) zorgwereld is. Men weet dit bijvoorbeeld via een regionaal huisartsenoverleg waar klachten van patiënten worden besproken. Andere bronnen zijn commissies, bij- en nascholing. De ernstige gevallen zijn bekend omdat klachten tot een tuchtrechtzaak hebben geleid.

Het kan ook dat artsen geen vertrouwen hebben omdat ze via de dergelijke bronnen 'weten' dat er binnen de andere vakgroep een collega is die bekendstaat als 'slechte samenwerker'. Hier werd opgemerkt: 'Met die collega valt gewoon niet samen te werken', 'Hij is oncollegiaal', 'Eigenwijs', 'Een superego', 'Bij zo'n figuur durf je niet aan te kloppen' en 'Ik zie er tegenop dat hij bij ons in de vakgroep komt.' Met andere woorden: in de andere vakgroep zit een collega die je er om bepaalde persoonlijke eigenschappen (zelfbeeld, gedrag, communicatieprobleem) niet graag bij hebt.

Het komt voor dat vakgroepen die zich oriënteren op samenwerking in de voorgaande jaren met elkaar hebben 'moeten' concurreren. Dat concurreren is volgens de respondenten iets wat zij niet 'van nature' hebben, integendeel. Door de raad van bestuur zagen zij zich gedwongen hun collega's elders als concurrenten te zien en hiernaar te handelen. Het devies was: 'adherentie vergroten!'. Het vertrouwen in elkaar kan hierdoor zijn aangetast. Uit de interviews blijkt dat dit probleem eenvoudig te overkomen is. De sleutel daarbij is om het er samen over te hebben.

6.1.2. Gedoe over geld

De tweede belemmering die medisch specialisten ervaren in de verkenningsfase van de samenwerking is *gedoe over geld*.

Het blijkt dat vakgroepen voorafgaand aan de eerste besprekingen veel speculeren over de inkomsten van de andere partij. Ze proberen een inschatting te maken over de verdiensten van de ander. Wat daarbij opvalt is dat vakgroepen die zichzelf hoger inschatten zich realiseren dat samenwerking wellicht minder inkomsten voor henzelf betekent. Gek genoeg staan ze op voorhand niet afwijzend tegenover minder verdienen. Dit komt omdat ze ook voordelen zien die opwegen tegen een lager inkomen. Maatschappen die hun inkomen lager inschatten, denken bij voorbaat dat de andere vakgroep juist niet wil samenwerken vanwege de lagere inkomsten. Als vakgroepen de stap zetten om de financiële informatie met elkaar te delen, blijkt dat het verschil in inkomen niet eens zo groot is (maximaal € 30.000 per specialist).

Een andere belemmering die te maken heeft met geld is de onduidelijkheid over de inkomsten van 2012 binnen de eigen maatschap. Gezien de overgang van DBC's naar DOT's weten (sommige) maatschappen nog niet waar ze financieel aan toe zijn. Deze maatschappen willen graag eerst weten hoe ze er financieel voor staan, voordat ze informatie (kunnen) gaan delen met de andere maatschap.

Een derde belemmering is het (vermeende) verschil tussen de positie van maatschapspecialisten en vakgroepcollega's. De vragen die de vakgroepspecialisten (in loondienst) hebben zijn: 'Moet ik me straks inkopen? Wil ik eigenlijk wel in een maatschap of toch liever in loondienst blijven werken?' Andersom geldt dat 'de vrijgevestigden' zich afvragen: 'Hoe regelen we juridisch en financieel de verschillen? Hoe doen we dat met goodwill?' Opvallend genoeg geven 'de vrij-gevestigden' aan wel in loondienst te willen werken. De aanstaande maatregel per 2015 (zie hoofdstuk 2) speelt bij geen van de geïnterviewden een rol. Dit lijkt in tegenspraak tot een veel gehoorde veronderstelling dat (persoonlijke) fiscale motieven doorslaggevend zijn bij vorming van regiomaatschappen. Omdat dit geen kwalitatief representatief onderzoek is, kunnen we hier echter geen algemene conclusies aan verbinden. Wel vinden de specialisten het belangrijk om hun positie ten opzichte van ziekenhuisbestuur en verzekeraar als regiomaatschap te versterken (zie ook paragraaf 6.3). De laatste belemmering in dit kader heeft te maken met de vraag: wat wil de raad van bestuur financieel bijdragen? Vakgroepen worden door de raden van bestuur aangezet om samenwerking met vakcollega's te verkennen. Als er op bestuurlijk niveau al wordt samengewerkt, is er voor de raden van bestuur veel aan gelegen dat medisch specialisten dat ook doen. Het blijkt dat raden van bestuur dan bij voorbaat financiële beloftes doen. Denk daarbij aan financiering van de uitkoop van een medisch specialist die niet mee wil, betalen van de (externe) procesbegeleiding en het financieren van marktonderzoeken etc.

Doorgaans staan deze beloftes/toezeggingen niet op papier. Artsen merken gaandeweg dat de beloftes onvoldoende hard zijn; ze worden niet of onvoldoende nagekomen. In de praktijk ervaren medisch specialisten dat ze aan die beloftes weinig waarde moeten hechten.

Er zijn ook vakgroepen die financiële middelen in een vroeg stadium zelf bedingen. Vakgroepen kunnen zich zo'n 'eisende' opstelling permitteren wanneer hun specialisme voor de ziekenhuizen van vitaal belang is. Zij hebben daarmee ten opzichte van de ziekenhuisbestuurders een strategische machtspositie.

6.1.3. Verdeeldheid binnen de eigen vakgroep

De derde belemmering die in de verkenningfase een rol speelt is de verdeeldheid binnen de eigen vakgroep. Voordat het eerste verkennende gesprek plaatsvindt staat binnen de vakgroep het samenwerkingsvraagstuk op de agenda. Soms blijft het enkele jaren op die agenda staan, zonder dat er in de praktijk stappen worden gezet. Wel wordt het thema in die vergaderingen, maar ook bilateraal, besproken. Bezwaren die er zoal leven onder specialisten:

- het fenomeen ‘concentratie’ waait wel weer over
- concentratie komt niet ten goede aan de kwaliteit
- samenwerking wordt opgevat als speeltje van de raad van bestuur (‘We laten ons toch niet voor hun karretje spannen?’)
- persoonlijke motieven zoals leeftijd (niet meer zo nodig hoeven) of praktische bezwaren (werken reistijden)
- opzien tegen werken op een andere locatie: nergens meer bij horen, andere collega’s en nazorg overlaten aan anderen
- fundamentele wijzigingen in de ‘organisatie van de zorg’: locatiedifferentiatie met daarbij behorende wijziging van patiëntenstromen, protocollen, nazorg, ICT
- angst dat het werk te veel verandert (bijvoorbeeld eentoniger wordt)
- vrees dat een (nog) grotere maatschap nog meer overleg en gedoe met zich meebrengt
- er is een bestaande dienstenregeling met een andere partij (loyaliteit ligt bij een andere vakgroep)
- geen tijd: ‘waar halen we in de tijd vandaan?’ ‘de zoveelste verandering die tijd kost’

Dergelijke bezwaren worden door een deel van de vakgroep onderschreven. De opvattingen binnen de vakgroep lopen dus uiteen. Deze verdeeldheid werkt remmend op de totstandkoming van samenwerking.

Het eerste gesprek blijkt niet tot stand te komen als er geen leidende coalitie is. Binnen de vakgroep zijn dit de artsen die echt knopen willen doorhakken, en daarin het voortouw nemen. Binnen veel vakgroepen leeft het idee dat iedereen het ermee eens moet zijn voordat er concrete stappen worden gezet. Enerzijds heeft dat te maken met de regels volgens het maatschapscontract (veto), anderzijds ook met de loyaliteit die collega’s van elkaar en van zichzelf verwachten.

Naast ‘eigenlijk niet willen’ is er ook nog ‘niet kunnen’ samenwerken. Dat is bijvoorbeeld zo wanneer binnen de eigen vakgroep andere zaken de aandacht opeisen, zoals onderlinge conflicten en/of een disfunctionerende collega. Daardoor blijft ‘het punt samenwerking’ vruchteloos op de agenda staan; ondanks de wil van de meerderheid om serieuze stappen te zetten, zorgt in dat geval een (kleine, soms eenkoppige) minderheid dat er niets van de grond komt.

6.1.4. (Vermeende) machts- en cultuurverschillen

De vierde belemmering die uit dit onderzoek naar voren komt heeft te maken met (vermeende) machts- en cultuurverschillen.

Respondenten geven aan dat het verschil in grootte van vakgroepen al op voorhand als een belemmering wordt gezien. De 'kleinere' vakgroep is bang overvleugeld te worden door de grote. Niet alleen het verschil in aantal specialisten wordt als 'bedreigend' ervaren, ook betere apparatuur, kennis, opleidingsplaatsen en (financiële) middelen worden opgevat als 'machtsmiddelen'. De angst is dat de 'machtige' partij gemakkelijker pathologie naar het eigen ziekenhuis kan toetrekken, en dat de 'kleinere' partij bij onderhandelingen steeds aan het kortste eind trekt.

Machtsverschillen hebben ook te maken met afhankelijkheid. Heb je ander echt nodig of red je het ook zonder de ander? Voor de afhankelijke partij is het van belang hoe de machtige partner zich opstelt. De machtige partij die andere vakgroep het idee geeft dat deze er niet toe doet, belemmert de totstandkoming van de samenwerking.

In het verlengde van machtsongelijkheid liggen de (vermeende) cultuurverschillen tussen beide vakgroepen. Vakgroepen hebben op voorhand een beeld over 'de cultuur' van de andere vakgroep en het ziekenhuis. Respondenten vatten het begrip 'cultuur' breed op. Hoe is de patiëntenzorg geregeld (service- of productiegericht), hoe ziet de werkwijze eruit (procedures en protocollen), status en reputatie (gepromoveerd/onderzoek doen/opleider), hoe gaat men met elkaar om (formeel-gesloten, informeel-open), hoe is de overlegstructuur (hiërarchisch of gedeelde verantwoordelijkheid)?

Opvallend is dat respondenten de cultuur van de andere vakgroep baseren op 'de verhalen' die de ronde gaan. Hoe dan ook, op voorhand wordt de 'andere cultuur' als een belemmering gezien voor de samenwerking. Het gaat dan vooral om de vraag: passen we wel bij elkaar? Twijfel hieraan belemmert op voorhand de samenwerking.

Soms zijn er werkelijke cultuurverschillen. Om hier succesvol mee om te gaan, geven ervaringsdeskundigen in de interviews aan, maak je weinig brokken zolang je elkaars culturen respecteert. Cultuur is moeizaam te veranderen en zeker niet zomaar gericht te sturen. Daarom lijkt het beter dat ook maar niet te proberen. Eén respondent geeft aan dat je vanuit zo'n verstandhouding kunt bouwen aan een nieuwe cultuur.

6.1.5. Geen noodzaak

De laatste belemmering die maakt dat de samenwerking moeizaam van de grond komt is het ontbreken van noodzaak. Respondenten geven aan dat samenwerking pas echt op de agenda komt als een groot deel van de medisch specialisten ervaart dat het echt moet. Zolang die druk er niet is, blijft het bij goede bedoelingen. Ander zaken blijven ondertussen alle aandacht en tijd opeisen.

6.2. Bevorderende factoren

Deze paragraaf behandelt de meest voorkomende bevorderende factoren zoals deze uit de interviews naar voren komen. In de verkenningfase van samenwerking zijn dit:

1. Noodzaak
2. Een regiovisie
3. Geaccepteerd leiderschap
4. Gelijkwaardigheid & transparantie
5. Elkaar (leren) kennen

6.2.1. Noodzaak

De eerste stimulerende factor waardoor de samenwerking tot stand komt noemen we 'noodzaak'. Daarmee wordt bedoeld: de (gevoelde) noodzaak om samen te werken. Respondenten geven de oorzaken aan waardoor de vakgroepen in beweging worden gezet: kwaliteitseisen van de wetenschappelijke vereniging, de selectieve inkoop van de zorgverzekeraars en de eisen van de inspectie. Zij zeggen: 'Het zorglandschap is snel aan het veranderen, de druk is erg groot'. Daardoor verandert 'wij willen graag samenwerken' in 'wij moeten samenwerken'. Vakgroepen beseffen dat ze elkaar nodig hebben om de zorg in de regio te waarborgen – en daarmee hun eigen voortbestaan. Vanaf dat moment zijn de betrokken artsen zich dus bewust van de noodzaak. Dit besef zorgt ervoor dat in de verkenningfase de blik, ondanks mogelijke hobbels, gericht blijft op daadwerkelijke samenwerking.

6.2.2. Een regiovisie

De tweede factor die de totstandkoming van de samenwerking bevordert is een gedeelde visie op het vakgebied in de regio. De respondenten zeggen dat de drive om de kwaliteit te verbeteren ervoor zorgt dat de vakgroepen elkaar opzoeken. Eerst brengen deze vakgroepen de zorgvraag in de regio in kaart. Als ze hun krachten bundelen zijn ze tot betere en goedkopere zorgverlening in staat. Dat realiseren ze zich. De reden is dat een grote maatschap het hele spectrum van het vakgebied in de regio kan beheersen. Door samenwerking is het adherentiegebied dermate groot dat specialisten zich kunnen toeleggen op specifieke behandelingen (sub-specialiseren). Daardoor hoeft de patiënt niet te worden doorverwezen naar een verderop gelegen (academisch) ziekenhuis. De patiënt binnen de eigen muren houden verkort meteen de wachttijden. 'Al met al beter voor de patiënt', zo redeneren deze vakgroepen.

Ook zijn deze vakgroepen ervan overtuigd dat samenwerking de zorg goedkoper maakt. Dat komt volgens hen omdat ze intensiever gebruikmaken van elkaars faciliteiten, zoals dure apparatuur (bezetting) en expertise (kennis delen).

Een ander bijkomend voordeel van de krachtenbundeling is het behoud van opleidingsplaatsen, wat vervolgens de aantrekkingskracht op arts-assistenten in opleiding (aio's) vergroot.

Daarnaast zijn de medisch specialisten door samenwerking beter in staat om 24-uursdiensten te draaien. Ook vervanging bij ziekte is sneller opgelost. Respondenten geven aan dat door samenwerking de balans *werk-privé* beter wordt. Kortom, vakgroepen die in staat zijn om een regiovisie te ontwikkelen, ervaren meer voordelen dan ze in eerste instantie vermoedden.

6.2.3. (Geaccepteerd) leiderschap

De derde stimulerende factor bij de totstandkoming van een regiomaatschap is geaccepteerd leiderschap. Respondenten geven aan dat er tijdens de verkennende fase telkens medisch specialisten zijn die het voortouw nemen. Het zijn de pioniers die de rest mee kunnen nemen. Het kenmerkende van deze specialist is dat deze:

- een duidelijke visie heeft (zowel op het vakgebied als op inrichting ziekenlandschap)
- meerdere jaren vooruit denkt (een beeld kan schetsen van de zorg over vijf/tien jaar)
- draagvlak weet te creëren: collega's voor zich weten te winnen
- cultuur- en machtsverschillen overbrugt: bouwt aan nieuwe cultuur, met respect voor de oude culturen
- begrip toont voor emoties, maar de zakelijkheid niet uit het oog verliest
- durft door te pakken: stelt collega's voor de keuze (meegaan of niet)
- tegenspraak duldt, de toegevoegde waarde van 'de criticasters' ziet en ermee kan omgaan
- reflectief is: ook zijn zwakheden kent en zorgt dat anderen die leemte invullen
- diplomatiek is: 'Wat vertel je de raad van bestuur wel en niet over de plannen?'
- gelooft in zijn boodschap en blijft deze verkondigen (ook aan andere specialismen)
- een voorbeeldfunctie heeft (gaat bijvoorbeeld als eerste in het andere ziekenhuis werken)

Respondenten geven aan dat het niet uitmaakt of de verbindende leiders uit een grote of kleine vakgroep (ziekenhuis) komen. Ook de leeftijd doet er niet toe. Uit dit onderzoek blijkt dat zowel de nestor (de vakgroep-oudste) als het 'jonkie' deze rol vervult. Het gaat om inspirerende persoonlijkheden die in de verkennende fase naar voren treden en op stimulerende wijze vakgroepen verbindt.

6.2.4. Gelijkwaardigheid en transparantie

De vierde factor die stimulerend werkt in de verkennende fase is gelijkwaardigheid, en in het verlengde daarvan transparantie. Enerzijds is volgens respondenten van gelijkwaardigheid sprake als de vakgroepen nagenoeg even groot zijn (aantal specialisten). Gevoelsmatig heeft niemand dan de macht. Anderzijds kan er ook sprake zijn van gelijkwaardigheid wanneer vakgroepen getalsmatig verschillen. Dat heeft dan vooral te maken hoe partijen zich ten opzichte van elkaar opstellen. Een respondent van een kleine vakgroep zegt: 'We voelen en gedragen ons absoluut niet als Calimero, we hebben elkaar namelijk allemaal even hard nodig.' Grotere vakgroepen die dat inzien, gedragen zich daarnaar. Dat besef maakt dat dit type vakgroepen van meet af aan transparant zijn voor elkaar. Transparant in zin van: open kaart spelen over inkomsten en aantallen verrichtingen, individuele- en vakgroep belangen in kaart brengen en de durf hebben om twijfels en zorgen te uiten. Wanneer de toenadering onder deze omstandigheden start, komt de samenwerking gemakkelijker tot stand.

6.2.5. Elkaar (leren) kennen

De in dit onderzoek laatst te noemen factor die de totstandkoming van de samenwerking bevordert, is dat medisch specialisten elkaar (leren) kennen. Respondenten geven aan dat ze vaak al informeel met elkaar van gedachten wisselen over eventuele samenwerking. Dit gebeurt dan tijdens congressen en bij- en nascholing etc. Deze contacten vergemakkelijken de stap om een keer 'officieel' met elkaar van gedachten te wisselen. Specialist die elkaar niet of nauwelijks kennen, geven aan dat de eerste ontmoetingen vaak heel plezierig zijn. Veel vooroordelen worden meteen weggenomen. De uitwisseling met elkaar over het vakgebied werkt inspirerend. Respondenten zeggen: 'Ik heb een paar heel leuke nieuwe collega's ontdekt,' 'Ik kan nu meer sparren over mijn subspecialisatie, heel verrijkend.' Met andere woorden: elkaar tijdens de oriënterende fase (leren) kennen, stimuleert verdere samenwerking.

6.3. Overige opvallende zaken

In deze paragraaf komen een aantal (andere) opvallende zaken aan bod. Dit zijn punten die respondenten noemen maar niet breed gedragen als belemmerend of bevorderende zijn op te vatten. Of het zijn anderszins punten die opvallen en daardoor de moeite waard zijn om te benoemen.

- Medisch specialisten geven aan dat ze *onzeker* zijn over hoe je het samenwerkingsvraagstuk aanpakt: ze weten niet hoe zoiets gaat en hebben geen beeld waartoe het leidt.
- Over de rol van de raad van bestuur in het samenwerkingsproces: sommige respondenten geven aan de RvB ambivalent is. Op bestuurlijk niveau is de afspraak: ziekenhuis A en B gaan samenwerken. Als het er dan op aankomt en A dreigt delen van zorg te ‘verliezen’ aan B, gaan de bestuurders toch vaak weer voor behoud van het (gehele) eigen ziekenhuis. De achterban (bijv. ondernemingsraad en cliëntenraad), huisartsen en de lokale politiek spelen dan een doorslaggevende een rol. Een lastig dilemma voor medisch specialisten die samenwerking aan het verkennen zijn en taken willen verdelen: geduld of toch eigen koers varen.
- Dat de vorming van regiomaatschappen een enorme vlucht neemt heeft volgens respondenten niets te maken met persoonlijke fiscale motieven. Wel vinden de specialisten het belangrijk om hun positie ten opzichte van ziekenhuisbestuur en verzekeraar als regiomaatschap te versterken. Volgens een aantal respondenten is het voordeel van het ‘vrije ondernemerschap’ dat er ook gewerkt kan worden in een Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC). In loondienstverband kan/mag dat niet.
- Door de twee bovenstaande punten lijkt het samenwerkingsvraagstuk wel eens op een kat-en-muisspel tussen medisch specialisten en bestuurders. Uit dit onderzoek komt naar voren dat er vakgroepen zijn die overwegen een samenwerkingsverband op te richten dat verder reikt dan dat op bestuurlijk niveau is afgesproken of een samenwerking die indruist tegen de bestuurlijke koers. Raden van bestuur dreigen hierdoor de grip te verliezen.
- We zien dat vakgroepen uit ziekenhuizen waar op bestuurlijk niveau eerst is gefuseerd zonder draagvlak bij de medische staf, de neiging hebben emoties, bezwaren en andere belemmeringen over te slaan. Op aandringen van de RvB verkennen deze vakgroepen de samenwerking. Veelal onder leiding van een (externe) deskundige. Daarbij valt het op dat deze direct bezig gaat met de zorginhoud (taken verdelen, zorgstraten inrichten, enz.). Het effect: medisch specialisten voelen zich niet gehoord en komen dus niet in beweging.
- Dat de lokale politieke druk bij de herinrichting van het zorglandschap groot is in ‘overzichtelijke’ ziekenhuislandschappen.
- Er zijn vakgroepen die zelf externe begeleiding inroepen, veelal voor de financiële verrekening. In een later stadium, als er taken moeten worden verdeeld over de verschillende ziekenhuizen roepen vakgroepen hulp in van (externe) deskundigen op het gebied van operations management (logistiek, roosters afstemmen, ICT).
- Vakgroepen kennen de regels van de NMa/NZa niet goed. Of ze kunnen door alle drukte rondom het samenwerkingsvraagstuk daarvoor geen tijd vrijmaken. Ze nemen de gok.

6.4. Drie relatietypen

In deze paragraaf bekijken we de resultaten van de interviews nogmaals, maar nu op het niveau van de interpersoonlijke relaties. In onderzoek naar het succes van samenwerking tussen organisaties (allianties en fusies) is er voor interpersoonlijke relaties nauwelijks aandacht (Van Loo 2007 en Schruijer (2007). In veel samenwerkingsverbanden wordt het succes afgemeten aan ‘harde criteria’, zoals kosten- en synergievoordelen. Bij medische vakgroepen hangt echter ook – en misschien in hogere mate – af van de *mensen* die moeten gaan samenwerken: het succes valt of staat met de professionals zelf (zie hoofdstuk 3).

We analyseren de resultaten nader door de tien vakgroepen uit dit onderzoek in te delen in *drie typen van relaties*, die voorafgaand aan de samenwerking zijn te onderscheiden. De relatietypen zijn ontwikkeld door Lewicky, Mc Allister en Bies en verder uitgewerkt door Kaats en Opheij (2012)^{ix}.

In de relatietypen wordt onderscheid gemaakt tussen de mate van vertrouwen en de mate van waakzaamheid. De auteurs stellen dat vertrouwen en waakzaamheid geen tegenpolen zijn, maar wezenlijk verschillende drijfveren in de ontwikkeling van de relatie. Vertrouwen in een relatie (dus inschatten dat de ander welwillend tegenover jou staat en ten gunste van jou zou handelen) kan goed samengaan met een zekere mate van waakzaamheid (dus inschatten dat de ander door omstandigheden en belangen weleens ten nadele van jou zou handelen).

Voor de toekomstige partners is het van groot belang om deze uitgangspositie te herkennen. Deze voorspelt volgens Kaats en Opheij of de interpersoonlijke relaties zich constructief ontwikkelen. Met andere woorden: moeten we waakzaam zijn of kunnen we ons overgeven? Het vertrekpunt bepaalt de interventies, die in hoofdstuk 8 aan bod komen.

6.4.1. Waakzaam contracteren: Je vingers natellen

Vier vakgroepen zijn in te delen in het relatietype *waakzaam contracteren*. Bij dit relatietype is er nog geen vertrouwen opgebouwd en is er sprake van hoge waakzaamheid. Dit komt uit het onderzoek op verschillende manieren naar voren. Vakgroepen kennen elkaar bijvoorbeeld in negatieve zin: ze weten dat er sprake is van een disfunctionerende of slecht samenwerkende collega of vakgroepen hebben zich tot dusverre als concurrenten gedragen. Of de ene vakgroep kijkt (zonder aanwijsbare reden) op de andere neer.

Voorafgaand aan de eerste afspraak blijkt al sprake van verwarring en onzekerheid: ‘Wat zou de ander willen?’, ‘Waarom nemen ze geen contact op?’, etc. Een afspraak die wordt verplaatst roept al achterdocht op. Bij dit relatietype zien we dat vakgroepen van tevoren afspreken wat ze wel en niet gaan zeggen. Deze strategische benadering volgt uit de genoemde preoccupatie met waakzaamheid. Respondenten geven aan dat er tijdens de eerste verkennende gesprekken weinig informatie wordt gedeeld. Niemand laat het achterste van zijn tong zien. De dreiging dat de samenwerking niet van de grond komt, hangt boven de partijen. Niet zelden wordt expliciet gesteld: we praten niet verder als jullie geen open kaart spelen/als de verborgen agenda niet van tafel halen. Gesprekken kunnen ook uitmonden in oeverloze discussies waarin de specialisten elkaar proberen te overtuigen met (steeds weer andere) argumenten. Ze komen geen stap verder, waardoor het vertrouwen eerder af- dan toeneemt (‘negatieve vertrouwensspiraal’).

Bij dit relatietype maakt waakzaamheid pas plaats voor vertrouwen als de partijen wederzijds betrouwbaar gedrag vertonen.

6.4.2. Onbelemmerd samenwerken: Gaan met die banaan

Drie vakgroepen zijn in te delen in het relatietype *onbelemmerd samenwerken*. Bij dit relatietype is er sprake van groot vertrouwen en lage waakzaamheid. Dit komt in het onderzoek op verschillende manieren naar voren. Het vertrouwen dat vakgroepen bij voorbaat in elkaar hebben, kan komen omdat ze elkaar in positieve zin kennen. Bijvoorbeeld van een dienstenregeling, van de opleiding of een bij- en nascholing. Overigens zijn er ook vakgroepen die elkaar niet kennen waarbij toch sprake is van groot vertrouwen. Hiervan zeggen respondenten dat ze niet inzien waarom ze geen vertrouwen zouden hebben. Ze gaan daarbij uit van zichzelf: 'Mijn vertrouwen en intenties zullen niet anders zijn dan die van de ander'. Met andere woorden: ze stappen er met open vizier in.

De verwachting van de betrokken partijen is dat zij gemeenschappelijke belangen en doelen hebben. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de afspraak voor het verkennende gesprek soepel tot stand komt. De gesprekken verlopen in alle openheid en eerlijkheid. Van meet af aan zijn de vakgroepen transparant ten opzichte van elkaar. Het uitgangspunt is: wat kunnen we samen wat we zonder elkaar niet kunnen? Al snel is dan duidelijk wat de gemeenschappelijke ambities en belangen zijn. De conclusie is vlot getrokken: we trekken samen verder op en gaan een regiomaatschap vormen.

Het eerste wat deze vakgroepen doen is hun geldzaken regelen. De gedachte hierachter: de (eventuele) financiële angel moet eruit voordat we gaan praten over zorg en taakverdeling (Welke patiënten waar behandelen?). Hierdoor bouwen de vakgroepen aan onderling vertrouwen en stapelen de positieve ervaringen zich op. Daardoor ontwikkelt en verdiept hun relatie zich op basis waarvan partijen zich gesteund voelen tot het nemen van initiatieven.

Dit relatietype is haast te mooi om waar te zijn. Hier blijkt het gevaar te schuilen in de lage waakzaamheid. Die is het beste te vergelijken met verliefdheid die blind maakt. Respondenten geven aan dat achteraf toch sprake was van bijvoorbeeld een disfunctionerende collega, of dat er te weinig discussies werden gevoerd. 'Als je het met elkaar eens bent, wil je niet moeilijk doen en geen dwarsligger zijn', zegt een van de medisch specialisten. 'We hebben het eigenlijk nooit over hoe we samenwerken. Het gaat meer over de taakverdeling en vakinhoudelijke ontwikkelingen. De samenwerking is eigenlijk vanzelfsprekend', vertelt een ander. Kortom, bij dit relatietype is het samenwerkingsaspect onderbelicht. De specialisten vergeten dat samenwerken ook onderhoud vergt.

6.4.3. Onderzoekend uitwisselen: De kat uit de boom kijken

Drie vakgroepen zijn in te delen in het relatietype *onderzoekend uitwisselen*. Bij dit relatietype is sprake van beperkt vertrouwen en laag wantrouwen. Dit kwam in dit onderzoek op verschillende manieren naar voren. Vakgroepen kennen elkaar noch in positieve noch in negatieve zin. Respondenten vertellen dat ze, op verzoek van de raden van bestuur, verkennende gesprekken voeren. Het begint vaak met een informele bijeenkomst (een etentje). Daar praten collega's in een ongedwongen sfeer met elkaar, bespreken een beperkt aantal onderwerpen en ontdekken de (wellicht) goede bedoelingen van de ander. Bij een enkeling leidt het zelfs tot een intentieverklaring. Desondanks is het voor de vakgroepen onduidelijk wat ze van elkaar willen en kunnen verwachten. Het gevolg is dat geen van de partijen het initiatief neemt voor een vervolgspraak; de verkenning krijgt geen 'officieel' vervolg. Dit komt vooral doordat de vakgroepen (nog) niet afhankelijk van elkaar zijn. Zonder de ander redden ze zich (nog) wel.

Toch zien de vakgroepen wel aankomen dat vroeg of laat aan samenwerking niet valt te ontkomen. De samenwerking komt moeizaam op gang. Respondenten geven hierbij aan dat ze af en toe een patiënt naar elkaar doorverwijzen. De samenwerking komt alleen dan tot stand wanneer de partners het belang van de samenwerking zien. Met andere woorden: de relatie ontwikkelt zich niet of nauwelijks. Het blijft een losse relatie en de verbinding is moeilijk te consolideren. Het gevaar is dat de partijen als het erop aan komt (noodzaak) nog steeds geen goede inschatting kunnen maken van hun wederzijdse betrouwbaarheid.

6.5. Afsluitende conclusie

Na analyse van het veldonderzoek en het benoemen van samenwerking stimulerende en samenwerking belemmerende factoren die in de verkenningsfase, volgt hieronder een afsluitende conclusie van dit hoofdstuk.

Als artsen zich bewust zijn van de noodzaak van samenwerken, zullen zij hun blik op de samenwerking blijven richten en hobbels die zij tegenkomen zo gemakkelijker nemen. Wanneer zij deze noodzaak niet voelen, blijft het bij goede bedoelingen zonder dat de samenwerking van de grond komt. Het blijkt dat *gebrek aan vertrouwen* een van de belangrijkste belemmerende factoren bij de totstandkoming van de samenwerking is. Dit kan ontstaan door disfunctionerende of oncollegiale collega's. Gebrek aan vertrouwen kan ook ontstaan zijn doordat men elkaar simpelweg nog niet (goed) kent. Juist door elkaar (beter) leren kennen worden vooroordelen weggenomen en groeit het wederzijds vertrouwen.

Een vooroordeel is dat vakgroepen niet bij elkaar passen vanwege cultuurverschillen. Ook (vermeende) machts- en inkomensverschillen werken drempelverhogend. Het blijkt dat deze verschillen kunnen worden geslecht door medisch specialisten die in de verkennende fase zich laten gelden als 'voortrekkers' die op stimulerende wijze vakgroepen verbinden. Leeftijd of vakgroep doet er daarbij niet toe. Verschillen worden ook makkelijker overbrugd door vakgroepen die van meet af aan transparant zijn voor de beoogde partner. Dit zijn vakgroepen die weten dat ze de ander nodig hebben en zich ondanks de verschillen toch als gelijkwaardige partners gedragen. Een tweede stimulerende factor in dit licht is om eerst financiële hobbels te nemen.

Sommige vakgroepen komen niet toe aan het samenwerkingsvraagstuk door onderlinge verdeeldheid. Verder valt het op dat de samenwerking gemakkelijker tot stand komt bij vakgroepen met een gedeelde 'regiovisie'. Zo'n regiovisie werkt als een katalysator op de samenwerking: *gaandeweg* blijkt dat de betrokken artsen meer voordelen zien dan vooraf vermoed.

Bij de indeling van de tien vakgroepen in de drie relatietypen werd gelet op de mate van vertrouwen en waakzaamheid ten opzichte van de beoogde samenwerkingspartner.

Bij het relatietype *waakzaam contracteren* ligt het risico op de loer dat noodzakelijke samenwerkingsverbanden te traag of niet op gang komen. Er is hier een grote vertrouwensimpuls nodig om dit vlot te trekken.

Het relatietype *onbelemmerd samenwerken*, het open vizier, heeft veel in zich om succesvolle samenwerking tot stand te brengen. Er loeren wel gevaartjes, die kunnen uitgroeien tot gevaren doordat de partners een te weinig kritische houding hebben. Deze kan leiden tot veronachtzaming van het onderhoud aan de relatie.

Bij het relatietype *onderzoekend uitwisselen* is er sprake van een lange 'verkeringstijd', waar partners elkaar niet zomaar het ja-woord geven. Of ze dat doen, hangt af van de noodzaak tot samenwerking. Een verstandshuwelijk dat best kan leiden tot harmonie, op voorwaarde dat je weet wat je van elkaar wilt en wat je van elkaar kunt verwachten.

8. Beschouwing en discussie

Samenwerking tussen medisch specialisten binnen de muren van het eigen ziekenhuis blijkt niet altijd gemakkelijk. Samenwerking over eigen organisatiegrenzen heen is nog vele malen moeilijker. Het vraagstuk *regionale samenwerking* is complex en moeilijk te doorgronden. In dit hoofdstuk beschouwen we het vraagstuk aan de hand van drie dilemma's die spelen bij complexe veranderingen, de zogenoemde derde-orde vraagstukken (De Witte 2012).

Een dilemma heeft een ingebakken spanningsveld in zichzelf, waarin het lijkt alsof er moet worden gekozen. Volgens De Witte gaat het in de weerbarstige praktijk echter niet om of-of, maar altijd om én-én. Het is de kunst om de dilemma's te zien als verrijkingen en kaderverruiming (De Witte 2012). De drie dilemma's betreffen: *deel en geheel* (paragraaf 7.1), *inhoud en betekenis* (paragraaf 7.2) en *ratio en emotie* (paragraaf 7.3). Het hoofdstuk besluit met een discussie aan de hand van het alomvattend dilemma *ziel en zakelijkheid* (paragraaf 7.4). In paragraaf 7.5 is de theorie en praktijk van dit onderzoek samengevat in een model.

7.1 Dilemma van deel en geheel

In het eerste dilemma vatten we het vraagstuk van regionale samenwerking – en daarmee de herinrichting van het zorglandschap – op als *het geheel*. Een maatschappelijke opgave waar zorgaanbieders, zorgverzekeraars, de (lokale) politiek en patiënten voor staan. Om dit complexe derde-ordevraagstuk als zorgaanbieder (lees: ziekenhuis) te helpen oplossen, zijn een integrale visie en een langetermijnstrategie onontbeerlijk. Een ontwikkeling die jaren vergt, met grote gevolgen voor de organisatiecultuur en de mensen die er werken. Met andere woorden: regionale samenwerking opzetten is niet iets wat je als organisatie erbij doet.

Het dilemma: wanneer organisaties het vraagstuk (het geheel) te lang 'oprekken', gaat bij de betrokkenen de rek eruit. Dat komt door de factor tijd. De herinrichting neemt jaren in beslag. Het resultaat is zo ver weg dat de medisch specialisten zich bij dat resultaat weinig bij kunnen voorstellen. Jonker en De Witte verwoorden dat zo: 'Op weg naar de ver-wegdoelen hebben we nog geen finishfoto. Hooguit is er de gedeelde ambitie om vooruit te komen, met alle mitsen en maren die je daar maar bij kunt bedenken' (Jonker en de Witte 2012).

De vraag is dan hoe je op korte termijn 'casussen' (*in delen*) aan de langetermijnstrategie werkt. Hoe blijven medisch specialisten 'gemotiveerd'?

Een bestuurder vergelijkt de herinrichting van het zorglandschap met een bergbeklimming: Het landschap is de bergwand. De top zien we niet. Om er te komen, moeten we het geheel van de bergwand in delen beklimmen. We weten dat we de top niet in een keer bereiken. Eerst slaan we haken, we traverseren, zetten soms twee stappen naar beneden. Sommigen van ons verblijven een tijd op een bepaalde hoogte, terwijl een selecte groep de volgende fase ver kent.

7.2 Dilemma van inhoud en betekenis

Het tweede dilemma dat speelt bij het vraagstuk van regionale samenwerking is het dilemma van *inhoud* en *betekenis*.

Samenwerken doe je niet zomaar. Het gaat erom dat je samen meer bereikt dan ieder voor zich. De eerste vraag die vakgroepen elkaar in de verkenningfase stellen is: Waarom samenwerken? Hierop zijn twee manieren van antwoorden mogelijk.

Het antwoord moet inhoudelijk kloppen. ‘Denken vanuit de inhoud’ betekent dat het verhaal in rationele termen goed en beargumenteerd valt uit te leggen. Zonder heldere beantwoording van de waaromvraag komt de samenwerking niet tot stand.

Maar met een goede inhoud alleen komt je er niet. De inhoud moet voor de betrokken medisch specialisten betekenis krijgen: de samenwerking moet gaan leven. Er zijn evenveel werkelijkheden – en daarmee verschillende *betekenisverleningen* – als er betrokkenen bij de samenwerking zijn. En dat terwijl ‘werkelijkheden’ niet altijd aansluiten en mogelijk zelfs botsen.

Hier ligt meteen de kern van dit dilemma: de inhoud is eenduidig, de betekenissen zijn divers. De uitdaging is om samen betekenis te geven door denken, interactie en vooral samen doen.

7.3 Dilemma van emotie en ratio

Het derde dilemma gaat over emotie en ratio. Spanningen spelen bij de meeste samenwerkingsprocessen een rol. Spanningen die zich meer onder dan boven water voordoen. De kracht van emoties wordt daarbij nogal eens onderschat.

Een medisch specialist verwoordde het als volgt: *‘Het samenwerkingsproces bestaat voor tachtig procent uit emotionele brandjes. Brandjes die we zelf stichten. Als we daar nu een mee ophielden... je rent voortdurend achter je eigen staart aan.’*

Bij samenwerking gaat het dus zowel om inhoudelijke argumenten als om persoonlijke overtuigingen en drijfveren. Samenwerking is rationeel gestuurd, maar drijft op emotie. Het dilemma: Hoe geef je sturing aan een proces dat zich voor het grootste deel onder water afspeelt?

Hier is het de opgave om emotie een plek geven in het samenwerkingsproces zonder de ratio uit het oog te verliezen. Daartoe is het nodig je echt in de ander te verdiepen, in het besef dat persoonlijke overtuigingen, drijfveren en *relaties* bepalend zijn voor keuzes.

7.4 Discussie: dilemma van ziel en zakelijkheid

We sluiten dit leeronderzoek af met het alomvattende dilemma van *ziel en zakelijkheid*. Een thema dat volop mogelijkheid biedt tot discussie.

Bij regionale samenwerking tussen medisch specialisten gaat deels om harde feiten: om de relatie tussen volume, kwaliteit en kosten, om doelmatigheid en efficiency. Hier is een zakelijke benadering vereist, die verder gaat dan de eigen portemonnee. Want de medisch specialist is bijvoorbeeld medeverantwoordelijk voor het beheersen van de zorguitgaven. Hij moet kostenbewust zijn. Hiervoor zijn nieuw te verwerven competenties nodig (OMS 2012).

Het beroep van medicus begint met bezieling. Wanneer de zakelijke kant een te grote rol opeist, kan dit ten koste gaan van die bezieling. Studenten in opleiding voor medische beroepen beginnen vaak vol passie aan hun studie. Gedurende het studietraject raken velen van hen die passie kwijt. 'Patiënten worden gevallen en nummers. Het werk lijkt soms niet meer te gaan over het helpen van mensen, maar over competitie en strijd tussen ego's, protocollen, checklists en doelstellingen.' (platform *COM-Passion for Care*, [een initiatief van bezorgde studenten], februari 2011)

De balans tussen ziel en zakelijkheid raakt zoek. Hoogleraar cardiologie Angela Maas constateert: 'Alle vrije tijd wordt geïnvesteerd in vakverplichte nascholing, patiëntveiligheid, ingewikkelde declaratiesystemen en de organisatie van de zorg die wordt geleverd. Dat de dokter een mens is die zich gaandeweg ontwikkelt in zijn loopbaan wordt vergeten, de interactie met de directe werkomgeving wordt systematisch verwaarloosd.' (Maas 2013).

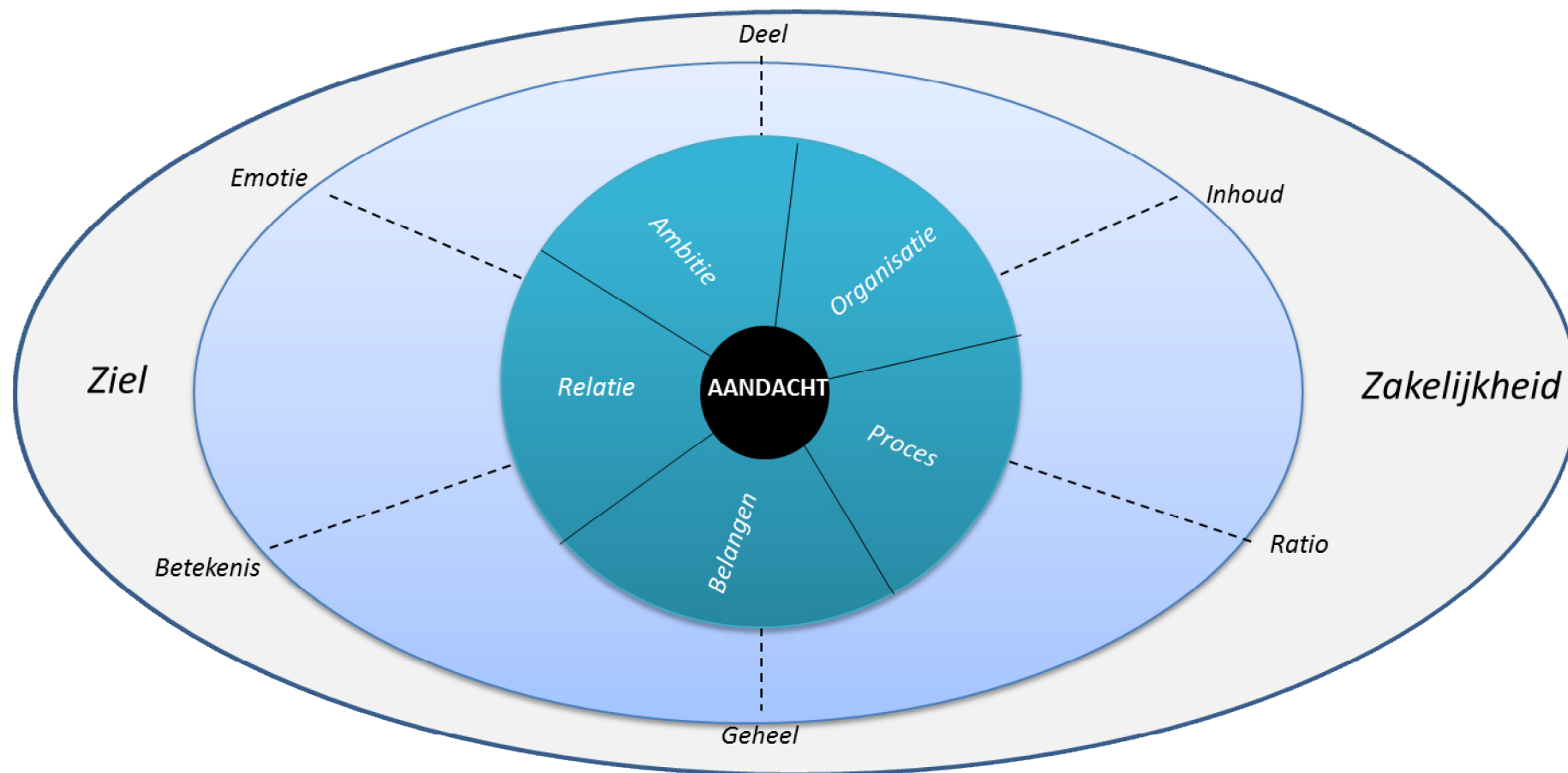
De beroepsgroep zit gevangen in protocollen. Oprechte aandacht werkt soms beter dan het volgen van het protocol. Veertig seconden empathie in een consult leidt al tot bewijsbaar minder angst bij patiënten (Van Dulmen 2012).

Bezieling, toewijding vanuit het hart, heeft niets te maken met materiële bevrediging of status. Bezieling leidt tot aandacht zonder bijbedoelingen. Bezieling voor de patiënt, voor het vak, maar ook voor elkaar.

Samenwerking vereist gedeelte ambitie. Die is echter niet alleen in zakelijke termen te definiëren. Je hebt bezieling nodig om een ambitieus doel te halen en tegelijkertijd te kunnen genieten van het proces (Staartjes 2008).

Ziel en zakelijkheid is een dilemma dat de hele beroepsgroep bezighoudt. De kunst is om hiertussen de balans te vinden. Partijen die gaan samenwerken moeten zich hier doorlopend van bewust zijn.

7.5 Theorie en praktijk samengevat in een model



Figuur 5

9. Aanbevelingen

Voor vakgroepen/maatschappen:

8.1 Leer elkaar (alvast) kennen

Organiseer werkconferenties, waarvan het karakter in de loop der tijd verschuift van zeer informeel naar formeler.

Spreek met elkaar in alle openheid over wie je bent, waar je voor staat, je (vak)geschiedenis, (sub)specialisme en wensen voor de toekomst (specialisatie, opleiding, onderzoek, deeltijdwerk etc.).

Bespreek elkaars visies op het beroep en bespreek de ontwikkelingen.

Breng de zorgvraag in de regio voor de komende jaren in beeld. Stel daarbij de patiënt centraal.

Stel elkaar de vraag wie je als regionale vakgroep wilt zijn. Kom zo tot een gedeelde ambitie.

Nodig een (vak)collega uit die ervaring heeft met samenwerking van vakgroepen en laat hem daarover vertellen.

Kortom: zorg dat de samenwerking gaat leven!

8.2 Overbrug (vermeende) machts- en cultuurverschillen

Spreek je uit hoe je elkaar als leden van de verschillende vakgroepen ziet. Dit helpt resten van oude 'concurrentiegevoelens' op te ruimen. Ook voorkomt het dat je naar elkaar blijft kijken op basis van 'verhalen' en vooronderstellingen. Laat als grootste ('machtiger') partij merken dat de ander even hard nodig is voor een succesvolle samenwerking. Daardoor verdwijnt bij de kleinere vakgroep het 'Calimero-gevoel'.

Stel vast of je bij elkaar past. Veel veronderstelde cultuurverschillen vallen in de praktijk mee. Zijn er werkelijke cultuurverschillen, probeer deze dan niet geforceerd te veranderen, maar respecteer ze. Gun elkaar de verschillen en maak heldere afspraken als daar een noodzaak toe is. Zo te werk gaan houdt de verstandhouding goed. Bouw van hieruit later aan een nieuwe vakgroepcultuur.

Kijk eens bij elkaar in de keuken en doe bijvoorbeeld verrichtingen met een laag risico eens samen.

Benut de verkenningsfase om te verkennen. Het kan nog alle kanten op, dus voor het verdelen van taken (welke zorg op welke locatie) is het nog te vroeg.

Kortom: maak van angsten goede ideeën

8.3 Leg zo vroeg mogelijk de kaarten op tafel

Wees open jegens elkaar over de inkomsten. Laat een onafhankelijk deskundige de financiële gevolgen in kaart brengen. 'Problemen' als gevolg van de tegenstelling vrijgevestigd-loondienst zijn vrij eenvoudig op te lossen. Laat de RvB (financiële) toezeggingen vastleggen. Houd niet te lang de rekenmachine in de hand: samenwerking biedt ook andere voordelen, die niet in geld zijn uit te drukken.

Constateer tijdig wat de belangen en zwakke plekken zijn. Een voorbeeld: sommige specialisten hebben te maken met volumenormen die snelle concentratie van verrichtingen in één ziekenhuis noodzakelijk maken. Stel op basis daarvan prioriteiten vast. Help elkaar om die snelle concentratie te organiseren en zet daarna in dezelfde sfeer de volgende stappen. Geen haast, maar helderheid.

Maak afspraken en spelregels inzichtelijk, bijvoorbeeld aan de hand van het model van *de dertien 'bouwstenen' van een samenwerkingsverband* (De Man 2006) (Zie bijlage III).

Houd bestuurders op de hoogte van de plannen. Dat kweekt goodwill. Bovendien zullen beide partijen elkaar hard nodig hebben. Ook voorkomt openheid dat je later wordt ingehaald door de praktijk (complex krachtenveld!).

Kortom: transparantie verdient je dubbel en dwars terug

8.4 Stel orde op zaken

Neem 'bezwaarmakers' serieus. Ze hebben vaak goede punten. Negeer hun ideeën niet, maar overweeg ze altijd en gebruik ze waar mogelijk. Zie kritische collega's als zinvolle tipgevers. Deze goodwill werkt twee kanten op: meer draagvlak en betere kwaliteit van het samenwerkingsproces.

Stel een geschikte leider/voortrekker uit het midden van de vakgroepen aan. Kijk daarbij niet naar de omvang van de vakgroep. Kijk daarbij naar 'geaccepteerd leiderschap.' Geef de leider middelen in handen (tijd en mandaat).

Doorbreek de *conspiracy of silence* en accepteer geen disfunctionerende collega's. Stuur bij onverbeterlijke gevallen aan op vertrek. Pas als de rotte appels uit de mand zijn, maakt samenwerking een kans.

Breng als vakgroep structurele problemen met een collega zelf ter sprake bij de beoogde samenwerkingspartner. Onderneem vervolgens met beide partners actie om die problemen op te lossen. Die oplossing kan heel goed zijn om afscheid te nemen van onverbeterlijke disfunctionerende collega's.

Kortom: waarom moeilijk doen als het samen kan?

Voor Raad van Bestuur en medische staf:

8.5 Hanteer de goede volgorde

Kom als RvB en medische staf eerst de strategische koers (profielkeuze) overeen, ga pas daarna echt verkennen. Houd zelf de regie over wat er in de media verschijnt. Er is immers in de verkenningfase nog niets besloten. Voorkom 'opgeblazen' nieuws door zelf reële, heldere informatie te verstrekken. Stel stakeholders op de hoogte als de koers is bepaald, maar stel ze niet voor een voldongen feit. Dit is juist het moment om met de partijen van wie je afhankelijk bent, 'geruststellend te communiceren'.

Betrek de huisartsen erbij zodra blijkt dat samenwerking in het verschiet ligt. Neem de huisarts als 'vertegenwoordiger' van de patiënt serieus en weerleg ongegronde bezwaren overtuigend. Ga daarbij niet 'in de verdediging', maar spreek vanuit oprechte professionele overtuiging. Beloof de huisarts op de hoogte te houden en doe dat ook. Spreek bijvoorbeeld een vast periodiek tijdstip af voor een mailtje/gesprekje, afhankelijk van het stadium en het tempo van de samenwerking. Dit contact is tweerichtingsverkeer. Laat zien hoe deze ontwikkeling in het voordeel van de patiënt werkt en benadruk het blijvende belang van goede werkafspraken en direct contact tussen eerste lijn en specialist.

De huisarts is de belangrijkste 'klant' van het ziekenhuis/vakgroep. Maak dus duidelijk met wie hij als verwijzer kan sparren. Verder wil de huisarts met een gerust hart kunnen doorverwijzen. Organiseer dus een kennismaking met alle specialisten in een opbouwende sfeer. Verschaf huisartsen in een later stadium een overzichtelijk 'digitaal smoelenboek' met contactgegevens van de nieuwe vakgroep. Kondig dit idee alvast aan tijdens de kennismakingsbijeenkomst.

Kortom: samen word je beter!

Dankwoord

Zonder samenwerking komt niets tot stand. Verschillende mensen hebben bijgedragen aan de totstandkoming van dit leeronderzoek. Die wil ik graag bedanken.

Ten eerste iedereen die ik heb mogen interviewen: medisch specialisten, (staf)bestuurders en andere deskundigen.

Dan mijn werkgever, de Hanzehogeschool Groningen, die mij in de gelegenheid stelde om kennis van de gezondheidszorg te gaan 'halen' in Rotterdam. Ik zal die met plezier gaan 'vertalen' in de onderwijspraktijk.

Ook het Martini Ziekenhuis in Groningen waar ik voorafgaand aan dit onderzoek al mijn 'huiswerkopdrachten' heb kunnen doen. Speciale dank aan Martin de Vink, die mij vele inkijkjes gaf in de ziekenhuiswereld.

Verder wil ik de dragers van de MHBA-opleiding bedanken: Elly Breedveld, Jan Moen en Aad de Roo voor het inspirerende onderwijsprogramma. En natuurlijk mijn medestudenten; heerlijk om je af en toe weer student te voelen.

Ten slotte mijn eigen belangrijkste samenwerkingsverband: Erik, Jan Wieger en Nienke Posthumus. Jullie steun is onmisbaar geweest.

Bijlagen

Bijlage I Topiclijst

Op zoek naar de belemmerende en bevorderende factoren in de verkennende fase van de samenwerking

A. Samenwerking binnen de eigen vakgroep.

1. Harde data:(grootte van de vakgroep maatschap/loondienst/medische kwaliteit/verschillen in taken en inkomen, opleidingsplaatsen, apparatuur, verrichtingen, onderzoek, publicaties, promotie (macht, status en positie)
2. Samenwerking binnen eigen vakgroep: een kenschets
3. Samenwerking met andere vakgroep (en): wanneer bespreekbaar gemaakt, reacties (weerstanden),draagvlak (leidende coalitie)

B. Samenwerking met andere vakgroep:

Ambitie

- a) 'probleemdefinitie'
- b) regiovisie (zorgvraag)
- c) invloed aanstaande maatregel 2015
- d) financiën

Belangen

- a) In welke mate afhankelijk van elkaar
- b) Wijze van onderhandelen

Relaties

- a) Elkaar kennen (negatief/positief)
- b) Vertrouwen (intentie en vakbekwaamheid)/waakzaamheid)
- c) Cultuur- en machtsverschillen
- d) Leiderschap (kenmerken)

Organisatie

- a) Spelregels
- b) Stuurgroep

Proces

- a) projectmatige aanpak (klus moet geklaard)
- b) procesmatige aanpak (samenwerken is nooit af)

C. Krachtenveld

1. rol raad van bestuur
2. zorgverzekeraar
3. IGZ
4. NMa/NZa
5. (lokale) politiek
6. stakeholders (huisartsen, ondernemingsraden, cliëntenraden)

Bijlage II Media aandacht: ruzies tussen medisch specialisten in 2012

Wie?	Waar?	Wat?
radiologen	Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen	ruzie na oprichten dbc in 2005
internisten en mdl-artsen	Catharina Ziekenhuis Eindhoven	ruzie in maatschap, al jaren voor 2010
orthopeden en traumachirurgen	Ziekenhuisgroep Twente Almelo en Hengelo	ruzie tussen orthopeden, de traumachirurgen en de directie, sinds 2005
chirurgen	Maasziekenhuis Boxmeer	samenwerkingsproblemen met maatschap chirurgie
psychiaters	Isala klinieken Zwolle	ruzie onderling, tien jaar lang
thoraxchirurg	Isala klinieken Zwolle	schadevergoeding na vermeend disfunctioneren, sinds 1995
radiotherapeuten	Reinier de Graaf Gasthuis Delft	ruzie na onderbezetting, sinds 2004
medisch microbiologen	Maasstad Ziekenhuis Rotterdam	slechte samenwerking met rest ziekenhuis 2011
longartsen, intensievecareartsen en chirurgen	VUmc Amsterdam	ruzie brengt patiëntenzorg in gevaar
vaatchirurg	VieCuri ziekenhuis Venlo en Venray	disfunctioneren bij alcoholverslaving, 2007
radiologen	VieCuri ziekenhuis Venlo en Venray	twee radiologen op non-actief na disfunctioneren, sinds voor 2007

Bron: Medisch contact februari 2013.

Bijlage III Dertien bouwstenen van een samenwerkingsverband



Bouwstenen van een samenwerkingsverband

Bron:

Man, A.P. de (2006). Alliantiebesturing: Samenwerking als precisie-instrument.

Assen: Koninklijke Van Gorcum en Bremekamp (2010) Eerste hulp bij samenwerken.

Tabellen en figuren

Figuur 1. Onderzoeksmodel

Figuur 2. Determinanten medisch specialistische zorg

Figuur 3. Verander-orde (Boonstra 2000)

Figuur 4. Samenhangende kijk op samenwerken (Kaats & Opheij 2012).

Figuur 5. Samenvatting van theorie en praktijk in een model

Referenties

Argos (2012) radioprogramma uitzending: 18 augustus 2012, waarin prof. dr. J. Klein ingaat op de relatie tussen ruziënde artsen en patiëntveiligheid. VPRO.

Baarda, D.B., de Goede, M.P. M. en Teunissen, J., (2009). Basisboek kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Groningen: Noordhoff Uitgevers

Beemer, F., Camps, T., Kastelein, N. (2007). Alliantiemanagement in maatschappelijke markten. Uit boek: Boonstra, J. (2007). : Ondernemen in allianties en netwerken

Berden, B, Sanders, F. Schmit Jongbloed, L. (2007) Ondermaats functioneren. Samenwerking, sfeer en communicatie verdienen meer aandacht. Medisch Contact | 8 juni 2007 | 62 nr. 23

Berends, M. (2010). Samenwerking en concentratie weer op de agenda van bestuurders van kleinere ziekenhuizen. oktober 2010 Zorgvisie

Blok de, S. en Herfkens M. (2013). Fusie en samenwerking tussen ziekenhuizen: een bijzondere dynamiek. Nummer 147 januari –februari 2013. Holland Management Review

Bonthond, A. (2012). Regiomaatschappen rukken verder op, artikel in Arts & Auto maart 2012. Utrecht: Vereniging voor Arts & Auto (VvAA).

Boonstra, J.J. (2000). Inaugurele rede. Lopen over water, over dynamiek van organiseren vernieuwen en leren. Universiteit van Amsterdam

Boonstra, J.J. (2007). Ondernemen in netwerken en allianties. Een multidisciplinair perspectief. Deventer: Kluwer

Bremekamp, R.,Kaats, E., Opheij, W.,Vermeulen, I. (2010). Succesvol samenwerken; een kompas voor aanbevelingen en betekenisvolle interactie. Holland Management Review jg. 27, nr. 130 pp. 8-15

Bremmers, S. (2012). Fusie tussen maatschappen legt cultuurverschillen bloot. Artikel Mednet Magazine nummer 7§ 2012.

Bruijn, H en ten Heuvelhof, E. (2004). Management in netwerken. Over veranderen in een multi-actorcontext. Derde druk. Den Haag: Boom|Lemma

Buitendijk M.C. M, Hoekstra P. en Timmerman, V. (2008). Artikel. Maakbaarheid van vertrouwen in organisaties. Nummer 3/4 mei/augustus 2008 Management &Organisatie.

Bultsma, J. (2004). Focus op fusies in de non-profit sector. Assen: Van Gorcum

Commissie Inkomens Medisch Specialisten (CIMS). (2012). Gezond Belonen. Beleidsopties voor de inkomens van medisch specialisten. Den Haag: Onderzoek in opdracht van Minister van VWS.

Commissie Health Care Governance ('Commissie-Meurs'), Health Care Governance, aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording in de Nederlandse gezondheidszorg, Soesterberg 2001 (derde druk), ISBN 90-9013245-7

Crommentuyn, R. (2008). Samen sterker, schaalvergroting is een trend onder medisch specialisten. Medisch Contact, jaargang 63, nr. 39 september 2008.

Croonen, H. (2013). Snel ingrijpen bij conflict nog lastig. Nieuwe kwaliteitsinstrumenten meer oog voor disfunctioneren specialisten. Medisch Contact | 7 februari 2013 | 68 nr. 6

Daniels, M. (2013). Voorzitter van de Raad Kwaliteit van de Orde van Medisch Specialisten. Artikel Snel ingrijpen bij conflict nog lastig. Medisch Contact. Jaargang 68, nummer 6. | 2013

Defoer, J., (2010). Artikel: De specialistenmaatschap: een vat vol conflicten. Tijdschrift voor conflicthantering. Jaargang 2010 nummer 4. Den Haag: Sdu uitgevers.

Delden, P.J. (2009). Sterke netwerken, ketensamenwerking in de publieke sector. Amsterdam: Gennep B. V.

Derksen, M. (2011). Internet bezocht januari 2013: http://www.upstream.nl/blog/bericht/20110425_wanneer_zien_we_nu_eens_in_dat_samenwerken_beter_is_dan_fuser/

Die, de M. (2012). Artikel: Let op bij zaak tegen collega. 10 februari 2012 nr. 6 Medisch Contact.

Doorewaard, H., Verschuren P.J.M. (2007). Het ontwerpen van een onderzoek. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Dulmen, A. M., (2012) Kom communiceren. Inaugurele rede. Radboud Universiteit Nijmegen

Duysters, G.M. (2001). Handboek Strategische allianties. Internet: raadpleging December 2012 <http://www.duysters.com/Downloads%20managerial/handboek%20alliantiemangement.pdf>

Duysters, G.M. en Man, de A.P. en Neyens, I. (2009). The third state of alliance management study, Association of Strategic Alliance Professionals. Maastricht: Universiteit Maastricht

Gray, B. (1989). Collaborating: finding common ground for multy-party problems. San Francisco: Jossey-Bass

Ham, W., van der en Sint, M. (2009). Hoofdstuk 6: Bestuurder moet vlaggenscheppen maken. Uit: Alles is anders in de zorg. Maljers en Wansink. Amsterdam : Uitgeverij Bert Bakker

Hartman E., en Westerweel J. W., E. (2012). Artikel: Samenwerkingsambitie in de waterketen Tijdschrift Watergovernance. Jaargang 2012 nummer 3. Amsterdam: Baltzer Science Publisher

Heuvel, van de B. en J. Verbank (2005). Netwerken en samenwerken van zorgorganisaties, over draken en prinsessen. Houten: Lannoo Campus

Inspectie voor Volksgezondheid (IGZ). (2010). Interne IGZ-richtlijn omgaan met signalen over disfunctioneren van medische specialisten 15 maart 2010. Den Haag.

- Janssen, E. (2013). Artikel: Brugmaatschappen en mededingingsrecht: het is wel oppassen! Dirkzwager & Partners.
- Jonker, J. en de Witte, M. (2012). Hoofdstuk 11 uit: Essenties van verandermanagement. Laveren tussen dilemma's in de praktijk.
- Kaats, E. en Opheij, W. (2008). Bestuurders zijn van betekenis. Allianties en netwerken vanuit bestuurlijk perspectief. Maarssen: Reed Business
- Kaats, E., en W. Opheij. (2012). Leren samenwerken tussen organisaties. Samen bouwen aan allianties, netwerken, ketens en partnership. Deventer: Kluwer
- Kimpen, J.L.L. Wijnsma, P. (2010). Basics management voor medici. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Krens, E. (2010). Van standpunt naar belangen. Tijdschrift Conflicthantering. Opleiding Mediationvaardigheden Merlijn. Nuland
- KPMG-Plexus.(2012). Rapport: Wie doet het met wie in de zorg? Bestuurlijke samenwerking tussen Nederlandse ziekenhuizen. Amstelveen: KMPM-Plexus
- Kotter, J. (2008). Een gevoel van urgentie, hoe krijg je mensen in beweging om succesvol te veranderen? Amsterdam: Business Contact.
- Königs, M. (2007) Essenties van alliantiekunde, reflecties vanuit de praktijk. Hoofdstuk 18 Boonstra (2007)
- Langejan (2012). Uitspraken in rode hoed oktober 2012
- Lens, P. en Kahn, P. Over de schreef. Over disfunctioneren en disfunctioneren van artsen. Utrecht Van de Wees uitgeverij
- Lindhout, R., (2011). Ziekenhuizen verwaarlozen professionals. 26 juli 2011. Financieel Dagblad.
- Lodewick, L. (2009). Ziekenhuizen veranderen. Maastricht: Mediman Holding
- Lodewick. L. (2009) Artikel zorgvisie. Bestuurder moet ingrijpen. Zorgvisie: jaargang 39, nr. 4 (2009)
- Lombarts, K., (2006). De betere dokter, collega's en patiënten kunnen medisch specialisten beter beoordelen. Medisch Contact, nr. 16 april 2006
- Loo, van E. (2007). Bewuste en onbewuste processen van samenwerken. Overzicht van theorie en praktijk. Hoofdstuk 13. Ondernemen in allianties en netwerken. Zie: Boonstra (2007).
- Maas, A. (2013). Column Artsennet: Huilen met de wolven, 2 april 2013.
- Man, de A.P. (2006). Alliantiebesturing, samenwerking als precisie-instrument. Assen: Van Gorcum
- Meulemans, E.W.M. (2006) De disfunctionerende hulpverlener; behoeft de dokter behandeling ? Tijdschrift voor gezondheidsrecht, nr. 3 | 2006.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (2011). Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 tussen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag: VWS.

Mintzberg, H. (2000) Structure in Fives Vertaling: Organisatiestructuren. Den Haag: Academic Service

Moen, J. (2003). Koorddans zonder vangnet. Managementopgaven in de gezondheidszorg.

Moen, J. en Ansems, P. (2004). Brevet van leiderschap. Reflectie op eigen managementstijl. Maarsen. Reed Business B.V.

Noordegraaf, M. en van der Steen, M. (2001). The problem is what is the problem? Organisatieverandering en ambiguïteit. Amersfoort: Twynstra Gudde.

NRC (2013). Artikel: Sterftcijfers? Gewoon publiceren. 30 maart 2013.

NVZ. Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (2013). Kengetallen Nederlandse Ziekenhuizen. Utrecht: Dutch Hospital Data.

Olsthoorn, S (2012). Vrijgevestigde specialisten ontvluchten ziekenhuis. 15 oktober 2012: Financieel Dagblad

Olsthoorn, S. (2012). Bestuurlijke spaghetti in ziekenhuizen. 1 februari 2012: Financieel Dagblad

Orde van Medisch specialisten (OMS) (2008). Model reglement mogelijk disfunctioneren medisch specialist, april 2008.

Orde van Medisch specialisten (OMS). (2010). Kwaliteitskader van medisch specialisten, richtlijnen voor medisch specialisten en raden van bestuur.

Orde van Medisch specialisten (OMS). 2012. Visiedocument: De medisch specialist 2015. In opdracht van wetenschappelijke verenigingen en de OMS. Utrecht.

Peters, J., Weggeman, M. (2009). Het Rijnlandse boekje. Principes en inzichten van het Rijnlandse denken. Amsterdam: Business Contact

Prins, S. (2010) Begeleiden van Multi-partijsamenwerking. Handboek Effectief opleiden

Ploch, T. en van Zwieten M.C.B. (2007) Hoofdstuk 6 Kwalitatief onderzoek. Uit: Handboek gezondheidszorgonderzoek. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

Quin, R. en Cameron, K. (1999). Onderzoeken en veranderen van organisatiecultuur. Den Haag: Academic Service

Roo, de A.(2012). Gedachtenwisseling over regiomaatschappen n.a.v. rapport commissie Meurs. 'De vraag is of medisch specialisten zich hier iets van aan zullen trekken? (private partijen, marktcondities/ regelgeving) 13 oktober 2012,vliegveld München.

Roo, de A. (2012). Collegesheets module cultuur (maart 2012).

Raad voor de Volksgezondheid (RVZ). (2010) Briefadvies, De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). (2011). Rapport Medisch-specialistische zorg in 20/20 Dichtbij en ver weg. Den Haag

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). (2011). Rapport Bekwaam is bevoegd. Innovatieve opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg. Den Haag

Ramler, P. en Raadgers W.(2010). Artikel: Conflicthantering in (para) medische maatschappen. Tijdschrift Conflicthantering nummer 4 Jaargang 5. Boek: Samenwerken vergt onderhoud. Een handleiding om de samenwerking binnen medische maatschappen goed te houden. VvAA. Leusden: Springer Uitgeverij

Remmerswaal, J. (2005). blz. 27 van boek : Groepswerk als uitdaging, perspectieven en dynamieken in groepen. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

Schein, E. (2006). De bedrijfscultuur als ziel van de onderneming. Zin en onzin van cultuurverandering. Schiedam: Scriptum

Schellenkens, W. (2010) artikel: Bestuurder is van beslissende invloed op kwaliteit van zorg. Destijds hoofdinspecteur curatieve zorg. Zorgvisie januari 2010.

Schraven, Th. P.M., (2012) Over Governance in de zorg en de medisch specialist als eigenaar van het ziekenhuis Hoofdstuk 15. Jaarboek Medisch specialistische zorg 2012. Alkmaar: Mediforum

Schruijer, S en Vansina, L. (2007) Samenwerkingsrelaties over organisatiegrenzen. Hoofdstuk 12 uit: Ondernemen in allianties en netwerken. Zie: Boonstra (2007).

Schruijer, S. (2012). Wat kan de gebiedsontwikkeling leren van de organisatiekunde? Multi-party samenwerking. Koester de verschillen. Artikel. www.gebiedsontwikkeling.nl Mei 2012.

SEO, economisch onderzoek (2010). Onderzoeksrapport: De relatie tussen medisch specialist en het ziekenhuis. In opdracht van het ministerie van VWS. Amsterdam

Smit, M. (2012) Laat ruzie niet door sudderen. Medisch contact | 17 februari 2012 | 67 nr. 7

Smits, G. (2009) Bestuurders moeten ingrijpen bij slecht functionerende specialisten
Auteur artikel: C van Aartsen : 1-4-2009,, jaargang 39, nummer 4, Zorg Visie

Staartjes, K. (2008). Hart en Ziel, april 2008 de Volkskrant

Straathof, A. (2009). Zoeken naar de kern van cultuurverandering: inzicht, meten sturen. Delft: Eburon.

Stoffels, R. (2008). Proefschrift. Cooperation among medical specialists: "pain or gain" ? Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

Thissen, J. W. (2012). Artikel: regiomaatschap. Thissen en Partner, belangenbehartiging voor medisch specialisten en hun besturen.

- Valentijn, R. (2011). Uitspraak op studiedag preventief en curatief omgaan met disfunctioneren. maart 2011 Utrecht: Medilex. (Valentijn is oud-voorzitter van OMS)
- Varkevisser, M, Looze, E. Schut, E. (2012). Column. Falend toezicht brengt zorgstelsel in gevaar. 3 december 2012. Discussieforum MeJudice
- Verkoulen, M. (2009). Artikel. Tijdschrift Idee, juni 2009. Het koninkrijk van de specialist. Noblesse oblige in het ziekenhuis. Den Haag: Idee, politiek-wetenschappelijk tijdschrift D'66.
- Verkuijlen, P.J.M., (2012) Vechten of samenwerken; De effectiviteit van de samenwerking tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen op de kosten en kwaliteit van de ziekenhuiszorg. masterthesis Universiteit Utrecht
- Verschuren P. J. M., (2011). De probleemstelling voor een onderzoek. Houten: Spectrum
- Visser, J. (2011). Wantrouwen kenmerkt de relatie. Artikel Medisch Contact nr. 43§2011
- Weggeman, M., (2007). Leidinggeven aan professionals? Niet doen!, Over kenniswerkers, vakmanschap en innovatie. 5e druk maart 2010, Schiedam: Scriptum
- Weggeman, M., (2012). Wie het weet mag het zeggen. Interview in Tijdschrift voor Conflicthantering. Nummer 4 2012. Den Haag: Sdu uitgevers.
- Wiel, van der H.,(2006) artikel Medisch Contact: recept voor ruzie.
- Wijnsma, P. (2009). In voorwoord boek: Het managen van de maatschap, verder professionaliseren. 's Hertogenbosch: Damhuis Elschot Verschure organisatieadviseurs
- Wijnsma, P. (2012). Regionalisering van maatschappen. Blog Artsennet Versterkt. 27 augustus 2012
- Witman, Y. (2008). Proefschrift. De medicus maatgevend. Over leiderschap en habitus. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Witte, de M, (2012). Essenties van verandermanagement. Laveren tussen dilemma's in de praktijk. Deventer: Kluwer
- Zeben, van C. J. (2001). Het Scheidsgerecht. Bron: www.hetscheidsgerechtgezondheidszorg.nl
- Zorgvisie 2009: artikel : Bestuurder moet ingrijpen. April 2009. Jaargang 39, nr. 4

Eindnoten

ⁱ Het onderzoek richt zich op samenwerking tussen algemene ziekenhuizen en topklinische ziekenhuizen; geen samenwerking met academische centra.

ⁱⁱ In juli 2011 sloten vijf partijen: het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de NVZ vereniging van ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord. Daarin is een beheerste uitgavengroei vastgelegd van structureel 2,5 procent per jaar voor de periode 2012 tot 2015.

ⁱⁱⁱ Die mening is niet breed gedragen, recent onderzoek van Nivel toont aan dat bij bepaalde verrichtingen geen verband bestaat tussen kwaliteit en volume.

^{iv} Nederland heeft 109 algemene ziekenhuizen: 81 basisziekenhuizen en 28 topklinische ziekenhuizen en 8 academische centra (bron: NVZ)

^v Het beheersmodel is het resultaat van wetswijzigingen en een convenant tussen VWS, NVZ vereniging van ziekenhuizen en de OMS.

^{vi} In loondienst: 5.900 fte. Vrijgevestigd: 6.800 fte (bron: rapport Meurs). Cijfers zijn inclusief Academische Centra en ZBC's

^{vii} Kaap Doorn Manifest is ondertekend door de Orde van Medisch Specialisten, de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen in november 2012).

^{viii} Naar aanleiding van twee onderzoeken naar het functioneren van de IGZ zelf (commissie Steenhoven en Sorgdrager)

^{ix} Kaats en Opheij werken met vier relatietypen, in dit onderzoek beperken we ons tot drie. Zie blz. 137 en verder boek: Organiseren tussen organisaties.