








Bereidheid tot samenwerken in het VSV Arnhem - De Liemers

Een onderzoek naar factoren die mogelijk van invloed zijn op de bereidheid van actoren tot samenwerken in het VSV Arnhem - De Liemers bij overdrachten rondom zwangerschap, geboorte en kraamtijd

Charlotte van Prooijen | Masterthesis
Bestuurskunde | September 2014

Bereidheid tot samenwerken in het VSV Arnhem - De Liemers

Een onderzoek naar factoren die mogelijk van invloed zijn op de bereidheid van actoren tot samenwerken in het VSV Arnhem - De Liemers bij overdrachten rondom zwangerschap, geboorte en kraamtijd

Student: Charlotte van Prooijen
Studentnummer: S 4067886
Begeleider: Dr. C.J. Lako

Radboud Universiteit Nijmegen
Faculteit der Managementwetenschappen
Opleiding Bestuurskunde
Master Organisatie & Management

Opdrachtgever: Kwaliteitsbureau Rijnstate Ziekenhuis Arnhem
Begeleider: G. Warringa
Stageperiode: Maart 2014 - September 2014

September 2014

Radboud Universiteit Nijmegen

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterthesis die ik heb geschreven ter afsluiting van de masteropleiding Organisatie & Management, behorende bij de opleiding Bestuurskunde, aan de Radboud Universiteit te Nijmegen. Door het volgen van vier jaar academisch onderwijs en het uitvoeren van zelfstandig onderzoek heb ik mij kunnen verdiepen in het bestuurskundig vakgebied en heb ik mij verder kunnen ontwikkelen in kennis en kunde. Het proces van zelfstandig wetenschappelijk onderzoek doen is opnieuw een uitdaging geweest en beschouw ik dan ook als zeer waardevol.

De aanleiding voor dit onderzoek ligt ten grondslag aan de onderzoekstage die ik, gedurende zes maanden, heb mogen uitvoeren voor het Kwaliteitsbureau van het Rijnstate Ziekenhuis te Arnhem. In samenspraak met de kwaliteitsmanager, de kwaliteitscoördinator en de zorgmanager Gynaecologie van het ziekenhuis is de onderzoeksvraag tot stand gekomen. De focus is komen te liggen op de bereidheid van actoren tot samenwerken in het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) van de regio Arnhem - De Liemers.

Het schrijven van de masterthesis is een leerzaam proces geweest, waarvan het resultaat niet tot stand zou zijn gekomen zonder de hulp van vele betrokkenen die ik hiervoor dan ook hartelijk wil bedanken. Allereerst zijn dat dhr. G. Gerritsen (kwaliteitsmanager), mw. G. Warringa (kwaliteitscoördinator) en mw. M. van Veen (zorgmanager Gynaecologie) die mij de tijd en ruimte hebben geboden om in de organisatie op bestuurskundig niveau rond te kijken en hier te mogen leren. In het bijzonder bedank ik mw. G. Warringa die mij gedurende de zes maanden heeft willen begeleiden en mij de kans heeft gegeven om deze leerervaring op te doen. Tevens wil ik alle respondenten, al dan niet lid van het (voormalig) VSV en District Verloskundig Platform (DVP), hartelijk bedanken voor de manier waarop zij mij hebben ontvangen en mij tegemoet kwamen door mijn vragen te beantwoorden tijdens interviews of in de wandelgangen. Door hun open- en betrokkenheid heeft mijn onderzoek meer diepgang kunnen krijgen. Daarnaast wil ik mijn thesisbegeleider dr. C.J. Lako hartelijk bedanken voor de begeleiding die hij mij heeft gegeven tijdens mijn onderzoek. Door zijn kundige feedback en de tijd die hij daarvoor nam, heb ik mijn masterthesis tot een hoger niveau weten te brengen. Tot slot wil ik mijn vriendin en studiegenote Sanne, mijn moeder en mijn verloofde, Joël, bedanken voor het geven van suggesties en hun motiverende ondersteuning.

Charlotte van Prooijen

Ede, september 2014

Samenvatting

In deze masterthesis wordt onderzoek gedaan naar de bereidheid van actoren tot samenwerken in het VSV Arnhem - De Liemers bij overdrachten rondom zwangerschap, geboorte en kraamtijd. De aandacht gaat derhalve uit naar de keten geboortezorg. Belangrijke actoren in deze keten zijn voor de eerste lijn de eerstelijns verloskundigen, huisartsen, kraamzorg en jeugdgezondheidszorg. De tweedelijnszorg wordt geleverd door gynaecologen, klinisch verloskundigen, verpleegkundigen, kinderartsen en arts-assistenten. Het VSV is momenteel de meest gangbare organisatievorm waarin de zorg aan de gezamenlijke klant wordt afgestemd. Het doel van verloskundige samenwerking in een dergelijk verband is individuele zorg te optimaliseren en te integreren in samenhangende zorg. Verloskundige samenwerking heeft daarbij betrekking op de multidisciplinaire structuur in de zorg voor zwangeren, barenden en kraamvrouwen. In het VSV vinden tussen de verschillende actoren veel overdrachtsmomenten plaats met betrekking tot medische gegevens en verantwoordelijkheden voor de (zorg van de) patiënt. Dit maakt dat de bereidheid tot samenwerken essentieel is. Echter, uit een inspectierapport van de IGZ (2013) naar de kwaliteit van kraamzorg in Nederland blijkt dat ketenpartners beter met elkaar moeten samenwerken en communiceren. Tevens is de verloskundige zorg de laatste jaren meer in de belastingstelling komen te staan door de verslechterende positie die te zien is op Europese ranglijsten waar het de perinatale sterfte betreft. In dit onderzoek wordt door middel van een uitgebreide documentenanalyse en interviews met vertegenwoordigers van de verschillende actoren, afkomstig uit de eerste- en tweedelijns geboortezorg, getracht een bijdrage te leveren aan onderzoek omtrent interorganisationele samenwerking. In het bijzonder wordt de focus gelegd op de bereidheid van actoren tot samenwerken binnen een verloskundig samenwerkingsverband. In de empirie is de invloed van acht onafhankelijke variabelen, te weten interdependentie, informatie- en kennisuitwisseling, bereiken eigen doeleneinden, kostenvoordelen, verwerven van middelen en competenties, verbondenheid, vertrouwen en machtsverhouding, onderzocht op de bereidheid tot samenwerken bij overdrachten, de afhankelijke variabele.

Op basis van de resultaten die voortvloeien uit het onderzoek kan worden geconcludeerd dat tussen zes van de acht variabelen een positief verband te zien is met de afhankelijke variabele. Voor de variabelen ‘kostenvoordelen’ en ‘het verwerven van middelen en competenties’ geldt dat er minder duidelijke aanwijzingen zijn voor een positief verband met de afhankelijke variabele. Dit, omdat beide variabelen door de respondenten als abstract of van minder belang worden geacht. Voor de overige zes variabelen, te weten interdependentie, informatie-en kennisuitwisseling, bereiken eigen doeleinden, verbondenheid, vertrouwen en machtsverhouding, geldt dat deze voor de respondenten van invloed zijn op de bereidheid tot samenwerken. In het onderzoek wordt verondersteld dat de hierboven genoemde variabelen in de empirie moeten worden geborgd, om derhalve de bereidheid van actoren tot samenwerken te vergroten. Voor wat betreft het VSV Arnhem - De Liemers is er sprake van een relatief goede en prettige samenwerking en worden de meeste genoemde variabelen op de werkvloer geborgd. Echter, de huidige automatiseringssystemen en informatieoverdrachten zijn momenteel niet tot ieders tevredenheid, omdat deze niet goed op elkaar zijn aangesloten. Men hoopt dat met het ‘VSV nieuwe stijl’ de samenwerking en alles wat daarmee samenhangt, verder kan worden geïntegreerd en geoptimaliseerd.

Inhoud

1. Inleidend Kader 5
   1.1 Aanleiding 5
   1.2 Probleemstelling 6
   1.3 Theorie en methoden 8
   1.4 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie 9
   1.5 Leeswijzer 10
2. Beleidskader 12
   2.1 Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) 12
      2.1.1 Actoren VSV 12
      2.1.2 Doelen VSV 12
      2.1.3 Inhoud VSV 13
      2.1.4 Totstandkoming VSV 13
   2.2 VSV Arnhem - De Liemers 13
      2.2.1 Vormgeving VSV Arnhem - De Liemers 13
      2.2.2 Integraal beleid omtrent samenwerking 15
   2.3 Overdrachten binnen het VSV 15
3. Theoretisch Kader 19
   3.1 Ketens en interorganisationele samenwerking 19
      3.1.1 Ketens 19
      3.1.2 Interorganisationeel samenwerken 20
   3.2 Bestuurskundig perspectief 22
      3.2.1 Beleidsnetwerkbenadering 22
      3.2.2 Publiek-private samenwerking 23
   3.3 Organisatiekundig perspectief 25
      3.3.1 Sociale netwerkbenadering 25
   3.4 Bedrijfskundig perspectief 28
      3.4.1 Alliantiemanagement 28
   3.5 Sociaalwetenschappelijk en psychologisch perspectief 31
   3.6 Conclusies en conceptueel model 33
      3.6.1 Een samenvattend overzicht 33
      3.6.2 Conceptueel model 36

4. Methodologisch Kader 39
4.1 Onderzoeksstrategie 39
4.2 Methoden van dataverzameling 40
4.3 Onderzoekseenheden 42
4.4 Operationalisatie 43
4.5 Methoden van data-analyse 47
4.6 Validiteit en betrouwbaarheid 47
5. Resultaten en analyse 50
5.1 Samenwerkingsfactoren zichtbaar vanuit de empirie 50
5.1.1 Interdependentie 50
5.1.2 Informatie- en kennisuitwisseling 54
5.1.3 Bereiken eigen doeleinden 59
5.1.4 Kostenvoordelen 62
5.1.5 Verwerven van middelen en competenties 66
5.1.6 Verbondenheid 68
5.1.7 Vertrouwen 71
5.1.8 Machtsverhouding 73
5.2 Samenwerkingsfactoren noodzakelijk voor de bereidheid tot samenwerken bij overdrachten 76
5.3 Discrepanties tussen theorie, beleid en empirie 78
6. Conclusie, aanbevelingen en discussie 81
6.1 Conclusie 81
6.2 Aanbevelingen 85
6.3 Discussie 86
Referenties 89
Bijlagen 96
Bijlage I Toetsingskader 97
Bijlage II De verloskundige indicatielijst 101
Bijlage III Processchema keten geboortezorg 103
Bijlage IV Interviewguide 106

1. Inleidend kader

1. Inleidend Kader

Dit hoofdstuk behandelt allereerst de aanleiding voor de masterthesis in paragraaf 1.1. Paragraaf 1.2 omvat de probleemstelling en paragraaf 1.3 geeft kort weer welke theorie en welke methoden van onderzoek worden gebruikt. In paragraaf 1.4 wordt de maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie beschreven en dit hoofdstuk sluit af met een leeswijzer voor het onderzoek.

1.1 Aanleiding

De afgelopen tien jaar heeft ketensamenwerking zowel in de industriële wereld als in het sociale domein steeds meer aandacht gekregen, waaronder binnen de zorgsector (Jurriëns, 2005, p. 8; Van Delden, 2010, p. 5). Professionals, managers, beleidsmakers en onderzoekers in de zorg trachten de kwaliteit van geleverde zorg te verbeteren door ketensamenwerking als strategie in te zetten (Minkman, Ahaus & Huijsman, 2010, p. 26). Ketenzorg is te definiëren als "een gecoördineerd zorgverleners- en organisatieoverstijgend zorgproces, gericht op naadloze samenhang, afgestemd op de behoeften van de cliënt" (Raak et al., 2003, in Minkman, Ahaus & Huijsman, 2010, p. 26). Als gevolg van de toegenomen fragmentatie in de zorgverlening en de verschuiving van vraaggestuurde zorg naar een aanbodgestuurd zorgstelsel, is de belangstelling voor ketensamenwerking toegenomen. Zorgverlening vanuit het perspectief van cliënten staat centraal, zodat die met hen en om hen heen kan worden georganiseerd en gecoördineerd. Op deze wijze tracht men discontinuïteit, dubbel of inefficiënt werk en geen verantwoordelijkheid voor het gehele zorgproces van een cliënt, te voorkomen. Ketensamenwerking is met name van belang bij ouderen en chronisch zieken, omdat zij vanwege meerdere aandoeningen met veel zorgprofessionals te maken hebben. Maar ook in de acute- of geboortezorg wordt goede ketensamenwerking letterlijk van levensbelang geacht (Minkman, Ahaus & Huijsman, 2010, pp. 26-27; M. van Veen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2014).

Het verzoek vanuit het Rijnstate Ziekenhuis (RZ) is een onderzoek naar het functioneren van het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) in de regio Arnhem - De Liemers, waarbij de aandacht derhalve uitgaat naar de keten geboortezorg. Het verzoek richt zich in het bijzonder op de bereidheid van de verschillende actoren van het VSV om samen te werken bij overdrachten in deze keten, wanneer dit noodzakelijk is voor moeder en kind. Belangrijke actoren in deze keten zijn voor de eerste lijn de eerstelijns verloskundigen, huisartsen, kraamzorg en jeugdgezondheidszorg (JGZ). De tweedelijnszorg wordt geleverd door gynaecologen, klinisch verloskundigen, verpleegkundigen, kinderartsen en arts-assistenten (Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), 2013, p. 17).

Het verzoek vanuit het ziekenhuis betreft derhalve een hedendaags fenomeen, met name omdat sinds 1 juli 2012 elke regio in Nederland (noord, oost, zuid en west) verplicht is een goed functionerend verloskundig samenwerkingsverband te hebben. Het VSV is momenteel dan ook de meest gangbare organisatievorm waarin de zorg aan de gezamenlijke klant wordt afgestemd (Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), 2012 p. 40; Zum Vörde sive

Vörding & Meijboom, 2012, p. 534). Het doel van verloskundige samenwerking in een dergelijk verband is "individuele zorg te optimaliseren en te integreren in samenhangende zorg" (...) de term 'verloskundige samenwerking' heeft betrekking op de multidisciplinaire structuur in de zorg voor zwangeren, barenden en kraamvrouwen" (Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG), 2006, p. 68). Het VSV wil inhoud geven aan geformaliseerd overleg, waarbij het beleid op de langere termijn centraal staat. Tevens zijn de inhoud en de organisatie van de samenwerking belangrijke thema's (LVG, 2006, p. 69).

In het VSV vinden tussen de verschillende actoren veel overdrachtsmomenten plaats met betrekking tot medische gegevens en verantwoordelijkheden voor de (zorg van de) patiënt, waardoor bereidheid tot samenwerken essentieel is (College van zorgverzekeringen (CVZ), 2003, p. 40). Echter, uit een inspectierapport van de IGZ naar de kwaliteit van kraamzorg in Nederland, blijkt dat ketenpartners beter met elkaar moeten samenwerken en communiceren (IGZ, 2009, p. 3). Dit werd in 2001 al geconstateerd, maar is tot op heden onvoldoende gerealiseerd. Zo bleek dat de samenwerking tussen verloskundigen en kraamzorgaanbieders niet altijd even efficiënt werd vormgegeven, hetgeen leidde tot tegenstrijdigheden in visie op en het uitvoeren van bepaalde handelingen. Daarnaast bleken kraamzorgdossiers niet altijd te dienen als middel om te communiceren met verloskundigen en andere ketenpartners. Schriftelijk beleid over samenwerkingsverbanden was nauwelijks aanwezig. Volgends de IGZ moeten alle partijen daarom intensief samenwerken om de ketenzorg te verbeteren (2009, p. 3).

De achtergrond van het verzoek vanuit het RZ heeft betrekking op het voorgaande, aangezien de conclusies van de IGZ ook grotendeels gelden voor het VSV Arnhem - De Liemers. De aansluiting tussen de verschillende actoren wordt niet altijd geborgd en er is niet altijd sprake van een tijdige of volledige overdracht van de verantwoordelijkheden voor de patiënt (IGZ, 2013, p. 10). Het vraagstuk omtrent de bereidheid van de verschillende actoren om samen te werken hangt derhalve samen met het tijdig en volledig overdragen rondom zwangerschap, geboorte en kraamtijd. Onderzoek naar de bereidheid tot samenwerken tracht daarom de kwaliteit van zorg en overdracht te optimaliseren (M. van Veen, p.c., 27 maart 2014).

1.2 Probleemstelling

Uit hetgeen hierboven is beschreven, volgt een probleemstelling die bestaat uit een doel- en vraagstelling. De probleemstelling geeft sturing aan het gehele onderzoek.

De doelstelling van dit onderzoek is als volgt geformuleerd:
Inzicht verkrijgen in de factoren die de bereidheid van actoren tot samenwerken in de eerste en tweedelijnszorg bij overdrachten bepalen, teneinde te komen tot aanbevelingen om de samenwerking in het VSV Arnhem- de Liemers te verbeteren.

De hierbij behorende vraagstelling luidt:
Door welke factoren wordt de bereidheid van actoren tot samenwerken in het VSV Arnhem - De Liemers bij overdrachten rondom zwangerschap, geboorte en kraamtijd bepaald?

Om tot een beantwoording van de geformuleerde probleemstelling te komen, is een aantal deelvragen opgesteld die hieronder worden weergegeven.

Allereerst is het van belang om vanuit het integrale beleid van het VSV Arnhem - De Liemers te beoordelen welke factoren noodzakelijk worden geacht voor optimale overdrachtsmomenten rondom zwangerschap, geboorte en kraamtijd. Deelvraag 1 luidt:

1. *Op welke wijze(n) wordt middels het integrale beleid van het VSV Arnhem - De Liemers getracht de bereidheid tot samenwerking te borgen?*

Vervolgens is het belangrijk inzicht te verkrijgen in de factoren die vanuit de theorie van belang worden geacht bij samenwerking tussen actoren zowel binnen de zorgsector als ook binnen andere publieke of private domeinen.
Deelvraag 2 luidt:

2. *Welke factoren blijken uit de theorie relevant bij samenwerking tussen organisaties?*

Inmiddels is veel onderzoek gedaan naar randvoorwaarden voor samenwerking in ketens of netwerken (Amelink - Verburg, De Winter - de Ree, Van der Lans & Den Ouden, 2012; Korsten, z.j.(b); Minkman, Ahaus, Fabbricotti, Nabitz & Huijsman, 2008; Van Delden, 2010). Echter, onderzoek naar een achterliggende bereidheid tot samenwerking en in het bijzonder bij overdrachtsmomenten, ontbreekt veelal. Dit is opvallend omdat wordt verondersteld dat dit een essentieel onderdeel is bij samenwerking en bij overdrachten binnen de keten geboortezorg (M. van Veen, p.c., 27 maart 2014). Immers, het tijdig overdragen van de patiënt(gegevens) wanneer dit noodzakelijk is, draagt bij aan een gezond en succesvol verloop van de zwangerschap, geboorte en kraamtijd (Stuurgroep zwangerschap en geboorte (SZG), 2009, p. 41). Derhalve is het belangrijk om in de empirie te bestuderen welke factoren omtrent samenwerken zichtbaar zijn, die mogelijk de bereidheid van actoren tot samenwerken doet beïnvloeden. De gevonden factoren vanuit de theorie, omtrent samenwerking tussen actoren, dienen hierbij als leidraad. Deelvraag 3 en 4 zijn als volgt geformuleerd:

3. *Welke factoren zijn voor de verschillende actoren van het VSV Arnhem - De Liemers van belang om daadwerkelijk over te gaan tot samenwerking wanneer dit, gezien de gezondheid van moeder en kind, noodzakelijk blijkt?*
4. *In hoeverre worden deze factoren binnen het VSV Arnhem - De Liemers geborgd?*

De laatste deelvraag tracht inzicht te geven waar overeenkomsten en verschillen liggen tussen theorie, beleid en empirie omtrent de factoren die de bereidheid van actoren tot samenwerken bij overdrachten beïnvloeden. De deelvraag luidt:

5. *Welke discrepanties kunnen worden vastgesteld tussen de beoogde factoren omtrent samenwerking vanuit de wetenschappelijke literatuur, het integrale beleid omtrent samenwerking en de factoren gevonden in de empirie?*

1.3 Theorie en methoden

Om samenwerking in ketens beter te begrijpen en bij te dragen aan kennis en inzichten die helpen bij het realiseren van de bereidheid van organisaties tot samenwerking, worden vanuit de literatuur in het theoretisch kader verschillende perspectieven weergegeven omtrent interorganisationele samenwerking. Als leidraad gelden de vier disciplinaire invalshoeken zoals weergegeven door Boonstra (2007). De eerste invalshoek is het *bestuurskundig perspectief*, waarbij beleidsnetwerken centraal staan. Tevens wordt publiek-private samenwerking onder dit perspectief geschaard. In het *organisatiekundig perspectief* staat vervolgens de sociale netwerkbenadering centraal. Ten derde kan vanuit een *bedrijfskundige invalshoek* gekeken worden naar samenwerking tussen meerdere actoren, waarbij alliantiemanagement het centrale begrip is. Tot slot worden samenwerkingsvraagstukken tussen organisaties vanuit het *sociaalwetenschappelijk en psychologisch perspectief* bestudeerd. Uiteindelijk worden enkele factoren omtrent interorganisationele samenwerking geselecteerd die als leidraad dienen voor het gehele onderzoek.

De resultaten van dit onderzoek vloeien voort uit een kwalitatieve onderzoeksmethode, daar een iteratieve werkwijze is gevolgd. Een passend onderzoeksdesign bij deze werkwijze is de casestudie. Deze werkwijze is relevant omdat de onderzoeker zich probeert te verplaatsen in het perspectief van de betrokkenen (vertegenwoordigers van de verschillende actoren in het VSV Arnhem - De Liemers) aan de hand van een voortdurende afwisseling tussen theorie, waarneming en analyse (Vennix, 2010, p. 99). De onderzoeker tracht inzicht te geven in de verschillende perspectieven van betrokkenen ten aanzien van samenwerking in het VSV. Om deze perspectieven in de empirie te kunnen bestuderen, is het allereerst van belang inzicht te verkrijgen in het VSV en in het bijzonder in de aanwezige procedures betreffende overdrachten die plaatsvinden tussen de verschillende disciplines van het VSV. Dit geschiedt onder meer middels een documentenanalyse. Een veldonderzoek moet vervolgens leiden tot een dataverzameling waarbij uit de empirie ervaringen en perspectieven van betrokkenen, omtrent bereidheid tot samenwerken, kunnen worden verwoord. De gebruikte onderzoeksmethode hierbij omvat (semigestructureerde) interviews met de hoofdrolspelers uit het VSV. Hierbij is informatie van zowel bestuurders als beroepsbeoefenaars van belang, omdat zowel inzicht nodig is in de wijze waarop samenwerken noodzakelijk wordt geacht vanuit het management als de wijze waarop dit wordt ervaren door beroepsbeoefenaars op de werkvloer.

Het onderzoek is derhalve verkennend van aard. Immers, vooraf staat niet vast welke kennis precies kan worden opgeleverd, daar het niet duidelijk is welke factoren de bereidheid tot samenwerken al dan niet beïnvloeden (Vennix, 2010, p. 153).

1.4 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie

Dit onderzoek is allereerst maatschappelijk relevant. In het kader van een Thematoezichtonderzoek Geboortezorg heeft de IGZ vorig jaar een inspectiebezoek gebracht aan het VSV rond Arnhem - Zevenaar. Het doel van dit bezoek was "het toetsen op de werkvloer van de samenwerking rond zwangerschap en geboorte en de voortgang van de implementatie van het advies van SZG 'Een goed begin'(2009)". Echter, het bestuderen van de bereidheid tot samenwerken bij overdrachten is niet meegenomen in het toetsingskader (IGZ, 2013, p. 35-39; zie bijlage I). Dit is echter, zoals hiervoor beschreven, belangrijk en relevant. Dit onderzoek wil derhalve een bijdrage leveren aan het functioneren van het VSV Arnhem - De Liemers, door te bepalen welke factoren al dan niet van invloed zijn op de bereidheid van de verschillende actoren tot samenwerken bij overdrachten rondom zwangerschap, geboorte en kraamtijd. De gevonden factoren zijn in eerste instantie relevant voor het genoemde VSV. De actoren binnen dit VSV kunnen, naar aanleiding van de resultaten van het onderzoek, de onderlinge samenwerking al dan niet verbeteren of versterken. Tevens kunnen de uitkomsten relevant zijn voor andere VSV-en binnen de nationale geboortezorg, te meer nu vanaf juli 2012 alle regio's van Nederland verplicht een goed functionerend VSV moeten hebben (NZa, 2012, p. 7). Daarnaast is dit onderzoek wellicht relevant voor overeenkomende samenwerkingsverbanden binnen andere publieke of private domeinen, aangezien vanuit de theorie verschillende perspectieven zijn aangehaald.

Daarnaast is het onderzoek maatschappelijk relevant omdat de verloskundige zorg de laatste jaren meer in de belastingstelling is komen te staan. Verschillende onderzoeken laten een verslechterende positie zien op Europese ranglijsten waar het de perinatale sterfte betreft (Zum Vörde Sive Vörding & Meijboom, 2012, p. 533). In het licht van dit maatschappelijk probleem is het van belang dat onderzoek een bijdrage levert aan het achterhalen van de oorzaken van deze verslechterde positie.

Ten tweede is dit onderzoek ook wetenschappelijk relevant. In de wetenschappelijke literatuur is vanuit verschillende disciplines al veel over samenwerking tussen organisaties geschreven en zijn diverse modellen ontwikkeld en verbanden benoemd (Borgatti & Foster, 2003; Brass, Galaskiewicz, Greve & Tsai, 2004). Echter, Provan, Fish en Sydow (2007, p. 2) laten weten dat over het algemeen er een aanzienlijke vooruitgang is in het begrijpen van netwerken, hoe ze werken, op welke wijze ze opereren en zelfs hoe ze zich ontwikkelen. Echter, volgens de auteurs is er ondanks deze vooruitgang nog veel dat we niet weten. Er zijn nog maar weinig empirisch onderbouwde theorieën die laten zien welke factoren het resultaat van samenwerking bepalen. Dat geldt ook voor samenwerking in de publieke dienstverlening (Van Delden, 2010, p. 6). Dit onderzoek tracht een bijdrage te leveren aan inzicht en kennis omtrent factoren die van invloed zijn op de bereidheid van actoren tot samenwerken in samenwerkingsverbanden.

Volgens Fabbricotti (2007, p. 18) is de ontwikkeling van zorgketens de afgelopen jaren in een nieuwe fase beland, waardoor betrokkenen zich voor de opgave geplaatst zien om hun zorgketen optimaal in te richten en derhalve beoogde doelen kunnen worden behaald. Echter, door weinig samenhang in literatuur, ontbreekt veelal de kennis en het inzicht dit in de praktijk goed op te pakken. Door met dit onderzoek in te spelen op een belangrijk aspect van

(zorg)ketens, namelijk de bereidheid tot samenwerking hierbinnen, wordt getracht samenhang te brengen in succesfactoren van bereidheid tot samenwerken.

Het onderzoek is daarmee te typeren als een praktijkgericht onderzoek, maar de gegenereerde kennis is tevens van waarde voor de bestuurskundige wetenschap. Immers, bestuurskunde wordt omschreven als "de wetenschap die werking van het openbaar bestuur bestudeert", waarbij het openbaar bestuur wordt aangeduid met "het geheel van instellingen en structuren waarbinnen de overheidstaak wordt verricht" (De Baas, 1995, p.16, p.353). De gevonden literatuur over samenwerking, zoals in paragraaf 1.2 genoemd, gaat met name over randvoorwaarden voor samenwerking in ketens of netwerken (Amelink - Verburg, De Winter - de Ree, Van der Lans & Den Ouden, 2012; Korsten, z.j.(b); Minkman, Ahaus, Fabbricotti, Nabitz & Huijsman, 2008; Van Delden, 2010). Onderzoek naar een achterliggende bereidheid tot samenwerking en in het bijzonder bij overdrachtsmomenten ontbreekt veelal of is gebrekkig aanwezig. Aangezien een casestudie wordt uitgevoerd in de zorgsector, zijn de resultaten die voortvloeien uit dit onderzoek relevant voor de publieke (zorg)sector en daarmee tevens voor de bestuurskundige wetenschap.

1.5 Leeswijzer

In deze paragraaf wordt aangegeven op welke wijze het onderzoek vorm heeft gekregen en welke onderwerpen in de verschillende hoofdstukken worden behandeld.

In dit eerste hoofdstuk zijn de aanleiding en probleemstelling van het onderzoek beschreven. Het tweede hoofdstuk omvat het beleidskader, waarin het VSV wordt uitgelegd en het beleid omtrent samenwerking en overdrachten centraal staat. In hoofdstuk 3 wordt vervolgens het theoretisch kader beschreven, waarbij vanuit verschillende perspectieven wordt ingegaan op interorganisationele samenwerking. Belangrijke factoren hiervoor worden in een conceptueel model weergegeven. Het vierde hoofdstuk geeft het methodologisch kader weer, waarin de wijze van onderzoek wordt verantwoord. In hoofdstuk 5 komen de resultaten en de analyse van het onderzoek aan bod. Tot slot worden in het laatste hoofdstuk de conclusie en het antwoord op de hoofdvraag, enkele aanbevelingen en de discussie beschreven.

2. Beleidskader

2. Beleidskader

In dit hoofdstuk wordt allereerst in paragraaf 2.1 uiteengezet wat een VSV is en welk beleid daarvoor geldt. Vervolgens wordt specifiek beschreven op welke wijze het VSV van de regio Arnhem - De Liemers, het samenwerkingsverband dat centraal staat in dit onderzoek, is vormgegeven. Tevens wordt beschreven in hoeverre dit VSV handvatten voor samenwerking biedt (deelvraag 1). In de laatste paragraaf wordt stilgestaan bij het overdrachtsproces binnen de keten geboortezorg, waarbij in het bijzonder de overdrachtsmomenten tussen de verschillende actoren in VSV naar voren komen.

2.1 Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV)

Deze paragraaf beschrijft achtereenvolgens de actoren, de doelen, de inhoud en de totstandkoming van een VSV.

2.1.1 Actoren VSV

Verloskundige zorg wordt primair door een individuele zorgverlener verstrekt, te weten een verloskundige, een verloskundig actieve huisarts, een arts-assistent, een klinisch verloskundige of een gynaecoloog (LVG, 2006, p. 68). Afhankelijk van de lokale of regionale situatie kunnen ook andere zorgverleners of instanties in het samenwerkingsverband (structureel of ad hoc) deelnemen. Het kan gaan om kinderartsen, huisartsen die geen bevallingen begeleiden of kraamzorgaanbieders (LVG, 2006, p. 70). Tot slot kunnen ook vertegenwoordigers van cliënten en zorgverzekeraars deelnemen, of andere partijen, zoals gemeentelijke overheden, de provincie of ambulancezorgaanbieders (NZa, 2012, p. 40). Uit ervaringen van bestaande VSV-en blijkt dat het deelnemen van steeds dezelfde vertegenwoordigers van de verschillende partijen aan een overleg de samenwerking tussen de professionals doet bevorderen, aangezien men elkaar steeds beter leert kennen en onderling een (vertrouwens)band kan worden opgebouwd (LVG, 2006, p. 70).

2.1.2 Doelen VSV

Als leidraad voor de doelstellingen van een VSV geldt dat de regionale of lokale zorgverleners een gezamenlijke verantwoordelijkheid dragen voor de verloskundige zorg. Voor het VSV zijn de volgende drie doelstellingen geformuleerd, te weten:

1. Het bevorderen van de kwaliteit van de individuele verloskundige zorgverlening en het creëren van een zorgcontinuüm, waarbij er duidelijke afspraken zijn gemaakt over wie verantwoordelijk is voor welke zorg (zogenaamde ketenkwaliteit en ketenverantwoordelijkheid);
2. het organiseren van de verloskundige zorg op regionaal of lokaal niveau;
3. het bevorderen en borgen van de kwaliteit van de verloskundige zorg in het algemeen en het bevorderen van de samenwerking van de verloskundige beroepsbeoefenaren onderling en met andere daarvoor in aanmerking komende beroepsbeoefenaars op regionaal of lokaal niveau. (CVZ, 2003, p. 26).

2.1.3 Inhoud VSV

De onderwerpen die binnen een VSV worden besproken, zijn in drie groepen te rangschikken:

1. Groep 1: Onderwerpen die volgen uit het bevorderen van de kwaliteit van de individuele verloskundige zorgverlening;
2. Groep 2: Onderwerpen die de organisatie van de zorg betreffen;
3. Groep 3: Onderwerpen die de kwaliteit van de zorgverlening in algemene zin stimuleren. Gezondheidszorg kan leren van prestatie-indicatoren in het onderwijs. (LVG, 2006, p. 69).

2.1.4 Totstandkoming VSV

De SZG is van mening dat overal in Nederland een VSV actief moet zijn. Derhalve is, zoals vermeld in het inleidend kader, sinds 1 juli 2012 een VSV per regio verplicht. De bestaande VSV-en hebben een belangrijke rol in de implementatie en uitvoering op lokaal niveau van de protocollen en kaders zoals vastgesteld door het College Perinatale Zorg (CPZ). De stuurgroep wil daarom dat elke betrokken professional verplicht participeert in een VSV (SZG, 2009, p. 32).

Een verloskundig samenwerkingsverband draagt bij aan de kwaliteit van de zorg. Om te komen tot een gevestigde en integrale werkwijze binnen een VSV is het van belang dat er tijd en ruimte voor ontwikkeling is, waarbij deelnemers aan het overleg in eerste instantie autonoom te werk kunnen gaan, maar uiteindelijk komen tot een eenduidig beleid. VSV-en worden hierbij ondersteund door twee veldpartijen, namelijk De Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) en de Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS). Deze partijen nemen het initiatief tot het opzetten van een VSV en dragen bij het onderhoud en de verbetering hiervan (LVG, 2006, p. 70).

2.2 VSV Arnhem - De Liemers

In deze paragraaf worden achtereenvolgens de omgeving, de actoren, het District Verloskundig Platform (DVP) en de bijeenkomsten van het VSV Arnhem - De Liemers beschreven. Tevens komt aan bod op welke wijze dit VSV, middels integraal beleid, samenwerking tracht te waarborgen.

2.2.1 Vormgeving VSV Arnhem - De Liemers

Omgeving en actoren
Het VSV in de regio Arnhem - De Liemers is een samenvoeging van de voormalige VSV-en uit Zevenaar en Arnhem. Het VSV beslaat het verzorgingsgebied van het Rijnstate Ziekenhuis. De regio Zevenaar, ook wel De Liemers genaamd, omvat de plaatsen Duiven, Westervoort, Zevenaar, Rijnswaard, Didam en Montferland. Er zijn vier praktijken met tien eerstelijns verloskundigen in deze regio. Drie praktijken vormen nu samen een verloskundigencoöperatie. De regio Arnhem omvat het gebied rondom Arnhem, met uitlopers naar Bemmel, Elst, Velp en Renkum. In deze regio zijn acht groepspraktijken en twee

solisten. In totaal werken er ongeveer veertig eerstelijns verloskundigen. Ook in de regio Arnhem is een verloskundigen coöperatie, genaamd Sabel, bestaande uit vijf praktijken. De coöperatie heeft samen met de tweede lijn het echocentrum Espérance opgezet, waarnaar zowel de eerste- als tweedelijns geboortezorg verwijzen (IGZ, 2013, p. 15).

In het RZ zijn negen verloskamers, één triagekamer (beoordelen/prioriteren), één labourroom (onderzoekskamer/weeënkamer) en een observatorium. Het observatorium bestaat uit drie bedden waar Cardiotocography (CTG) –registraties (hartslagcontrole baby en eventuele weeënactiviteit) kunnen worden gemaakt. Op het observatorium in het RZ verzorgen eerste en tweede lijn samen een versiespreekuur. Op één kamer na, hebben alle verloskamers directe toegang tot een (tussen twee kamers gedeelde) reanimatiekamer voor de pasgeborene. Er werken zestien gynaecologen waarvan vijf met aandachtsgebied perinatologie, vijftien rond de klok klinisch verloskundigen en twaalf arts-assistenten. Er zijn twintig kinderartsen (14,6 fte), arts-assistenten kindergeneeskunde, co-assistenten, huisartsen in opleiding (zelden) en tropenartsen in opleiding (IGZ, 2013, p. 15).

District Verloskundig Platform (DVP)

De regio Arnhem - De Liemers kent tevens een DVP. Dit is een regionaal overlegorgaan dat zich richt op regionale en lokale beleidsmatige knelpunten, nieuwe ontwikkelingen en / of op de condities voor samenwerking in de verloskunde. Het functioneert als platform waarbinnen zowel zorgverleners uit de eerste lijn als de tweede lijn strategische en beleidsmatige afspraken maken over het realiseren van goede ketenzorg rondom zwangerschap, geboorte en kraambed. Het DVP draagt op die manier bij aan versterking van de verloskunde in het algemeen, door zich te richten op een betere integratie binnen de eerste lijn en onderlinge afstemming van en met de tweede lijn. Met het DVP als basis wordt de oprichting van VSV- en verder gestimuleerd, waarbinnen de zorginhoudelijke zaken kunnen worden uitgewerkt (LVG, 2006, p. 3). In de regio Arnhem - De Liemers zijn binnen het DVP de volgende actoren actief: kraamzorginstellingen, zorgverzekeraar Menzis, management van de eenheden gynaecologie en kindergeneeskunde, gynaecologen, kinderartsen, eerstelijns verloskundigen, JGZ en Caransscoop (ondersteuningsorganisatie) (IGZ, 2013, p. 15).

Kortom, het VSV is vooral bedoeld voor de operationele, zorginhoudelijke samenwerking tussen beroepsbeoefenaren, waarbij de kwaliteit en inhoud van de zorgverlening centraal staan. Een DVP richt zich op de organisatie van de zorg op strategisch en beleidsmatig niveau waarbij zij bijdraagt aan het vinden van duurzame oplossingen voor problemen en aan de ontwikkelingen op het gebied van de verloskundige zorg in brede zin (Stuurgroep Arnhem e.o., 2004, p. 2).

Bijeenkomsten VSV

Bij de bijeenkomsten van het VSV zijn alle gemandateerden of, indien nodig, hun vervangers aanwezig. De thema-avonden kennen een opkomst van 50 tot 70 personen. Kraamzorginstellingen zijn nog geen onderdeel van het VSV maar wel van het DVP.

Echter, ten tijde van dit onderzoek wordt gewerkt aan een herstructurering van de geboortezorg in de regio Arnhem - De Liemers, waardoor een nieuw VSV inwerking zal treden. In dit nieuwe VSV is sprake van een integratie van het VSV en DVP, waarbinnen de kraamzorg en de Jeugdgezondheidszorg ook een prominente rol zullen vervullen. Binnen het

VSV ‘nieuwe stijl’ komen een VSV Raad en een VSV bestuur (bestaande uit afgevaardigden van de samenwerkingspartners). Tevens werkt het VSV ‘nieuwe stijl’ met werkgroepen die tijdelijk of permanent van aard zijn en verantwoordelijk zijn voor de realisatie van de activiteiten uit het activiteitenplan (Werkgroep VSV ‘Plus’ & Stichting Thuisbevalling Nederland, 2014, pp. 4-5). In dit onderzoek zal het voormalige VSV centraal staan omdat het nieuwe VSV dit jaar in werking treedt en hiervan derhalve nog geen resultaten of evaluaties aanwezig zijn. Wel zal de kraamzorg, nu als onderdeel van het DVP, als relevante actor worden meegenomen het onderzoek (zie tevens § 4.3).

2.2.2 Integraal beleid omtrent samenwerking

Voor de samenwerking binnen het VSV Arnhem - De Liemers richt het VSV zich op de randvoorwaarden die gesteld worden in het adviesrapport van de SZG. Een zestal specifieke voorwaarden kan derhalve worden genoemd, te weten:

1. De aanwezigheid van een operationeel VSV;
2. actieve deelname van alle professionals die samen de zorg rond zwangerschap en geboorte leveren;
3. het realiseren van afstemming en onderling vertrouwen;
4. het op lokaal niveau implementeren en uitvoeren van landelijke richtlijnen;
5. het uitwisselen van informatie over iedere zwangere op basis van intake en zorgplan;
6. en de aanwezigheid van een casemanager of regiearts. (IGZ, 2013, p. 16).

De IGZ beoordeelt op grond van de Wet Beroepen in de Gezondheidszorg (BIG) en de Kwaliteitswet in hoeverre de bekwaamheid van de deelnemende professionals en de onderlinge verantwoordelijkheidstoedeling zijn gewaarborgd (IGZ, 2013, p. 16). In bijlage I is weergegeven op welke wijze de IGZ het VSV Arnhem - De Liemers in 2013 heeft beoordeeld op de hierboven genoemde en aanvullende randvoorwaarden. Binnen het VSV Arnhem - De Liemers bestaan (momenteel) verder geen overeenkomende documenten betreffende voorwaarden of belangrijke factoren voor samenwerking. Er zijn voornamelijk protocollen aanwezig omtrent de (medische) inhoud van de verlos- en kindergeneeskunde. Beleid voor samenwerking specifiek gericht op overdrachten komt in de volgende paragraaf aan bod.

2.3 Overdrachten binnen het VSV

Dit onderzoek tracht inzicht te verkrijgen in de factoren die de bereidheid van actoren tot samenwerken in de eerste en tweedelijnszorg bij overdrachten bepalen. Overdrachten rondom zwangerschap, geboorte en kraamtijd omvatten daarbij drie aspecten, namelijk afspraken over verantwoordelijkheden, informatie-uitwisseling en afstemming van de zorgverlening (CVZ, 2003, p. 40).

Zoals gezegd omvat de keten van zorg rondom zwangerschap, geboorte en kraamtijd veel actoren die zijn verbonden met de eerste- of tweedelijns geboortezorg. Een goede samenwerking tussen de verschillende actoren is essentieel om kwalitatief goede zorg te kunnen waarborgen. De relevante partijen in het VSV kunnen overeenstemming bereiken

door enerzijds af te spreken wanneer zij naar elkaar verwijzen en anderzijds het (gezamenlijk) ontwikkelen van protocollen daarvoor. Bovendien kunnen zij tijdens overleggen bespreken wat het beleid is in bepaalde zorgsituaties en bij bepaalde ontwikkelingen. Daarnaast is ook regelmatige afstemming van het beleid met andere relevante partijen noodzakelijk, zoals met zorgverzekeraars en patiënten- en consumentenorganisaties (CVZ, 2003, p. 35). Een handvat bij risicoselectie en samenwerking bij overdrachten is *De Verloskundige Indicatielijst*, die te vinden is in bijlage II (CVZ, 2003, pp. 40-42). Met deze lijst wil men een bijdrage leveren aan de bevordering van optimale verloskundige zorg. De uitgangspunten zijn dat zwangerschap, geboorte en kraamtijd fysiologische processen zijn en dat de bevalling en kraamperiode thuis kunnen plaatsvinden. Binnen de verloskundige organisatie moet optimaal gebruik worden gemaakt van de deskundigheid van de verschillende verloskundige zorgverleners. Dit betekent dat de normaal verlopende zwangerschap, bevalling en kraamperiode tot het verzorgingsgebied van de eerstelijns zorgverlener behoren. De te verwachten pathologische zwangerschap, bevalling en kraamperiode behoren tot het takenpakket van de tweedelijns zorgverlener, in principe na selectie door de eerstelijns zorgverlener (CVZ, 2003, p. 37). In de verloskundige indicatielijst is een indeling (A-B-C-D) opgenomen ten aanzien van de verantwoordelijkheden van de individuele zorgverlener voor de begeleiding in de desbetreffende situatie (zie hieronder). Aangezien optimale zorg voor een vrouw rondom zwangerschap, geboorte en kraamtijd centraal staat, betekent dit ook dat terugverwijzing moet plaatsvinden wanneer de reden tot verwijzing is vervallen (CVZ, 2003, p. 38). In bijlage III is tevens een processchema opgenomen van de keten geboortezorg, zodat duidelijk is waar overdrachtenmomenten kunnen plaatsvinden.

A. Eerstelijns verloskundige zorg
De verantwoordelijkheid voor verloskundige begeleiding ligt in de genoemde situatie bij de verloskundige of huisarts (CVZ, 2003, p. 38).

B. Overlegsituatie
Er is sprake van een beoordeling op het raakvlak van de eerste en de tweede lijn. Onder het betrokken item wordt de individuele situatie van de zwangere beoordeeld en worden afspraken gemaakt over de verantwoordelijkheid voor de verloskundige begeleiding. Dit gebeurt aan de hand van de hiervoor genoemde vijf vragen. Over deze indicaties vindt overleg plaats, tenzij hierover eerder specifieke, structurele afspraken op lokaal niveau zijn gemaakt (CVZ, 2003, p. 38).

C. Tweedelijns verloskundige zorg
De vermelde indicatie is zodanig, dat de verloskundige begeleiding in de tweede lijn door de gynaecoloog moet plaatsvinden. Dit geldt overigens slechts voor de tijd dat van de beschreven aandoening sprake is (CVZ, 2003, p. 39).

D. Verplaatste eerstelijns verloskundige zorg
De verantwoordelijkheid voor de verloskundige zorg ligt in principe bij de eerstelijns verloskundige zorgverlener, maar in de gegeven situatie bestaat er aanleiding de bevalling

in het ziekenhuis te laten plaatsvinden om een eventueel transportrisico tijdens de bevalling te vermijden (CVZ, 2003, p. 39).

In het verloskundig vademecum wordt tevens aangegeven dat:

> De samenwerking tussen eerste- en tweedelijns zorgverleners komt het meest duidelijk tot uiting bij de B-indicaties, waar sprake is van een situatie op het raakvlak van de eerste en de tweede lijn. Deze indicaties geven dan ook aanleiding tot overleg. Daarin moet worden overwogen wat de mogelijkheden zijn van preventie, diagnostiek en behandeling in de gegeven situatie. Daarbij moet een afweging plaatsvinden van de inbreng vanuit de ervaringsdeskundigheid van de verschillende zorgverleners. Voorop staat daarbij dat zodanig verloskundig beleid wordt afgesproken dat deze in de individuele situatie tot optimale zorg leidt. De afspraken moeten helder maken wie waarvoor verantwoordelijk is. (CVZ, 2003, p. 40).

3. Theoretisch kader

3. Theoretisch Kader

In dit hoofdstuk wordt allereerst stilgestaan bij de betekenis van ketens en interorganisationele samenwerking. In paragraaf 3.2 tot en met paragraaf 3.5 worden achtereenvolgens het bestuurskundig,- organisatiekundig,- bedrijfskundig en sociaalwetenschappelijk- en psychologisch perspectief behandeld ten aanzien van interorganisationele samenwerking. Succesfactoren, voorwaarden of motieven voor samenwerking worden vanuit elk perspectief belicht. Paragraaf 3.6 biedt vervolgens een samenvattend overzicht en geeft in een conceptueel model de factoren weer die leidend zijn voor het verdere onderzoek.

3.1 Ketens en interorganisationele samenwerking

In dit onderzoek staat de bereidheid tot samenwerken bij overdrachten in het VSV centraal, dat als onderdeel van de keten geboortezorg kan worden aangeduid. In het voorgaande hoofdstuk is het VSV vanuit een beleidsmatige invalshoek bestudeerd en wordt vervolgens in deze paragraaf vanuit de theorie stilgestaan bij ketens en interorganisationele samenwerking. Immers, het samenwerken tussen organisaties is waar het om draait binnen het VSV als onderdeel van deze keten.

3.1.1 Ketens

Veel sturingsvraagstukken zijn de afgelopen jaren vanuit een top down perspectief ingevuld. De nadruk lag daarbij op concepten als privatisering, decentralisatie, deregulering, verzelfstandiging en marktwerking. Echter, veel van deze concepten werden aangedragen zonder dat naar de problemen en de context van het betreffende sturingsvraagstuk werd gekeken (Van der Aa en Konijn, 2001, p. 16). Volgens de auteurs geven ketens het antwoord op deze sturingsproblemen. Zij definiëren ketens als volgt:

- Een instrument om overzicht en ordening te creëren in de complexiteit en turbulentie van de netwerksamenleving;
- een manier om met menselijke diversiteit en dynamiek om te gaan;
- een hulpmiddel voor het realiseren van maatschappelijke opgaven in relatie tot vraagsturing en maatwerk;
- een instrument om publieke verantwoordelijkheden en private aansprakelijkheden te onderscheiden en te verbinden. (Van der Aa & Konijn, 2001, p. 16).

Het woord ‘ketens’ wordt echter in verschillende betekenissen gebruikt. In dit onderzoek wordt gesproken van *ketenzorg,* waarbij de focus ligt op een goede aansluiting van producten en diensten van zorgprofessionals en zorginstellingen (Raak et al., 2003, in Minkman, Ahaus & Huijsman, 2010, p. 26). De brandweer spreekt echter van *veiligheidsketens* waarbij het belang van de afstemming in toedeling en uitoefening van verantwoordelijkheden in een bepaald beleidsveld wordt benadrukt. In dit kader spreekt men vooral van *ketenverantwoordelijkheid*. Daarnaast wordt in het milieubeheer een keten vaak aangeduid als de levenscyclus van een product en maakt het ketenconcept een vergelijking mogelijk tussen de milieuprestaties van een product. Ketenverantwoordelijk wordt in dit verband met name

gekoppeld aan *aansprakelijkheid* van de betrokken organisaties. Tot slot kan met een keten ook een *bedrijfskolom* worden bedoeld, die aangrijpingspunten biedt voor milieubeleid (Korsten, z.j.(b), p. 4, 11; Van der Aa & Konijn, 2001, pp. 16-17).

In een keten bevinden zich derhalve betrokken partijen in elk van de schakels van de keten en in de schakeling van het geheel. Deze schakels in de productie of dienstverlening zijn idealiter dusdanig met elkaar verbonden dat de ene schakel niet negatief inwerkt op een volgende. In dit kader is er sprake van *afhankelijkheid* binnen ketens. Er zijn vele actoren te vinden in een keten, waarvan sommigen in meerdere en anderen alleen in één schakel te vinden zijn (Korsten, z.j.(b), p. 3).

Kortom, zoals gezegd staat de samenwerking tussen de actoren van het VSV Arnhem - De Liemers in de keten geboortezorg centraal. Het keten begrip refereert hierbij naar een zorgketen waarbinnen ketenzorg wordt geleverd, hetgeen hierboven en in paragraaf 1.1 is toegelicht.

3.1.2 Interorganisationeel samenwerken

De literatuur over intra-en interorganisationele samenwerking is rijk vertegenwoordigd in theorie en is een belangrijk onderwerp voor diverse academische disciplines zoals economie, sociologie, antropologie, psychologie en politicologie, maar ook in de literatuur omtrent organisatiegedrag, organisatietheorie en strategisch management (Smith, Carroll & Ashford, 1995, p. 9). Een moeilijkheid bij de interpretatie van theorie en onderzoek over samenwerking komt voort uit de vele definities van samenwerking die schrijvers en wetenschappers benoemen. De meeste definities zijn gericht op het proces waarbij individuen, groepen en organisaties bij elkaar komen, communiceren en psychologische relaties vormen, voor wederzijds gewin of voordeel (Smith et al., 1995, p. 11). Ring en Van de Ven (1994, p. 93) voegen een element toe, namelijk de bereidheid van mensen om samenwerkingsverbanden voort te zetten. Alhoewel bereidheid tot samenwerking centraal staat in dit onderzoek, wordt dit niet vanuit een individueel perspectief bestudeerd, maar ligt de nadruk op het organisatieniveau. Derhalve wordt de volgende definitie van interorganisationele samenwerking gevolgd: “interorganizational cooperation may be defined as the presence of deliberate relations between otherwise autonomous organizations for the joint accomplishment of individual operating goals” (Schermerhorn, 1975, p. 847). Samenwerking tussen organisaties (in het vervolg te omschrijven als: interorganisationele samenwerking) wordt vanaf de jaren ‘70 van de vorige eeuw, steeds meer beschouwd als “good and worth encouraging” (Schermerhorn, 1975, p. 846). Dit, omdat men coördinatiekloven tussen organisaties wilde dichten als gevolg van duplicatie, overlap en fragmentatie. Tevens zag men in meer algemene zin toenemend belang bij interorganisationele samenwerking voor het omgaan met de uitdagingen van de huidige turbulente omgevingen waarmee organisaties te maken hebben (Schermerhorn, 1975, p. 846).

Interorganisationele samenwerking verschilt op een aantal punten sterk van samenwerking binnen organisaties, ofwel intra-organisationele samenwerking. Dit onderscheid is van belang voor het begrijpen van de samenwerking tussen professionals, met verschillende achtergronden, die vaak op een moeizame manier verloopt (Dozy, 2011, p. 14). Aan de hand

van vier kenmerken voor interorganisationele samenwerking, zoals benoemd door Kaats & Opheij (2012, pp. 33-37), wordt dit verschil duidelijk gemaakt.

Allereerst spreken zij van een *onduidelijk machtscentrum*. Bij interorganisationele samenwerking ontbreekt vaak een machtscentrum dat binnen het samenwerkingsverband knopen kan doorhakken. De macht is over meerdere partijen verdeeld, waardoor geen van de partijen de andere kan dwingen om bepaalde dingen te doen of te laten. Binnen organisaties kan dat meestal wel. Daar bestaat altijd een machtscentrum dat (bij onenigheid) de beslissingen neemt (Dozy, 2011, p. 14; Kaats & Opheij, 2012, p. 34).

Ten tweede moet er sprake zijn van *interdependentie*. Er moet een besef van wederzijdse afhankelijkheid tussen de partijen aanwezig zijn. Immers, elke actor in het samenwerkingsverband geeft een deel van zijn autonomie op in de veronderstelling vertrouwen ervoor terug te krijgen. Echter, dit is een opgave en een kwetsbaar proces dat vaak een complex spel van omgaan met verschillende partners, vorming van coalities, partner- en positiekeuze tot gevolg heeft. Bestuurders binnen een eigen organisatie zijn en blijven vaak autonoom en leggen alleen verantwoording af aan bijvoorbeeld de raad van toezicht (Kaats & Opheij, 2012, pp. 35-36). Dozy (2011, p. 18) maakt vervolgens een onderscheid tussen *symbiotische- en concurrentie afhankelijkheid*. Bij het eerstgenoemde hebben actoren elkaar nodig voor het verwerven van middelen of omdat zij afhankelijk zijn van elkaar om doelen te verwezenlijken. Van concurrentie-afhankelijkheid is sprake wanneer meerdere actoren afhankelijk zijn van dezelfde hulpbronnen, omdat ze dezelfde markt bedienen of dezelfde diensten leveren. De winst van de ene partij brengt derhalve het verlies van een andere partij met zich mee. Samenwerking tussen concurrenten kan ontstaan wanneer strijd of concurrentie tot verlies voor allen leidt of wanneer gezamenlijk optrekken beter is dan volledige concurrentie.

Ten derde noemen Kaats en Opheij (2012, pp. 35-36) de noodzaak van *een nieuwe werkelijkheid*. Wanneer een samenwerkingsverband wordt opgericht moet door de betrokken actoren gezamenlijk een nieuwe werkelijkheid worden gecreëerd. Ook dit is een complex proces, omdat alle actoren middels onderlinge relaties en interacties gezamenlijk moeten bijdragen aan producten en / of dienstverlening. De uitdaging is om de verschillende ambities en belangen bijeen te brengen. Binnen organisaties is dit vaak het tegenovergestelde: routines zijn vaal al bekend, mensen kennen elkaar en hebben weet van de doelen van de organisatie.

Tot slot wordt *de aantrekkingskracht van heterogeniteit* door de auteurs genoemd. Tussen de verschillende actoren binnen het samenwerkingsverband is sprake van heterogeniteit, omdat uiteenlopende waarden en doelstellingen worden vertegenwoordigd. Echter, een actor blijft gefascineerd door de ander, omdat deze hulp en uitkomst kan bieden. De kunst is om deze paradox, de fascinatie enerzijds en dreiging anderzijds, te doorzien en op goede wijze hiermee om te gaan. Binnen bestaande organisaties is veelal (eerder) sprake van meer homogene doelen en een homogene cultuur, omdat het om één organisatie gaat (Kaats & Opheij, 2012, pp. 35-36).

Refererend naar de vorige paragraaf kan worden geconcludeerd dat ketens een specifieke vorm van interorganisationele samenwerking zijn. Immers, ketens verbinden de handelingen van organisaties die samen iets kunnen betekenen voor, in dit geval, de cliënt of patiënt. Doel daarbij is een sluitende aanpak van handelingen die de cliënt of patiënt nodig heeft of wenst

(Van der Aa & Konijn, 2001, p. 17). In de literatuur wordt verschillend gekeken naar interorganisationele samenwerking. Zo wordt, naast ketensamenwerking, vanuit verscheidende wetenschappelijke disciplines op een verschillende manier naar interorganisationele samenwerking gekeken. Daarbij wordt niet altijd gesproken van ketens, maar komt ook samenwerking in netwerken en allianties veelvuldig voor in de literatuur, evenals publiek-private samenwerking (Boonstra, 2007). In de volgende paragrafen worden derhalve achtereenvolgens het bestuurlijk,- organisatiekundig,- bedrijfskundig- en sociaalwetenschap perspectief nader toegelicht, ieder met een eigen vorm van interorganisationele samenwerking. Vanuit de verschillende disciplines komen succesfactoren, voorwaarden of motieven aan bod die samenwerking tussen organisaties doen slagen.

3.2 Bestuurskundig perspectief

In deze paragraaf staat het bestuurskundig perspectief centraal ten aanzien van interorganisationele samenwerking. Allereerst wordt de beleidsnetwerkbenadering beschreven, waarin de samenwerking tussen overheid, maatschappelijke groepen en vakbonden centraal staat. Tevens wordt in paragraaf 3.2.2 stilgestaan bij publiek-private samenwerking, als onderdeel van het bestuurskundig perspectief.

3.2.1 Beleidsnetwerkbenadering

Het bestuurskundig perspectief kan allereerst aan de hand van de beleidsnetwerkbenadering worden beschreven, waarbij het om de samenwerking tussen de overheid, maatschappelijke groepen en vakbonden in beleidsnetwerken gaat (De Bruijn, 2008, p. 299). In de praktijk en in de beleidswetenschap zijn verschillende benaderingen van de relatie tussen overheid en maatschappij. Naast de beleidsnetwerkbenadering staat de klassieke benadering die uitgaat van het parlementaire model. Deze hiërarchische benadering stelt de wetgever boven de partijen en geeft weer dat de wetgever eenzijdig besluiten neemt. In de netwerkbenadering daarentegen komt beleid tot stand door een buitenparlementaire belangenstrijd waarin de interactie tussen de verschillende partijen centraal staat (De Bruijn, 2008, pp. 299-300). In deze benadering zijn beleidsprocessen derhalve opgebouwd uit een reeks van interacties tussen zowel georganiseerde gouvernementele als niet-gouvernementele actoren (Adam & Kriesi, 2007, pp. 131-133; Van Hijum, 1995, p. 12). Beleidsnetwerken kunnen op verschillende wijzen worden getypeerd. Zo kan een beleidsnetwerk worden gezien als een cluster van actoren, met elk een eigen belang, waarbij zij wederzijds afhankelijk zijn bij het behalen van de doelen van de organisatie (De Bruijn, 2008, p. 299; Peterson, 2003, p. 1). Hufen en Ringeling (1990, p. 6) verstaan onder beleidsnetwerken: “sociale systemen waarbinnen actoren interactie- en communicatiepatronen ontwikkelen, die enige duurzaamheid vertonen en gericht zijn op beleidsproblemen of beleidsprogramma’s.” Arentsen (1991, pp. 106-111) spreekt over “de wijze van taakverdeling en coördinatie” en De Bruijn en Ten Heuvelhof (1991, pp. 28-41) noemen “pluriformiteit, geslotenheid en interdependentie” als netwerkkenmerken relevant voor “barrières, kansen en normatieve aspecten van sturingspogingen.”

Kenmerken van beleidsnetwerken

Uit bovengenoemde definities blijkt dat interactie tussen actoren in het netwerk één van de belangrijkste kenmerken van een beleidsnetwerk is. Factoren die van invloed zijn op de interacties tussen de actoren in het beleidsnetwerk worden door Bressers (1993) en Bressers en O'Toole (1998) benoemd. Allereerst stellen zij de *intensiteit van de interacties* als een belangrijke factor van het netwerk. De auteurs verwoorden deze intensiteit met 'interconnectedness' (verwevenheid): "interconnectedness refers both to the contacts in the relevant policy formation process (and the habits that have developed in this connection over time) and also the relationships between these actors outside the actual policy process at any particular time" (Zijlstra, 1982, pp. 83-95). Tevens is het van belang dat er intermediaire groepen of organisaties aanwezig zijn die tot doel hebben het verbeteren van de contacten in het netwerk (Bressers, 1993, p. 312).

Ten tweede stellen de auteurs de *verdeling van doeleinden*, tussen de actoren in het netwerk, als belangrijke factor van invloed op de genoemde interacties. De doeleinden van de verschillende actoren kunnen zowel overeenkomen of tegenstrijdig zijn. Doelen zijn tegenstrijdig wanneer "het nastreven en / of bereiken van doeleinden van de ene actor het nastreven of bereiken van de doeleinden van de andere actor bemoeilijkt" (Bressers, 1993, p. 312). Aangezien actoren overeenkomende of conflicterende doeleinden kunnen hebben is volgens Bressers en O'Toole (1998, p. 219) een algemene variabele nodig, te weten 'cohesion' (verbondenheid): "that is the extent to which individuals, groups, and organizations empathize with each other's objectives insofar as these are relevant to the policy field." Gedeelde waarden en eenzelfde kijk op de werkelijkheid dragen veelal bij aan sympathie voor elkaars doeleinden (Bressers, 1993, p. 312). Volgens de auteur is er een positieve relatie tussen de intensiteit van de onderlinge interactie (het hiervoor genoemde 'interconnectedness') en de mate van de consensus ('cohesion'), alhoewel er geen reden is om aan te nemen dat beide factoren altijd samengaan (Bressers, 1993, p. 312).

Als derde en vierde kenmerk noemt Bressers (1993, p. 313) het *verdelen van informatie in het beleidsnetwerk en de machtsverhoudingen tussen de actoren in het netwerk*. Van belang is de (on)gelijkheid van aanwezigheid bij en perceptie van de informatie tussen de afzonderlijke actoren. Tevens is het niveau van geïnformeerdheid in het netwerk als geheel van belang. Het niveau van professionalisering hangt daarmee samen, dat wil zeggen: "het verschijnsel dat leden van een bepaalde maatschappelijke groepering, beroepsgroep of wetenschappelijke discipline hun specifieke kennis en vaardigheden aanwenden om bepaalde doeleinden te bereiken" (Koppenjan, Ringeling & te Velde, 1987, p. 250). Voor wat betreft de machtsverhoudingen tussen de actoren in het netwerk, deze kunnen een machstevenwicht (balans) of een machtsoverwicht (dominantie) voor één van de actoren vertonen (Bressers, 1993, p. 313).

3.2.2 Publiek-private samenwerking

Onder het bestuurskundig perspectief kan, naast de beleidsnetwerkbenadering, tevens publiek-private samenwerking worden geschaard (Boonstra, 2007, p. 14). Deze publiek-private samenwerking (PPS) wordt beschouwd als: "een min of meer duurzame samenwerking tussen publieke en private actoren waarin gemeenschappelijke producten of

diensten worden ontwikkeld en waarin risico's, kosten en opbrengsten worden gedeeld" (Boonstra, 2007, p. 15). De term PPS is afkomstig uit de Verenigde Staten en Groot-Brittannië, waar ervaring met PPS eerder werd opgedaan tijdens bijvoorbeeld de succesvolle revitalisering van Baltimore en verschillende 'Private Finance Initiative' (PFI) projecten (Bult-Spiering, 2003, p. 11). Samenwerking tussen publieke en private actoren moet leiden tot extra opbrengsten die zonder deze samenwerking niet tot stand zouden komen. Voorbeelden zijn win-winsituaties of meerwaarde, zoals snellere realisatie van publieke doelen, kostenvoordelen (efficiëntie), inhoudelijke synergie en nieuwe producten (Klijn, Edelenbos, Kort & Van Twist, 2006, pp. 11-12). Binnen PPS worden twee vormen onderscheiden: contractuele arrangementen en partnerships (Boonstra, 2007, p. 15; Klijn et al., 2006, p. 13). Het *contractuele arrangement* geeft vorm aan de gedachte dat de overheid zich bezig moet houden met het formuleren van beleid, waarbij de uitvoering overgelaten zou moeten worden aan private organisaties. In het kader van het bevorderen van de efficiëntie en effectiviteit van overheidsoptreden, ontstonden diverse contractuele arrangementen als uitbesteding, verzelfstandiging, privatisering, aanbesteding, het uitgeven van concessies en het sluiten van contracten door de overheid met private partijen. Dit laatste werd gedaan voor bijvoorbeeld ontwerp, bouw, financiering en beheer van specifieke infrastructuurprojecten (Boonstra, 2007, p. 15). De gedachte bij *partnerships* is gericht op samenwerking waardoor beter beleid kan worden ontwikkeld voor complexe maatschappelijke problemen. Private actoren worden derhalve in vrijwel alle fasen betrokken. Wanneer deze samenwerking goed wordt vormgegeven, wordt verondersteld dat dit leidt tot optimaal gebruik van kennis en specifieke competenties van organisaties. Dit zou de kwaliteit van beleidsformulering- en uitvoering en van publieke dienstverlening verbeteren (Boonstra, 2007, p.15).

Motieven voor PPS

De Bruijn (2008, pp. 300-306) identificeert verschillende motieven die publieke en private actoren kunnen hebben voor hun streven naar samenwerking. Voor overheden spelen drie motieven een rol, namelijk *doorbreken van een patstelling*, *ontoereikende hulpbronnen* en het *bereiken van medewerking*. Het eerste motief is het belangrijkste voor overheden om tot samenwerking over te gaan. Immers, wanneer de markt of het particuliere initiatief tekort schiet, is overheidsingrijpen noodzakelijk. Tevens is samenwerking met maatschappelijke groepen nodig wanneer samenwerking tussen deze groepen wordt bemoeilijkt doordat belangen uiteenlopen of beleidsdoelen niet kunnen worden gerealiseerd. De overheid kan de patstelling doorbreken door het initiatief te nemen en groepen bijeen te brengen (De Bruijn, 2008, p. 303; Korsten, z.j.(a), p. 1). Het tweede motief heeft betrekking op situaties waarin de hulpbronnen van de overheid, zoals financiën en kennis, tekort schieten en private middelen deze gaten kunnen dichten (De Bruijn, 2008, p. 303). Het derde motief heeft betrekking op het stimuleren van medewerking bij beleid. Doelbereiking gaat veelal gepaard met een gedragsverandering bij de doelgroep zelf, waarbij een gedeelde beeldvorming en daadwerkelijke medewerking van belang zijn. De overheid streeft derhalve naar draagvlak bij en toegang tot de doelgroep. Echter, overheden hebben vaak beperkte toegang tot de leden, waardoor vertegenwoordigers van de doelgroep worden ingeschakeld bij de beleidsuitvoering (De Bruijn, 2008, p. 304).

Voor maatschappelijke groepen worden tevens drie motieven onderscheiden, te weten de mogelijkheid *invloed uit te oefenen op overheidsbeleid*, de mogelijkheid *via samenwerking eigen doeleinden te bereiken* en *het verwerven van publieke hulpbronnen* (De Bruijn, 2008, p. 303). Maatschappelijke groepen willen graag invloed uitoefenen op beleid, waardoor zij hun eigen inbreng zo groot mogelijk proberen te maken. Bovendien proberen de groepen onzekerheden over het toekomstige beleid te reduceren (De Bruijn, 2008, p. 305). Het tweede motief voor maatschappelijke groepen om samen te werken met de overheid hangt samen met wederzijdse afhankelijkheid. Voor het bereiken van de eigen doelen is samenwerking soms noodzakelijk, waarvoor het bijeen brengen van verschillende maatschappelijke groepen een voorwaarde kan zijn. Alleen in samenspraak met andere actoren kan worden gekomen tot realisatie van doelen en kan een proces op gang worden gebracht of goed worden beëindigd (De Bruijn, 2008, pp. 305-306). Tot slot biedt samenwerking met overheden zicht op publieke hulpbronnen. Particuliere organisaties zijn vaak afhankelijk van de overheid wanneer het gaat om exclusieve vergunningen, overheidsopdrachten, concessies, belastingvoordelen, subsidies of boetes voor concurrenten die zich niet aan de regels houden. Maatschappelijke groepen verwachten vaak een financiële bijdrage van de overheid, om op deze wijze omzet en winst te realiseren en willen eerlijke en gelijkwaardige marktverhoudingen. Derhalve doen zij een beroep op de overheid (De Bruijn, 2008, p. 306).

Klijn et al. (2006, pp. 17-18) vullen hierbij aan dat PPS in de praktijk niet altijd direct kan worden gerealiseerd omdat PPS-projecten complexe patronen omvatten als gevolg van de verschillende percepties en strategieën van de betrokken actoren. Volgens Klijn et al. (2006, pp. 19-22) moet men daarom rekening houden met drie opvallende verschijnselen bij PPS. Zo moet de noodzaak van wervende plannen en keuze van goede ambities aanwezig zijn. Tevens moet men het probleem van risicomijdend gedrag erkennen, met betrekking tot de verschillende belangen en posities van actoren. Tot slot staat een goed management centraal, omdat het samenwerken moet worden ondersteund.

3.3 Organisatiekundig perspectief

In deze paragraaf staat het organisatiekundig perspectief centraal ten aanzien van interorganisationele samenwerking. Allereerst wordt de sociale netwerkbenadering beschreven, waarbij innovatie en economische ruilrelaties belangrijke thema's zijn. In paragraaf 3.3.2 komen enkele motieven en voorwaarden aan bod voor het samenwerken in sociale netwerken.

3.3.1 Sociale netwerkbenadering

Het organisatiekundig perspectief belicht het samenwerken van meerdere organisaties in een netwerk, waarbij het bevorderen van innovatie voorop staat (Boonstra, 2007, p. 9). Oerlemans en Kenis (2007, p. 36) spreken van innovatie als: "het ontwikkelen en introduceren van nieuwe of verbeterde producten, processen en diensten die naar verwachting leiden tot waardeverbetering voor het innoverende bedrijf of de innoverende gebruiker(s), dat belangrijk is voor het voortbestaan van organisaties evenals voor de economische en maatschappelijke ontwikkeling." Innovatie wordt derhalve over het algemeen erkend als het scheppen van

werkgelegenheid, stimuleren van de economische groei en bijdragen aan industriële dynamiek (Wennberg & Berglund, 2006, p. 203).

Oerlemans en Kenis nemen de *sociale netwerkbenadering* als uitgangspunt voor het organisatiekundig perspectief (Boonstra, 2007, p. 9). Voorafgaand aan deze benadering gingen de structuralistische netwerkbenadering, de embeddedness-benadering en de sociaalkapitaalbenadering. Het verschil met deze traditionele benaderingen is dat actoren vanuit de sociale netwerkbenadering niet geïsoleerd worden bestudeerd, maar met name de interacties en de structuur van relaties tussen actoren wordt bestudeerd (Oerlemans & Kenis, 2007, p. 37). Derhalve vertegenwoordigt de sociale netwerkbenadering een: "move away from individualistic, essentialist and atomistic explanations toward more relational, contextual and systematic understandings" (Borgatti & Foster, 2003, p. 991). Prestaties van actoren hangen niet slechts af van verschillende eigenschappen van actoren (bijvoorbeeld leeftijd en geslacht), ook de relaties en netwerkposities bepalen het gedrag dat zij vertonen. Centraal staat het idee dat "actoren zijn ingebed in een web van onderlinge relaties die gedragsmogelijkheden van actoren verruimen of beperken" (Oerlemans & Kenis, 2007, p. 38). Brass, Galaskiewicz, Greve & Tsai (2004, p. 795) definiëren een sociaal netwerk als: "a set of nodes and the set of ties representing some relationship, or lack of relationship, between the nodes". Hierbij verwijzen de *nodes* (knopen) naar een bepaalde set actoren die al dan niet verbonden zijn met bepaalde *ties* (relaties). De knopen kunnen individuen, groepen individuen (zoals teams of afdelingen), organisaties, groepen organisaties, regio's of landen zijn (Oerlemans & Kenis, 2007, p. 39). Centraal in dit onderzoek staan de organisaties als actoren, daar het de organisaties van het VSV betreft. Oerlemans & Kenis spreken over interorganisatorische netwerken en richten zich derhalve ook op organisaties. Deze netwerken kunnen worden opgevat als "langdurige samenwerkingsverbanden tussen organisaties en leveranciers, klanten, concurrenten en andere organisatorische actoren, waarbij in deze partnerschappen problemen veelal worden opgelost door middel van discussie, regels en normen van wederkerige samenwerking" (Powell, 1990; Uzzi, 1997). Specifieke voorbeelden zijn onder meer joint ventures, strategische allianties, business groups, consortia, relationele contracten en sommige vormen van franchising en outsourcing (Podolny & Page, 1998, in Brass et al., 2004, p. 802).

Economische ruilrelaties

Enerzijds staan, zoals gezegd, de relaties tussen actoren in het netwerk centraal (ook wel *dyades* genoemd), maar anderzijds kunnen actoren ook aan de hand van attribuutkenmerken nader worden beschouwd. Dit zijn de eigenschappen van actoren, zoals de omvang of leeftijd van de organisatie, uitgevoerde activiteiten door de organisatie (industrieel of dienstverlenend) of het bezit van hulpbronnen (bijvoorbeeld gespecialiseerde kennis). Het type relatie dat wordt beschreven in onderzoeken is divers en kan gaan over "technologische samenwerking, uitwisseling van informatie (communicatie), uitwisseling van kennis, affect (vriendschap), uitwisseling van goederen en diensten (economische transacties) of invloed (het geven en / of ontvangen van advies; het uitoefenen van macht of controle)" (Oerlemans & Kenis, 2007, p. 39; Wennberg & Berglund, 2006, p. 205). Granovetter (1973, p. 1361) voegt hieraan toe dat de sterkte van relaties kan verschillen door de combinatie van de

hoeveelheid tijd, emotionele intensiteit, de intimiteit (het wederzijds vertrouwen) en de wederzijdse diensten die de desbetreffende relatie kenmerkt.

Oerlemans & Kenis kijken vanuit de sociale netwerkbenadering in het bijzonder naar de relationele- en structurele inbedding van economische ruilrelaties. Bij deze inbedding gaat het om het samenspel tussen de eigenschappen van actoren, hun onderlinge relaties en hun positie in het netwerk. Bij de economische ruilrelaties gaat het wat innovatie betreft vooral om het uitwisselen van kennis en hulpbronnen (Boonstra, 2007, p. 9). *Relationele inbedding* verwijst hierbij naar de rol van *directe relaties* tussen actoren voor het verkrijgen van gedetailleerde informatie en kennis. Hoe sterker de relaties (zie hiervoor) hoe meer informatie en kennis over elkaars handelen kan worden verkregen. Relationele inbedding is derhalve een informatiebron voor de competenties en betrouwbaarheid van andere actoren (Oerlemans & Kenis, 2007, p. 38). *Structurele inbedding* is tevens een bron van informatie voor actoren. Dit mechanisme gaat verder dan de directe relatie tussen twee actoren, omdat het zich richt op de informatiewaarde van de structurele positie die een organisatie inneemt in een netwerk. Informatie stroomt dan niet alleen via directe relaties, maar tevens via indirecte relaties en daarmee door het netwerk als geheel. Vanuit centrale posities kan daarbij het makkelijkst toegang tot opgeslagen informatie worden verkregen (Oerlemans & Kenis, 2007, p. 39).

Voorwaarden voor samenwerking in sociale netwerken

Brass et al. (2004, p. 795) richten zich in hun analyse op antecedenten en gevolgen van netwerken op interpersoonlijk, interunit en interorganisatorisch niveau. Allereerst wordt stilgestaan bij de motieven die aan samenwerking ten grondslag liggen en vervolgens komen de voorwaarden om samenwerking te kunnen faciliteren aan bod, zoals leren, vertrouwen, normen en gelijkheid.

Motieven voor samenwerking tussen actoren zijn onder meer het verwerven van middelen, verminderen van onzekerheid, verbeteren van legitimiteit en het bereiken van collectieve doelen (Brass et al., 2004, p. 802). Tevens worden door Ebers (1997) en Kaats en Opheij (2012, p. 30) het verhogen van inkomsten, kostenreductie, technologische- en kennis ontwikkeling en een groter marktaandeel als motieven voor samenwerking genoemd. Interorganisatorische vormen worden derhalve vaak gekozen om opportunistisch gedrag te verminderen bij leveranciers en distributeurs (Brass et al., 2004, p. 802).

Leren. Actoren die meer ervaring hebben in samenwerking met andere organisaties kunnen meer kennis opdoen over zowel organisaties als netwerken, waardoor de kans wordt vergroot om nieuwe en meer gevarieerde netwerkknooppunten (zie hiervoor) te vormen en om dominante spelers in netwerken te worden (Brass et al., 2004, p. 802).

Vertrouwen. In de wetenschap wordt het belang van vertrouwen bij het oprichten van interorganisatorische netwerken veelal benadrukt. Echter, het is moeilijk dit vertrouwen vooraf te meten en is het lastig om het effect ervan op interorganisationele samenwerking te beoordelen. Veel onderzoek is namelijk gericht op dyadische relaties (zie hiervoor), maar dat maakt onduidelijk of vertrouwen op netwerkniveau hetzelfde is en op welke wijze het ontstaat (Brass et al., 2004, p. 802; Provan et al., 2007, p. 31; Smid, Bijlsma-Frankema & Bernaert, 2007, p. 78). Currall en Inkpen (2006, p. 245) beargumenteren dat onderzoek naar vertrouwen niet langer gericht moet zijn op enkel interpersoonlijk, intergroep of interorganisationeel niveau, maar dat de focus moet komen te liggen op multilevel analyses van vertrouwen en de

'co-evolutie' van vertrouwen in de tijd van het ene niveau naar het andere. Dat wil zeggen, vertrouwen op interpersoonlijk niveau kan leiden tot vertrouwen tussen groepen, dat vervolgens interorganisationeel vertrouwen kan stimuleren of visa versa. Currall en Inkpen (2006, p. 236) definiëren vertrouwen als "the decision to rely on another party (i.e. person, group, or organization) under a condition of risk". Vertrouwen is daarom relevant voor alle drie genoemde niveaus aangezien "all three entities make trust decisions and exhibit the measurable actions that follow from such decisions" (Currall & Inkpen, 2006, p. 236). Smid, Bijlsma-Frankema en Bernaert (2007, p. 75) schrijven over vernieuwing in netwerkorganisaties dat om veel interacties tussen vernieuwers en de spelers (actoren van het netwerk) vraagt en waarin vertrouwen een sleutelrol speelt. Een conclusie is: "vernieuwers kunnen hun effectiviteit vergroten als zij de dynamiek en ontwikkeling van het veld begrijpen vanuit de optiek van vertrouwen." Als vernieuwers situaties creëren waarin de wederzijdse risico's open aan de orde komen, wordt leren bij beide partijen gestimuleerd en ontstaat er een basis voor goede samenwerking om de vernieuwing gestalte te geven.

Normen en monitoring. Zelfs wanneer actoren elkaar vertrouwen, zullen in de loop van de samenwerking problemen ontstaan. Ostrom (1990) en Coleman (1990) benadrukken daarom het belang van wederkerige normen en Kogut (2000) benoemt het belang van gedragsregels die het mogelijk maken om netwerkidentiteiten te creëren. Uit onderzoek blijkt dat mensen samenwerken wanneer ze vooraf kunnen communiceren, wederkerige normen leren en wanneer mensen die dit nalaten worden gestraft. Een netwerkstructuur kan helpen bij het afdwingen van normen en regels (Ostrom, 1998).

Gelijkheid. Er zijn duidelijke aanwijzingen dat interorganisatorische samenwerkingsverbanden meer kans van slagen hebben wanneer er sprake is van gelijke status en macht tussen de actoren (Ostrom, 1990; Ring & Van de Ven, 1992). Wanneer een machtsverschil tussen bijvoorbeeld twee actoren ontstaat, creëert dit een instabiele situatie. Immers, de dominante actor heeft alle macht om de problemen op te lossen zoals hij of zij dat wil.

3.4 Bedrijfskundig perspectief

In deze paragraaf staat het bedrijfskundig perspectief ten aanzien van interorganisationele samenwerking centraal. In de eerste paragraaf komen allianties aan bod en worden voorwaarden genoemd voor het samenwerken binnen allianties. In de tweede paragraaf wordt weergegeven waarom actoren kiezen voor allianties als samenwerkingsvorm.

3.4.1 Alliantiemanagement

Het bedrijfskundig perspectief gaat over de wijze(n) waarop bedrijven succesvolle allianties tussen bedrijven kunnen creëren. Allianties worden gezien als "samenwerkingsverbanden tussen één of meer onafhankelijke ondernemingen, met een gezamenlijk doel en gezamenlijke risico's, kosten, opbrengsten en gezamenlijke besluitvorming" (Boonstra, 2007, p. 11). Echter, binnen deze definitie kunnen allianties nog vele vormen aannemen (De Man & Duysters, 2007, p. 96). Voorbeelden van allianties zijn contractuele samenwerking, joint ventures en wederzijdse deelnemingen met het oog op gezamenlijke marktbewerking,

internationale samenwerking, verbetering van distributie en bedrijfsvoering, bundeling van onderzoek en gezamenlijke productinnovatie (Boonstra, 2007, p. 11). In een joint venture zetten partners gezamenlijk een nieuwe onderneming op waarbij elk voor een bepaald percentage eigenaar wordt van die onderneming. Verreweg de meeste allianties zijn contractueel van aard en leiden niet tot een vorm van aandeelhouderschap (De Man & Duysters, 2007, p. 96). De Man en Duysters achten het investeren in kennis over alliantievorming relevanter dan het investeren in goede relaties tussen de alliantiepartners. Gezien de voorbeelden van allianties en de investering in kennis geven ze een interessante aanvulling op het organisatiekundig perspectief van Oerlemans en Kenis (zie § 3.3), waar eenzelfde voorbeelden van interorganisationele vormen aan bod kwamen en de economische ruilrelaties centraal stonden (Boonstra, 2007, p. 11).

Voorwaarden voor samenwerking in allianties

De Man en Duysters (2007, p. 94) vinden dat er te weinig aandacht is voor de interne kant van de organisatie en voor de kennis en vaardigheden die een organisatie dient te bezitten om succesvol te kunnen samenwerken. De auteurs concluderen dat samenwerking in allianties vaak lastig is door de aanwezigheid van verschillende werkwijzen, kennisniveaus en organisatieculturen (De Man & Duysters, 2007, p. 98). Belangrijke voorwaarden voor het slagen van allianties zijn het gericht evalueren van allianties en het gezamenlijk willen leren van deze evaluaties. Tevens blijkt dat het continu streven naar verbetering, middels regelmatige en gestructureerde analyses aan de hand van prestatie-indicatoren, bijdraagt aan succesvolle allianties. Binnen een bedrijf kan bijvoorbeeld een aparte afdeling worden ingericht, bedoeld voor het besturen van allianties, waardoor kennisopbouw kan plaatsvinden en deze nieuwe kennis gebruikt kan worden voor nieuwe allianties (Boonstra, 2007, p. 12).

De Man, Van der Zee & Geurts (2001, p. 39) richten zich in het bijzonder op twee aspecten die in de literatuur aan bod komen rondom alliantiemanagement, te weten de *managementtools* die nodig zijn voor het managen van relaties en de *normen en waarden* die nodig zijn voor succesvol relatiemanagement. De auteurs concluderen dat bedrijven die managementtools gebruiken, zoals alliantietraining, evaluatie en specialisten, succesvoller zijn dan bedrijven die alleen van de praktijk leren (De Man et al., 2001, p. 40). Alliantievaardigheid heeft niet alleen te maken met de implementatie van de juiste tools bij alliantiemanagement, tevens is de juiste instelling nodig voor samenwerkingsverbanden. Essentieel zijn normen en waarden die in elke bedrijfscultuur besloten liggen. Alhoewel cultuurverschillen moeten worden gereduceerd, zijn de bestaande methoden om deze verschillen te overbruggen, ontoereikend (De Man et al., 2001, p. 42).

Motieven voor allianties

Alhoewel alliantiemanagement veelal wordt geschaard onder het bedrijfskundig perspectief, met het oog op ondernemen en innovatie in de marktsector, is tevens een trend van allianties te zien in de zogenaamde maatschappelijke markten als wonen, zorg, welzijn en onderwijs en tussen maatschappelijke en commerciële instellingen (Beemer, Camps & Kastelein, 2007, p. 139). De publiek-private samenwerking zoals besproken in paragraaf 3.2 is hiervan een voorbeeld. Alliantiemanagement kent daardoor een breed toepassingsgebied,

zowel in de bestuurs- als bedrijfskunde. Beemer et al. (2007, p. 145) spreken vanuit het bedrijfskundig perspectief in dit verband over *productgeoriënteerde allianties*: "het aangaan van duurzame verbindingen tussen (minimaal) twee juridisch zelfstandige organisaties met het oog op het samen organiseren en leveren van producten en diensten." De *procesgerichte allianties*, gericht op "het genereren van een nieuwe positie in netwerken of het leren van nieuwe routines", worden in dit perspectief buiten beschouwing gelaten.

Motieven voor alliantievorming kunnen derhalve vanuit verschillende theoretische perspectieven worden verklaard, maar centraal staan de bedrijfskundige benaderingen zoals de *transactiekostentheorie* en *resource-based theorieën*. Het verschil met bestuurskundige benaderingen is het voluntaristisch karakter van bedrijfskundige en organisatiekundige benaderingen: "bedrijven kunnen een eigenstandige afweging maken om allianties aan te gaan of niet." Bestuurskundige concepten als netwerkmanagement, zoals eerder is benoemd, benaderen alliantievorming juist vanuit de onvermijdelijke afhankelijkheden: "samenwerking is onontkoombaar" (Beemer et al., 2007, p. 145).

Een motief om over te gaan tot een alliantie heeft betrekking op transactiekosten. Dit zijn de kosten die gepaard gaan met de totstandkoming van een contract en waarmee controle kan worden uitgeoefend op de naleving daarvan. Het bestaan van deze kosten verklaart het ontstaan van organisaties en hiërarchie als coördinatiemechanisme. Hiërarchie als mechanisme is soms goedkoper dan de markt (Coase, 1937, in Beemer et al., 2007, p. 146). Een aantal factoren kan daarbij van invloed zijn. Ten eerste is de frequentie waarmee een goed of dienst wordt aangeschaft relevant, immers, hoe hoger de frequentie hoe interessanter het waarschijnlijk wordt om het zelf te doen en dus hiërarchie als coördinatiemiddel te gebruiken. Ten tweede speelt de mate van uniciteit van de dienst een rol. Een uniek goed zal op de markt heel prijzig zijn, terwijl generieke producten en diensten, die op grote schaal worden geproduceerd door meerdere producenten en worden afgenomen door meerdere afnemers, goedkoper zullen zijn. Tot slot is de mate van onzekerheid over de nakoming van het contract door de wederpartij van belang. Wanneer deze onzekerheid heel groot is, omdat dit kosten voor verzekering en dergelijke met zich meebrengt, is het waarschijnlijk goedkoper om het zelf of in samenwerking te doen (Beemer et al., 2007, p. 146).

Vanuit het perspectief van resource-based theorieën kan alliantievorming worden verklaard uit het gegeven dat met alliantievorming een partij toegang kan krijgen tot aantrekkelijke middelen en competenties (resources) van een andere partij, die op de markt of in eigen beheer niet of moeilijk beschikbaar zijn (Barney, 1991, in Beemer et al., 2007, p. 146). Door bronnen bij elkaar te brengen ontstaat synergie en daarmee potentieel rendement. Voorbeelden van bronnen zijn kennis en vaardigheden, kapitaal, posities op relevante markten, maar ook reputatie. De genoemde synergie zal zich vooral voordoen wanneer de bronnen die worden gebruikt, over een aantal eigenschappen beschikken, zoals de absolute waarde van de bron (hoe waardevoller en schaarser de bron, hoe belangrijker deze wordt om in eigen bezit te hebben in plaats van de bron te moeten verwerven op de markt), de imiteerbaarheid (wanneer een bron moeilijk te imiteren is, wordt het interessant voor een organisatie om deze zelf onder controle te hebben) en de substitueerbaarheid (de vraag in hoeverre de bron vervangbaar is door andere) (Beemer et al., 2007, p. 146).

3.5 Sociaalwetenschappelijk en psychologisch perspectief

In deze paragraaf staat het sociaalwetenschappelijk en psychologisch perspectief ten aanzien van interorgansiationele samenwerking centraal. Conflict, vertrouwen en leiderschap worden in dit perspectief veelal centraal gesteld. In deze paragraaf komen derhalve relationele- en taakconflicten aan bod en wordt tevens gekeken naar gedrag en betekenissen van actoren in organisaties. Bovendien worden opnieuw voorwaarden voor samenwerking genoemd, dit keer vanuit een relationele invalshoek.

Relationele- en taakconflicten
Naast een bestuurlijk,- organisatiekundig- en bedrijfskundig perspectief is het tevens relevant om vanuit een sociaalpsychologische, ofwel relationele, invalshoek te kijken naar interorganisationele samenwerking (Boonstra, 2007, p. 17). Dit perspectief is van belang om de processen en resultaten van interorganisationele samenwerkingsverbanden te begrijpen en biedt tevens handvatten om te interveniëren in moeizaam verlopende samenwerkingsverbanden (Schruijer & Vansina, 2007, p. 203). Schruijer en Vansina (2007) stellen in hun onderzoek conflicten, met een onderscheid tussen relationele- en taakconflicten, leiderschap en vertrouwen centraal. Dit, omdat samenwerking veelal wordt belemmerd door stereotypering, uitsluiting, wantrouwen, gebrek aan open communicatie en machtsspelletjes (Boonstra, 2007, p. 17). Bij *relationele conflicten* gaat het om het behalen van voordeel ten koste van een ander. Immers, men wil groter en beter zijn dan en winnen van de ander. Bij *taakconflicten* gaat het erom belangen te verzoenen en verschillen in inzicht te gebruiken voor het realiseren van een gezamenlijk belang. Taakconflicten zijn daarmee een onderdeel van samenwerking en kunnen bijdragen aan het versterken van de samenwerking (Boonstra, 2007, pp. 17-18). Echter, een taakconflict kan gepaard gaan met of verwoorden tot een relationeel conflict. Uit angst voor een relationeel conflict kunnen verschillen (on)bewust worden genegeerd. In dat geval wordt gesproken van *collusie*, waarbij een confrontatie met de aanwezige diversiteit wordt vermeden (Schruijer & Vansina, 2007, p. 210). Om belemmeringen te voorkomen, worden ook vanuit het sociaalpsychologisch perspectief voorwaarden aangehaald die succesvolle samenwerkingsverbanden kunnen creëren.

Gedrag en betekenissen
Volgens Van De Loo (2007, p. 220) vragen "vertrouwen, wederkerigheid en verdraagzaamheid in samenwerkingsverbanden om het vermogen verschillen en conflicten te articuleren." Deze paradox behandelt de auteur vervolgens vanuit een psychologisch perspectief, aan de hand van drie uitgangspunten, te weten:

1. Alle gedrag en gebeurtenissen in een organisatie zijn zinvol bepaald: ook irrationeel gedrag kent een rationale, een (psycho)logica;
2. veel gedrag is onbewust bepaald: veel van de motieven spelen zich buiten het bewustzijn af. Zo zijn naast bewuste ook onbewuste drijfveren, fantasieën en gevoelens;
3. de betekenissen en determinanten van gedrag worden niet alleen bepaald vanuit de actualiteit. Een historisch perspectief is daarmee van groot belang. (Van De Loo, 2007, p. 220).

Van De Loo kijkt in zijn onderzoek vanuit een psychologische invalshoek naar allianties en concludeert naar aanleiding van bovenstaande dat de aansturing van een alliantie van invloed is op het succes ervan. Een belangrijke rol hierbij is voor het topmanagement weggelegd, dat cohesie en verbinding (ook wel *social fabric* genoemd) moet bevorderen tussen de actoren, waardoor er samen beter geleerd en gewerkt kan worden. Tevens geeft Van De Loo aan dat allianties bewuste en onbewuste betekenissen en belevingen oproepen, die de kwaliteit en de effectiviteit van de social fabric beïnvloeden. Door globalisering en virtualisering lijken allianties steeds grenzelozer te worden, waardoor nieuwe mentale grenzen de kop opsteken binnen de organisatie en samenwerking, betreffende politiek, identiteit en taak. Veel van de (on)bewuste fantasieën en belevenissen zijn hierlangs te ordenen. Volgens Van De Loo is het bovendien van belang dat actoren in staat worden gesteld al dan niet uiteenlopende betekenissen met elkaar te delen, te exploreren en uit te werken. Zo worden verschillen en spanningen niet genegeerd en kan een effectieve en gezonde samenwerking worden bevorderd. Tot slot moet bij de belangrijkste actoren van de alliantie het besef aanwezig zijn dat "in de dagelijkse ervaring van het samenwerken cruciale informatie over het wel en wee van de alliantie ligt besloten" (Van De Loo, 2007, p. 226).

Voorwaarden voor samenwerking vanuit sociaalpsychologisch perspectief

Schruijer en Vansina rijken vanuit een sociaalpsychologisch perspectief een aantal inzichten en interventieprincipes aan omtrent het leren werken met een diversiteit aan belangen, het kunnen omgaan met verschillende perspectieven en identiteiten en het hanteren van conflicten (Boonstra, 2007, p. 17).

De eerste taak die volgens Schruijer en Vansina (2007, p. 213) moet worden uitgevoerd is het *bijeenbrengen van de relevante partijen* en het legitimeren van hun aanwezigheid. Daarbij moet ook de nadruk op de kleine partijen worden gelegd omdat zij vaak overschaduwd worden door dominante partijen. Gestart dient te worden met brede oriënterende gesprekken met alle partijen of een selectie daarvan. Voor dit laatste geldt dat een te beperkte keuze moet worden voorkomen, in verband met het uitsluiten van belangrijke partijen of het passeren van partijen die, vanwege deze reden, de besprekingen dwarsbomen.

Ten tweede is het van belang dat er *wil* is om samen te werken. Bij de partijen moet motivatie en het besef van interafhankelijkheid aanwezig zijn, alvorens een samenwerking van de grond kan komen. In het begin zal wellicht een probleemperceptie bij de betrokken actoren bestaan. Belangrijk is dat een gemeenschappelijk belang om samen te werken dit kan reduceren (Schruijer & Vansina, 2007, p. 214).

Tevens dient voor samenwerking interpersoonlijk *vertrouwen* te worden opgebouwd. Ook hier geldt dat aan het begin negatief gekleurde beelden bestaan ten opzichte van elkaar, waardoor het vertrouwen klein is. Condities om dit op te bouwen zijn aandacht voor rechtvaardigheid, de mogelijkheid tot face-to-face-interacties en de aanwezigheid van grondregels. Gevoelens van onzekerheid, twijfel of argwaan moeten in het begin kunnen worden geuit, zodat deze gevoelens niet tot een beëindiging van de samenwerking leiden (Schruijer & Vansina, 2007, p. 214).

Een vierde conditie uit zich in de *helderheid* die aan de start van de samenwerking bestaat *ten aanzien van probleemdefinities en doelen*. Zoals gezegd is er in het begin nog geen sprake van een gedeelde probleemdefinitie, dit kost immers tijd, inzet en geduld. Het

belangrijkste is dat alle partijen op een bepaald moment hun eigen belangen in de probleemdefinitie kunnen herkennen (Schruijer & Vansina, 2007, p. 214).

Tot slot geldt als belangrijke conditie dat actoren *constructief en creatief kunnen omgaan met verschillen*. Verschillen mogen bestaan, maar om collusie te vermijden (zie relationele- en taakconflicten) is het belangrijk dat aandacht wordt geschonken aan realiteitstoetsing. Dit kan bijvoorbeeld door het bij tijden reflecteren van processen en hieruit lering te trekken (Schruijer & Vansina, 2007, p. 214).

3.6 Conclusies en conceptueel model

In dit hoofdstuk wordt op basis van de voorafgaande paragrafen een aantal factoren geselecteerd die als onafhankelijke variabelen gelden ten opzichte van de afhankelijke variabele. De afhankelijke variabele refereert naar de kern van de onderzoeksvraag, namelijk de bereidheid van actoren tot samenwerken bij overdrachten in het VSV Arnhem - De Liemers. Deze variabele wordt derhalve aangeduid met 'bereidheid tot samenwerking bij overdrachten'. Vanuit de praktijk wordt getracht te bestuderen of de onafhankelijke variabelen al dan niet van invloed zijn op de afhankelijke variabele.

3.6.1 Een samenvattend overzicht

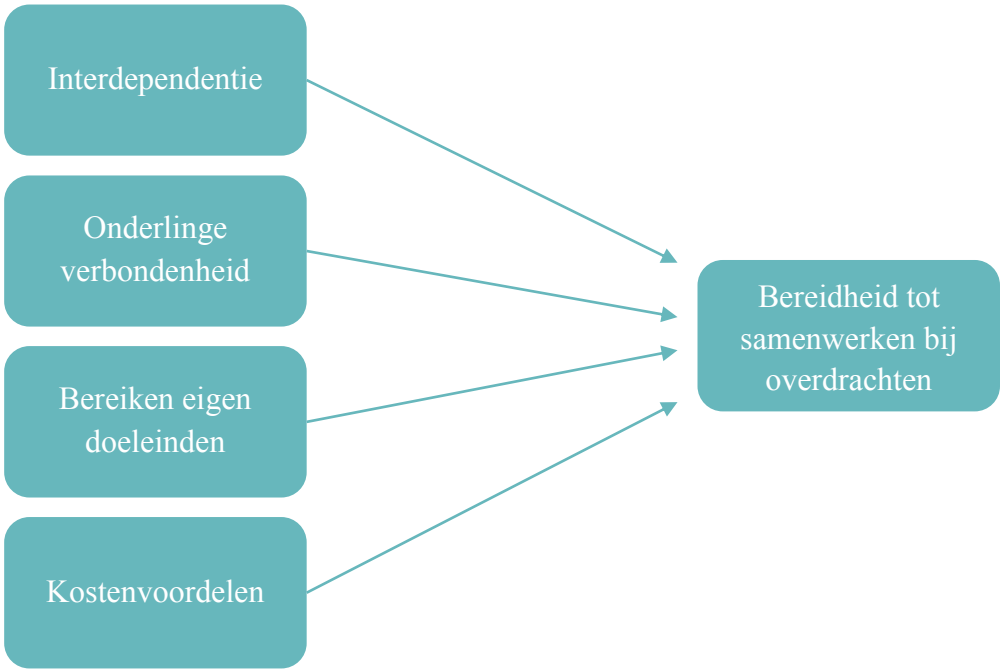
Alvorens een aantal onafhankelijke variabelen te selecteren dat relevant is voor het onderzoek, is een terugblik op de verschillende perspectieven van belang. Het voorgaande hoofdstuk geeft weer dat de literatuur omtrent interorgansiationele samenwerking zeer divers en heterogeen is. Elk behandeld perspectief kent eigen vormen van interorganisationeel samenwerken, met bijbehorende motieven, voorwaarden of succesfactoren. De overeenkomst tussen de perspectieven is gelegen in het feit dat vanuit elk perspectief wordt gekeken naar samenwerking tussen organisaties, oftewel op organisatieniveau. Specifieke factoren omtrent de bereidheid tot samenwerken, op dit niveau, zijn echter niet of gebrekkig te vinden in literatuur. Derhalve wordt getracht met de gegenereerde kennis vanuit de praktijk bij te dragen aan dit onderwerp. Echter, de gevonden factoren in dit hoofdstuk zijn relevant als leidende handvatten voor het onderzoek. Immers, er wordt verondersteld dat kenmerken, motieven en voorwaarden voor samenwerkingsverbanden ten grondslag liggen aan de bereidheid tot samenwerken.

Vanuit het *bestuurskundig perspectief* stond allereerst de beleidsnetwerkbenadering centraal. Beleidsnetwerken werden voornamelijk gekenmerkt door de interacties die zich tussen de verschillende betrokken actoren voordoen en gericht zijn op een beleidsprobleem- of programma. De interactie wordt beïnvloed door de verdeling van doeleinden, informatie en de machtsverhoudingen in het netwerk. De actoren hebben een eigen belang, maar zijn wederzijds afhankelijk voor het behalen van de doelen van de organisatie. Vervolgens kwam de publiek-private samenwerking (PPS) aan bod, dat een samenwerking tussen publieke en private actoren inhoudt, waarin gemeenschappelijke producten of diensten worden ontwikkeld en waarin risico's, kosten en opbrengsten worden gedeeld. Aandacht was er voor het contractuele arrangement en voor partnerships. Motieven voor overheden voor PPS zijn het

doorbreken van een patstelling, ontoereikende hulpbronnen en het bereiken van medewerking. Voor private actoren zijn het uitoefenen van invloed op overheidsbeleid, de mogelijkheid om via samenwerking eigen doeleinden te bereiken en het verwerven van publieke hulpbronnen, motieven voor PPS.

Alhoewel het VSV formeel geen overeenkomst heeft met een beleidsnetwerk (beleid is niet het voornaamste doel), zijn enkele kenmerken van beleidsnetwerken wel relevant voor het samenwerkingsverband. Ten eerste hebben de actoren in het VSV allen een eigen belang maar zijn zij wederzijds afhankelijk voor een optimale dienstverlening aan de cliënt of patiënt. De vraag is in hoeverre de actoren van het VSV beseffen dat zij elkaar nodig hebben en vervolgens is de vraag in hoeverre zij hierbij belang hebben. Derhalve wordt deze variabele meegenomen in het onderzoek. Ten tweede blijkt uit de theorie dat verbondenheid (cohesion) tussen de actoren nodig is om sympathie voor elkaars doeleinden te kunnen genereren. Deze variabele wordt tevens geprioriteerd voor het onderzoek, omdat verbondenheid wellicht de bereidheid tot samenwerken doet verhogen.

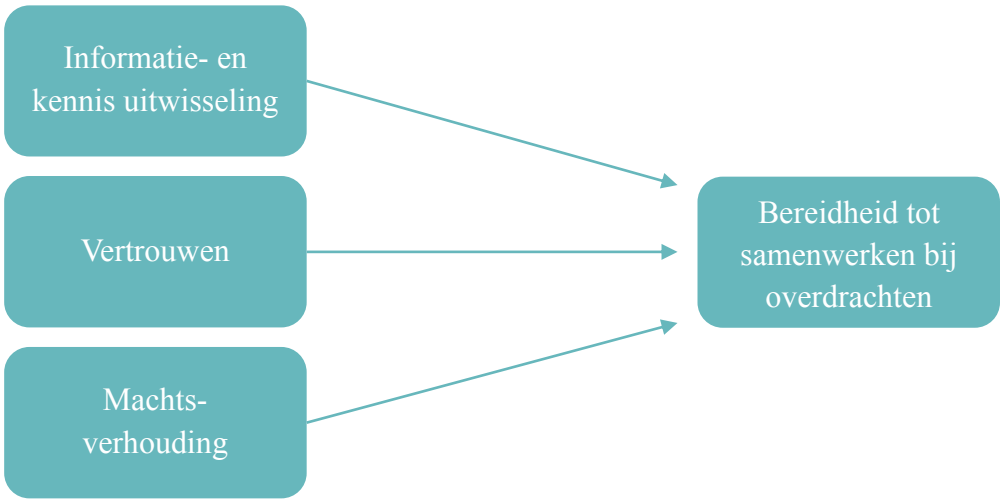
Daarnaast zijn enkele motieven voor PPS relevant voor het VSV, alhoewel het in dit geval een samenwerking betreft tussen enkel publieke actoren. Zo wordt allereerst verondersteld dat de samenwerking tussen de actoren van het VSV noodzakelijk is voor het realiseren van eigen doeleinden. Immers, in samenspraak met andere actoren kan men komen tot realisatie van doelen en kan een proces op gang worden gebracht of goed worden beëindigd. Van belang is daarom in hoeverre het behalen van eigen doelen, door actoren van het VSV, van invloed is op de bereidheid tot samenwerken. Tot slot spelen kosten ook een rol. Alhoewel het VSV geen organisatie is met een winstoogmerk, tracht men in de geboortezorg middels een dergelijk samenwerkingsverband bij te dragen aan efficiëntie, zodat onder meer besluitvormings- en zorgkosten kunnen worden gereduceerd. Derhalve wordt deze variabele tevens geanalyseerd ten aanzien van de invloed ervan op de bereidheid tot samenwerken bij overdrachten. De genoemde onafhankelijke variabelen kunnen als volgt schematisch worden weergegeven:



Figuur 1. Multipele causaliteit vanuit bestuurskunde perspectief.

Het *organisatiekundig perspectief* kwam ten tweede aan bod en benadrukte het samenwerken van meerdere organisaties in een netwerk, met als doel het bevorderen van innovatie. Vanuit de sociale netwerkbenadering werd opnieuw gekeken naar interacties tussen actoren, maar werd ook de structuur van relaties tussen en de netwerkposities van actoren nader beschouwd. In het bijzonder werd gekeken naar de relationele- en structurele inbedding van economische ruilrelaties, gericht op technologische samenwerking, vriendschap, uitwisseling van informatie, kennis, goederen en diensten of invloed. Leren, vertrouwen, normen, monitoring en gelijke status bleken voorwaarden voor succesvolle netwerkposities en waardevolle relaties.

Het VSV kan vanuit dit perspectief gezien worden als een interorganisationeel (sociale) netwerk, zoals beschreven in paragraaf 3.3.1. De mate van informatie- en kennisuitwisseling bij overdrachten tussen de actoren van het VSV en de wijze waarop dit gebeurd, wordt met name van groot belang geacht bij het VSV (zie hoofdstuk 2). Om te bepalen of de wijze van uitwisseling van informatie en kennis van invloed is op de bereidheid tot samenwerken, wordt deze variabele van belang geacht voor het onderzoek. Bovendien bleek vertrouwen een van de belangrijkste voorwaarden voor samenwerking, waardoor dit begrip vaker aan bod kwam. Alhoewel uit eerder onderzoek blijkt dat vertrouwen lastig is te meten, wordt het tegelijkertijd als belangrijk verschijnsel beschouwd bij samenwerking en daarom als variabele meegenomen in het onderzoek. Op deze wijze kan worden bepaald of vertrouwen van invloed is op de bereidheid tot samenwerken bij overdrachten. Tot slot is de vraag relevant op welke wijze de machtsverhouding tussen de actoren van het VSV wordt gekenmerkt en in hoeverre deze verhouding invloed heeft op de samenwerking. Immers, uit de theorie blijkt dat macht en status van invloed zijn op de interacties binnen een samenwerkingsverband. Aan de hand van dit perspectief kan opnieuw een multipele causaliteit schematisch worden weergeven:



Figuur 2. Multipele causaliteit vanuit organisatiekundig perspectief.

Vervolgens werd interorganisationele samenwerking aan de hand van het *bedrijfskundig perspectief* bestudeerd. Hierin draaide het om alliantiemanagement. Allianties werden gezien als samenwerkingsverbanden tussen één of meer onafhankelijke ondernemingen, met een gezamenlijk doel en gezamenlijke risico's, kosten, opbrengsten en gezamenlijke

besluitvorming. Het gericht evalueren van allianties en het continu streven naar verbetering, middels regelmatige en gestructureerde analyses aan de hand van prestatie-indicatoren, bleken het succes van een alliantie te bevorderen. Motieven om gezamenlijk producten en diensten te organiseren en te leveren, hingen samen met transactiekosten en resource-based theorieën. Transactiekosten hebben betrekking op de kosten die gepaard gaan met de totstandkoming van een contract en op naleving ervan. De resource-based theorieën zien alliantievorming als middel voor partijen om toegang te verkrijgen tot middelen en competenties bij andere partijen, die alleen of via de markt lastig te verkrijgen zijn. Door bronnen samen te voegen ontstaat synergie en daarmee potentieel rendement

Alhoewel het VSV zich in de publieke sector bevindt, is grote overlap te zien met een productgeoriënteerde alliantie, waarnaar is verwezen in paragraaf 3.4.2. De actoren van het VSV gaan immers duurzame verbindingen met elkaar aan, met het oog op het samen organiseren en leveren van producten en diensten. Het verwerven van middelen door actoren bij andere actoren kan een belangrijke factor spelen bij het realiseren daarvan. Interessant is derhalve te onderzoeken welke invloed dit heeft op de bereidheid tot samenwerken. Schematisch levert dit de volgende monocausaliteit met de afhankelijke variabele:



Figuur 3. Monocausaliteit vanuit bedrijfskundig perspectief

Tot slot werd een relationele invalshoek benaderd, namelijk het *sociaalwetenschappelijke- en psychologisch perspectief*. Centrale thema's die werden benoemd waren conflict, leiderschap en vertrouwen. Een onderscheid werd gemaakt tussen relationele conflicten (behalen eigen voordeel) en taakconflicten (werken aan gezamenlijk belang). Tevens werd stilgestaan bij gedrag en betekenissen in organisaties. Vervolgens werden handreikingen geboden voor het leren werken met diverse belangen, voor het omgaan met verschillende perspectieven en identiteiten en voor het hanteren van conflicten. Concreet betekende dit het bijeenbrengen van relevante partijen, het hebben van een wil, heldere doelen formuleren, besef van interafhankelijkheid en het constructief en creatief kunnen omgaan met verschillen.

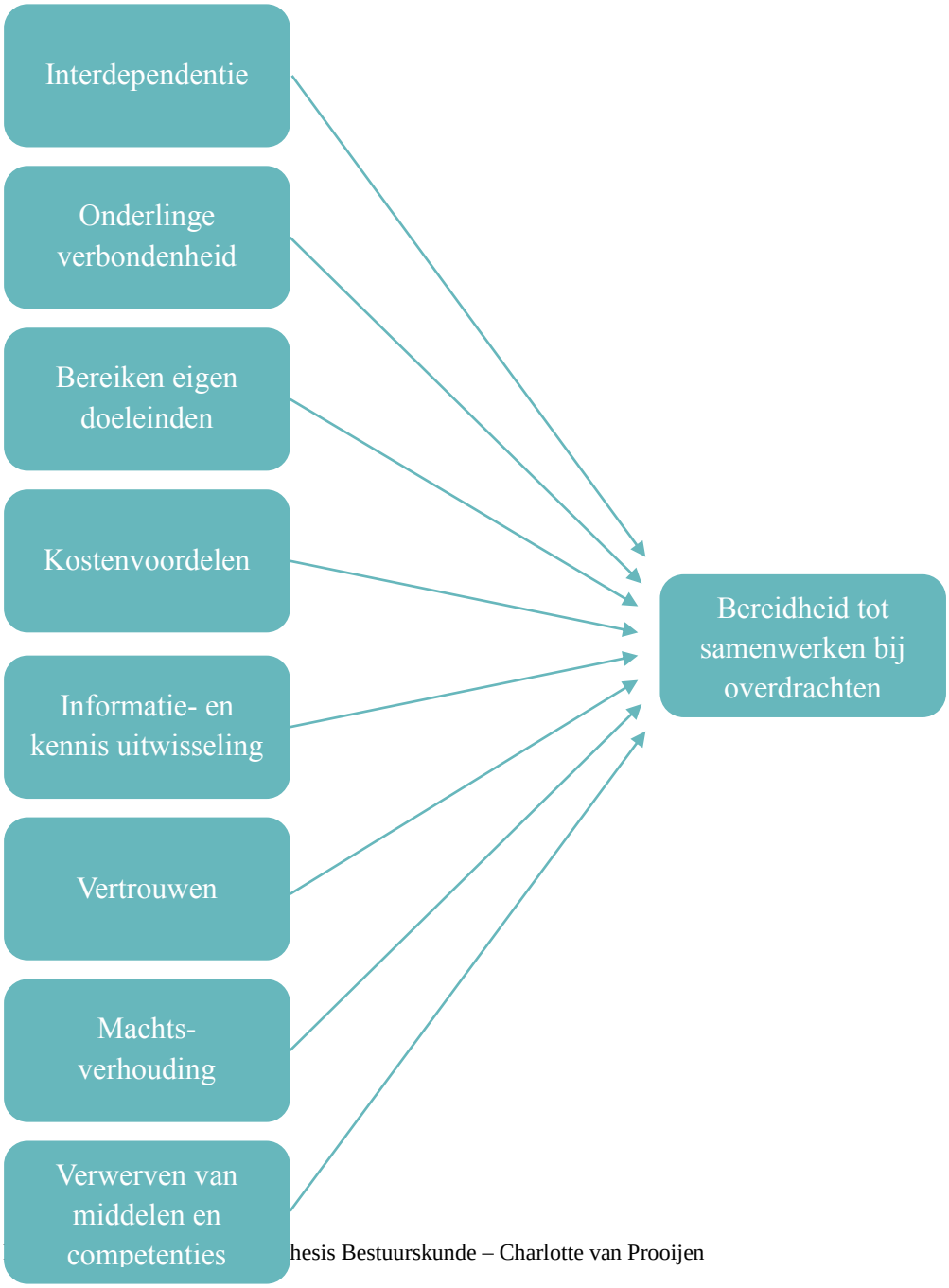
Aangezien dit perspectief is behandeld ten aanzien van interorganisationeel samenwerken, gaat het hier echter om aspecten die gericht zijn op het interpersoonlijk niveau. Derhalve zullen vanuit dit perspectief geen onafhankelijke variabelen worden meegenomen, immers, in het onderzoek staan de organisaties van het VSV centraal.

3.6.2 Conceptueel model

In de voorgaande paragraaf is geconcludeerd welke variabelen relevant blijken voor het te onderzoeken samenwerkingsverband. Aan de hand van de gevonden variabelen wordt vervolgens hieronder een conceptueel model schematisch weergegeven waarin alle onafhankelijke variabelen, samen met de afhankelijke variabele, bijeen zijn genomen. Door ontoereikend onderzoek ten aanzien van de gestelde onderzoeksvraag, kan van te voren geen uitspraak worden gedaan over de causaliteit van de gevonden onafhankelijke variabelen ten

opzichte van de afhankelijke variabele. Middels het veldonderzoek wordt later in dit onderzoek de veronderstelde causaliteit benoemd, in termen van positieve dan wel negatieve verbanden tussen de onafhankelijke variabelen en de afhankelijke variabele (zie hoofdstuk 6).

Alhoewel de variabelen afzonderlijk vanuit de verschillende perspectieven zijn geselecteerd, wordt verondersteld dat de variabelen niet allen op zichzelf staan. Immers, er kan worden aangenomen dat er mogelijke correlaties bestaan tussen de gekozen variabelen, wanneer hiernaar bijvoorbeeld kwantitatief onderzoek wordt verricht. Bijvoorbeeld, wanneer er geen vertrouwen maar wantrouwen heerst binnen een samenwerkingsverband, is dit mogelijk van invloed op de onderlinge verbondenheid, de aanwezige machtsverhoudingen, als ook op het uitwisselen van informatie en kennis. Immers, er kan worden verondersteld dat actoren zich in dit geval minder met elkaar willen verbinden, er ongelijkwaardige posities kunnen ontstaan of dat het delen van informatie en kennis moeizaam verloopt. Deze assumpties dienen derhalve in ogenschouw te worden genomen wanneer de invloed van de onafhankelijke variabelen op de afhankelijke variabele in de empirie wordt onderzocht.



Figuur 4. Conceptueel model.

4. Methodologisch kader

4. Methodologisch Kader

In dit hoofdstuk wordt allereerst de onderzoeksstrategie verantwoord en beschreven. Hierin wordt gemotiveerd waarom is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksanalyse en het uitvoeren van een casestudie. In paragraaf 4.2 komen vervolgens de methoden aan bod die worden ingezet om alle gegevens voor het onderzoek te verzamelen. De geselecteerde onderzoekseenheden worden in paragraaf 4.3 weergegeven. In de vierde paragraaf staat de operationalisatie van de acht onafhankelijke variabelen en de afhankelijke variabele centraal, waarbij de variabelen gelden als leidraad voor de te verzamelen data. In paragraaf 4.5 staat beschreven op welke wijze de data-analyse is vormgegeven en het hoofdstuk sluit af met de bespreking van de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek.

4.1 Onderzoeksstrategie

Dit onderzoek richt zich op de bereidheid tot samenwerken van actoren in het VSV Arnhem - De Liemers bij overdrachten rondom zwangerschap, geboorte en kraamtijd. Vanuit de theorie en praktijk wordt getracht factoren te vinden die al dan niet van invloed zijn op deze bereidheid. Echter, zoals uit het inleidend kader naar voren kwam, blijkt een dergelijke casus weinig onderzocht en zijn geen of nauwelijks uitkomsten hierover bekend. Aangezien vooraf niet vaststaat welke kennis precies kan worden opgeleverd, daar het niet duidelijk is welke factoren de bereidheid tot samenwerken al dan niet beïnvloeden, is de vraagstelling verkennend van aard en is in dit verband sprake van exploratief onderzoek (Vennix, 2010, p. 153). Vanuit de praktijk wordt getracht kennis te genereren die bijdraagt aan de reeds bestaande literatuur omtrent interorganisationeel samenwerken.

Derhalve is gekozen voor een kwalitatieve analyse. Er is een probleemstelling geformuleerd die in het onderzoek als richtsnoer fungeert en waarbij gegevens worden verzameld aan de hand van zelf ontwikkelde instrumenten, bij een klein aantal onderzoekseenheden. Dit in tegenstelling tot kwantitatief onderzoek waarbij de literatuur en een vooraf gekozen theorie worden gebruikt voor het afleiden van hypothesen, die vervolgens veelal worden getoetst aan de hand van gestandaardiseerde meetinstrumenten. Bij dit type onderzoek gebruikt men meestal een groot aantal onderzoekseenheden (Boeije, 2005, p. 17). Bij een kwalitatieve werkwijze kunnen verschillende onderzoeksstrategieën worden toegepast, te weten een survey, casestudy, experiment en deskresearch (Yin, 2002, p. 1). Met betrekking tot de centrale onderzoeksvraag in dit onderzoek is gekozen voor een casestudie als onderzoekstrategie. De onderzoeksvraag wordt namelijk getypeerd als een ‘hoe-vraag’ waarop de onderzoeker een antwoord probeert te vinden. Een casestudy is geschikt voor dergelijke onderzoeksvragen, omdat “such questions deal with operational links needing to be traced over time, rather than mere frequencies or incidence” (Yin, 2002, p. 6). Dit is relevant omdat de onderzoeksvraag zich richt op het VSV Arnhem - De Liemers als duurzaam samenwerkingsverband, waarbinnen sprake is van langetermijnrelaties in plaats van ad hoc relaties.

In het voorgaande hoofdstuk is vanuit de literatuur een conceptueel model ontwikkeld, bestaande uit acht onafhankelijke variabelen en een afhankelijk variabele, die verderop in dit

hoofdstuk worden geoperationaliseerd aan de hand van indicatoren (zie § 4.4). Met dit model wordt getracht de onderzoeksvraag te beantwoorden. Deze wijze sluit tevens aan bij de keus voor een casestudie, immers "casestudies allow a researcher to achieve high levels of conceptual validity, or to identify and measure the indicators that best represent the theoretical concepts the researcher intends to measure" (George & Bennett, 2004, p. 19).

Een casestudy wordt bovendien toegepast wanneer een hedendaags fenomeen in de natuurlijke context wordt onderzocht (Yin, 2002, p. 13). Ook hiervan is in dit onderzoek sprake aangezien het VSV sinds 2012 verplicht is in elke regio van Nederland. Het VSV is momenteel dan ook één van de meest gangbare samenwerkingsverbanden. De natuurlijke context beslaat de regio Arnhem - De Liemers, zoals beschreven in hoofdstuk 2.

Tot slot is bij kwalitatief onderzoek en het uitvoeren van een casestudy van belang dat de focus op een relatief klein aantal onderzoekseenheden ligt, die selectief zijn gekozen. Dit omdat met kleine steekproeven via aselecte sampling moeilijk representativiteit is te bereiken en omdat in kwalitatief onderzoek een bepaald sociaal fenomeen in de volle breedte en diepte wordt verkend en beschreven (Plochg & Van Zwieten, 2007, p. 80). Om deze reden en vanwege de beperkte onderzoekstijd, wordt één VSV nader beschouwd en is er derhalve sprake van een enkelvoudige casestudie in plaats van een vergelijkende casestudie.

Kortom, uit bovenstaande motieven voor een casestudie past een kwalitatieve, ofwel iteratieve, werkwijze door de onderzoeker. Met andere woorden, de onderzoeker probeert zich te verplaatsen in het perspectief van de betrokkenen, te weten de vertegenwoordigers van de verschillende actoren van het VSV Arnhem - De Liemers, aan de hand van een voortdurende afwisseling tussen theorie, waarneming en analyse (Vennix, 2010, p. 99). De onderzoeker tracht inzicht te geven in de verschillende perspectieven van betrokkenen, met betrekking tot de bereidheid tot samenwerken in dit VSV. In de volgende paragraaf wordt duidelijk middels welke methoden deze werkwijze tot stand komt.

4.2 Methoden van dataverzameling

Om te komen tot een verzameling van gegevens, voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag, worden twee methoden gebruikt. In deze paragraaf worden de methoden genoemd en verantwoord.

Semigestructureerde interviews

Eén van de meest gebruikte methoden van dataverzameling in kwalitatief onderzoek is het interview. Een belangrijke reden hiervoor is het feit dat middels kwalitatieve interviews de onderzoeker aansluiting zoekt bij de eigen beleving van de respondent (Plochg & Van Zwieten, 2007, p. 82). In het kader van dit onderzoek is dit van groot belang omdat antwoord wordt gezocht op de vraag in hoeverre organisaties bereid zijn om samen te werken bij overdrachten. Alhoewel de organisaties centraal staan, worden de vertegenwoordigers van deze organisaties, zowel vanuit het management als de werkvloer, hierover geïnterviewd. Derhalve wordt gekozen voor individuele, semigestructureerde diepte-interviews met een open einde. Hierbij staan de formulering en volgorde van de vragen van te voren vast, maar worden de antwoordmogelijkheden echter opengelaten (Vennix, 2010, p. 253). Een diepte-

interview geeft de respondent zoveel mogelijk ruimte om in eigen bewoordingen antwoord op de vragen te geven. Dit is noodzakelijk om een breed en diep inzicht te verkrijgen, vanuit de empirie, ten aanzien van het perspectief van de respondent omtrent samenwerken bij overdrachten in het VSV. Wanneer denkwijzen en redeneringen van individuen en hun persoonlijke context kunnen worden achterhaald, levert dit een grote bijdrage voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag (Plochg & Van Zwieten, 2007, pp. 82-83). De interviews zijn echter wel semigestructureerd van aard, immers, de invloed van acht onafhankelijke variabelen (interdependentie, informatie- en kennisuitwisseling, bereiken van eigen doelen, kostenvoordelen, verwerven van middelen, verbondenheid, vertrouwen en machtsverhouding) wordt onderzocht op de afhankelijke variabele (de bereidheid tot samenwerken bij overdrachten). Het interview moet derhalve worden gestructureerd aan de hand van deze variabelen. Bovendien wordt op deze wijze de interne validiteit van het onderzoek verhoogd, omdat vanuit de theorie de onafhankelijke variabelen en de afhankelijke variabele zijn geselecteerd, geoperationaliseerd en verwerkt in de interviewguide (Vennix, 2010, p. 184; zie tevens § 4.6). Tevens bevordert een dergelijke interviewvorm de betrouwbaarheid van het onderzoek, omdat dezelfde vragen worden gebruikt tijdens meerdere interviews. Dit levert een meer systematische en betrouwbare vergelijking op dan wanneer gebruik wordt gemaakt van volledig open interviews zonder structuur in de vragen (Vennix, 2010, p. 207).

Documentenanalyse

Een tweede methode die wordt gebruikt in dit onderzoek is een documentenanalyse. Dit betreft een verzameling van documenten door de onderzoeker die door menselijke gedragingen tot stand zijn gekomen (Plochg & Van Zwieten, 2007, p. 85). Zo is in dit onderzoek gebruik gemaakt van het rapport van het inspectiebezoek aan de regio Arnhem-Zevenaar, in september 2013, in het kader van het thematisch toezicht geboortezorg: netwerk moeder en kind. De analyse van dit rapport is noodzakelijk om inzicht te verkrijgen in de verkregen resultaten door de IGZ omtrent samenwerking ten aanzien van zwangerschap, geboorte en kraamtijd op de werkvloer en de voortgang van de implementatie van het SZG advies. In dit onderzoek wordt verder gekeken naar samenwerking in deze regio, waardoor het rapport zeer relevant is.

Het adviesrapport ‘Een goed begin’ (SZG, 2009) is, naar aanleiding van bovenstaande, tevens bestudeerd. Dit document biedt een relevante bijdrage voor het beleidskader ten aanzien van samenwerkingsafspraken in het VSV en het VSV als zodanig.

Bovendien is voor het beleidskader het verloskundig vademecum geanalyseerd, zoals uitgegeven door het CVZ (2003). Hierin is onder andere een indicatielijst opgenomen die als zwaarwegend advies dient te worden gebruikt bij de individuele verloskundige hulpverlening en bij de samenwerking met de andere zorgverleners die zijn betrokken bij de verloskunde. Een verwijzing naar deze lijst is relevant voor inzicht in de overdrachten tijdens en rondom zwangerschap, geboorte en kraamtijd. Daarnaast zijn in dit vademecum, door de gezamenlijke beroepsgroepen, adviezen en beleidsvoornemens over diverse andere facetten van de verloskundige zorgverlening geformuleerd, waarnaar in het beleidskader is verwezen.

Tevens is de door de NZa ontwikkelde marktscan geraadpleegd, waarin de stand van zaken wordt weergegeven van de markt voor de zorg rondom zwangerschap en geboorte, in de periode 2007 tot 2012.

Tot slot zijn documenten bestudeerd die intern zijn ontwikkeld door medewerkers van het RZ die nauw zijn betrokken bij het VSV Arnhem - de Liemers. De inhoud van deze documenten omvat feitelijke informatie betreffende het VSV en het DVP van deze regio en gaat in op de ontwikkelingen van een nieuw VSV voor deze regio.

4.3 Onderzoekseenheden

Om de onderzoeksvraag zo goed mogelijk te beantwoorden is het van belang om als onderzoeker gericht op zoek te gaan naar die onderzoekseenheden, die het te bestuderen fenomeen in al zijn verscheidenheid representeren (Plochg, Van Zwieten, 2007, p. 80). Daarom worden uit alle betrokken organisaties van het VSV Arnhem - De Liemers en uit de relevante kraamzorgorganisaties respondenten geselecteerd voor deelname aan het onderzoek. Alhoewel de kraamzorg formeel geen onderdeel uitmaakt van het VSV, mag deze actor niet ontbreken (zie § 2.2.2). Deze actor fungeert in principe als laatste schakel in de keten en is derhalve zeer relevant. Bovendien krijgt de kraamzorg in het nieuwe VSV een prominentere rol en richt dit onderzoek zich niet alleen op het VSV overlegorgaan, maar gaat het met name om de samenwerking tussen de actoren van het VSV op de werkvloer.

Het doel van het VSV is een goede aansluiting van producten en diensten van zorgprofessionals en zorginstellingen voor de zorg rondom zwangerschap, geboorte en kraamtijd. Samenwerking vindt tussen al deze actoren plaats, waardoor de mening en ervaring van alle actoren moeten worden meegenomen in het onderzoek. Een onderscheid wordt gemaakt tussen respondenten afkomstig uit het management en van de werkvloer. Het is van belang om te bepalen of de beoogde verwachtingen vanuit het management omtrent bereidheid tot samenwerken overeenkomen met de ervaringen en perspectieven van medewerkers op de werkvloer.

Voor de interviews zijn uit de eerste- en tweedelijns geboortezorg uiteindelijk 24 respondenten geselecteerd. Vanuit de eerste lijn zijn twee kraamverzorgenden geïnterviewd, afkomstig uit twee verschillende kraamzorgorganisaties. Tevens zijn de regiomanager van de ene kraamzorgorganisatie en de directeur van de andere kraamzorgorganisatie geïnterviewd. Bovendien zijn vanuit de eerste lijn zeven eerstelijns verloskundigen geïnterviewd, waarvan twee verloskundigen afkomstig uit dezelfde verloskundige praktijk en de overige vijf afkomstig uit afzonderlijke praktijken. Daarnaast is vanuit de tweede lijn allereerst een viertal gynaecologen geïnterviewd, behorende bij de Maatschap Gynaecologie die werkzaam is in het RZ. Tevens is vanuit de verschillende vakgroepen binnen het RZ een aantal respondenten geselecteerd, te weten een kinderarts, een klinisch verloskundige, twee obstetrie verpleegkundigen en een neonatologisch verpleegkundige. Tot slot is een aantal tweedelijns managementleden geïnterviewd, namelijk de medisch directeur, het hoofd van de afdeling neonatologie, een hoofd van de afdeling obstetrie en de manager van het kwaliteitsbureau. De operationalisatie van de interviewguide wordt beschreven in de volgende paragraaf.

Zoals eerder naar voren kwam in paragraaf 4.1 wordt gekozen voor een relatief klein aantal onderzoekseenheden. Om empirische uitspraken te kunnen doen in dit kwalitatieve

onderzoek, wordt één case in de volle breedte en diepte bestudeerd, waardoor het niet mogelijk is om grote aantallen respondenten te interviewen. Door een klein aantal respondenten selectief te kiezen, wordt getracht representativiteit te bereiken, omdat op een aselecte wijze dit wordt bemoeilijkt. Immers, uit alle betrokken organisaties zijn respondenten nodig. Dit is moeilijk te realiseren wanneer op basis van toeval wordt geselecteerd (Plochg & Van Zwieten, 2007, p. 80).

4.4 Operationalisatie

In deze paragraaf wordt weergegeven op welke wijze de geselecteerde variabelen worden geoperationaliseerd, zodat ze kunnen worden gebruikt in het onderzoek (zie hoofdstuk 3). Voor de operationalisatie van de factoren en het ontwikkelen van een interviewguide is de theorie van Kaats en Opheij (2012) als uitgangspunt genomen. Deze theorie is aangevuld met indicatoren uit theorieën van de auteurs Ostrom (1990), Barney (1991), Ring en Van de Ven (1992), Bressers (1993), Bressers en O'Toole (1998), Kapteyn (2001), Stanley (2003), Curall en Inkpen (2006), Klijn et al. (2006), Beemer et al. (2007), Oerlemans & Kenis (2007), Schruijer en Vansina (2007) en De Bruijn (2008).

Alvorens te komen tot de operationalisatie van de onafhankelijke variabelen is het noodzakelijk de definitie weer te geven van de afhankelijke variabele (tabel 1). Immers, er wordt onderzocht in hoeverre de onafhankelijke variabelen van invloed zijn op de afhankelijke variabele. Om dit te kunnen meten moet duidelijk zijn wat onder de afhankelijke variabele wordt verstaan. Vervolgens wordt in tabel 2 de operationalisatie van de onafhankelijke variabelen weergegeven.

Naar aanleiding van de operationalisatie van de variabelen is een interviewguide opgesteld, die te vinden is in bijlage IV. In de interviewguide zijn open vragen opgenomen, zoals uitgelegd in paragraaf 4.2. Echter, om te meten wat de invloed is van de onafhankelijke variabelen op de afhankelijke variabele en om de verkregen antwoorden van de respondenten op een juiste wijze te interpreteren, is aan het eind van het interview een aantal gesloten vragen gesteld, met de antwoordcategorieën eens, neutraal of oneens. Deze vragen zijn in de interviewguide verwerkt als tabel. Om de respondenten zo min mogelijk te belasten zijn samen met een mede-onderzoeker de interviews gehouden, die elk een uur duurde. Per onderzoeker was er derhalve een half uur tijd beschikbaar om vragen te stellen, aangezien beide onderzoekers een eigen onderzoek uitvoeren. Tijdens de interviews werd duidelijk dat een aantal vragen overbodig bleek of vanwege de tijd niet gesteld konden worden. Deze vragen zijn daarom uit de interviewguide verwijderd. Eveneens zijn in de interviewguide enkele vragen schuingedrukt omdat deze slechts betrekking op de eigen organisatie van de respondent, in plaats van op het VSV als zodanig. Afhankelijk van de respondent en zijn of haar kijk op het VSV als geheel, werd enkel deze schuingedrukte vraag gesteld. Tot slot is tijdens de interviews bij de eerste vraag zowel naar de afhankelijkheid van als ook de betrokkenheid bij het VSV gevraagd. Afhankelijkheid is immers een subjectief begrip, waardoor het begrip in de interviewguide is vervangen voor betrokkenheid. Echter, dit begrip bleek verwarrend voor enkele respondenten. Om de gewenste output te verkrijgen zijn uiteindelijk beide begrippen samengenomen.

Afhankelijke variabele	Definitie
Bereidheid tot samenwerken bij overdrachten	"Willingness to cooperate means they can and do freely choose to form partnerships and have a reasonable chance of realizing them, because others are willing to cooperate as well" (Stanley, 2003, p. 5). Echter, wat in ogenschouw moet worden genomen is feit dat sinds 2012 elke regio verplicht is een VSV te hebben en dat een actor een samenwerkingsovereenkomst moet tekenen om lid te zijn van een VSV. In dit verband wordt de vrijheid van actoren binnen de geboortezorg enigszins beperkt.

Tabel 1. Operationalisatie afhankelijke variabele.

Onafhankelijke variabelen	Indicatoren	Voorbeelden
Interdependentie	- Over autonomie valt te praten; - wederzijdse beïnvloeding; - onderling overeen te komen structuur op basis van onderhandeling. (Kaats & Opheij, 2012)	Het besef van wederzijdse afhankelijkheid door de actoren; door autonomie gedeeltelijk op te geven kunnen win-winsituaties worden gerealiseerd en onderling vertrouwen worden verkregen (Kaats & Opheij, 2012).
Onderlinge verbondenheid	- Persoonlijk vermogen tot verbinden (Kaats & Opheij, 2012); - Inleven in elkaars doeleinden voor zover deze (in dit geval voor het VSV Arnhem – De Liemers) relevant zijn (Bressers & O'Toole, 1998).	Gedeelde waarden en eenzelfde kijk op de werkelijkheid dragen veelal bij aan sympathie voor elkaars doeleinden (Bressers, 1993).
Machtsverhouding	- De machtsverhoudingen tussen de actoren in het samenwerkingsverband; - de aanwezigheid van een machtsevenwicht;	Er is bewijs dat interorganisationele samenwerkingsverbanden meer kans van slagen hebben wanneer er sprake is van gelijke status en macht. Wanneer machtsverschil tussen actoren ontstaat, creëert dit een

	- de aanwezigheid van een machtsoverwicht: zichtbare dominantie door één van de actoren (Bressers, 1993). - De mate waarin leiderschap wordt gegund en getoond (Kaats & Opheij, 2012);	instabiele situatie (Ostrom, 1990; Ring & Van de Ven, 1992).
Bereiken eigen doeleneinden	- Effectiviteit: de mate waarin structuur en besturing zijn afgestemd op de doelen van de organisaties (Kaats & Opheij, 2012).	Voor het bereiken van de eigen doelen is samenwerking soms noodzakelijk, waarvoor het bijeen brengen van verschillende organisaties een voorwaarde kan zijn. Alleen in samenspraak met andere actoren kan worden gekomen tot realisatie van doelen en kan een proces op gang worden gebracht of goed worden beëindigd (De Bruijn, 2008).
Kostenvoordelen	- Efficiëntie: de verhouding tussen resultaat en de daaraan ten koste gelegde middelen en inspanningen (Kapteyn, 2001, p. 14).	Samenwerking tussen actoren moet leiden tot extra opbrengsten, zoals kostenreductie, die zonder deze samenwerking niet tot stand zouden komen (Klijn et al., 2006).
Informatie- en kennisuitwisseling	- Relationele inbedding van ruilrelaties: verwijst naar de rol van directe relaties tussen actoren voor het verkrijgen van gedetailleerde informatie en kennis; - structurele inbedding van ruilrelaties: richt zich op de informatiewaarde van de structurele positie die een organisatie inneemt in het netwerk (Oerlemans & Kenis, 2007).	Bij de inbedding van economische ruilrelaties gaat het om het samenspel tussen de eigenschappen van actoren, hun onderlinge relaties en hun positie in het netwerk. Bij de ruilrelaties gaat het vooral om het uitwisselen van kennis en hulpbronnen. Hoe sterker de relaties tussen de actoren, des te meer informatie en kennis (over elkaars handelen) kan worden verkregen (Oerlemans & Kenis, 2007).
Vertrouwen	- “Het besluit om te vertrouwen op een andere partij (persoon, groep of organisatie) waaraan risico’s verbonden zijn” (Currall en Inkpen, 2006);	Het vertrouwen is klein wanneer negatief gekleurde beelden ten opzichte van elkaar bestaan. Condities om dit op te bouwen zijn rechtvaardigheid, de mogelijkheid tot face-tot-face interacties en de

	- de mate waarin organisaties elkaar vertrouwen en vertrouwen ontwikkelen (Kaats & Opheij, 2012).	aanwezigheid van grondregels (Schruijer & Vansina, 2007)
Verwerven middelen	- Een organisatie verkrijgt toegang tot aantrekkelijke middelen en competenties van een andere organisatie, die op de markt of in eigen beheer niet of moeilijk beschikbaar zijn (Barney, 1991).	Door bronnen bij elkaar te brengen ontstaat synergie en daarmee potentieel rendement. Voorbeelden van bronnen zijn kennis en vaardigheden, kapitaal, posities op relevante markten, maar ook reputatie (Beemer et al., 2007).

Tabel 2. Operationalisatie onafhankelijke variabelen.

4.5 Methoden van data-analyse

De analyse van de verzamelde gegevens heeft betrekking op het systematisch interpreteren van teksten in het licht van de beantwoording van de onderzoeksvraag (Plochg & Van Zwieten, 2007, p. 87). Deze teksten omvatten in dit onderzoek voornamelijk de resultaten van de interviews. Derhalve is het allereerst van belang dat de antwoorden van de geïnterviewde respondenten zo nauwkeurig mogelijk worden geregistreerd. Aan de hand van geluidsopnames en door de vooraf gestructureerde vragen, is dit gerealiseerd. Vervolgens zijn de geluidopnames uitgetypt (transcriberen) en zijn de transcripties gecodeerd. Per transcriptie zijn de verschillen variabelen (waarover de respondenten zijn bevraagd) met kleur gearceerd, waarbij per variabele een andere kleur is gebruikt. Middels deze kleurenanalyse is getracht verbanden te leggen en patronen te herkennen omtrent de invloed van de onafhankelijke variabelen op de afhankelijke variabele. Echter, de transcripties zijn ter controle (van de inhoud) naar de respondenten verstuurd, waarna van enkele respondenten feedback is ontvangen. Dit heeft geleid tot het verwijderen van enkele resultaten, omdat de respondenten niet wilden dat deze werden meegenomen in het onderzoek. Aan de hand van de uiteindelijk beschikbare informatie heeft een interpretatie van het geheel plaatsgevonden (zie hoofdstuk 5) waaruit conclusies zijn getrokken en daarmee een antwoord op de onderzoeksvraag is geformuleerd (zie hoofdstuk 6).

Voor de documentenanalyse zijn de documenten, zoals genoemd in paragraaf 4.2, bestudeerd en gescand op relevantie informatie voor met name in het beleidskader (zie hoofdstuk 2).

4.6 Validiteit en betrouwbaarheid

Van groot belang bij wetenschap onderzoek is de borging van de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek. De validiteit omvat het gegeven dat de onderzoeker meet en verklaart in het onderzoek wat hij daadwerkelijk wilt meten en verklaren (Boeije, 2005, p. 145). Om dit te realiseren dient met een aantal kenmerken van de validiteit en bedreigingen ervan, rekening te worden houden. Een onderscheid kan worden gemaakt tussen enerzijds de validiteit van de onderzoeksstrategie (inhoudsvaliditeit) en de validiteit van het onderzoek als geheel anderzijds (Boeije, 2005, pp. 145-146).

Een belangrijk onderdeel van de onderzoekstrategie is de dataverzameling. Teneinde op een valide wijze data te verzamelen, geldt een valide meetinstrument. In dit onderzoek is gekozen voor semigestructureerde interviews (zie § 4.2). Middels een literatuurstudie omtrent samenwerken (zie hoofdstuk 3) en een operationalisatie van de gekozen variabelen aan de hand van deels bestaande indicatoren (zie § 4.4), is getracht bij te dragen aan een meer valide meetinstrument. Tevens is het meetinstrument door de thesisbegeleider en de mede-onderzoeker beoordeeld, waardoor de nauwkeurigheid van de operationalisatie wordt verhoogd. Om de validiteit van het onderzoek als geheel te verhogen, is getracht de eigen interpretatie van de onderzoeker tijdens de interviews valide te houden om tunnelvisie te voorkomen. In de literatuur wordt dit veelal aangeduid met het begrip *going native*, wat aangeeft dat de onderzoeker zich teveel kan identificeren met het onderzoeksobject, waardoor interpretatie en empirische werkelijkheid door elkaar kunnen heen lopen (Plochg & Van

Zwieten, 2007, p. 90). Derhalve was tijdens de interviews sprake van *member's checks*, waarbij zo nu en dan door de onderzoeker aan de respondent om bevestiging werd gevraagd van de door de onderzoeker geïnterpreteerde antwoorden (Plochg & Van Zwieten, 2007, p. 90). Zoals in paragraaf 4.4 beschreven zijn de interviews samen met een mede-onderzoeker uitgevoerd. Deze mede-onderzoeker was als participerende observant aanwezig wanneer de onderzoeker het interview hield en was zij alert op de interpretaties van de onderzoeker.

De validiteit van het onderzoek als zodanig heeft met name betrekking op de conclusies van de verzamelde gegevens (Boeije, 2005, p. 146). Ook hier geldt aandacht voor het *going native* begrip. Immers, de wijze waarop de uiteindelijk verzamelde gegevens door de onderzoeker worden geïnterpreteerd, dient tevens valide te zijn. Door de wijze van data-analyse te verantwoorden (zie § 4.5) en door de geschreven inhoud van het onderzoek tussentijds te laten controleren door de begeleiders en een mede-onderzoeker, is getracht de interne validiteit te verbeteren. Tevens zijn, zoals in de vorige paragraaf is beschreven, de transcripties van de interviews ter controle (van de inhoud) naar de respondenten verstuurd. Hierdoor is eveneens bijgedragen aan de interne validiteit van het onderzoek.

Naast de validiteit is tevens de betrouwbaarheid van het onderzoek van groot belang. Betrouwbaarheid gaat over de noodzaak dat bij een herhaalde meting dezelfde resultaten worden vastgesteld (Vennix, 2010, p. 186). In dit onderzoek is allereerst getracht de betrouwbaarheid van de waarnemingen tijdens een interview te vergroten door standaardisatie van de methoden van dataverzameling. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van dezelfde interviewguide per respondent. Door het uitvoeren van voldoende interviews, namelijk 24 in totaal, is getracht onsystematische fouten te reduceren. Dat wil zeggen, de onderzoeker probeert beïnvloeding door toeval te voorkomen. Respondenten kunnen bijvoorbeeld voorafgaand aan het interview een prettige of nare ervaring hebben meegemaakt waardoor antwoorden positief of negatief kunnen kleuren. Het betreft hier derhalve fouten die niet systematisch zijn (Boeije, 2005, p. 145).

5. Resultaten en analyse

5. Resultaten en analyse

In dit hoofdstuk wordt met behulp van de verkregen informatie uit de interviews antwoord gegeven op de laatste drie deelvragen zoals beschreven in hoofdstuk 1. In de eerste paragraaf wordt geanalyseerd op welke wijze de acht, uit de theorie geselecteerde, factoren zichtbaar zijn in de empirie en in hoeverre deze factoren volgens de respondenten worden geborgd. Op basis daarvan wordt in paragraaf 5.2 een analyse gegeven van de factoren die voor de verschillende actoren van het VSV daadwerkelijk van belang zijn om over te gaan tot samenwerking wanneer dit, gezien de gezondheid van moeder en kind, noodzakelijk blijkt. In paragraaf 5.3 worden de discrepanties beschreven tussen de beoogde factoren, omtrent bereidheid tot samenwerking, vanuit de wetenschappelijke literatuur, het (integraal) beleid ten aanzien van samenwerking binnen het VSV en de factoren die zichtbaar zijn in de empirie.

5.1 Samenwerkingsfactoren zichtbaar vanuit de empirie

In de volgende subparagrafen worden achtereenvolgens de resultaten van de respondenten uit de eerstelijns geboortezorg weergegeven, bestaande uit de gegevens van de kraamzorg enerzijds en van de eerstelijns verloskunde anderzijds, waarna de gegevens vanuit de tweedelijns geboortezorg aan bod komen. Allereerst wordt de verkregen informatie van de managementleden van het Rijnstate Ziekenhuis weergegeven (een medisch directeur, een kwaliteitsmanager en twee afdelingshoofden), vervolgens de gegevens vanuit de Maatschap Gynaecologie (vier gynaecologen). Tot slot worden de antwoorden gepresenteerd die zijn verkregen vanuit de overige disciplines. Dat wil zeggen, de verkregen informatie van een klinisch verloskundige, een tweetal obstetrie verpleegkundigen, een neonatologsich verpleegkundige en van een kinderarts (zie tevens § 4.3).

In de analyse worden de begrippen cliënt en patiënt gehanteerd zoals ze ook worden gebracht door de respondenten. Dit betekent dat het begrip cliënt wordt genoemd wanneer de resultaten betrekking hebben op de eerstelijns geboortezorg en het begrip patiënt wanneer het gaat over de tweedelijns geboortezorg. Daarnaast zijn de uitkomsten gericht op zowel het VSV overlegorgaan als op het VSV als zodanig, dat wil zeggen, het verloskundig samenwerkingsverband zoals dat is op de werkvloer. Immers, het VSV is het vehicle (de samenwerkingsvorm) dat wordt gebruikt om te kunnen samenwerken. Dit onderscheid wordt, indien nodig, in de analyse steeds aangegeven.

5.1.1 Interdependentie

Vanuit de theorie wordt interdependentie als belangrijk kenmerk gezien voor interorganisationele samenwerking. Er moet bij de betrokken actoren een besef van wederzijdse afhankelijkheid aanwezig zijn. Door autonomie gedeeltelijk op te geven kunnen win-winsituaties worden gerealiseerd en kan onderling vertrouwen worden gecreëerd.

Eerstelijns geboortezorg
De kraamzorg geeft te kennen zeer afhankelijk te zijn van de andere betrokken organisaties binnen het VSV. De kraamzorg is met name afhankelijk van een goede (gegevens)overdracht

vanuit het ziekenhuis en de eerstelijns verloskunde, zowel op medisch technisch, sociaal als psychisch gebied, zodat thuis de kraamzorg op een goede wijze kan worden ingesteld. Een directeur van een kraamzorgorganisatie geeft aan: "ik kan bijna wel zeggen 100% afhankelijk, omdat wij natuurlijk in de aftermath van de partus zitten, de bevalling. Vanaf de partusassistentie ben je continu afhankelijk van een goede gegevensoverdracht." Een kraamverzorgende geeft aan afhankelijk te zijn van de andere organisaties tijdens of na een bevalling. Bij zeven maanden zwangerschap wordt een intake door de kraamzorg gedaan en heeft de kraamzorg op dat moment nog niet te maken met de andere organisaties. Een regiomanager van een kraamzorgorganisatie geeft te kennen: "bij overdrachten zou je afhankelijk van elkaar moeten zijn en op een bepaald niveau is dat er zeker. Maar als je het hebt over hoe men gedragsmatig daarmee omgaat, dan wordt dat niet door alle partijen op die manier ervaren." De manager ziet daarin de kraamzorg nog als een ondergeschoven kindje, maar vindt dat de kraamzorg daaraan zelf ook debet is. Tevens is de manager ervan overtuigd dat de werkvloer de afhankelijkheid van de andere organisaties voelt, maar is het met het VSV als zodanig niet echt bekend.

De kraamverzorgenden geven aan op dit moment niet belemmerd te worden in hun professionele of organisatorische autonomie. Volgens een directeur van een kraamzorgorganisatie moet de professionele autonomie worden gedeeld, maar wordt deze volgens de regiomanager van een kraamzorgorganisatie op dit moment nog angstvallig vastgehouden. Laatstgenoemden zijn van mening dat wanneer moet worden overgestapt naar integrale bekostiging (zie § 5.1.4), zowel de professionele als organisatorische autonomie (deels) moet worden opgegeven. Immers, alle actoren binnen het VSV hebben nu nog aparte één op één relaties met de zorgverzekeraar, maar dit zal veranderen wanneer het VSV bijvoorbeeld één juridische entiteit wordt. De directeur en manager zien wel de meerwaarde van het inleveren van autonomie: "doordat je bereid bent om dingen los te laten, kan dat alleen maar een meerwaarde opleveren (..) ik denk dat het de klanten ten goede komt, daar wordt nog wel eens aan voorbij gegaan", aldus de regiomanager. De directeur vindt dat het inleveren van autonomie om te kunnen samenwerken zal bijdragen aan het behalen van de doelstelling om betere zorg te geven aan zwangeren, waarbij uiteindelijk de meerwaarde zal zijn dat de babysterfte afneemt.

De eerstelijns verloskundigen geven aan zeer betrokken te zijn bij het VSV en ervaren daarbij ook de wederzijdse afhankelijkheid, voornamelijk met betrekking tot het ziekenhuis en de kraamzorg. De betrokkenheid bij het VSV komt vooral doordat er gezamenlijk protocollen en afspraken worden gemaakt, waaraan een ieder zich dient te houden. De verloskundigen vinden dat dit een grote winst oplevert, zowel voor de onderlinge samenwerking (men kan elkaar erop aanspreken), als met name voor de cliënt (meer uniformiteit, duidelijkheid en veiligheid). Door enkele verloskundigen wordt aangegeven dat zij in principe niet afhankelijk van een VSV hoeven te zijn. "Je werkt in Nederland, dus je kent je protocollen. Ben ik er dus zwaar van afhankelijk? Nee, want ik kan toch wel overdragen et cetera. Als het goed is doe je dat goed", aldus een verloskundige. Echter, de verloskundigen realiseren zich dat een VSV meer voordelen oplevert dan wanneer men niet is aangesloten. Bovendien gaat deelname aan het VSV gepaard met het ondertekenen van een samenwerkingscontract, wat volgens de meeste verloskundigen maakt dat men wederzijds afhankelijk is.

Enkele verloskundigen geven aan niet te merken dat een deel van de eigen autonomie moet worden opgegeven. Zij ervaren geen belemmeringen in de eigen werkzaamheden en vinden dat de professionele en organisatorische autonomie worden gerespecteerd. De meeste verloskundigen geven echter aan dat de eigen autonomie wel goed moet worden bewaakt en bewaard en vinden dat de verloskundige dat zelf ook in de hand heeft, bijvoorbeeld bij de ontwikkeling van protocollen. De meeste verloskundigen vinden dat de eigen autonomie, mits er een goede samenwerking is, kan worden behouden. Er wordt daarbij vermeld dat dit wel binnen de kaders van de protocollen is, waardoor verloskundigen altijd wat autonomie verliezen. Enkele verloskundigen ervaren een spanningsveld met betrekking tot de autonomie binnen deze kaders. Zo vindt een verloskundige dat het niet altijd wat oplevert: "ik denk dat er heel veel wordt afgedekt door protocollen, daar waar gewoon de common sense ook prima zou kunnen werken. Ik denk dat je heel erg moet uitkijken met dat je cliënten niet als een eenheidsworst in een protocol probeert te verwerken (..) mensen hebben uiteindelijk zelf zeggenschap over hoe zij het willen." Een andere verloskundige geeft aan dat er soms een grijs vlak of spanningsveld zit in het respecteren van het specialisme dat een ieder heeft: "wij zijn voor de fysiologie. Als er geen hoog risico is, zijn wij de expert. Maar zodra er een kink in de kabel komt is het logisch dat het ziekenhuis meer gewicht in de schaalt doet, want zij is daar uiteindelijk verantwoordelijk voor." Volgens deze verloskundige hebben sommigen daar wel moeite mee, met name omdat de leden van het VSV Arnhem - De Liemers gelieerd zijn aan het Rijnstate Ziekenhuis en zich aan de bijbehorende protocollen dienen te houden.

Tweedelijns geboortezorg

De geïnterviewde managementleden van het ziekenhuis geven aan dat de actoren van het VSV in de kern en op medisch inhoudelijk gebied niet zonder elkaar kunnen. Volgens de medisch directeur is het proces tussen zwanger worden en een kind krijgen een proces waarmee iedere actor van het VSV wat moet, waardoor de actoren niet zonder elkaar en niet zonder de overdrachten kunnen: "er moet sprake zijn van een inhoudelijk integraal proces, los van de vorm waarin de samenwerking wordt gegoten." Een hoofd obstetrie geeft aan dat de eerstelijns verloskundigen als het ware de hoofdleveranciers zijn voor het ziekenhuis, waardoor de eerste en tweede lijn vanuit praktisch oogpunt al van elkaar afhankelijk zijn.

Met betrekking tot de professionele en organisatorische autonomie geeft de medisch directeur aan dat actoren van het VSV professioneel de autonomie volledig kunnen behouden, maar dat de actoren op organisatorisch vlak meer moeten gaan samenwerken. Dit betekent dat de actoren organisatorisch minder autonoom worden, maar dit leidt er volgens de directeur toe dat er beter naar elkaar wordt geluisterd, dat het duidelijk wordt wie verantwoordelijk is voor welk gedeelte binnen het proces en dat uit verschillende invalshoeken naar het patiëntenbelang kan worden gekeken. De directeur geeft te kennen dat hierin de afgelopen twee, drie jaar veel energie is gestopt en dit heeft geresulteerd in de bereidheid van actoren om mee te kijken over elkaars grenzen en om dingen lost te laten. Volgens de kwaliteitsmanager is een onderdeel van de professionele autonomie: "je eigen verantwoordelijkheden kennen, maar ook dat je je verantwoordelijkheden kent wanneer je moet overdragen. Dan verlies je helemaal geen professionele autonomie en word je er alleen maar rijker van." De manager is zich ervan bewust dat dit soms heel anders wordt ervaren omdat sommigen vanuit een andere, nauwere blik kijken. Ook een mogelijke integrale

bekostiging zal ervoor zorgen dat actoren op alle fronten de mogelijkheid verliezen om het direct zelf te beïnvloeden en zal men daarin zelfstandigheid verliezen. Volgens de manager staat daar veel tegenover, mits men vanuit de keten en vanuit de lange termijn kan (gaan) denken. Barrières die er nu zijn op financieel, organisatorisch en cultureel gebied kunnen worden geslecht.

De geïnterviewde gynaecologen geven aan niet volledig afhankelijk te zijn van het VSV. Immers, de gynaecologen hebben een eigen patiëntengroep, waardoor de eerste lijn niet altijd nodig is. Ook geeft een gynaecoloog te kennen dat de eerstelijnszorg in principe ook door de tweede lijn zou kunnen worden gedaan. Wel geeft de gynaecoloog aan dat het belangrijk is om samen naar de zwangere te kijken en te bepalen wat pathologisch is en in de tweede lijn hoort en wat fysiologisch is en daardoor in de eerste lijn past: "ik zie het dus niet zozeer als een afhankelijkheid, maar meer dat je samen de zorg draagt." Echter, de gynaecologen ervaren een situatie zonder VSV wel als onwenselijk omdat het belangrijk is verloskundigen (persoonlijk) te kennen en omdat verloskundigen belangrijke informatie aanleveren. Volgens een gynaecoloog is men binnen het VSV voornamelijk afhankelijk van de bereidheid om te verwijzen en van de bereidheid om naar elkaar te luisteren.

De meeste gynaecologen geven aan niet in de professionele autonomie te worden belemmerd. Volgens enkele gynaecologen moet men altijd wat aan autonomie inleveren op het moment dat wordt samengewerkt. De eigen route kan niet altijd meer worden gevolgd omdat protocollen bijvoorbeeld moeten worden samengevoegd en daarover consensus dient te worden verkregen. De gynaecologen vinden dat het inleveren van autonomie in deze wel wat oplevert. Immers, het proces rondom een patiënt kan worden gestroomlijnd en door het gebruik van gezamenlijke protocollen kan eenduidige zorg worden geleverd. Tevens wordt vanuit de gynaecologie aangegeven dat in de toekomst de organisatorische autonomie wellicht verandert, doordat bijvoorbeeld spreekuren buiten de deur kunnen gaan plaatsvinden, om de samenwerking en de zorg rondom de patiënt te vergroten.

De geïnterviewde (neonatologie en obstetrie) verpleegkundigen, klinische verloskundige en kinderarts geven aan bij overdrachten zeer afhankelijk te zijn van elkaar. De obstetrie verpleegkundigen zien zichzelf als de rechterhand van de klinische verloskundigen en arts-assistenten, wat maakt dat zij afhankelijk zijn van de verschillende disciplines binnen de tweede lijn om goede zorg te kunnen verlenen. De klinisch verloskundige vindt dat de actoren van het VSV op de werkvloer erg afhankelijk zijn van elkaar, omdat er sprake is van een grote wisselwerking tussen de eerste en de tweede lijn. Een kinderarts geeft te kennen honderd procent afhankelijk te zijn van de overdracht van patiënten vanuit de gynaecologie of via de verloskundige uit de eerste lijn. Dit is volgens de arts ook wederzijds, omdat bij ontslag de kinderen weer terug moeten naar de gynaecologie of naar huis gaan, waarbij de eerstelijns verloskunde en de kraamzorg nodig zijn.

Een obstetrie verpleegkundige merkt niet dat de eigen autonomie moet worden opgegeven en geeft aan dat dat mede komt door veel (werk)ervaring en het durven hebben van een eigen mening. Een andere obstetrie verpleegkundige geeft aan dat iedereen wat moet opgeven om samen te werken voor een patiënt. Dat is waar het volgens de verpleegkundige om moet gaan en vindt het daarom geen probleem om autonomie te moeten inleveren. Een

klinisch verloskundige vindt dat verloskundigen in de eerste lijn meer de eigen autonomie kunnen laten gelden, doordat praktijken in een coöperatie bijvoorbeeld gezamenlijke overeenkomsten bereiken en daardoor sterker staan. Als klinisch verloskundige is dit lastig omdat de gynaecoloog supervisor is en bepaalt wat wel of niet moet, ongeacht wat het voorstel van de klinisch verloskundige is. Echter, dit staat volgens de klinisch verloskundige los van het VSV. Een kinderarts merkt geen belemmering in de professionele of organisatorische autonomie, mede vanwege het feit dat de kindergeneeskunde eigen protocollen kent.

5.1.2 Informatie- en kennisuitwisseling

In de organisatiekundige literatuur wordt vanuit de sociale netwerkbenadering in het bijzonder naar de relationele- en structurele inbedding van economische ruilrelaties gekeken. Bij deze inbedding staat het samenspel tussen de eigenschappen van actoren, hun onderlinge relaties en hun positie in het netwerk centraal. In het bijzonder verwijst relationele inbedding naar de rol van directe relaties tussen actoren voor het verkrijgen van gedetailleerde informatie en kennis. Hoe sterker de relaties hoe meer informatie en kennis (over elkaars handelen) kan worden verkregen.

Eerstelijns geboortezorg
Zowel het management als de werkvloer van de kraamzorg vinden dat er binnen het VSV voldoende kennis en kunde aanwezig is bij de verschillende organisaties, alhoewel wordt aangegeven dat dit op individueel niveau lastig is te meten omdat men niet iedereen persoonlijk kent. Echter, een regiomanager ervaart dat de kennis binnen de gehele keten wel eens wisselend is: “ik denk dat het heel erg nog vanuit de eigen expertise gaat, dat is prima, maar er zou absoluut meer kennis en kunde aanwezig kunnen zijn van de andere professie.” De manager steekt daarbij de hand ook in eigen boezem, door zich af te vragen of de kraamzorg op de hoogte is van wat bijvoorbeeld het Centrum voor Jeugd en Gezin doet en op welke wijze de organisaties elkaar kunnen versterken bij overdrachten. In de regio Arnhem - De Liemers is dat volgens de manager in orde, omdat men met elkaar om de tafel zit, maar kan daar breed nog van worden geleerd.

Over de tijdig- en volledigheid van de overdrachten rondom zwangerschap, geboorte en kraamtijd is de kraamzorg niet altijd tevreden. Het management van de kraamzorg geeft aan dat de bereidheid tot goede overdrachten er is, maar dat men kampt in het VSV met automatiseringssystemen en informatieoverdrachten die niet goed op elkaar zijn aangesloten. Immers, het systeem van de kraamzorg, verloskunde en gynaecologie verschillen van elkaar. Daarbij vraagt de directeur van een kraamzorgorganisatie zich af wat de bereidheid is om te investeren in een systeem waarbij men tegelijkertijd alle investeringen die zijn gedaan in de eigen systemen, overboord gooit. De directeur wil aansluiten bij een eventueel nieuw systeem, maar dit levert wel kapitaalverlies op. Binnen de keten geboortezorg wordt steeds meer gebruik gemaakt van zorgmail. Echter, volgens de directeur is dit nog niet aanwezig in elke organisatie van het VSV en wordt er nog te weinig gebruik van gemaakt. Het liefst ziet de directeur een system-to-system variant ten opzichte van een person-to-person systeem: “op deze manier kan ik informatie uit mijn systeem één op één overdragen naar de andere partij en

wordt dat automatisch ingelezen in het dossier." Bovendien geeft het management aan dat huisartsen en de kraamzorg vanuit de zorgverzekeraars verplicht zijn om aan te sluiten op zorgmail, maar deze plicht niet is verbreed naar ziekenhuizen en gynaecologie. Tevens vindt de directeur het onwenselijk dat de kraamzorg geen deel uitmaakt van het POP-overleg, waar cliënten met psychosociale problematiek worden besproken: "dit wordt gedeeld met JGZ en eventueel met de eerstelijns verloskunde, maar niet met de kraam, terwijl de kraam achter de voordeur komt." Het management van de kraamzorg geeft aan dat de geboortezorg zich momenteel in innovatieve periode bevindt, waarin alles moet worden vormgegeven. Derhalve is er volgens het management niet altijd sprake van onwil, maar van onkunde ten aanzien van wie al dan niet tot de keten geboortezorg behoort. Vanuit de werkvloer van de kraamzorg wordt aangegeven dat de gegevensoverdracht met het ziekenhuis een tijd is misgegaan. Voorbeelden zijn een foutieve vermelding van geboortegewichten op de formulieren die de kraamzorg vanuit het ziekenhuis ontvangt, of het ontvangen van de overdrachtgegevens van een andere cliënt. Over het algemeen wordt aangegeven dat de overdrachten van verloskundigen rondom poliklinische bevallingen (bevallingen die niet klinisch zijn geworden) summier zijn. Patiënten krijgen wel altijd een formulier mee, omdat het verplegend personeel van het ziekenhuis daar alert op is, maar de kraamzorg vindt de formulieren te beperkt omdat gegevens worden gemist. In sommige gevallen worden enkel de controles van die dag vermeld en wordt de overdracht later, per post, opgestuurd en zijn de gegevens ten minste een dag later beschikbaar. Tevens wordt het laatstgenoemde soms zelfs vergeten en komt de gegevensoverdracht uiteindelijk niet binnen. In al deze gevallen is de kraamzorg afhankelijk van de informatie vanuit het gezin en vindt dat zeer onwenselijk. Basale informatie kan vanuit het gezin worden verkregen, maar belangrijke en relevante informatie mag niet ontbreken. De kraamzorg moet daar weet van hebben om zodoende een goed beeld te kunnen vormen over en een inschatting te maken van de situatie. Over de overdrachten binnen de eerste lijn is de kraamzorg wel tevreden en deze gaan over het algemeen goed.

De eerstelijns verloskundigen vinden dat er voldoende kennis en kunde aanwezig is binnen het VSV Arnhem - De Liemers. Eerstelijns verloskundigen geven aan dat dit te maken heeft met de kwalitatief goede protocollen die er in het VSV zijn, waarvoor gebruik wordt gemaakt van de expertise van zowel de eerste als tweede lijn en van de literatuur die beschikbaar is. Tevens speelt het feit dat het Rijnstate Ziekenhuis een opleidingsziekenhuis is een rol omdat door beginnend personeel, met onervaren kennis op de werkvloer, zorgvuldig wordt gehandeld met uitleg en terugkoppeling, dat vervolgens weer een positieve invloed heeft naar cliënten. Echter, het blijkt dat er altijd mensen zijn die voorop lopen in kennis (vergaren) en dat andere mensen echt moeten worden meegetrokken. Bovendien zijn er op persoonlijk niveau ook altijd bepaalde personen waarmee men makkelijker informatie uitwisselt dan met anderen.

De tijdig- en volledigheid van de informatie- en kennisuitwisseling bij overdrachten wordt door de meeste verloskundigen over het algemeen als goed ervaren en komt de informatie vanuit de tweede lijn volgens hen voldoende binnen. De meeste verloskundigen geven aan dat bij hiaten of wanneer er iets mist, er gemakkelijk overlegd of getelefoneerd kan worden, omdat de (communicatieve) lijnen kort zijn. Echter, er wordt ook een aantal zwakke

punten aangegeven. Net als de kraamzorg vindt ook de eerstelijns verloskunde een snelle zorgmailautomatisering wenselijk. De verslaglegging van consulten gaat al wel via zorgmail, maar de verslaglegging na een bevalling veelal nog niet, dat gaat via fax en telefoon. De eerstelijns verloskunde vindt het praktischer wanneer alles via zorgmail gaat. Tevens wordt door eerstelijns verloskundigen aangegeven, zoals eveneens door de kraamzorg is aangekaart, dat de gegevens die worden ontvangen na een bevalling die heeft plaatsgevonden in het ziekenhuis, niet altijd volledig of paraat zijn. De gegevensuitwisseling moet derhalve beter, alhoewel wordt aangegeven dat dit per persoon en per situatie verschilt. Een verloskundige vindt dat ontwikkelingen in de automatisering en de tweejaarlijkse evaluaties waarbij de kraamafdeling, verloskundigen en gynaecologen zijn betrokken bijdragen aan de verbetering van de gegevensuitwisseling. Vanuit een verloskundige praktijk in de eerste lijn worden tot slot nog een aantal specifieke punten aangegeven, waarover men nog niet tevreden is. Ten eerste komt de gegevensoverdracht (zwangerschapskaart en verwijsbrief), ten aanzien van cliënten met bijzonderheden, in het Rijnstate Ziekenhuis per fax vaak niet op de goede plek terecht. Er wordt in ieder geval geen bevestiging ontvangen. Resultaat hiervan is dat in het ziekenhuis de cliënt in sommige gevallen wordt gezien zonder fax en derhalve zonder voorinformatie. Achteraf belt men vanuit het ziekenhuis naar de verloskundige praktijk om door te geven dat er geen fax ontvangen, terwijl dit wel is gebeurd. De verloskundigen vinden het problematisch dat er tijd is gestoken in een goede gegevensoverdracht, deze niet bij de goede persoon terecht komt en het daarom onduidelijk is waar de gegevens zijn terechtgekomen. Immers, dit gaat ten koste van de veilig- en betrouwbaarheid van patiëntgegevens. Het tweede punt dat wordt aangekaart heeft te maken met de POP-poli. De eerstelijns verloskunde sluit hierbij aan en vindt dat zeer goed en waardevol. Echter, nadat een bevalling heeft plaatsgevonden van een cliënt die is besproken tijdens een POP-overleg, wordt de eerstelijns verloskundige niet opgebeld betreffende het ontslag van de cliënt, het verloop van de bevalling en de vervolgafspraken. Dit is echter wel afgesproken, waardoor het enkel ontvangen van een fax (met beperkte gegevens), volgens de verloskundigen niet volstaat: “alle POP cliënten moeten eigenlijk bij ontslag door de arts-assistent, klinisch verloskundige of gynaecoloog persoonlijk worden doorgebeld.” Hetzelfde geldt voor de begeleiding van borstvoeding. Er is afgesproken dat vanuit het ziekenhuis papieren met de cliënt meegaan omtrent het verloop van de borstvoeding, maar ook dat verloopt nog niet altijd zoals het moet. Een laatste belemmering die door de praktijk wordt aangegeven ligt gelegen in de terugkoppeling van de kindergeneeskunde naar de eerstelijns verloskunde. Volgens de verloskundige praktijk is deze terugkoppeling er niet. De cliënt krijgt wel een brief mee met basale informatie (moment van de bevalling en het eerste onderzoek), maar over het verloop en het handelen is volgens de verloskundige geen terugkoppeling of evaluatie. Wat vanuit de praktijk kan worden verbeterd is het feit dat in sommige gevallen door de verloskundigen wordt gedacht dat bepaalde informatie niet relevant is voor de tweede lijn, omdat het niet per se op de zwangerschap van toepassing is. Achteraf blijkt de informatie, bijvoorbeeld in het sociale kader, wel relevant voor de tweede lijn om daar weet van te hebben. Voorop moet worden gesteld dat bovengenoemde punten betrekking hebben op situaties waarin het cliënten met bijzonderheden betreft. De verloskundige praktijk is zeer tevreden over het algemene proces, dat wil zeggen, wanneer het cliënten betreft zonder bijzonderheden: “als je met de cliënten komt tijdens de bevalling omdat je hulp nodig hebt van de tweede lijn, dan wordt er

goed geluisterd, samengevat en geïnventariseerd en sluit men, bij acute zorg, heel goed aan op hoe het tot dan toe is gedaan (..) het is eigenlijk wanneer de urgentie groter is dat het beter lukt, dan wanneer de urgentie er wat vanaf lijkt te zijn. Dan is die nood niet altijd zo hoog en wordt het wat lastiger om daar goed vorm aan te geven", aldus een verloskundige van de praktijk.

Tweedelijns geboortezorg

De managementleden binnen het Rijnstate Ziekenhuis ervaren voldoende kennis en kunde binnen het VSV. Volgens de medisch directeur zijn er veel goede gynaecologen en verloskundigen in deze regio. Wel moeten de leden van het VSV zich aan de richtlijnen houden omdat anders de sanctie geldt dat men niet meer gelieerd is aan het Rijnstate Ziekenhuis. Dit is volgens de directeur nodig aangezien er tegenwoordig veel verschillende verloskundige praktijken zijn met uiteenlopende visies. Vanuit het ziekenhuis wil men voorkomen dat er buiten de grenzen van het ziekenhuis wordt gehandeld. Een hoofd van de afdeling obstetrie vindt het belangrijk dat de eerstelijns verloskunde op de hoogte is van de apparatuur die wordt gebruikt in het ziekenhuis, met betrekking tot kinderreanimatie, omdat complicaties in de thuissituatie anders zijn. De eerste lijn mist daarin soms wat vaardigheden, waardoor daarin nu ook lessen worden gegeven (zie tevens § 5.1.5). De kwaliteitsmanager geeft aan dat de inhoudelijke kennis bij alle actoren van het VSV aanwezig is, maar vindt dat onvoldoende kennis aanwezig is over hoe men op een goede en professionele wijze overdraagt en in de keten werkt. In de geboorteketen hebben de actoren volgens de manager te maken met een aantal ongeschreven regels, met andere mechanismen en met een andere manier van opstellen. Dit vraagt echter om kennis en is het goed wanneer men daar inzicht in heeft, zodat er niet wordt gezondigd tegen een aantal basale regels en weerstand kan worden voorkomen. De manager geeft het voorbeeld van het groot-klein denken, bijvoorbeeld: 'ik ben een specialist en dat is een verloskundige, dus ik weet het beter'. Wanneer dat denken er in de kern inzit, dan straalt men dat uit volgens de manager en wordt dat gevoeld door de andere partij. Een gelijkwaardige opstelling vindt de manager derhalve essentieel.

Ten aanzien van de huidige informatie- en kennisuitwisselingen wordt opnieuw aangeven dat het probleem in de ICT zit. Volgens de medisch directeur is de wil er wel, maar helpt de ICT nog niet. Systemen moeten aan elkaar worden gekoppeld zodat in het ziekenhuis de verloskundige kaart kan worden bekeken en de verloskundigen in het systeem van het ziekenhuis kunnen kijken. Daarnaast vindt de directeur dat de patiënt hierin tevens een grote rol moet krijgen. De patiënt heeft een eigen dossier en moet toegang geven aan hulpverleners om erin te kijken. Daarnaast vindt het hoofd van de afdeling neonatologie dat er nog te weinig geïnformeerd wordt naar elkaar. Het hoofd wil graag dat eerstelijns verloskundigen, die een bevalling hebben gedaan in het ziekenhuis, meer langskomen op de afdeling zodat onderling beter geïnformeerd kan worden naar moeder en kind. De communicatie en overdrachten tussen kraamverpleegkundigen en kinderverpleegkundigen is over het algemeen redelijk goed en het hoofd hoopt dat dit vanaf de ander kant, de eerste lijn, ook op die manier zo is: "men moet elkaar opzoeken omdat het lastig is om in elkaars dossier te lezen, maar dan moet die bereidwilligheid er aan beide kanten zijn."

De gynaecologen geven eveneens aan voldoende kennis en kunde te ervaren binnen het samenwerkingsverband. De gynaecologie vindt dat er voldoende know how is om goede protocollen te maken, goede overleggen te starten en goede overdrachten te laten plaatsvinden. Dit betekent dat de kennis en kunde op medisch inhoudelijk gebied in orde is volgens de meeste gynaecologen, maar vinden enkelen dat op organisatorisch en bestuurstechnisch gebied men wel meer know how kan gebruiken. Een gynaecoloog vult aan:

> Om de organisatie op een professionele manier te blijven besturen en eventueel zelfs meer te integreren, weet ik niet of wij dat op een goede manier met elkaar bewerkstellingen. Dan zou het kunnen zijn dat daar hulp van buiten voor nodig is, ten aanzien van organisatorische aspecten, maar misschien ook wel om elkaar beter te leren begrijpen. De zachtere kant zeg maar. Het kan zijn dat we daar nog wel know how in missen.

Over de tijdig-en volledigheid rondom informatie-en kennisuitwisselingen hebben de gynaecologen verschillende opvattingen. Enerzijds wordt door gynaecologen aangegeven dat zij de overdrachten voldoende vinden (zowel met de eerstelijns verloskundigen als ook met de arts-assistenten en de klinisch verloskundigen vanuit de tweede lijn) en dat zij de patiënten op de poli met voldoende informatie krijgen overgedragen. Echter, dit beeld wordt genuanceerd doordat tegelijkertijd wordt aangegeven dat overdrachten altijd kunnen worden geoptimaliseerd door meer volgens de SBAR-methode (Situation, Background, Assessment, Recommendation) te communiceren en door meer te letten op gestructureerde overdrachten. Ook de tijdigheid van het verwijzen is af en toe in het geding vindt een gynaecoloog. In sommige gevallen wordt er te vroeg of juist te laat verwezen. Anderzijds vinden sommige gynaecologen de gegevensuitwisseling laat en moet die uitwisseling dan ook in sommige gevallen eerder plaatsvinden. Een gynaecoloog ziet graag de informatie vooraf al op schrift, dat wil zeggen, van te voren moet via een digitaal veilig manier worden overdragen, zodat zwangeren al bekend zijn in het ziekenhuis. Op dit moment wordt de overdracht gefaxt of komt het mee met de patiënt.

Vanuit de overige disciplines klinkt eveneens een positief geluid omtrent de aanwezige kennis en kunde, maar is men minder positief ten aanzien van de informatie- en kennisuitwisseling. Een klinisch verloskundige ervaart bij de verloskundigen en artsen voldoende kennis en kunde. Over het algemeen ervaart de verloskundige dat ook bij de arts-assistenten, maar is het soms een lastige gewaarwording dat de assistenten binnen zes weken een bevalling mogen doen, daar waar de opleiding van de verloskundige vier jaar duurt. De verloskundige vindt dat een korte inwerktijd. Ook hebben assistenten binnen een jaar meer bevoegdheden dan een klinisch verloskundige, terwijl zij op dat moment volgens de verloskundige minder bekwaam zijn. Een obstetrie verpleegkundige vindt dat de kennis en kunde er zeker is, maar ervaart dat eerstelijns verloskundigen soms (bewust) de patiënt toch zelf iets langer willen houden dan dat goed is. Wellicht dat daar een financiële prikkel achter zit volgens de verpleegkundige, maar gaat het volgens haar voornamelijk om het feit dat de verloskundige de patiënt zelf, in het fysiologische, wilt houden. Van tijdige overdrachten is volgens de verpleegkundige dan niet altijd sprake. Volgens de verpleegkundige treden er ook wel eens belemmeringen op met

betrekking tot de patiëntgegevens, zoals het zoek raken van de verloskundige kaart. Een neonatologisch verpleegkundige vindt dat de overdrachten goed gaan binnen de tweede lijn, voornamelijk omdat de (communicatieve) lijnen heel kort zijn. Volgens de klinisch verloskundige zijn de overdrachten verbeterd doordat de overdrachtstijden gelijk zijn getrokken met die van de arts-assistenten, waardoor er minder overdrachtsmomenten zijn. Bovendien worden tijdens of na de overdrachten gezamenlijk meer leermomenten besproken. Opnieuw klinkt de wens door om de zwangerschapskaart vanuit de eerste lijn digitaal, per zorgmail, naar het ziekenhuis te sturen. Een kinderarts geeft aan dat de overdracht vanuit de eerste lijn over het algemeen goed gaat. Vooraf wordt de situatie doorgebeld en vaak wordt daarbij een brief van de verloskundige ontvangen. In de tweede lijn zelf ervaart de kinderarts vaak vertraging met betrekking tot de gegevens vanuit de gynaecologie. In sommige gevallen komt het consult van de gynaecoloog te laten en mist er tevens relevante informatie. De kinderarts heeft het idee dat ook niet altijd door de gynaecologen wordt begrepen welke informatie belangrijk is voor de kinderartsen. Wat op de eigen afdeling steeds beter gaat is het tijdig meegeven van een brief bij ontslag. Het delay zit vaak in het moment van het opstellen van de brief, dat kan nog steeds worden verbeterd. Ook hierbij geldt dat digitalisering wenselijk is.

5.1.3 Bereiken eigen doeleinden

Vanuit de bestuurskundige literatuur blijkt dat voor het bereiken van de eigen doelen samenwerking soms noodzakelijk is, waarvoor het bijeen brengen van verschillende maatschappelijke groepen een voorwaarde kan zijn. Alleen in samenspraak met andere actoren kan worden gekomen tot realisatie van doelen en kan een proces op gang worden gebracht of goed worden beëindigd.

Eerstelijns geboortezorg
De kraamverzorgenden zijn enthousiast over de nieuwe VSV structuur, met name omdat de kraamzorg nu meer betrokken zal zijn bij het VSV (zie § 2.2.1). Een kraamverzorgende geeft aan dat door het VSV de kraamzorg meer met het ziekenhuis werkt dan voorheen. De kraamverzorgenden vinden het fijn om in het ziekenhuis aanwezig te zijn, zodat zij hun cliënt kunnen assisteren. Het verschilt echter per ziekenhuis in hoeverre de kraamzorg aanwezig is. Volgens een regiomanager van een kraamzorgorganisatie komt de kraamzorg (bijna) niet in het Rijnstate Ziekenhuis en geeft als reden dat het ziekenhuis eigen kraamverzorgenden in dienst heeft. Over de nieuwe VSV structuur is de manager zeer enthousiast: “een raad zal toezicht houden op het bestuur, om zodoende de samenwerking te borgen. Ook ziet de raad erop toe dat de vaart erin komt en alle belangen worden behartigd.” Volgens de manager kon de kraamzorg met de oude VSV structuur haar doelen realiseren, maar was de structuur onsamenhangend. Door de aanwezigheid van VSV en DVP overleggen, werden inhoudelijke zaken dubbel besproken en was het onduidelijk waar de inhoud samenkwam. Dit maakte de structuur inefficiënt ten aanzien van besluitvormingskosten, overleg, notulen en het informeren van de achterban. Met betrekking tot het realiseren van doelen werd er volgens de manager wel samengewerkt, maar bleef het redelijk op individueel niveau (om de eigen zeilen bij te zetten). De directeur van een kraamzorgorganisatie geeft aan dat het ziekenhuis, de

gynaecologie, de verloskunde en kraamzorg oorspronkelijk helemaal niet voor een VSV vorming hebben gekozen, maar het een gestelde eis is vanuit het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Vanuit het SZG rapport 'Een goed begin' is een aantal beleidsregels opgesteld door oud-minister Klink, die door de Tweede Kamer zijn goedgekeurd. De directeur verwacht niet dat de samenwerkingsvorm nog te keren valt, maar vindt dat ook geen punt omdat er een aantal doelen kan worden behaald om de babysterfte naar beneden te brengen. "Dat daarin de belangen van de organisaties onderschikt worden is inherent aan het verhaal, maar als organisatie zou je wel willen dat je je organisatie gewoon kunt laten bestaan zoals deze is, in een netwerkorganisatie", aldus de directeur. De directeur is daarbij voorstander van de nieuwe VSV structuur omdat op basis van het vorige systeem de actoren van het VSV onvoldoende resultaatgericht konden zijn en onvoldoende in staat waren doelen te behalen.

De eerstelijns verloskunde vindt het VSV belangrijk voor het behalen van eigen en algemene doelen. Volgens de verloskundigen is het voornaamste doel de best mogelijke cliënten- of patiëntenzorg te leveren, waarvoor het VSV een belangrijk middel is. Immers, als partijen is men afhankelijk van elkaar (zie voorgaande in § 5.1.1). Volgens vele verloskundigen kan dit, met het oog op het nieuwe VSV en met de komst van een mogelijk Vrouw-Kind-Centrum (VKC), alleen nog maar worden verbeterd. Vanuit de eerstelijns verloskundige wordt bovendien duidelijk dat het hebben van gezamenlijke doelen, een tweede doel van het VSV moet zijn. Eigen doelen kunnen worden behaald door aandacht te vragen voor de eigen kwestie. Uit de interviews blijkt dat de huidige VSV structuur ook binnen de eerstelijns verloskunde niet tot iedereens genoegen is. Een verloskundige zegt: "protocollen werden doorgeschoven, zaken werden niet afgerond, de tweede lijn was niet of nauwelijks aanwezig. Dan schiet het zijn doel voorbij." Ook worden de heftige en snelle ontwikkelingen binnen de verloskunde als oorzaak gezien voor het verwoorden van het VSV tot een 'protocollenclub', waarin men met name onvrede aan het spuien was over en weer. Dit in tegenstelling tot een opbouwend samenwerkingsverband zoals het VSV voorheen was. De eerstelijns verloskunde verwacht dat door het groter worden van het VSV dergelijke zaken zichtbaarder worden, zodat daarop kan worden ingespeeld. De meeste verloskundigen vinden dat het VSV daarbij afhankelijker en krachtiger moet worden gemaakt, zodat het een meer uniforme boodschap kan uitdragen. Echter, sommige verloskundigen vinden dat er op dit gebied meer moet worden geprofessionaliseerd. Zo vindt de eerstelijns verloskunde het belangrijk dat er een visie wordt geïntroduceerd, zodat men er ook achter kan komen of het VSV voldoet aan de doelen van de organisaties. Een werkgroep is nu met deze visie bezig, waarin onder meer staat beschreven dat moeder en kind zoveel mogelijk bij elkaar moeten zijn en zo snel mogelijk naar een fysiologische situatie moeten worden gebracht. Volgens een verloskundige klinkt dit logisch, maar is dit in beleid niet altijd zichtbaar. Het is fijn wanneer men elkaar daarop kan aanspreken. De eerstelijns verloskunde vindt het een mooie toegevoegde waarde dat deze geformuleerde visie initiatief is van een kinderarts vanuit de tweede lijn, omdat de visie goed aansluit bij het gedachtengoed van de eerstelijns verloskunde. Bovendien wordt tijdens de interviews aangegeven dat kleine verloskundige praktijken, ten aanzien van het bereiken van doelen, een achterstand kunnen hebben op grote organisaties, omdat de omvang van de praktijk klein is en grote organisaties meer ervaring hebben. Dit kan een nadeel zijn, maar

binnen het VSV Arnhem - De Liemers wordt dit niet zo ervaren. Door de aanwezige samenwerking krijgen kleine prakrijken bondgenoten binnen de eigen beroepsgroep, iets wat ten goede komt aan de eigen kundigheid en aan de veiligheid voor cliënten.

Tweedelijns geboortezorg

De opvattingen van de managementleden van het Rijnstate Ziekenhuis komen overeen met de opvattingen vanuit de eerstelijns geboortezorg (zie hiervoor). Zo vindt de medisch directeur dat de doelen van de eigen organisatie ook altijd moeten terugkomen in het VSV als doel. In het nieuwe VSV wordt dat volgens de manager gedaan, maar was daar in het oude VSV nog geen sprake van. Het grootste verschil is dat het niet langer een duidelijke splitsing is tussen bijvoorbeeld een gynaecoloog en een verloskundige, maar wordt het nieuwe VSV breder, omdat het dan alle actoren van het voormalige VSV en DVP omvat (zie § 2.2.1). Er komt, zoals gezegd, een raad en een bestuur waarin de hoofdrolspelers van alle betrokken organisaties zitten. Daaronder komen verschillende werkgroepen die zich gaan bezig houden met protocollen, richtlijnen en een warme visie. “Wanneer het doel van het ziekenhuis is dat men naar een fatsoenlijk overdrachtssysteem wil, dan wordt dat een opdracht voor een werkgroep en gaat het erom dat er gelijk draagvlak wordt gezocht, in plaats van dat alles top-down wordt geregeld”, aldus de medisch directeur. Echter, volgens een hoofd obstetrie is het VSV niet echt een voorwaarde voor het ziekenhuis om de doelen te behalen, omdat het ziekenhuis die goed zelf kan bepalen. Wel vindt het hoofd dat er iets moet zijn om samenwerking en patiëntveiligheid te borgen. Het hoofd neonatologie geeft aan dat de speerpunten in het jaarplan van het Rijnstate Ziekenhuis ‘warm, betrokken en samen’ zijn. Volgens het hoofd zijn dit ook de doelen die straks moeten doorklinken in het nieuwe VSV en in een mogelijk VKC. Men moet streven naar een structuur waarin de actoren op elkaar aansluiten.

De gynaecologen verwachten dat met de structuur en besturing van het nieuwe VSV de eigen doelen kunnen worden behaald. Ook wordt vanuit de gynaecologie aangegeven dat de huidige structuur onvoldoende is vormgegeven om een goede sturing te hebben op het gemeenschappelijk doel, namelijk het leveren van kwalitatief goede zorg. De nieuwe VSV structuur wordt derhalve als een verbetering gezien en men vindt deze structuur professioneler vormgegeven. Immers, er kan nu worden gecontroleerd in hoeverre men actief is binnen de werkgroep en in hoeverre doelen worden behaald. Het feit dat alle ketenpartners zijn vertegenwoordigd en dat zowel het management als de zorgverleners deelnemen, wordt door de gynaecologen gewaardeerd. Bovendien hoopt men meer geïntegreerd met de eerste lijn te kunnen samenwerken, zodat het verwijzen ook beter gaat (zie vorige paragraaf.). Anderzijds wordt door enkele gynaecologen dit beeld genuanceerd. Men geeft aan dat de gynaecologie feitelijk zonder het VSV een eigen (kleinere) praktijk kan voeren, met alleen de eigen patiënten, maar ziet ook dat dit niet de realiteit is. Nu de gynaecologie samenwerkt met de eerste lijn, ervaart men dat het VSV helpt om de doelen, namelijk een gezonde vrouw en een gezond kind, te bereiken. Echter, dit kan volgens een gynaecoloog worden verbeterd en doelt daarbij op de afstemming met de eerste lijn: “we hebben te maken met veel verschillende zorgverleners in de eerste lijn, elke praktijk is anders en heeft een eigen mening, dus dat vind ik wel een drempel.” In de nieuwe situatie gaat dit volgens de gynaecoloog niet zomaar

veranderen, omdat alle praktijken graag zelfstandig willen blijven en zich, mede door marktwerking, ook zo profileren.

Vanuit de overige disciplines wordt tevens wisselend gekeken naar het kunnen bereiken van doelen. Een klinisch verloskundige vindt het hoognodig dat er een nieuwe VSV structuur komt, mede omdat het VSV van een klein clubje naar een enorme organisatie is uitgegroeid. Verandering is volgens de verloskundige nodig omdat iedereen druk is en er vaak geen tijd en energie is voor extra taken. Daarbij geldt dat het vaak om dezelfde personen gaat, die bereidwillig zijn extra taken op zich te nemen. Een obstetrie verpleegkundige vindt dat alle veranderingen obstakels met zich meebrengen, maar vindt ook dat die er zijn om genomen te worden. Op deze wijze wordt namelijk zichtbaar wat het beste werkt. Communiceren is daarbij het belangrijkste volgens de verpleegkundige en zij vindt het daarom af en toe lastig wanneer dat niet gebeurd of niet wordt geluisterd. Als voorbeeld noemt de verpleegkundige het overschrijden van het maximum aantal inleidingen per dag door de gynaecologen. Een kinderarts vindt voor het behalen van de eigen doelen het VSV met name van belang voor de productie, dat wil zeggen, de aan te leveren patiënten. “Het is goed dat mensen je kennen en vertrouwen hebben in je organisatie en dat verloskundigen deze kant op verwijzen”, aldus de kinderarts.

5.1.4 Kostenvoordelen

Volgens de bestuurskundige literatuur moet samenwerking in bepaalde gevallen leiden tot extra opbrengsten die zonder deze samenwerking niet tot stand zouden komen. Voorbeelden zijn win-winsituaties of meerwaarde, zoals snellere realisatie van publieke doelen, kostenvoordelen (efficiëntie), inhoudelijke synergie en nieuwe producten.

Eerstelijns geboortezorg
De opvattingen van het management van de kraamzorg rondom kostenvoordelen zijn veelal eenduidig. Volgens een regiomanager van een kraamzorgorganisatie kan in de gezondheidszorg worden bespaard, of dat de geboortezorg nu is of niet. Volgens de manager kunnen er met een VSV absoluut kostenvoordelen worden behaald, omdat men doelmatiger en efficiënter gaat werken. Een directeur van een kraamzorgorganisatie geeft als voorbeeld de echo’s die zowel in de eerste als in de tweede lijn worden genomen. Volgens de directeur kan het aantal echo’s worden verminderd, evenals dat er wellicht meer behandelingen komen die voordelen kunnen opleveren. Tevens kan de besluitvorming worden versneld vindt de regiomanager, maar moet er voor de achterban worden gewaakt. Immers, in het VSV overlegorgaan neemt enkel een gemandateerde afvaardiging plaats, waardoor de achterban niet mag worden vergeten. De regiomanager weet niet of het terecht is om in de toekomst de zorginkoop via het VSV te laten plaatsenvinden, omdat het VSV voor samenwerking, afspraken, protocollen en besluitvorming is. Ten opzichte van andere regio’s is het VSV Arnhem - De Liemers goed op weg vindt de manager, zo lang het niet over geld gaat tenminste: “dan gaan er hele andere machten spelen, dan hoop ik dat we ‘m hier stand houden.” Bovendien moet de kraamzorg nog meer de toegevoegde waarde van de organisatie laten zien, vindt de manager, nu er een discussie is over het verwijderen van de kraamzorg uit

het basispakket. Zowel de regiomanager als de directeur vinden dat er een systeem van substitutie, van zorg en werkzaamheden, moet komen. Dit bekent dat bijvoorbeeld de gynaecologie taken afstoot naar de verloskunde en dat de eerstelijns verloskunde taken overhevelt naar de kraamzorg. Landelijk gezien kunnen volgens de directeur hieruit schaalvoordelen worden gehaald, daar substitutie van de tweede naar de eerste lijn voor goedkopere tarieven kan zorgen. Deze trend is volgens de directeur al zichtbaar ten aanzien van ziekenhuisopnamen waarvan de duur enorm is gedaald, doordat de eerste lijn hierin een aantal taken heeft opgepakt. Tevens kunnen volgens de directeur organisatorische voordelen worden behaald door bijvoorbeeld het aantal verloskundige prakijken, tijdens de zomerperiode, meer te laten samenwerken en afstemmen. In plaats van dat de praktijken, in deze periode, afzonderlijk naar vervanging zoeken, is het voorstel van de directeur dat de praktijken voor elkaar gaan waarnemen. Op de wijze kunnen vele fte's worden bespaard en de werkdruk worden verlicht. Dit betekent volgens de directeur wel een omzetdaling. Echter, doordat niet langer vervanging ingehuurd hoeft te worden, kan de omzet weer op een break-even komen. Tot slot oppert de directeur om de backoffice van de verschillende praktijken door één organisatie te laten uitvoeren, zodat dit niet meer afzonderlijk hoeft te gebeuren.

Het beeld onder de verloskundigen omtrent kostenvoordelen en mogelijke integrale bekostiging (VSV breed), is wisselend. Ten eerste heeft een aantal verloskundigen er nog geen beeld bij. Daarnaast is een aantal verloskundigen van mening dat middels protocollen men kostenbesparend kan werken, mits er geen sprake is van overprotocollering. Tevens worden andere voorbeelden genoemd waaruit blijkt dat kosten kunnen worden bespaard. Wat op dit moment nog omslachtig gaat, volgens een verloskundige, zijn de suikertesten bij bepaalde groepen zwangere vrouwen. Het maakt verschil wanneer verloskundigen een suikertest in het Rijnstate laboratorium of in een laboratorium elders laten bepalen. Wanneer de suikerwaardes elders dan in het Rijnstate laboratorium worden bepaald, maar de cliënt wordt ingestuurd voor een consult binnen het Rijnstate Ziekenhuis, dan moet de test in het ziekenhuis opnieuw worden bepaald. Dit wordt gedaan omdat de waardes vanuit het andere laboratorium mogelijk niet normaal of niet hetzelfde zijn als die van het Rijnstate laboratorium. Hierop kan worden bespaard, vindt de verloskundige, door het creëren van een goede samenwerking en het maken van afspraken hierover, zoals het bijvoorbeeld niet langer op eigen initiatief bepalen waar de suikertest wordt uitgevoerd. Tevens wordt door enkele verloskundigen aangekaart dat het huidige bekostigingssysteem niet kostenbesparend werkt. "Als je ziet hoe wij werken, dan kost dat veel minder dan wanneer een tweede lijn werkt. En het hele kostensysteem zoals dat nu werkt, ik denk niet dat het dekt wat een ieder doet", aldus een verloskundige. Volgens haar wordt door de zorgverzekeraars beweerd dat er momenteel bevallingen dubbel worden uitbetaald, maar geeft aan dat dit niet het geval is. Ze legt uit:

> De zorgverzekeraar zegt bijvoorbeeld: in totaal heb jij 300 cliënten gezien in een jaar, waarvan je 100 bevallingen hebt gedaan, er 100 naar het ziekenhuis zijn gegaan en de andere 100 cliënten hebben een miskraam gehad, zijn verhuisd of anderszins. Ten aanzien van die 300 cliënten heb je zoveel uur gewerkt, namelijk 100 bevallingen, 100 doorgestuurd (enkele vroeg, enkele laat) en gedeeltelijk aanwezig bij de overige 100.. Dan vinden wij (zorgverzekeraars) dat je voor dat werk zoveel geld mag krijgen. En dat

> verdelen wij over die verrichtingen. Dus doe je alleen een stukje zwangerschap, dan krijg je zoveel, doe je de hele zwangerschap, krijg je zoveel. Stuur je in tijdens de bevalling, krijg je de hele bevalling.

De verloskundige geeft aan dat het daarom niet uitmaakt of men een half uur een cliënt heeft behandeld of 12 uur en geeft zij daarom de zorgverzekeraar ongelijk. Tevens wordt door een aantal verloskundigen aangeven dat de organisatiestructuur efficiënter kan worden vormgegeven, waardoor kostenvoordelen kunnen worden behaald. Tot slot is er een groep verloskundigen dat aangeeft dat de medische zorg niet goedkoper gaat en kan worden, omdat er nog steeds goede zorg aan individuele zwangeren moet worden geleverd en omdat men in de Nederlandse gezondheidzorg steeds beter wil presteren. Wanneer Nederland zich met de rest van de westerse wereld wil vergelijken moeten er volgens hen nog heel wat meer kosten worden gemaakt. Een verloskundige zegt: "Duitsland doet bijvoorbeeld een overkill aan diagnostiek, waardoor de kosten de pan uit rijzen, daar moet je natuurlijk ook mee oppassen. Maar wat wij doen is het tegenovergestelde, met zo min mogelijk denken we de beste zorg te kunnen leveren, maar dat kan niet!" Over het algemeen vindt de eerstelijns verloskunde, voornamelijk met het oog op een mogelijk integraal bekostigingssysteem, dat er een systeem moet komen waarbij echt naar de meerwaarde van de zorg moet worden gekeken en welk kostenplaatje daaraan hangt. Daarbij moet volgens de meeste verloskundigen ervoor worden gezorgd dat een ieder kan blijven doen waar hij of zij goed in is, met vooral de autonomie voor die cliënt, dat die kan kiezen. Een verloskundige geeft daarbij aan dat dit kan betekenen dat een cliënt wat meer heen en weer gaat, maar vindt dat dit geen probleem is wanneer er goed wordt samengewerkt.

Tweedelijns geboortezorg

Ook onder de geïnterviewde managementleden blijkt niet iedereen feiten of verwachtingen te hebben van kostenvoordelen die met een VSV, of breder, in de geboortezorg, kunnen worden behaald. Volgens de medisch directeur gaat het maatschappelijk minder geld kosten wanneer het duidelijker is hoe het financiële proces rondom de geboortezorg in elkaar zit en wie voor welk gedeelte verantwoordelijk is binnen deze keten. Volgens de directeur kan dit wel financiële hiccups met zich meebrengen in de toekomst. Zoals eveneens door enkele eerstelijns verloskundige is aangekaart, vindt ook de medisch directeur dat er momenteel dubbele kosten worden gemaakt, die in de toekomst niet meer hoeven plaats te vinden. De directeur zegt:

> Ik geloof wel in integrale financiering wanneer met je met elkaar afspreekt wie welk gedeelte krijgt, maar dan moet je wel het goede geld krijgen. En dat is nu een beetje een probleem. Je krijgt nu natuurlijk ook niet het geld wat je toekomt en daarom struggelen de verloskundigen ook zo om aan hun inkomen te komen. Zorg gewoon dat ze fatsoenlijk worden betaald.

De kwaliteitsmanager analyseert kostenreductie vanuit verschillende niveaus. Met name op macroniveau (bezien vanuit de regering of zorgverzekeraars bijvoorbeeld) verwacht de manager dat integrale bekostiging tot vermindering van kosten leidt. Op dit niveau wordt

namelijk naar de kosten in de gehele keten gekeken en kunnen daar voordelen worden behaald, voornamelijk met betrekking tot faal- en correctiekosten. Volgens de manager staan kosten voor overleg- en afstemmingsmomenten daar tegenover, maar zal dit over het algemeen winst opleveren.

De geïnterviewde gynaecologen zijn argwanend wanneer het gaat om kostenvoordelen en integrale bekostiging. Een aantal gynaecologen verwacht dat door de nieuwe VSV structuur besluitvormingskosten kunnen worden verminderd, zoals ook de kraamzorg en de eerstelijns verloskunde aangaven. Door een meer centrale inrichting van het VSV, ten aanzien van de oude structuur, kan het aantal vergaderingen volgens de gynaecologen worden verminderd. Tegelijkertijd geven de gynaecologen aan dat wanneer vanuit kwaliteit en continuïteit wordt gedacht in plaats vanuit efficiëntie, goede communicatie en goede overdrachten essentieel zijn. Een hierbij passend voorbeeld dat door een gynaecoloog wordt genoemd is de groep kwetsbare zwangeren waarvoor, voorafgaand aan een POP overleg, een speciaal (keten breed) overlegorgaan moet komen. Deze intensieve samenwerking is bedacht vanuit de kwaliteit van zorg, maar levert wellicht meer kosten op omdat er meer mensen bij zijn betrokken en meer overleg moet plaatsvinden. Aan de andere kant worden bepaalde zaken momenteel door de gynaecologen gelaten omdat het voor hen geen geld oplevert. Ook hierbij wordt aangeven dat goede kwaliteit leveren, geld kost. Het is derhalve de vraag of daadwerkelijk kostenvoordelen kunnen worden behaald in deze. Zorgkostenreductie door een verdere integratie binnen het VSV wordt door de meeste gynaecologen wel verwacht. Opnieuw klinkt door dat dubbele bevallingen niet langer moeten worden gedeclareerd. Immers, op dit moment wordt er door de betrokken actoren afzonderlijk gedeclareerd: “als de vliezen zijn gebroken dan mag de verloskundige de bevalling declareren, ook al doet zij verder helemaal niks en wij declareren de bevalling ook nog (..) het is echt een perverse prikkel”, aldus een gynaecoloog. Over het algemeen zijn de gynaecologen het erover eens dat op medisch inhoudelijk gebied de actoren van het VSV wel willen delen, maar wordt dit lastig wanneer financiële veranderingen komen: “zowel de verloskundigen als gynaecologen willen hetzelfde blijven verdienen, dus je wilt best reduceren op kosten, maar niet op je inkomsten”, aldus een gynaecoloog. Volgens enkele gynaecologen ontstaat bij velen nu het gevoel dat men gaat verliezen, terwijl het uiteindelijk winst is. De gynaecologen geven aan in de sterkste positie te zitten vanwege het grootst aantal patiënten en kunnen zij, wanneer de verloskunde de gynaecologie minder oplevert, dit compenseren door andere mogelijkheden binnen de eigen bedrijfsvoering.

Ook de respondenten vanuit de andere disciplines schetsen een onzeker beeld ten aanzien van het behalen van kostenvoordelen. Een kinderarts vraagt zich af in hoeverre er (organisatorisch) een kostenreductie gaat plaatsvinden. De arts vindt een meerwaarde van de nieuwe VSV structuur dat er middels een kleiner bestuur, besluitvaardiger en slagvaardiger kan worden opgetreden en men zich op de kern kan focussen, zodat er minder ballast bij is. Echter, de arts geeft aan dat de leden van het bestuur vaak voor de troepen uitlopen en met de materie bezig zijn, waardoor het van groot belang is dat men de achterban houdt aangesloten. Bovendien moet de mandatering goed zijn, vindt de arts, daar voorheen iedereen erbij betrokken was en zijn zegje kon doen. Volgens de arts is het nu een grote organisatie over meerdere lijnen heen en vraagt hij zich af of er een kostenreductie kan worden gerealiseerd.

Een klinisch verloskundige vult aan dat er organisatorisch op de overheadkosten kan worden bespaard, omdat er één bestuur komt dat overlegt, in plaats van de verschillende DVP en VSV bijeenkomsten. Dit bekent volgens de klinisch verloskundige minder overlap in de te bespreken onderwerpen binnen deze overlegmomenten, waardoor het duidelijker wordt wie waar mee bezig is.

5.1.5 Verwerven van middelen en competenties

In de bedrijfskundige literatuur wordt alliantievorming gezien als middel voor partijen om toegang te verkrijgen tot middelen en competenties bij andere partijen, die alleen of via de markt lastig te verkrijgen zijn. Door bronnen samen te voegen ontstaat synergie en daarmee potentieel rendement.

Eerstelijns geboortezorg
Zowel het management als de werkvloer van de kraamzorg vinden het kunnen verwerven van extra middelen en competenties zeer relevant voor het VSV. Op de werkvloer is men nog niet echt op de hoogte van (gezamenlijke) cursussen of trainingen vanuit VSV initiatief, maar staat men daar wel voor open. De kraamverzorgenden vinden het met name van belang dat de andere actoren binnen de geboorteketen de praktijk van de kraamzorg goed kennen en derhalve weten hoe het er daar aan toegaat. Door het samenwerkingsverband is dit nu ook meer mogelijk volgens de kraamzorg. Het management ziet voornamelijk kennis- en vaardigheidsdeling als een groot voordeel van het VSV. Door de samenwerking wordt duidelijk waar raakvlakken zijn, kunnen actoren van elkaar leren en kunnen zij kijken in elkaars ‘keuken’. Enkele activiteiten die worden genoemd en zijn georganiseerd vanuit het VSV, zijn gezamenlijke scholingen, gezamenlijke symposia (met kennisonderwerpen) en de zwangerenmarkt in het Rijnstate Ziekenhuis. Het laatstgenoemde kan volgens een regiomanager van een kraamzorgorganisatie nog verder worden geprofessionaliseerd. De manager geeft aan dat de kraamzorg graag aansluit bij de (gezamenlijke) kinderreanimatiecursussen, waarvan in andere ziekenhuizen al sprake is. Tevens benoemd de manager dat scholing omtrent partusassistentie, door de verloskundigen uit de regio aan de kraamzorg wordt gegeven, zodat de samenwerking wordt verbeterd. Immers, de kraamzorg leert op welke wijzen de verschillende verloskundigen te werk gaan.

De verloskundigen geven over het algemeen aan dat het verwerven van extra middelen en competenties een onderwerp is waar steeds meer aandacht voor en ontwikkeling in is. In principe zijn er de landelijke na- en bijscholingen die losstaan van het VSV. Echter, vanuit VSV initiatief is men wel bezig met gezamenlijke reanimatietrainingen, de zogeheten skill en drill training, waarbij de wens is om de eerste lijn te laten aansluiten bij de tweede lijn. Deze training is volgens de verloskundigen van belang voor een goede overdracht tijdens acute situaties, omdat verschillende actoren dan veel met elkaar te maken hebben. Het is belangrijk dat de actoren van elkaar weten op welke wijze er wordt gewerkt, maar ook op welke wijze de apparatuur en de logistiek werken. De apparatuur in de tweede lijn is anders dan in de eerste lijn. Een verloskundige merkt op: “je sluit op elkaar aan en ik denk omdat dit vanuit het VSV is ontstaan, die samenwerking goed is.” Het VSV kan, middels gezamenlijke trainingen,

bijdragen in het zien van elkaars kwaliteiten en dat vinden de verloskundigen heel belangrijk. Daarnaast vindt een verloskundige dat het VSV vooral regionaal waarde heeft, omdat men elkaar regionaal beter weet te vinden. Echter, de verloskundige vindt de kwaliteit van termijnecho's momenteel niet goed. Volgens haar moet daarom iedereen die deze echo's maakt, een cursus doen en gecertificeerd zijn. Dat kan regionaal worden opgepakt, waardoor de kwaliteit kan worden verbeterd.

Tweedelijns geboortezorg
Vanuit het management klinken tevens positieve geluiden omtrent het kunnen verwerven van extra middelen en competenties. Volgens de medisch directeur creëert het VSV in ieder geval waarde voor elk van de organisaties, omdat er meer kennis en expertise kan worden opgedaan. Dit, omdat men binnen het VSV van elkaar leert en meer met elkaar doet. Op deze wijze weten de actoren ook beter van elkaar wat de ander doet. Het VSV creëert volgens de directeur daarom waarde ten aanzien van kennis, expertise en op organisatorisch en financieel vlak. De kwaliteitsmanager vindt dat met het verwerven van extra middelen en competenties veel kansen liggen rondom echobeoordeling en uitwisseling van deskundigheidservaringen. Volgens de manager is er bijvoorbeeld nog winst te behalen in de deskundigheid rondom groeicurves. Het hoofd van de afdeling neonatologie geeft als voorbeeld de scholing betreffende de groep huilbaby's op de afdeling in het ziekenhuis. Het hoofd is van mening dat deze groep baby's niet langer in het ziekenhuis thuishoort, maar bij het consultatiebureau. Er is daarom een scholing gegeven aan onder meer jeugdgezondheidsartsen en de verpleegkundigen die actief zijn op deze poli. Het hoofd geeft aan dat het bij deze baby's vaak niet gaat om iets medisch, maar dat het betrekking heeft op de interactie met ouders en vanwege onrust bij de baby. Het hoofd vindt dat deze baby's beter thuis kunnen zijn en ouders goede begeleiding moeten krijgen bij het consultatiebureau.

Volgens de gynaecologen vindt er een aantal activiteiten per jaar plaats met betrekking tot het kunnen verwerven van extra middelen en competenties. Vanuit Espérance, het gezamenlijk echocentrum, wordt er om het jaar een serie cursussen gegeven. De winst die uit Espérance voortkomt gaat deels naar de deelnemende partijen en een deel wordt gebruikt voor gezamenlijke projecten. Tevens wordt een financiële bijdrage geleverd aan de oprichting van het nieuwe VSV. Ook wordt de Perinatale Audit Nederland (PAN) genoemd die een paar keer per jaar plaatsvindt. Deze bespreking is volgens een gynaecoloog een vorm van leren met elkaar, evenals dat protocolvorming ook een soort van leren is. Bovendien zijn er af en toe avonden met voordrachten. Ook door de gynaecologie wordt de skill en drill training als voorbeeld gegeven, gericht op het trainen van pre-eclampsie, eclampsie, bloedverlies na de bevalling en loslatende moederkoek. Opnieuw wordt aangegeven dat deze trainingen nog niet worden uitgevoerd, maar wel wenselijk zijn. Gezamenlijke reanimatietrainingen vinden al wel plaats. Volgens de gynaecologen is het belangrijk dat de eerste lijn weet hoe het eraan toegaat in de tweede lijn, omdat een calamiteit in een thuissituatie anders is dan in het ziekenhuis. Volgens de gynaecologen zijn er binnen het ziekenhuis dan ook meer mogelijkheden. Bovendien vinden een paar keer per jaar thema-avonden plaats, voor de eerste en tweede lijn. Een gynaecoloog merkt op: "als je een goedlopend VSV hebt, waarin je goede samenwerking

hebt over en weer, wat overigens al goed is, maar wat je dan intensiever maakt, dan vloeien dit soort initiatieven daar ook meer uit voort. Maar vaak blijft het hangen op kosten."

Respondenten uit andere disciplines reageren tevens op het al dan niet kunnen verwerven van extra middelen en competenties. Een obstetrieverpleegkundige vindt voornamelijk de communicatie tussen alle disciplines van groot belang, omdat men het landelijk babysterftecijfer naar beneden wilt halen. Dit is derhalve één van de belangrijkste redenen om een goede overdracht te hebben, zodat kwalitatief goede patiëntenzorg kan worden geleverd en het babysterftecijfer kan dalen. Niet alleen VSV breed, maar ook landelijk zijn er daarom volgens de verpleegkundige ontwikkelingen gaande om cursussen en trainingen te geven om die samenwerking nog meer te verbeteren. De eerder genoemde trainingen op het gebied van acute situaties en reanimatie worden ook door de verpleegkundigen en klinisch verloskundige aangekaart. Volgens een kinderarts zijn er bovendien, op initiatief van de eerstelijns verloskunde met de tweedelijns gynaecologie, versiespreekuren in het ziekenhuis waarin eerstelijns verloskundigen participeren. De kinderarts vindt het eveneens belangrijk om mensen te trainen in de opvang van neonaten, maar geeft aan dat de kindergeneeskunde wat minder in de nieuwe VSV structuur komt te zitten: "want wij zitten vooral in het kwaliteitsstuk, dat vind ik helemaal niet erg, ik denk dat er veel meer te doen is voor de gynaecologen en verloskundigen, zij moeten veel meer samenwerken, ik denk dat daar vooral de winst te behalen valt."

5.1.6 Verbondenheid

De theorie geeft weer dat gedeelde waarden en eenzelfde kijk op de werkelijkheid veelal bijdragen aan sympathie voor elkaars doeleinden. Persoonlijk vermogen tot verbinden is daarbij van belang. Tijdens de interviews is rondom dit onderwerp derhalve ook gevraagd of de organisaties elkaar feedback geven over hun stijl van samenwerken bij overdrachten. Verondersteld wordt dat wanneer bij zowel positieve als negatieve gebeurtenissen de organisaties elkaar feedback geven, dit de onderlinge verbondenheid en de bereidheid tot samenwerken doet vergroten.

Eerstelijns geboortezorg
De verbondenheid ten aanzien van de kernwaarden van het VSV is aanwezig volgens de kraamzorg. Een regiomanager zegt: "die stip aan de horizon snappen we allemaal, maar hoe er te komen wordt een uitdaging." De manager vindt dat de kraamzorg daarin nog meer de eigen rol moet pakken en moet laten zien wat haar toegevoegde waarde is, zodat ze niet langer het ondergeschoven kindje is. Een directeur van een kraamzorgorganisatie geeft aan dat er verbinding is, zolang het niet over economische belangen gaat. Efficiëntie en doelmatigheid zijn prachtige woorden volgens de directeur, maar staan eigenlijk synoniem voor bezuiniging. Op een bepaald moment zal dat van invloed zijn op de onderlinge verbondenheid vindt de directeur. Een kraamverzorgende geeft aan dat men de eigen belangen voorop wilt stellen, maar er ook sprake is van onderlinge verbondenheid: "zwanger zijn of bevallen, daar kun je geen agenda op zetten, daar is geen planning voor te maken. Dus het is hollen of stilstaan en ik denk dat als je je hart in de zorg hebt liggen, dat je allemaal wel begrip hebt voor elkaar."

Volgens de directeur van een kraamzorgorganisatie geven de organisaties van het VSV elkaar alleen op incidenteel niveau feedback over hun stijl van samenwerken bij overdrachten. Volgens de regiomanager werd voorheen wellicht tijdens de DVP of VSV overleggen feedback aan elkaar gegeven, maar zal men daar met de nieuwe VSV structuur meer aan toekomen.

Vanuit de eerstelijns verloskunde wordt eveneens aangegeven dat de actoren van het VSV zich met elkaar willen verbinden, maar dat de concurrentie in de zorg daarop wel een negatieve invloed heeft. Een verloskundige vindt dat ziekenhuizen daar krampachtig en niet goed mee omgaan, omdat zij zich wenselijk gedragen naar al de verschillende verloskundige praktijken: "als ik met een idee kom dan moet dat in een grotere groep worden besproken, omdat al snel wordt gedacht dat je ergens een slaatje uit wilt slaan, terwijl het mij om de samenwerking gaat (..) maar men is bang dat anderen boos worden en wegblijven." Volgens de verloskundige gaat dit ten koste van de onderlinge verbondenheid en creativiteit, die hieronder liggen. Tevens blijkt uit de interviews dat er spanningen bestaan ten aanzien van de verschillende echocentra in de regio Arnhem - De Liemers. Tussen het echocentrum van de gynaecologen en verloskundigen in Arnhem en een echocentrum in Zevenaar is gepoogd een samenwerking te creëren, maar uiteindelijk door (onder meer) financiële factoren mislukt. Dit betekent dat tussen deze centra nu concurrentie bestaat. De meeste eerstelijns verloskundigen vinden derhalve dat het een doel op zich moet zijn dat men met elkaar verbonden wilt zijn en daardoor allerlei mogelijkheden creëert om betere zorg te kunnen verlenen. "De kunst van zo'n VSV is om mensen verbonden en welkom te laten voelen, ook al ben je het niet altijd met elkaar eens. Dat is wel heel belangrijk, ik hoef het niet met jou eens te zijn om toch goed met je samen te kunnen werken", aldus een verloskundige. Ondanks het hiervoor genoemde wordt over het algemeen door de eerstelijns verloskundigen aangegeven dat de verbondenheid binnen het VSV Arnhem - De Liemers ruim voldoende is. De samenwerking is prettig en er kan gemakkelijk worden overlegd. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat het versiespreekuur, verzorgd door de eerste en tweede lijn samen (zie § 2.2.1), ondanks een patstelling in het begin tussen verloskundigen en gynaecologen, uiteindelijk tot stand is gekomen en naar ieders tevredenheid is. Men is elkaar blijven zoeken en heeft elkaar gevonden in een tussenweg die voldoet aan de wensen van beide partijen. Hetzelfde geldt voor de realisatie van een geboortecentrum in het te verwachten VKC. Men is in staat zich onderling te verbinden in een samenwerking, waardoor weerstand dat in het begin kan ontstaan ten aanzien van de plannen, kan worden overbrugd. Echter, enkele verloskundigen ervaren het Rijnstate Ziekenhuis (als actor van het VSV) nog wel als een bepaald instituut dat zich, zonder dat men binnen het ziekenhuis zich daar wellicht bewust van is, als het middelpunt van de keten profileert. Hiermee gaan soms negatieve gevoelens gepaard. Een verloskundige geeft te kennen: "één van onze speerpunten is 'zorg zo dicht mogelijk bij huis', maar dat is soms lastig over te brengen in het ziekenhuis. Het lijkt alsof daar een muur tussen zit." Volgens de verloskundige kan dit tevens te maken hebben met de angst van het ziekenhuis om inkomsten mis te lopen. Om dit te verbeteren vinden enkele verloskundigen dat het ziekenhuis, ook naar de buitenwereld toe, zichtbaar moet zijn als een onderdeel van de keten, in plaats van dat het zich als middelpunt voordoet. Ook zien de verloskundigen graag dat zij zich niet altijd aan de tweede lijn hoeven aan te passen, maar dat men vanuit de tweede lijn ook naar de eerste lijn

komt (voor bijvoorbeeld consult of overleg). Hiermee kan volgens de verloskundigen naar cliënten een signaal van goede samenwerking worden afgegeven en werkt dit vertrouwenwekkend.

Over de stijl van samenwerken bij overdrachten wordt over het algemeen niet stelselmatig feedback gegeven, laten de eerstelijns verloskundigen weten. Op incidenteel niveau is dit wel het wel geval vinden sommigen. Tevens wordt de Perinatale Audit Nederland (PAN) aangehaald, omdat tijdens perinatale auditbesprekingen men elkaar kan bevragen. Bovendien vinden enkele verloskundigen dat er meer volgens de SBAR moet worden overgedragen en daarover meer feedback moet worden gegeven. Over het algemeen blijkt dat de lijnen kort zijn tussen de actoren van het VSV, waardoor bij ongemakken mensen snel te bereiken zijn. Daarin is een open houding te zien.

Tweedelijns geboortezorg

De geïnterviewde managementleden geven over het algemeen aan een onderlinge verbondenheid te zien. De medisch directeur is ervan overtuigd dat men onderlinge verbondenheid in het VSV heeft bereikt en dat de actoren verder durven te kijken dan de eigen organisatie. Een hoofd van de afdeling obstetrie vindt dat iedereen toch voor zijn eigen stukje in het proces gaat. Het hoofd geeft aan dat er voor het eerst informatiedagen worden gegeven, waarbij de eerste en tweede lijn gezamenlijk een presentatie verzorgen. Het hoofd vindt het heel belangrijk dat zowel door de eerste als tweede lijn hetzelfde verhaal wordt verteld, iets dat nu nog niet altijd het geval is. Hieraan wordt wel hard gewerkt, vindt het hoofd. Het hoofd van de afdeling neonatologie geeft aan dat iedereen wel zijn eigen doelen heeft, maar het leveren van goede zorg het gezamenlijke doel is, waarin verbondenheid is te zien.

Volgens de medisch directeur wordt er nu nog geen feedback over de stijl van samenwerken gegeven, maar zal dit in het nieuwe VSV wel moeten. Volgens de directeur kan op operationeel niveau dit één op één of als groep worden vormgegeven, maar op hoger, tactisch en strategisch niveau zal men elkaar feedback moeten geven op grond van de doelstellingen die men met elkaar wilt bereiken. Een hoofd obstetrie vindt dat feedback nu meestal in klachtvorm zichtbaar is, dat wil zeggen, vaak alleen wanneer er iets is fout gegaan. Volgens het hoofd mag het ook meer op een andere manier, door elkaar tevens opbouwende feedback en complimenten te geven.

Over het algemeen wordt door de gynaecologen een verbondenheid ervaren, voornamelijk ten aanzien van de kernwaarde van het VSV, namelijk het leveren van kwalitatief goede patiëntenzorg. Wel vragen enkele gynaecologen zich af in hoeverre die verbondenheid behouden blijft, wanneer men in de toekomst tot essenties moet komen. Tevens wordt door gynaecologen aangegeven dat er een grote eerste lijn is en de onderlinge verbondenheid daarom per individu varieert. Bovendien wordt vanuit de gynaecologie het verschil tussen het fysiologisch en pathologisch gedachtegoed aangehaald. Volgens de gynaecologen moet er respect zijn voor elkaar, maar mogen ook grenzen (binnen de eigen professie) worden gesteld.

Door de gynaecologen wordt aangegeven dat het geven van feedback op dit moment vooral in de wandelgangen plaatsvindt, maar dat hiervoor geen structurele momenten zijn. Een gynaecoloog vindt dat de feedback over de onderlinge stijl van samenwerking nog kan

worden verbeterd. De gynaecoloog geeft te kennen soms feedback te willen geven, maar dit door drukte of anderszins te vergeten. Tevens vindt de gynaecoloog het transmurale VIM systeem (het Veilig Incident Melden) een vorm van feedback. Echter, volgens haar wordt hiervan nog sporadisch gebruik gemaakt. Met name het vimmen vanuit de tweede lijn naar de eerste lijn kan worden vermeerderd, vindt de gynaecoloog.

Ook door de respondenten vanuit andere vakgroepen wordt aangegeven dat er sprake is van verbondenheid, alhoewel opnieuw klinkt dat de mate hiervan afhankelijk is van de situatie en persoon. Volgens de obstetrie verpleegkundigen wil iedereen zijn eigen identiteit behouden en is het daarom de kunst om het samen te laten werken. Immers, de verpleegkundigen bevinden zich vaak middenin de discussie ten aanzien van fysiologie en pathologie en derhalve waar bevallingen zouden moeten plaatsvinden. De verpleegkundigen proberen zich hier niet teveel in te mengen. Een neonatologisch verpleegkundige vindt dat de verbondenheid aanwezig is, met name omdat verloskundigen (eerste- en tweedelijns) vaak op de afdeling informeren hoe het met moeder en kind gaat. Gynaecologen informeren ook volgens de verpleegkundige, maar komen op de afdeling minder vaak langs. Een klinisch verloskundige geeft aan dat het doel is om elkaar te helpen, maar vindt dat door het groter worden van het VSV, soms meer water bij de wijn moet worden gedaan om tot consensus te komen. Volgens de klinisch verloskundige zal uiteindelijk iedereen een gezonde moeder en een gezond kind prioriteren. Ook een kinderarts geeft aan dat het doel van het VSV is de beste zorg leveren voor moeder en kind en is het volgens hem dit doel dat de actoren van het VSV bindt. Echter, allerlei subdoelen of eigen belangen die lastig zijn te identificeren, spelen hierbij ook een rol volgens de arts en kunnen op een negatieve wijze invloed uitoefenen. De kinderarts hoopt en vindt het belangrijk dat in het toekomstig VKC drempelloos kan worden samengewerkt en dat de verschillende actoren elkaar respecteren en gebruik maken van elkaars expertise.

5.1.7 Vertrouwen

Vanuit de organisatiekundige literatuur blijken leren, vertrouwen, normen, monitoring en gelijke status voorwaarden voor succesvolle netwerkposities en waardevolle relaties. In het bijzonder dient voor interorganisationele samenwerking vertrouwen te worden opgebouwd. Aan het begin van een dergelijke samenwerking kunnen negatief gekleurde beelden bestaan ten opzichte van elkaar, waardoor het vertrouwen klein is. Condities om dit opbouwen zijn daarom aandacht voor rechtvaardigheid, de mogelijkheid tot face-to-face-interacties en de aanwezigheid van grondregels. Gevoelens van onzekerheid, twijfel of argwaan moeten in het begin kunnen worden geuit, zodat dit niet tot een beëindiging van de samenwerking leidt.

Eerstelijns geboortezorg
Volgens de kraamzorg is het onderlinge vertrouwen bij overdrachten binnen het VSV Arnhem - De Liemers goed. Dat wil zeggen, ondanks dat er sprake is van concurrentie tussen de verschillende kraamzorgorganisaties, heerst het besef dat men elkaar nodig heeft en elkaar daardoor kan versterken. Echter, zorgverlening en omzet zijn en blijven nodig, waardoor de kraamorganisaties commercieel zijn. Volgens een regiomanager kennen de maatschappen en de verloskundige praktijken een kleiner financieel en commercieel belang. Ook tussen en met

deze organisaties is het vertrouwen goed, alhoewel de manager zich afvraagt in hoeverre dat wederzijds is. Het is de vraag of de tweede lijn net zoveel vertrouwen in de eerste lijn heeft als dat andersom het geval is. Hiërarchie speelt dan toch een rol volgens de manager. Op de werkvloer van de kraamzorg wordt met betrekking tot vertrouwen geen spanningsveld ervaren. Kraamverzorgenden vinden het wel vervelend wanneer het druk is en de informatie vanuit de tweede lijn niet compleet of paraat is.

Het beeld van verloskundigen ten aanzien van vertrouwen bij overdrachten is positief. Het aanwezige vertrouwen is met name gericht op de aanwezige expertise, dat wil zeggen de kennis en kunde binnen het VSV, maar ook ten aanzien van de acute overdrachten en de wijze van cliëntenbinding. Volgens de eerstelijns verloskundigen zijn dit ook voorwaarden voor de continuïteit van een VSV. Echter, door enkele verloskundigen wordt dit beeld genuanceerd. Zij geven aan dat vertrouwen belangrijk is, maar dat men geen blind vertrouwen in elkaar moet hebben. Zo vindt een eerstelijns verloskundige dat er soms in een (te) vroeg stadium cliënten worden overgenomen door de tweede lijn en is het daar niet altijd mee eens. Ook heeft de verloskundige het idee dat problemen die in het VSV worden aangekaart, een beetje worden weggewuifd en men deze problemen vervolgens zelf moet oplossen. De verloskundige verwacht van de gemandateerden binnen het VSV dat zij bepaalde zaken oppakken en die neerleggen en communiceren binnen de organisatie. Verder wordt over het algemeen aangegeven dat het tegenwoordig moeilijker is om iedereen persoonlijk te kennen, omdat het aantal units en gynaecologen nu veel groter is. Verloskundigen vinden het belangrijk dat zij ondanks deze toename nog wel van zich kunnen laten horen en niet worden ondergesneeuwd door andere actoren. Tot slot wordt vanuit de eerstelijns verloskunde aangegeven dat ondanks het vertrouwen in de verloskunde in Arnhem, het overdragen van eigen cliënten naar arts-assistenten (die net zijn begonnen), soms lastig is. Een verloskundige zegt: “wij hebben een heel lange zorgrelatie met onze cliënt en als je in de baring zit en je moet het overdragen, dan vind ik dat wel eens ingewikkeld. Maar dat is heel persoonlijk.” Echter, bij de zogeheten ‘parallellen actie’ kan een verloskundige altijd direct om een gynaecoloog vragen wanneer de situatie daar om vraagt.

Tweedelijns geboortezorg

De managementleden afkomstig uit de tweede lijn hebben tevens vertrouwen in de actoren van het VSV bij overdrachten. Volgens de medisch directeur vertonen de actoren van het VSV betrouwbaar en berekenbaar gedrag, alhoewel iedereen wel zijn eigen agenda heeft. De directeur vindt dit menseigen en is er derhalve sprake van een gezond spanningsveld: “het moet ook niet helemaal aan elkaar vloeien, zo zweverig zijn we nu ook weer niet met elkaar.” Het hoofd neonatologie vertrouwt op de andere organisaties van het VSV, mede omdat ze deelneemt aan de VSV overleggen en daarin een open houding ervaart van alle betrokken actoren. Het hoofd kan zich wel voorstellen dat iemand die die informatie niet heeft, dat anders ervaart.

De gynaecologen vertrouwen in het algemeen op de andere actoren van het VSV bij overdrachten, maar geldt opnieuw dat dit niet altijd honderd procent is. Immers, per persoon en situatie kan dit verschillen (zie § 5.1.6). Volgens een gynaecoloog komt dit voornamelijk

door de eigen belangen die iedereen heeft, die doorwerken in kleine dingen en derhalve ook voor wat (gezond) wantrouwen zorgen. Voorbeelden hiervan volgens de gynaecoloog is het wat opportunistisch denken van sommige verloskundigen ten aanzien van bepaalde overdrachten (de scheidslijn tussen fysiologisch en pathologisch wordt niet altijd even goed gezien), of het feit dat sommige verloskundigen in bepaalde gevallen een specifieke gynaecoloog bellen om zaken voor elkaar te krijgen, wat mogelijk bij een andere gynaecoloog niet zou lukken. Bovendien zijn er volgens de gynaecoloog verloskundige praktijken die zich op de grensgebieden van de VSV regio bevinden en met het ene probleem naar het Rijnstate Ziekenhuis gaan en met het andere probleem naar een ziekenhuis elders. De patiënt heeft daarin de keuzevrijheid, maar de gynaecoloog vermoedt dat daarop wel eens invloed wordt uitgeoefend door eerstelijns verloskundigen. Echter, de gynaecologen vertrouwen er wel op dat in levensbedreigende situaties door elke actor wordt gehandeld zoals dat het beste is voor moeder en kind. Tot slot wordt duidelijk dat het vertrouwen op regionaal niveau over het algemeen aanwezig is, maar dat dit ten aanzien van het nationaal niveau een ander verhaal is. Dit heeft te maken met de spanningen tussen de verschillende beroepsorganisaties, waarover in de laatste paragraaf meer wordt gesproken.

Vanuit de overige disciplines klinkt over het algemeen eenzelfde geluid door zoals dat hiervoor heeft geklonken. Volgens beide geïnterviewde obstetrie verpleegkundigen is het situatie- en persoonsafhankelijk of er meer of minder vertrouwen aanwezig is. “Voor sommigen durf ik mijn handen in het vuur te steken en bij anderen ga ik erbij staan omdat ik het niet vertrouw”, geeft één van de verpleegkundigen aan. Door een verpleegkundige wordt aangegeven dat zij zich altijd indekt door een goede rapportage op te stellen van de desbetreffende situatie. Een neonatologisch verpleegkundige vindt dat het onderlinge vertrouwen bij overdrachten in orde is en vertrouwt op de kennis van anderen. De verpleegkundige gaat ervan uit dat de informatie die wordt ontvangen goed is, dat iedereen volgens protocol werkt en derhalve zijn of haar vak uitoefent zoals het behoort. Een klinisch verloskundige geeft te kennen dat door het groot aantal verloskundigen, zij met de ene verloskundige soms meer op één lijn staat dan met de andere. De verloskundige ervaart verder geen ongezond wantrouwen bij één van de andere organisaties. Ook een kinderarts geeft aan vertrouwen te hebben in de actoren van het VSV, maar zegt: “het enige onbetrouwbare daarbij vind ik altijd de financiële dingen die er doorheen fietsen. En hoe belangenorganisaties landelijk daarin staan.”

5.1.8 Machtsverhouding

In de theorie blijken duidelijke aanwijzingen te bestaan die aangeven dat interorganisationele samenwerkingsverbanden meer kans van slagen hebben, wanneer er sprake is van gelijke status en macht tussen de actoren. Wanneer een machtsverschil tussen bijvoorbeeld twee actoren ontstaat, creëert dit een instabiele situatie. Immers, de dominante actor heeft alle macht om de problemen op te lossen zoals hij of zij dat wil.

Eerstelijns geboortezorg

De kraamzorg ervaart momenteel geen sterke machtsdominantie bij één of meerdere van de betrokken actoren van het VSV. Over het algemeen wordt een machtsevenwicht ervaren. Wel wordt door een regiomanager van een kraamzorgorganisatie aangegeven dat er een opleidings- en kennisverschil is, waardoor op dat gebied een bepaalde machtsverhouding aanwezig is. Volgens de manager is op dit moment deze verhouding in Arnhem - De Liemers niet heel dominant, maar kan dit, refererend naar de wederzijdse afhankelijkheid en het loslaten van de eigen autonomie (§ 5.1.1), in de toekomst wel veranderen. De manager voegt hieraan toe: "om je samenwerking op een juist niveau te realiseren en je hebt het over een machtsbalans- en evenwicht, dan moet je dat ook naast je neer kunnen leggen. Maar pathologie en fysiologie, dat bijt elkaar soms." De manager kan zich voorstellen dat er op een bepaalde manier tegen macht wordt aangekeken en dat dat niet zomaar kan worden weggehaald, daar het vaak om een beleving gaat. Met betrekking tot de (VSV) samensmelting van Arnhem en De Liemers geeft de manager aan dat de grootse spanning er nu uit is, maar dat er bij sommige actoren (afkomstig uit Zevenaar) nog wel het gevoel heerst van 'big brother (Rijnstate) is watching you'. Een kraamverzorgende ervaart bovendien op dit moment een ontwikkeling van alsmaar 'vingertjes wijzen' en elkaar de schuld geven: "iedereen is aan het vechten voor zijn plek en de geboorteaantallen lopen ook weer terug, maar ik hoop dat dit in 2015 weer over is."

Vanuit de eerstelijns verloskunde wordt een redelijk machtsevenwicht ervaren. Dit, omdat een machtsoverwicht bij één of meerdere van de betrokken actoren, bij de meeste verloskundigen wel de persoonlijke beleving is. Overeenkomend met wat in paragraaf 5.1.6 is vermeld, kijken enkele verloskundigen soms wat argwanend naar het Rijnstate Ziekenhuis. Een verloskundige zegt: "ik denk dat dit ook te maken heeft met de locatie waar het plaatsvindt, namelijk binnen het ziekenhuis en dan krijg je snel het gevoel 'het is van het ziekenhuis', terwijl het ziekenhuis eigenlijk alleen maar faciliteert." Ook specifiek ten aanzien van de Maatschap Gynaecologie kan dit gevoel bestaan: "het zijn uiteindelijk wel vaak de gynaecologen die beslissen, maar ik vind wel dat we echt goed overleg hebben hier. Waarschijnlijk voelt dat overwicht ook gewoon omdat zij aan het einde van de keten staan en zij heel andere zorg geven", aldus een verloskundige. De beleving van een machtsoverwicht wordt door sommige verloskundigen tevens ervaren wanneer protocollen te snel worden opgelegd. Daarnaast wordt door enkele eerstelijns verloskundigen aangeven, zoals eveneens benoemd door het management van de kraamzorg, dat er op de werkvloer geen machtsoverwicht maar een kennisoverwicht is. Een verloskundige vindt dat dit kennisoverwicht wordt gedeeld en als een gegeven wordt ervaren. Bovendien wordt vanuit de eerstelijns verloskunde aangegeven dat de discussie vaak gaat over het staan achter de eigen (medisch inhoudelijke) inzichten, maar dit vervolgens wordt verward met het uitoefenen van macht. Het kunnen inleven in de ander is van groot belang in deze, vindt een verloskundige, omdat tegenstelde belangen ontstaan wanneer dat niet wordt gedaan en iedereen op zijn of haar eigen strepen blijft staan. Over het algemeen wordt door de verloskundigen aangegeven dat de actoren van het VSV elkaar vertrouwen. Echter, op nationaal niveau ervaren de verloskundigen wel een machtsstrijd en een spanning tussen de beroepsorganisaties Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG) en de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen

(KNOV). “Soms wordt door de één stellingen ingenomen die het speelveld van de ander raken, waardoor we last hebben van elkaars autonomie”, aldus een verloskundige.

Tweedelijns geboortezorg
Managementleden werkzaam binnen de tweedelijns geboortezorg merken geen machtsoverwicht. Zo is de medisch directeur van mening dat er een machtsevenwicht is, maar vindt dat er vanwege eigen belangen altijd machtsverschillen zijn. Gynaecologen zijn daarbij een belangrijk machtsblok volgens de directeur, omdat ze niet verdeeld zijn zoals dat wel het geval is bij de eerstelijns verloskundigen. De verloskundigen hebben dan ook geen goede mandatering binnen het VSV omdat er veel praktijken, coöperaties en kringen zijn, waarvan de afgevaardigden in het VSV nooit het volledige mandaat kunnen hebben van alle verloskundigen in de regio. De gynaecologen daarentegen zijn eigen mandaat, hebben te maken met een kleinere groep en kunnen eerder een eigen richting inslaan. Volgens de directeur kijkt een aantal verloskundigen nog altijd op tegen de status van bijvoorbeeld de gynaecoloog en zegt: “dat is ook mijn naïviteit, dat ik als medisch directeur wil dat iedereen bij mij binnenloopt, dat is natuurlijk niet zo.” De directeur probeert tevens de verbindende factor te zijn tussen het Rijnstate Ziekenhuis en de Maatschap Gynaecologie, omdat beide actoren andere belangen kennen en nog steeds af en toe tegenover elkaar staan. Ook hoofden van de afdelingen obstetrie en neonatologie merken geen machtsoverwicht. Volgens het hoofd neonatologie is het VSV vooral samen en open, wordt er goed gecommuniceerd en houdt men elkaar op de hoogte. De kwaliteitsmanager vindt ten slotte dat de manier waarop de eerste lijn wordt ervaren (door de tweede lijn), nog wat relativerender mag zijn. De manager vermoedt dat dit zo ook binnen de eerste lijn wordt ervaren.

De gynaecologen ervaren over het algemeen een redelijk machtsevenwicht binnen het VSV Arnhem - De Liemers. De gynaecologen zijn ervan overtuigd dat elke actor zijn eigen kracht heeft en vinden dat de machtsverhoudingen in evenwicht zijn. Echter, door de gynaecologen wordt wisselend naar de positie van de eerstelijns verloskundigen gekeken. Zo vermoedt een gynaecoloog dat de eerstelijns verloskunde zich in een lagere positie bevindt dan de gynaecologie, omdat het zich zo versnipperd opstelt. De gynaecoloog heeft het idee dat verloskundigen zich daardoor minder machtig kunnen voelen, maar vindt dat zij dit kunnen oplossen door de versnippering op te heffen en op een goede wijze samen te werken. Een opvatting van een gynaecoloog die hier tegenover wordt geplaatst geeft aan dat juist de eerstelijns verloskunde meer macht heeft, doordat de KNOV veel groter is dan de NVOG en is het daarom volgens de gynaecoloog altijd een beetje zwartepieten naar elkaar toe. Echter, op lokaal niveau en in dit VSV vindt de gynaecoloog dat er sprake is van een redelijk evenwicht, maar ervaart hij op nationaal niveau wel een spanningsveld. Tot slot wordt ook vanuit de gynaecologie duidelijk dat er een verschil in kennis aanwezig is, bijvoorbeeld omdat bepaalde problemen alleen in het ziekenhuis kunnen worden opgelost en andere problemen juist veel beter thuis. Vooropgesteld wordt dat het hier om verschillen gaat en niet om macht.

Een obstetrie verpleegkundige vindt het lastig om macht te definiëren en ervaart op de afdeling zelf niet zoveel hiërarchie. Volgens de verpleegkundige is het een kwestie van elkaar respecteren in elkaars beroepsgroep. Op persoonlijk vlak zijn er soms fricties, geeft de

verpleegkundige aan, maar moeten die aan de kant worden gezet zodat de patiënt deze niet merkt. Samenwerken aan het einddoel staat volgens haar voorop. Een andere obstetrie verpleegkundige vult aan geen machtsoverwicht te ervaren, maar volgens haar is er wel een machtsstrijd om patiënten gaande. Bovendien geeft de verpleegkundige aan dat de omgang met (sommige) gynaecologen anders is dan met klinisch verloskundigen of arts-assistenten. De verpleegkundige vindt het vervelend wanneer over de eigen grenzen wordt heengegaan, bijvoorbeeld met het inboeken van extra inleidingen dan toegestaan (zie kwestie in § 5.1.3). Volgens haar blijft het voor sommige verpleegkundigen lastig om er dan ook wat van te zeggen. Een kinderarts vindt niet dat bepaalde actoren zich dominant opstellen binnen het VSV, maar ziet eveneens dat er andere expertise zit in de verschillende lijnen. "En dat is wel iets wat je soms in protocollen tot uiting krijgt, waardoor er een verwijzing moet zijn voor bepaalde dingen. Dat is dan geen macht, maar omdat het zo is vastgesteld. Je bent daaraan gebonden en dat is ook het kwaliteitskader waarbinnen je werkt."

5.2 Samenwerkingsfactoren noodzakelijk voor de bereidheid tot samenwerken bij overdrachten

In de vorige paragraaf is beschreven in hoeverre de uit de theorie geselecteerde factoren zichtbaar zijn en worden geborgd in de empirie. Vervolgens is het van belang te analyseren welke van deze factoren feitelijk voor de verschillende actoren van het VSV van belang zijn om daadwerkelijk over te gaan tot samenwerking wanneer dit, gezien de gezondheid van moeder en kind, noodzakelijk blijkt.

Allereerst *interdependentie*. De wederzijdse afhankelijkheid en het al dan niet inleveren van de professionele en organisatorische autonomie dat daarmee samenvalt, is voor de meeste actoren van zowel de eerste- als tweedelijns geboortezorg van belang voor de bereidheid tot samenwerken bij overdrachten. Er is een besef van wederzijdse afhankelijkheid aanwezig bij de verschillende actoren van het VSV en men vindt over het algemeen dat dit besef de samenwerking doet versterken. Immers, door de meeste actoren wordt aangegeven dat men niet zonder elkaar kan in de keten geboortezorg. Tegelijkertijd is het VSV in feite de wijze waarop de geboortezorg (grotendeels) is georganiseerd en is aansluiting daarom bijna noodzakelijk voor de actoren binnen deze keten. Het (deels) opgeven van de autonomie levert volgens de meesten daadwerkelijk wat op, omdat op deze manier krachten kunnen worden gebundeld in het proces rondom zwangerschap, geboorte en kraamtijd.

Ten tweede is tijdens de interviews geïnformeerd naar de *informatie- en kennisuitwisseling* binnen het VSV. Een goede informatie- en kennisuitwisseling is voor alle respondenten vanuit de eerste en tweede lijn van groot belang op de bereidheid tot samenwerken bij overdrachten. De meeste actoren geven aan dat wanneer gegevens niet tijdig en goed kunnen worden uitgewisseld, een samenwerking niet kan slagen en onvolledige overdrachten tot gevolg kan hebben. Een grote wens van de actoren van het VSV is het verbeteren van de automatisering en digitalisering betreffende de gegevensuitwisseling binnen de keten, door bijvoorbeeld de huidige verschillende systemen te koppelen. Immers, uit paragraaf 5.1.2 blijkt dat gegevensuitwisseling momenteel niet optimaal functioneert.

Het kunnen *bereiken van eigen doelen* is een derde onderzochte factor. Over het algemeen vindt men zowel in de eerste als tweede lijn dat het kunnen behalen van de eigen doelen van belang is op de bereidheid tot samenwerken. Wanneer eigen doelen niet langer kunnen worden nagestreefd, zal de bereidheid om samen te werken afnemen. De kernwaarden van het VSV, het bevorderen en borgen van de kwaliteit van zorg, is voor elke zorgverlener van groot belang en noodzakelijk om na te streven. Echter, in het proces rondom zwangerschap, geboorte en kraamtijd kent iedere zorgverlener zijn of haar eigen gedeelte en wil men, zonder in een keurslijf terecht te komen, ook de eigen doelen bereiken. De actoren realiseren zich dat richtlijnen en protocollen noodzakelijk zijn en dat missies en visies moeten overeenkomen om de eigen en het algemene doel te behalen. Op dit moment blijkt bovengenoemde volgens de actoren nog niet in balans te zijn en kunnen niet altijd de eigen en/of algemene doelen worden behaald. Vanuit zowel de eerste als tweedelijns geboortezorg heeft men dan ook grote verwachtingen van de nieuwe VSV structuur, die voor optimalisering ten aanzien van het bereiken van doelen, moet zorgen.

Kostenvoordelen is een vierde factor die is onderzocht. Over het belang van deze factor bij samenwerken rondom overdrachten bestaan onder de respondenten verschillende opvattingen. Immers, het belang van deze factor op de bereidheid tot samenwerken vraagt om een economisch en organisatorisch inzicht. Deze vraag kan daarom niet goed door iedereen worden beantwoord. Ongeveer de helft van de respondenten, zowel uit de eerste als tweede lijn, geeft aan deze factor niet of nauwelijks van belang te vinden op de bereidheid tot samenwerken. Hieraan ten grondslag ligt ten eerste het feit dat respondenten hierover (nog) geen uitspraak konden doen (hierin neutraal stonden). Ten tweede gaf men aan niet de kosten maar de kwaliteit van zorg te prioriteren en ten derde werd door enkele respondenten aangegeven dat wanneer er kostenvoordelen behaald kunnen worden, deze alleen voor de zorgverzekeraar gelden en derhalve niet van invloed zijn op de organisaties van de respondenten zelf. Uiteindelijk geven negen respondenten te kennen de factor kostenvoordelen van belang te vinden voor bereidheid tot samenwerken bij overdrachten. Vanuit de eerstelijns geboortezorg geldt dat voor een kraamverzorgende, een directeur en regiomanager van een kraamzorgorganisatie en voor twee eerstelijns verloskundigen. Vanuit de tweedelijns geboortezorg geldt dat voor de medisch directeur, twee gynaecologen en een kinderarts. Deze respondenten geven aan dat wanneer er beter wordt samengewerkt, waardoor kostenvoordelen kunnen worden behaald, dit de bereidheid tot samenwerken mogelijk zal vergroten. Ondanks de verschillende opvattingen over het belang van kostenvoordelen bij samenwerken zijn de meeste actoren van het VSV het er wel over eens dat het huidige bekostigingssysteem efficiënter kan worden ingericht. Of een integraal bekostigingssysteem, VSV breed, de oplossing hiervoor is, durven de respondenten (nog) niet aan te geven en vinden dit veelal dan ook een spannende en onzekere (toekomst)kwestie.

Het kunnen *verwerven van middelen en competenties* als gevolg van het ontstaan van het VSV, zoals bijvoorbeeld cursussen en bijscholing, wordt over het algemeen door de actoren als van belang gezien ten aanzien van de bereidheid tot samenwerken bij overdrachten. Hieraan ligt ten grondslag dat de actoren van de eerste- en tweedelijns geboortezorg, door het VSV, meer van en met elkaar kunnen leren, waardoor tevens de onderlinge samenwerking kan worden bevorderd. Een aantal respondenten uit de eerste en tweede lijn staat hier echter neutraal in. Deze respondenten vinden dat het aanwenden van

extra middelen en competenties een mooie bijkomstigheid is, maar vinden dit niet per se bijdragen aan een grotere bereidheid om samen te werken. Bovendien wordt dit antwoord gegeven omdat momenteel het kunnen aanwenden van extra middelen en competenties, zoals trainingen, nog erg in ontwikkeling is (zie § 5.1.5).

De zesde factor is de *onderlinge verbondenheid*. Deze factor is tweeledig. Allereerst gaat het om de verbondenheid ten aanzien van elkaars doelen. Ten tweede staat de verbondenheid ten opzichte van de kernwaarde van het VSV centraal. Op beide fronten wordt door zowel de eerste als tweede lijn aangegeven dat verbondenheid heel belangrijk is voor bereidheid tot samenwerken bij overdrachten. Paragraaf 5.1.6. geeft te kennen dat de onderlinge verbondenheid op beide fronten over het algemeen in orde is in deze regio, maar kampt men nationaal met wat spanningen tussen de beroepsorganisaties omtrent dit onderwerp. Bovendien oefenen financiën en concurrentie vaak een negatieve invloed uit op de onderlinge verbondenheid. De meeste actoren hopen dat, met het oog op de (financiële) veranderingen die in de toekomst gaan plaatsvinden, de verbondenheid zoals deze nu in het VSV is, in stand wordt gehouden.

Vertrouwen is eveneens een factor die alle respondenten, vanuit de eerste en tweede lijn, van groot belang achten bij het samenwerken rondom en tijdens overdrachten. Zonder vertrouwen kan er geen samenwerking plaatsvinden omdat de bereidheid van actoren om samen te werken er dan niet of nauwelijks is. Over het algemeen vertrouwen de actoren van dit VSV elkaar ten aanzien van overdrachten rondom zwangerschap, geboorte en kraamtijd. Echter, door bijna elke respondent wordt aangegeven dat dit vertrouwen per persoon en per situatie verschilt. Van ongezond wantrouwen is binnen het VSV geen sprake.

Tot slot is de aanwezige *machtsverhouding* binnen het VSV onderzocht. Uit de geanalyseerde antwoorden blijkt dat deze factor op negatieve wijze van invloed is op de bereidheid tot samenwerken. Dat wil zeggen, de meeste actoren geven aan dat wanneer een machtsoverwicht aanwezig is (bij één of meerdere actoren van het VSV) zij minder bereid zullen zijn om samen te werken (zich hier dan zelfs tegen kunnen verzetten), dan wanneer er een machtsevenwicht is en derhalve de machtsverhouding in balans is. Wanneer de machtsverhoudingen verstoord zijn kan er geen fijne samenwerking worden aangegaan vinden de respondenten. Binnen het VSV bestaat over het algemeen een goede samenwerking, wat veronderstelt dat de machtsverhoudingen niet zijn ontwricht. De meeste actoren zijn dan ook van mening, zoals blijkt uit paragraaf 5.1.8., dat er een machtsevenwicht is. Echter, uit de resultaten vloeit voort dat men feitelijk geen machtsoverwicht ervaart binnen het VSV, maar is de persoonlijke beleving van enkele actoren (voornamelijk afkomstig vanuit de eerste lijn) wel een machtsoverwicht. Dit heeft voornamelijk te maken met het verschil tussen een fysiologische of pathologische achtergrond.

5.3 Discrepanties tussen theorie, beleid en empirie

In het theoretisch kader van dit onderzoek is vanuit verschillende perspectieven naar interorganisationele samenwerking gekeken. Uit de meeste van deze perspectieven zijn in totaal acht factoren geselecteerd die in de empire zijn onderzocht, te weten interdependentie, informatie- en kennisuitwisseling, het kunnen bereiken van eigen doelen, het behalen van kostenvoordelen, het verwerven van middelen en competenties, verbondenheid, vertrouwen

en machtsverhouding. De theoretische perspectieven veronderstellen dat de genoemde factoren van invloed zijn op de samenwerking tussen organisaties. Namelijk, de aanwezigheid van deze factoren doet de samenwerking vergroten. In de empirie is vervolgens onderzocht in hoeverre deze factoren van invloed zijn op de bereidheid van actoren tot samenwerken bij overdrachten rondom zwangerschap, geboorte en kraamtijd.

Niet alleen vanuit de theorie zijn studies omtrent samenwerking bestudeerd, ook is voorafgaand aan het veldonderzoek een documentenanalyse verricht met betrekking tot factoren of voorwaarden voor samenwerking die specifiek gelden voor VSV-en. Zoals in hoofdstuk 2 is beschreven, zijn hierover binnen het VSV Arnhem - De Liemers weinig documenten (voor de eigen regio) ontwikkeld. Echter, het SGZ-adviesrapport 'Een goed begin' en het Verloskundig Vademecum bieden VSV-en in het algemeen handreikingen aan omtrent het verbeteren van de samenwerking rondom overdrachten. Verondersteld kan worden dat het VSV Arnhem - De Liemers hiervan tevens gebruik maakt.

Mogelijke discrepanties tussen theorie, beleid en hetgeen dat is onderzocht in de empirie kunnen nu inzichtelijk worden gemaakt. Uit de resultaten blijkt dat bijna alle genoemde factoren van invloed zijn op de bereidheid tot samenwerken bij overdrachten. Voor twee factoren, te weten 'kostenvoordelen' en 'het kunnen verwerven van middelen en competenties', geldt dat deze niet volgens elke respondent van invloed zijn op de bereidheid tot samenwerken bij overdrachten. Het kunnen behalen van kostenvoordelen blijkt voor veel respondenten (nog) een abstract onderwerp en is het kunnen verwerven van extra middelen en competenties voor een aantal respondenten een mooie bijkomstigheid, maar geen directe voorwaarde tot een grotere bereidheid tot samenwerken. Voor deze twee factoren geldt, in tegenstelling tot de theorie, dat er niet altijd een directe relatie is met samenwerking tussen organisaties.

Met betrekking tot het beleid omtrent samenwerking tussen organisaties blijken over het algemeen geen grote discrepanties te bestaan ten opzichte van de verkregen resultaten in de empirie. De kern van het beleid omtrent samenwerking (zie § 2.2.2) geeft allereerst weer dat een operationeel VSV aanwezig moet zijn. In de regio Arnhem – De Liemers is dit geval en, zoals onder andere in de resultaten is weergegeven, is recent een nieuw operationeel VSV inwerking getreden. Tevens wordt een actieve deelname verwacht van alle professionals die samen de zorg rond zwangerschap, geboorte en kraamtijd leveren. Ook hiervan is in het VSV sprake. Om actieve deelname te borgen blijkt uit de resultaten dat de achterban (iedereen behalve de gemandateerden van het VSV) niet vergeten mag worden en moet worden betrokken bij het VSV. Ten derde dient afstemming en onderling vertrouwen te worden gerealiseerd. Over het algemeen blijken deze twee factoren in orde binnen het VSV, maar is de mate ervan afhankelijk per persoon en situatie. Ten vierde dienen op lokaal niveau landelijke richtlijnen te worden geïmplementeerd uitgevoerd. Hierin is het VSV ruim voldoende in staat, zo blijkt uit het vorige hoofdstuk. Met betrekking tot het uitwisselen van informatie over iedere zwangere (op basis van intake en zorgplan) blijkt wel een discrepantie te bestaan ten opzichte van de empirie. Op dit moment wordt de informatie- en kennisuitwisseling rondom zwangerschap, geboorte en kraamtijd onvoldoende gebord. Tot slot is de aanwezigheid van een casemanager of regiearts een vereiste. Hierover wordt in dit onderzoek niet gesproken.

6. Conclusie | Aanbevelingen | Discussie

6. Conclusie, aanbevelingen en discussie

In dit hoofdstuk wordt teruggekeken op het onderzoek. Om antwoord te geven op de hoofdvraag van dit onderzoek, worden allereerst in paragraaf 6.1 de conclusies van de deelvragen weergegeven, zoals opgesteld in het eerste hoofdstuk. Vervolgens wordt de hoofdvraag beantwoord. In paragraaf 6.2 komen enkele aanbevelingen aan bod en tot slot staat in de laatste paragraaf de discussie centraal.

6.1 Conclusie

Hieronder volgen de conclusies van de deelvragen zoals die zijn opgesteld in het inleidend kader (hoofdstuk 1). Elke deelvraag wordt apart besproken.

Deelvraag 1.: Op welke wijze(n) wordt middels het integrale beleid van het VSV Arnhem - De Liemers getracht de bereidheid tot samenwerking te borgen?

Het is gebleken dat het VSV Arnhem - De Liemers intern geen documenten heeft ontwikkeld die specifiek gericht zijn op het bieden van handvatten voor het kunnen borgen van de samenwerking tussen actoren van het VSV. Echter, naar aanleiding van een inspectiebezoek aan het VSV in september 2013, in het kader van het thematisch toezicht geboortezorg: netwerk moeder en kind, is een rapport door de IGZ opgesteld. In dit rapport wordt verwezen naar het SGZ-adviesrapport 'Een goed begin', dat voorwaarden biedt voor de samenwerking binnen het VSV. Aangezien VSV-en worden getoetst aan de hand van deze voorwaarden, wordt in dit onderzoek verondersteld dat deze voorwaarden als leidraad dienen voor het borgen van de samenwerking binnen het VSV Arnhem - De Liemers.

In tegenstelling tot het beperkte integrale beleid omtrent samenwerking is er binnen het VSV wel een groot aantal documenten ontwikkeld die veelal medisch inhoudelijke protocollen omvatten of betrekking hebben op richtlijnen anderzijds. Echter, vanuit de interviews is gebleken dat, met het oog op de nieuwe VSV structuur in de regio Arnhem - De Liemers, bepaalde werkgroepen bezig zijn met verschillende opdrachten, waaronder het opstellen van een gemeenschappelijke visie. Verondersteld kan worden dat een dergelijke eenduidige visie, wanneer deze door elke actor wordt gerespecteerd, van (positieve) invloed kan zijn op de onderlinge samenwerking en de bereidheid hiertoe.

Deelvraag 2.: Welke factoren blijken uit de theorie relevant bij samenwerking tussen organisaties?

Uit het onderzoek blijkt dat inmiddels al veel onderzoek is verricht naar randvoorwaarden voor samenwerking in ketens of netwerken (Amelink - Verburg, De Winter - de Ree, Van der Lans & Den Ouden, 2012; Korsten, z.j.(b); Minkman, Ahaus, Fabbricotti, Nabitz & Huijsman, 2008; Van Delden, 2010). Echter, onderzoek naar een achterliggende bereidheid tot samenwerken, in het bijzonder bij overdrachtsmomenten, blijkt in de literatuur te ontbreken. Om samenwerking in ketens beter te begrijpen en bij te dragen aan kennis en inzichten die helpen bij het realiseren van de bereidheid van organisaties tot samenwerken bij overdrachten, zijn derhalve in het theoretisch kader vier perspectieven weergegeven omtrent

interorganisationele samenwerking. Vanuit deze perspectieven, te weten het bestuurskundig-, organisatiekundig-, bedrijfskundig en sociaalwetenschappelijk- en psychologisch perspectief, zijn succesfactoren, voorwaarden of motieven voor samenwerking benoemd. De overeenkomst tussen de perspectieven is gelegen in het feit dat vanuit elk perspectief wordt gekeken naar samenwerking tussen organisaties. Het organisatieniveau staat derhalve centraal. Bovendien is verondersteld dat de gekozen variabelen niet per definitie losstaan van elkaar en mogelijk correlaties tussen bepaalde variabelen bestaan. In de volgende paragraaf zal dit verder worden beargumenteerd. Uiteindelijk blijken acht factoren (de acht onafhankelijke variabelen) relevant bij interorganisationele samenwerking, te weten interdependentie, informatie- en kennisuitwisseling, het bereiken van doelen, kostenvoordelen, het verwerven van middelen en competenties, verbondenheid, vertrouwen en machtsverhouding, waarvan de invloed op de afhankelijke variabele in de empirie is onderzocht. De afhankelijke variabele werd aangeduid met 'bereidheid tot samenwerken bij overdrachten'.

Deelvraag 3.: Welke factoren zijn voor de verschillende actoren van het VSV Arnhem - De Liemers van belang om daadwerkelijk over te gaan tot samenwerking wanneer dit, gezien de gezondheid van moeder en kind, noodzakelijk blijkt?

In dit onderzoek is geanalyseerd welke van de uit de theorie geselecteerde factoren voor de geïnterviewde respondenten van belang zijn, betreffende de bereidheid tot samenwerken bij overdrachten rondom zwangerschap, geboorte en kraamtijd. De resultaten geven weer dat zowel interdependentie, informatie- en kennisuitwisseling, bereiken eigen doeleneinden, verbondenheid, vertrouwen als ook machtsverhouding, relevante factoren zijn die een rol spelen bij het daadwerkelijk over gaan tot samenwerking wanneer dit, gezien de gezondheid van moeder en kind, noodzakelijk blijkt. Echter, rondom de variabelen *kostenvoordelen* en *het kunnen verwerven van middelen en competenties*, blijken de opvattingen van de respondenten verder uiteen te liggen en worden deze factoren derhalve niet door elke respondent van groot belang geacht ten aanzien van de bereidheid tot samenwerken bij overdrachten.

Deelvraag 4: In hoeverre worden deze factoren binnen het VSV Arnhem - De Liemers geborgd?

Geconcludeerd kan worden dat de samenwerking binnen het VSV Arnhem - De Liemers over het algemeen door de actoren als prettig en goed wordt ervaren. Ten aanzien van de acht onderzochte factoren zijn de respondenten het vaak grotendeels met elkaar eens. Het besef van *interdependentie* wordt over het algemeen geborgd binnen het VSV Arnhem - De Liemers, daar de meeste actoren zich bewust zijn van hun wederzijdse afhankelijkheid. Bovendien realiseren sommige actoren zich dat het (deels) inleveren van de professionele en / of organisatorische autonomie daarmee gepaard gaat. Echter, over dit laatstgenoemde zijn de meningen verdeeld. Niet iedereen merkt of vindt dat de autonomie (deels) moet worden opgegeven of geeft aan dat hiervan momenteel nog geen sprake is, maar in de toekomst dit wel kan gebeuren. De wijze van *informatie- en kennisuitwisseling*, in het bijzonder de uitwisseling van patiëntgegevens, wordt nog niet optimaal geborgd in het VSV. De actoren

zijn met name ontevreden over de huidige automatiseringssystemen en informatieoverdrachten, omdat deze momenteel niet goed op elkaar zijn aangesloten en / of afgestemd. Dit gaat ten koste van een goede informatie- en kennisuitwisseling. Door de actoren van het VSV wordt aangegeven dat het kunnen *bereiken van de eigen en gezamenlijke doelen* met de oude VSV structuur niet optimaal kon worden geborgd. De actoren verwachten dat met de nieuwe VSV structuur de samenwerking beter en verder kan worden geïntegreerd, waardoor men meer resultaatgericht kan werken en doelen kunnen worden behaald. Door de meeste actoren van het VSV wordt aangegeven dat er meer *kostenvoordelen* kunnen worden behaald en deze derhalve momenteel niet volledig worden geborgd. Men vindt met name de huidige VSV structuur niet efficiënt ingericht en kunnen, volgens enkele actoren, de besluitvormingskosten worden gereduceerd. Met de recent in werking getreden nieuwe VSV structuur hoopt men dan ook dat dit kan worden bewerkstelligd. Bovendien zijn de meeste actoren niet overtuigd van de werking van de huidige bekostigingssystemen in de zorg en kan, volgens de meeste actoren, ook op zorgkosten winst worden behaald. Echter, ten aanzien van het al dan niet dubbel declareren van bevallingen door de zorgverzekeraar, blijken tegengestelde opvattingen te bestaan. Op dit moment vinden de actoren van het VSV dat het kunnen *verwerven van extra middelen en competenties*, door het bestaan van het VSV, in ontwikkeling is, waardoor deze factor niet volledig wordt geborgd. Echter, er bestaan al wel enkele trainingen en scholingen vanuit VSV initiatief, maar de meeste actoren van het VSV vinden dat deze verder mogen worden uitgebreid. Over de *verbondenheid* en het *vertrouwen* binnen het VSV zijn de meeste actoren over het algemeen positief en worden deze factoren volgens de meeste actoren geborgd binnen het VSV. Men ervaart korte (communicatieve) lijnen, waardoor er snel en gemakkelijk kan worden gecommuniceerd. Echter, duidelijk wordt dat de mate van vertrouwen en verbondenheid afhankelijk is per persoon en situatie. Tot slot wordt volgens de meeste actoren een machtsevenwicht geborgd binnen het VSV, waardoor de *machtsverhoudingen* tussen de verschillende actoren van het VSV in balans zijn. Echter, vanuit de resultaten blijkt dat er rondom de machtsverhoudingen een verschil bestaat tussen de ratio en de beleving van sommige actoren. De meeste actoren vinden dat er feitelijk een machtsevenwicht is, maar is de beleving van enkele actoren, ten aanzien van andere actoren, dat van een machtsoverwicht. Deze beleving vloeit met name voort uit het verschil tussen fysiologische visies enerzijds en pathologische denkwijzen anderzijds.

Deelvraag 5: Welke discrepanties kunnen worden vastgesteld tussen de beoogde factoren omtrent samenwerking vanuit de wetenschappelijke literatuur, het integrale beleid omtrent samenwerking en de factoren gevonden in de empirie?

Uit het onderzoek kan worden geconcludeerd dat zes van de acht uit de theorie geselecteerde factoren van invloed zijn op de bereidheid tot samenwerken bij overdrachten, namelijk interdependentie, informatie- en kennisuitwisseling, bereiken eigen doeleneinden, verbondenheid, vertrouwen en machtsverhouding. Ten aanzien van deze factoren blijken derhalve geen discrepanties te bestaan tussen theorie en empirie. Voor twee factoren geldt, te weten ‘kostenvoordelen’ en ‘het kunnen verwerven van middelen en competenties’, dat deze niet volgens elke respondent van invloed zijn op de bereidheid tot samenwerken bij overdrachten. Het kunnen behalen van kostenvoordelen blijkt voor veel respondenten (nog)

een abstract onderwerp en is het kunnen verwerven van extra middelen en competenties voor een aantal respondenten een mooie bijkomstigheid, maar geen directe voorwaarde tot een grotere bereidheid tot samenwerken. Voor deze twee factoren geldt dat in de empirie, in tegenstelling tot de theorie, niet altijd een directe relatie of positief verband is met samenwerking tussen organisaties en de bereidheid hiertoe.

Tussen het beleid omtrent interorganisationele samenwerking en de uitkomsten verkregen uit de empirie, bestaan over het algemeen geen discrepanties. Aan de gestelde voorwaarden voor samenwerking, zoals weergegeven in beleid, wordt in de empirie voldaan. Een uitzondering geldt voor de wijze van informatie-uitwisseling (zowel binnen de eerste- als tweedelijns geboortezorg), daar dit in empirie onvoldoende wordt geborgd.

Op basis van de resultaten uit hoofdstuk 5 en de conclusies van dit hoofdstuk, kan een antwoord worden gegeven op de hoofdvraag die is opgesteld in het eerste hoofdstuk van dit onderzoek. De hoofdvraag luidt als volgt:

Door welke factoren wordt de bereidheid tot samenwerking bij overdrachten binnen het VSV Arnhem - De Liemers bepaald?

De resultaten van het onderzoek geven uiteindelijk duidelijke aanwijzingen voor positieve verbanden tussen zes van de acht onafhankelijke variabelen en de afhankelijke variabele. Dat wil zeggen, interdependentie, informatie- en kennisuitwisseling, bereiken van eigen doeleneinden, verbondenheid, vertrouwen en machtsverhouding zijn volgens de meeste respondenten van invloed op de bereidheid tot samenwerken bij overdrachten. Door de respondenten wordt aangegeven dat wanneer deze variabelen niet of gebrekkig aanwezig zijn, dit van invloed is op hun bereidheid tot samenwerken bij overdrachten. Hierbij moet worden opgemerkt dat het verband tussen de aanwezige machtsverhouding en de bereidheid tot samenwerken bij overdrachten niet positief, maar negatief is. Immers, wanneer de machtsverhoudingen verstoord zijn (er is bijvoorbeeld sprake van een machtsoverwicht), neemt de bereidheid tot samenwerken bij overdrachten af, in plaats van dat de bereidheid tot samenwerken toeneemt. Ten aanzien van de overige twee onafhankelijke variabelen, te weten kostenvoordelen en het verwerven van middelen en competenties, wordt een minder sterk verband gezien met de bereidheid tot samenwerken bij overdrachten. Hierover blijken de meningen van de respondenten teveel verdeeld.

6.2 Aanbevelingen

Uit de beantwoording van deelvraag 3 blijkt dat nog niet alle onderzochte factoren optimaal worden geborgd rondom het proces van zwangerschap, geboorte en kraamtijd. Aan de hand van deze resultaten kunnen derhalve enkele aanbevelingen worden gegeven om de bereidheid tot samenwerken binnen het VSV te verbeteren en / of te vergroten.

De allereerste aanbeveling is tegelijkertijd ook de belangrijkste. Om de bereidheid tot samenwerken bij overdrachten te vergroten, dienen automatiseringssystemen en informatieoverdrachten goed op elkaar te worden aangesloten en / of afgestemd. De systemen van de kraamzorg, verloskunde en gynaecologie verschillen momenteel van elkaar, waardoor het tijdig en volledig uitwisselen van (medische) gegevens nog niet optimaal verloopt. Het gebruik van Zorgmail is volgens vele actoren een eerste stap in dit proces, maar dient beter gebruikt en verder geïntegreerd te worden. Wel moet worden vooropgesteld dat financiële en privacy factoren een grote rol spelen in dit proces, waardoor de realisatie van een zo optimaal mogelijk overdrachtssysteem kan worden bemoeilijkt. Tevens is geconstateerd dat één of meerdere van de onderzochte onafhankelijke variabelen mogelijk van invloed kan of kunnen zijn op het momenteel disfunctioneren van de (gegevens)overdrachtssystemen. Immers, de vraag is of de verschillende actoren van het VSV bijvoorbeeld voldoende vertrouwen in elkaar hebben om derhalve bereid te zijn informatie en kennis te delen, anderen in de eigen informatie(systemen) te laten kijken of de verschillende systemen daadwerkelijk te laten integreren. Daarnaast kunnen wellicht, in plaats van vertrouwen, ook de aanwezige verbondenheid of de manier waarop de machtsverhoudingen worden beleefd, hier worden ingevuld.

Ten tweede wordt aanbevolen om meer structurele en formele feedbackmomenten te creëren, zowel op de werkvloer als in de geformaliseerde overleggen. Tijdens deze momenten kunnen de actoren van het VSV elkaar feedback geven over de stijl van samenwerken binnen het VSV. De meeste respondenten geven te kennen hieraan behoefte te hebben, omdat deze feedbackmomenten momenteel niet of nauwelijks (structureel) plaatsvinden of alleen op een informele wijze in de wandelgangen. Er wordt verondersteld dat dergelijke feedbackmomenten kunnen bijdragen aan het versterken van de (bereidheid tot) samenwerking, omdat men meer op de hoogte is van het wel en wee binnen het VSV.

Ten derde wordt aanbevolen om de nieuwe VSV structuur, met de bijbehorende veranderingen, zo goed mogelijk onder de aandacht te brengen bij zowel de gemandateerden van het VSV als de gehele achterban van alle afzonderlijke betrokken actoren. Vanuit het VSV heeft men namelijk hoge verwachtingen van de nieuwe structuur, met name ten aanzien van het beter kunnen bereiken van de eigen en algemene doelen, waarbij het verbeteren van een kwalitatief goede zorgverlening voorop staat.

Tevens blijkt uit het onderzoek dat de actoren van het VSV behoefte hebben aan concrete samenwerkingsafspraken en een eenduidige visie, waardoor de samenwerking binnen de keten verder geïntegreerd kan worden en de kwaliteit van zorg kan worden verbeterd. Aanbevolen wordt om gemaakte afspraken en een geformuleerde visie op een duidelijke wijze ook onder de aandacht te brengen binnen het VSV, indien nodig vertaald naar het niveau van de afzonderlijke organisaties.

Bovendien kunnen volgens de meeste actoren van het VSV besluitvormingskosten worden gereduceerd (ongeacht of het aantal besprekingen toeneemt) door de inhoud van besprekingen beter af te stemmen, waardoor overlap in de te bespreken onderwerpen uitblijft. De actoren van het VSV verwachten dan ook dat de organisatiestructuur van het 'VSV nieuwe stijl', efficiënter kan worden ingericht.

De actoren van het VSV staan positief tegenover het kunnen verwerven van extra middelen en competenties zoals bijvoorbeeld het gezamenlijk volgen van trainingen door actoren vanuit de eerste- en tweedelijns geboortezorg. Helaas blijven veel trainingen, cursussen of bijscholingen in ontwikkeling zonder daadwerkelijk te worden doorgevoerd. Ook hieraan liggen financiële factoren ten grondslag. Aanbevolen wordt om belangrijke trainingen, cursussen of anderszins te prioriteren en dit op een efficiënte en effectieve manier in te richten, waardoor hiervoor draagvlak kan worden gecreëerd binnen zowel de eerste- als tweedelijns geboortezorg.

Tot slot wordt duidelijk dat de sociale factoren die zijn onderzocht, te weten verbondenheid, vertrouwen en machtsverhouding, grotendeels worden geborgd binnen het VSV. Echter, persoonlijke belevingen van actoren staan in sommige gevallen nog haaks op elkaar. In principe zijn gezonde spanningen tussen de actoren niet bedreigend voor het VSV, maar om ongezonde spanningen te voorkomen is het van essentieel belang dat een goede communicatie en een open houding tussen alle betrokken actoren van het VSV wordt behouden.

Een laatste algemene aanbeveling is om naast dit onderzoeksrapport het recent verschenen (eind)rapport van de IGZ (2014) 'Verloskundige samenwerkingsverbanden: acute zorg veiliger, preventie is blijven liggen' te raadplegen. Op deze wijze kan de context van dit onderzoek wellicht nog meer worden verduidelijkt en kunnen zowel overeenkomsten als verschillen worden geconstateerd ten opzichte van het VSV Arnhem - De Liemers.

6.3 Discussie

In deze paragraaf wordt voortgebouwd op de resultaten van het onderzoek. Immers, bij een meting van de invloed van onafhankelijke variabelen op een afhankelijke variabele moet rekening worden gehouden met interne en externe factoren die tevens van invloed kunnen zijn op de uitkomsten van het onderzoek.

In dit onderzoek is beschreven op welke wijze de validiteit en de betrouwbaarheid van het onderzoek is getracht te borgen. Derhalve is geprobeerd voldoende respondenten, vanuit zoveel mogelijk relevante organisaties en middels dezelfde interviewguide, te interviewen. Op deze wijze is geprobeerd onsystematische fouten te reduceren. Dit is grotendeels gelukt, omdat 24 respondenten vanuit verschillende disciplines, afkomst uit de eerste- en tweedelijns geboortezorg, zijn geïnterviewd. Echter, vanwege de beperkte onderzoeksperiode is het aantal actoren, behorende bij het VSV, afgebakend. Tevens is het, na herhaaldelijk verzoek, niet gelukt om een arts-assistent te interviewen. Met het oog op eventueel vervolgonderzoek is het relevant om laatstgenoemde actor mee te nemen, omdat naast de verpleegkundigen, het vaak de arts-assistenten en klinisch-verloskundigen zijn die als eerste in contact komen met de overdrachten vanuit de eerste lijn.

Daarnaast is in dit onderzoek de conclusie getrokken dat tussen de zes genoemde onafhankelijke variabelen een positief, dan wel negatief verband is gevonden met de afhankelijke variabele. Echter, er kunnen tevens andere (exogene of endogene) variabelen voor dat verband zorgen, die al dan niet (direct of indirect) zijn toe te schrijven aan het VSV.

Allereerst kunnen verschillen in opvattingen van de geïnterviewde respondenten worden verklaard aan de hand van de bewustwording van de respondenten omtrent de onderzochte variabelen. Immers, de vraag is of de respondenten zich bewust zijn van de noodzaak dat de meeste onderzochte onafhankelijke variabelen moeten worden geborgd binnen het VSV. Vervolgens is dan de vraag of zij zich ervan bewust zijn dat dergelijke variabelen hun bereidheid tot samenwerken bij overdrachten kunnen beïnvloeden.

Ten tweede kan worden verondersteld dat het verschil in opvattingen omtrent de variabelen te wijten is aan het feit of iemand wel of geen gemandateerde functie heeft binnen het VSV. Het verschil tussen een respondent die actief betrokken is bij het VSV of een respondent die alleen deel uitmaakt van de achterban, kan van invloed zijn op de gegeven informatie.

Tevens moet de nieuwe VSV structuur in ogenschouw worden genomen, daar de respondenten tijdens de interviews zich lieten leiden door ervaringen uit het verleden enerzijds (het oude VSV) en verwachtingen hadden van de toekomst anderzijds (VSV nieuwe stijl).

Bovendien is een aantal keer in het onderzoek naar voren gekomen dat onderlinge correlaties tussen de onderzochte variabelen ook niet moeten worden uitgesloten en van invloed kunnen zijn op de uitkomsten.

Niet alleen ten aanzien van bovengenoemde beweegredenen is vervolgonderzoek nodig. Zoals beschreven in het onderzoek, is een enkelvoudige casestudy uitgevoerd. Immers, om empirische uitspraken te kunnen doen en om representativiteit te bereiken, is één VSV in de volle breedte en diepte bestudeerd en is een klein aantal respondenten selectief gekozen. Echter, vanwege deze keuzes zijn de onderzoeksgegevens niet generaliseerbaar ten opzichte van bijvoorbeeld andere VSV-en. Om de uitkomsten van dit onderzoek te kunnen verifiëren is derhalve vervolgonderzoek nodig.

Tot slot is vervolgonderzoek nodig omdat dit onderzoek, zoals in het eerste hoofdstuk is aangegeven, een relatief nieuw onderwerp omvat ten aanzien van de literatuur omtrent (interorganisationele) samenwerking. Echter, met dit onderzoek is geprobeerd een bijdrage te leveren aan de (bestuurskundige) wetenschap omtrent factoren die van invloed zijn op de bereidheid van actoren tot samenwerken in een verloskundig samenwerkingsverband, in het bijzonder bij overdrachten rondom zwangerschap, geboorte en kraamtijd.

Referenties

Referenties

Aa, A., van der. & Konijn, T. (2001). *Ketens, ketenregisseurs en ketenontwikkeling. Het ontwikkelen van transparantie en flexibele samenwerkingsverbanden in netwerken*. Utrecht: Uitgeverij Lemma bv.

Adam, S. & Kriesi, H. (2007). The network approach. In P.A. Sabatier (Ed.), *Theories of the Policy Process* (pp. 129-154). Colorado: Westview Press.

Amelink-Verburg, M.P., Winter-de Ree, C.C.C., Lans, S.M.G.A., van der. & Ouden, A.L., den. (2012). Samenwerken in de verloskundige keten. Evaluatie van risicofactoren in verloskundige calamiteiten. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 90* (12), 504-512.

Arentsen, M.J. (1991). *Beleidsorganisatie en beleidsuitvoering. Een onderzoek naar het stralenbeschermingsbeleid in Nederland, Engeland en België*. Enschede: Universiteit Twente.

Baas, J.H., de. (1995). *Bestuurskunde in hoofdlijnen. Invloed op beleid*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.

Barney, J. (1991). Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of Management, 17* (1), 99-120.

Beemer, F., Camps, Th.W.A. & Kastelein, N. (2007). Alliantiemanagement in maatschappelijke markten. Bevindingen uit praktijkreflecties. *Management & Organisatie,* (3), 139-155.

Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Boomonderwijs.

Boonstra, J.J. (2007). Ondernemen in allianties en netwerken. Een multidisciplinair perspectief. *Management & Organisatie,* (3), 5-35.

Borgatti, S.P. & Foster, P.C. (2003).The network paradigm in organizational research: A review and typology. *Journal of Management, 29* (6), 991-1013.

Brass, D.J., Galaskiewicz, J., Greve, H.R. & Tsai, W. (2004). Taking stock of networks and organizations: A multilevel perspective. *Academy of Management Journal, 47* (6), 795-817.

Bressers, J.Th.A. (1993). Beleidsnetwerken en instrumentenkeuze. *Beleidswetenschap, 7* (4), 309-330.

Bressers H. Th.A. & O'toole, L.J., Jr. (1998). The selection of policy instruments: A network-based perspective. *Jnl Publ. Pol., 18,* (3), 213-239.

Bruijn, J.A. & Heuvelhof, E.F., ten (1991). *Sturingsinstrumenten voor de overheid: over complexe netwerken en een tweede generatie sturingsinstrumenten*. Stenfert Kroese.

Bruijn, T.J.N.M., de (2008) in A. Hoogerwerf & M. Herweijer (Eds.), *Overheidsbeleid. Een inleiding in de beleidswetenschap* (pp. 299-320). Alphen aan den Rijn: Kluwer.

Bult-Spiering, M. (2003). *Publiek-private samenwerking. De interactie centraal*. Utrecht: Lemma bv.

Coase, R. H. (1937). The nature of the firm. *Economica, New Series, 4*(16), 386-405.

Coleman, J. S. (1990). *Foundations of social theory*. Cambridge, MA: Belknap/Harvard University Press.

College van zorgverzekeringen (CVZ). (2003). *Verloskundig vademecum*. Diemen: CVZ.

Currall, S.C. & Inkpen, A.C. (2006). On the complexity of organizational trust: a multi-level co-evolutionary perspective and guidelines for future research. In R. Bachmann & A. Zaheer (Eds.), *Handbook of Trust Research* (pp. 235- 246). Cheltenham, UK - Northampton, MA, USA: Edward Elgar.

Delden, P.J., van. (2010). Ketensamenwerking: interne krachten bepalen het externe resultaat. Pionierende professionals belangrijker dan ambitieuze bestuurders. *Management & Organisatie,* (3), 5-20.

Dozy, M. (2011). Interorganisationeel samenwerken. In G. van den Brink & M. Bruinsma (Eds.), *De aanhouder wint. Samenwerken aan veilige krachtwijken* (pp. 13-23). Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

Ebers, M. (1997). Explaining inter-organizational network formation. In M. Ebers (Ed.), *The formation of inter-organizational networks* (pp. 3-40). Oxford: Oxford University Press.

Fabbricotti, I.N. (2007). *Zorgen voor Zorgketens. Integratie en fragmentatie in de ontwikkeling van zorgketens*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.

George, A.L., & Bennett, A. (2004). *Case studies and theory development in the social sciences.* Cambridge, Massachusetts, London, England: MIT Press.

Granovetter, M.S. (1973). The strength of weak ties. *American Journal of Sociology, 78* (6), 1360-1380.

Hijum, Y.J. (1995). *De kleur van water. Een onderzoek naar de participatie van CDA, D66, PvdA, VVD en SGP in de bepaling van het beleid met betrekking tot de waterhuishouding*. Twente: Universiteit Twente.

Hufen, J.A.M. & Ringeling, A. B. (1990). Beleidsnetwerken in het openbaar bestuur. In J.A.M. Hufen & A.B. Ringeling (Eds.), *Beleidsnetwerken: Overheids-, semi-overheids- en particuliere organisaties in wisselwerking* (pp.1-19). Den Haag: VUGA.

Inspectie voor de Gezondheidszorg, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2009). *Kraamzorg in ontwikkeling. Weinig risico's in de kraamzorg, veel risico's in de keten.* Den Haag: IGZ, Ministerie van VWS.

Inspectie voor de Gezondheidszorg, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2013). *Verloskundig Samenwerkingsverband. Regio Arnhem- Zevenaar. Rapport van het inspectiebezoek in het kader van het thematisch toezicht geboortezorg: netwerk moeder en kind.* Utrecht: IGZ, Ministerie van VWS.

Inspectie voor de Gezondheidszorg, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2014). *Verloskundige samenwerkingsverbanden: acute zorg veiliger, preventie is blijven liggen.* Utrecht: IGZ, Ministerie van VWS.

Jurriëns, J. (2005). *Ketens, knooppunten en netwerken. Hoe verk(n)oop je die synergetisch tot een waardevol geheel?* Zwolle: Christelijke Hogeschool Windesheim.

Kaats, E. & Opheij, W. (2012). *Leren samenwerken tussen organisaties. Samenbouwen aan allianties, netwerken, ketens en partnerships*. Deventer: Kluwer.

Kapteyn, B. (2001). *Organisatietheorie voor non-profit*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Klijn, E-H., Edelenbos, J., Kort, M. & Twist, M., van. (2006). *Management op het grensvlak van publiek en privaat. Hoe managers omgaan met dilemma's in complexe ruimtelijke PPs-projecten*. Den Haag: Uitgeverij Lemma.

Kogut, B. (2000). The network as knowledge: Generative rules and the emergence of structure. *Strategic Management Journal***,** 21, 405–425.

Koppenjan, J.F.M., Ringeling, A.B. & Velde, R.H.A. te (reds.) (1987). *Beleidsvorming in Nederland: een vergelijkende studie naar de totstandkoming van wetten*. 's-Gravenhage: Vuga Uitgeverij bv.

Korsten, A.F.A. (z.j.)(a). *Netwerkmanagement. Over omgaan met onzekerheid in geval van veel betrokkenen in een netwerk*. Geraadpleegd op 15 april 2014, op http://www.arnokorsten.nl/PDF/Organiseren%20en%20mgmt/Netwerkmanagement%20%20een%20kennismaking.pdf

Korsten, A.F.A. (z.j.)(b). *Samenwerken in ketens en ketenmanagement. Organisatiekanteling en samenwerking ten behoeve van betere overheidsdienstverlening*. Geraadpleegd op 15 april 2014, op http://www.ketens-netwerken.nl/resources/uploads/files/arno%20korsten.pdf

Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG). (2006). *Samenwerken in de Verloskunde, ontwikkelingen en mogelijkheden. Versterking van de eerstelijnszorg (deel 3)*. Utrecht: LVG.

Loo, E., van de. (2007). Bewuste en onbewuste processen van samenwerken. Overzicht van theorie en praktijk. *Management & Organisatie, (3),* 219-227.

Man, A.P., de. & Duysters, G.M. (2007). Alliantiemanagement. Theorie en praktijk. *Management & Organisatie,* (3), 94-106.

Man, A.P., de., Zee, H., van der. & Geurts, D. (2001). *Succesvol samenwerken. Over strategische samenwerking in het netwerktijdperk*. Pearson Education.

Minkman, M., Ahaus, K., Fabbricotti, I., Nabitz, U. & Huijsman, R. (2008). A quality management model for integrated care: results of a Delphi and concept mapping study. *International Journal for Quality in Health Care*, 1–10.

Minkman, M.M.N., Ahaus, K. & Huijsman, R. (2010). Het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg. Ketenkennis gebundeld in een generiek toepasbaar kwaliteitsmodel. *Management & Organisatie,* (5), 26-43.

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). (2012). *Marktscan. Zorg rondom zwangerschap en geboorte. Weergave van de markt 2007-2012.*

Oerlemans, L. & Kenis, P. (2007). Netwerken en innovatieve prestaties. Overzicht van theorie. *Management & Organisatie*, (3), 36-54.

Ostrom, E. (1990). *Governing the commons: The evolution of institutions for collective action*. New York: Cambridge University Press.

Ostrom, E. (1998). A behavioral approach to the rational choice theory of collective action. *American Political Science Review, 92*, 1–22.

Peterson, J. (2003). 'Policy networks'. *Political Science Series, 90,* 1-29.

Plochg, T., & Van Zwieten, M.C.B. (2007). Kwalitatief onderzoek. In T. Plochg, R.E. Juttmann, N.S. Klazinga & J.P. Mackenbach (Eds.), *Handboek Gezondheidszorgonderzoek* (pp. 77-93). Bohn Stafleu van Loghum.

Podolny, J. M., & Page, K. L. (1998). Network forms of organization. In J. Hagan & K. S. Cook (Eds.), *Annual review of sociology, 24*, 57–76.

Powell, W.W. (1990). Neither market nor hierarchy: Network forms of organization. In B. M. Staw & L. L. Cummings (Eds.), *Research in organizational behavior, 12*, 295-336.

Provan, K.G., Fish, A. & Sydow, J. (2007). Interorganizational networks at the network level: A review of the empirical literature on whole networks. *Journal of Management 33*(3), 479-516.

Ring, P.S. & Ven, A.H., van de. (1992). Structuring cooperative relationships between organizations. *Strategic Management Journal, 13*, 483-498.

Ring, P.S. & Ven, A.H., van de. (1994). Developmental processes of cooperative interorganizational relationships. *Academy of Management Journal, 19*(1), 90-118.

RIVM/Centrum Jeugdgezondheid. (2011). *Standpunt Gegevensoverdracht van kraamzorg en verloskunde naar jeugdgezondheidszorg*. Geraadpleegd op 13 maart 2014, op http://www.knov.nl/fms/file/knov.nl/knov_downloads/716/file/Standpunt_Gegevensoverdracht_van_kraamzorg_en_verloskunde_naar_jeugdgezondheidszorg_def_april_2011.pdf

Schermerhorn, J.R., Jr. (1975). Determinants of interorganizational cooperation. *The Academy of Management Journal*, *18*(4), 846-856.

Schruijer, S.G.L. & Vansina, L.S. (2007). Samenwerkingsrelaties over organisatiegrenzen *Management & Organisatie,* (3/4), 203-218.

Smid, G.A.C., Bijlsma-Frankema, K.M. & Bernaert, G.F. (2007). Innovatie en vertrouwen in Netwerken. Een verdiepende casestudie. *Management & Organisatie*, (3), 75-93.

Smith, K.G., Carroll, S.J. & Ashford, S.J. (1995). Intra- and interorganizational cooperation: toward a research agenda. *Academy of Management Journal 38*(1), 7-23.

Stanley, D. (2003). What do we know about social cohesion: the research perspective of the federal government's social cohesion research network. *The Canadian Journal of Sociology 28*(1), 5-17.

Stuurgroep Verloskunde Arnhem e.o. (2004). *Startnotitie DVP Arnhem – Zevenaar*.

Stuurgroep zwangerschap en geboorte. (2009). *Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte.*

Uzzi, B. (1997). Social structure and competition in interfirm networks: The paradox of embeddedness. *Administrative Science Quarterly, 42*, 35–67.

Vennix, J.A.M. (2010). *Theorie en praktijk van empirisch onderzoek*. Harlow: Pearson Education Limited.

Verloskundigenpraktijk Reitdiep. (z.j.). *Zwanger*. Geraadpleegd op 20 maart 2014, op http://www.verloskundigenpraktijkreitdiep.nl/zwanger/zwangerschapcontroles/de-eerste-afspraken/

Wennberg, K. & Berglund, H. (2006). Social networking and the development of new ventures. In M.M. Beyerlein, S.T. Beyerlein & F.A. Kennedy (Eds.), *Innovation through collaboration* (pp. 203-227). JAI Press.

Werkgroep VSV 'Plus' & Stichting Thuisbevalling Nederland. (2014). *Voorstel inrichting VSV 'nieuwe stijl' Arnhem e.o.*

Yin, R.K. (2003). *Case study research: Design and methods* (Applied Social Research Methods Series, Volume 5, 3rd edition). Thousand Oaks, CA: Sage.

Zijlstra, G.J. (1982). *The policy structure of the Dutch nuclear energy sector*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Zum Vörde sive Vörding, S. & Meijboom, B. (2012). Wie verlost de verloskunde? Een aanzet vanuit supply chain management. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 90* (8), 533-538.

Bijlagen

Bijlagen

Bijlage I Toetsingskader

	Voldoet niet aan de norm	Voldoet gedeeltelijk aan de norm, maar er is nog verbetering nodig	Voldoet aan de norm	Voldoet aan de norm en meer dan de minimum eisen
Geformaliseerd actief VSV	-	-	-	-
Samenstelling VSV		Niet alle in het SZG-advies genoemde disciplines en instellingen nemen deel aan het VSV. En/of niet alle praktijken/ instellingen zijn vertegenwoordigd. En/of in de bijeenkomsten ontbreken regelmatig disciplines. En/of vertegenwoordigers zijn niet gemandateerd.		
Visie en doelstelling VSV		Het VSV heeft een missie / visie vastgelegd maar deze is niet bekend bij (een deel van) de aan het VSV deelnemende disciplines.		
Bestuurlijke verantwoordelijkheid VSV		Het VSV heeft een multidisciplinair bestuur. De taken en bevoegdheden van het bestuur ten aanzien van de		

		deelnemers zijn niet vastgelegd.	
Samenwerking binnen en tussen disciplines			Er is binnen het VSV consensus over het verwijsbeleid, eventuele knelpunten zijn bespreekbaar en het beleid wordt in de praktijk ook zo uitgevoerd. In de praktijk bestaat een goede werkrelatie tussen en binnen eerste en tweede lijn. Deelnemers kunnen elkaar aanspreken.
Toelatings-overeenkomst			Alle verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen die gebruik maken van de verloskundige faciliteiten in een ziekenhuis hebben - individueel - een schriftelijk vastgelegde toelatingsovereenkomst met het betreffende ziekenhuis.
Bevoegdheid en bekwaamheid per discipline		Professionals in opleiding treden pas zelfstandig op nadat bekwaamheid is getoetst, dit is echter niet vastgelegd in een portfolio.	

		En/of - er is geen structureel inwerkprogramma voor nieuwe medewerkers en waarnemers. En/of - er is bijscholing voor het onderhouden van de bekwaamheid, maar dit wordt niet geregistreerd en er wordt niet bewaakt wie welke training heeft gevolgd.		
Taakafbakening in multidisciplinair verband			Binnen het ziekenhuis zijn duidelijke, vastgelegde afspraken over taakafbakening van de verschillende disciplines en het inroepen van extra deskundigheid en deze verlopen in de praktijk 24 uur per dag goed.	
Landelijke protocollen vertalen en implementeren				Er zijn in het VSV lokale protocollen die multidisciplinair zijn opgesteld, door alle betreffende disciplines worden onderschreven en in de praktijk ook door alle disciplines worden gevolgd / geïmplementeerd.
Bespreken individuele zwangeren	Het VSV heeft geen afspraken gemaakt over hoe en welke			

	zwangeren structureel besproken worden en heeft geen plannen daartoe in ontwikkeling. Zwangeren worden alleen op indicatie besproken.

Tabel 3. *Samenwerking in het netwerk Arnhem - De Liemers en beoordeling aan de hand van toetsingskader (IGZ, 2013, p. 16; pp. 35-39).*

Bijlage II De verloskundige indicatielijst

1. Bij het verloskundig verwijs- en consultatiebeleid respecteren de betrokken zorgverleners elkaars professionele verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Dat zij voorzien in kwalitatief verantwoorde verloskundige hulp in het algemeen, wordt als een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid gezien, naast de individuele verantwoordelijkheid jegens afzonderlijke cliënten;
2. overleg tussen eerste- en tweedelijns zorgverleners over een individuele situatie (hierna te noemen 'overleg') beschouwen de betrokken zorgverleners als een integraal onderdeel van de professionaliteit van de beroepsuitoefening. Overleg heeft daarbij enerzijds betrekking op de verloskundige en de huisarts, anderzijds op de gynaecoloog en andere medisch specialisten;
3. het initiatief voor een overleg kan van beide kanten komen. In de B-situatie neemt de eerstelijns zorgverlener het initiatief in het kader van de verloskundige risicoselectie. Daarbij spelen de adviezen uit de Verloskundige Indicatielijst een belangrijke rol. Afwijkingen van die lijst zijn mogelijk (zoals ook hierboven en in de lijst aangegeven) op grond van rationele onderbouwing;
4. overleg over een specifieke situatie begint met een schriftelijke toelichting van de eerstelijns zorgverlener aan de specialist. Deze toelichting bevat alle relevante, obstetrische gegevens (waaronder bij voorkeur een kopie van de zwangerschapskaart) en een gerichte probleemstelling;
5. in de regel vindt een consult plaats in de vorm van een spreekuurcontact tussen cliënte
6. en specialist. De specialist legt een dossier aan (ook in gevallen waarbij zijn betrokkenheid beperkt blijft tot een eenmalig consult) en legt zijn bevindingen en een beargumenteerd advies aan de eerstelijns zorgverlener schriftelijk vast; andere vormen van overleg (bijvoorbeeld telefonisch of schriftelijk) zijn mogelijk als beide zorgverleners dat verantwoord vinden. Degene die om het advies heeft gevraagd, legt in deze situatie de uitkomst van overleg in ieder geval schriftelijk vast;
7. de betreffende situatie kan leiden tot een verwijzing naar de tweedelijns zorgverlener,
8. tot verdere begeleiding door de eerstelijns zorgverlener, of tot gezamenlijke begeleiding in welke vorm ook. Eerstelijns zorgverlener en specialist nemen hierover samen de beslissing. Op grond van dit overleg bepalen zij het meest geëigende, verloskundig beleid en de meest aangewezen zorgverlener. Bij gezamenlijke begeleiding maken zij eenduidige afspraken over de verdeling van verantwoordelijkheden; de informatie aan de cliënte is een weergave van het beleid, dat eerste- en tweedelijns zorgverlener in overleg hebben vastgesteld;
9. de zorgverleners voeren dit beleid uit. Als zij hiervan om enige reden toch afwijken, motiveren en melden zij dit met alle relevante gegevens aan de overlegpartner;
10. de zorgverleners die bij het overleg betrokken zijn, houden elkaar op de hoogte van het verdere obstetrische verloop. Zij verstrekken met name concrete informatie over de uitkomsten (beloop van bevalling en kraamperiode, gezondheid van moeder en kind). Als dat wenselijk is, evalueren zij de casus in onderling overleg. Mogelijke oorzaken van opgetreden morbiditeit/mortaliteit worden in elk geval in onderling

overleg besproken. Het verdient aanbeveling dat de betrokken zorgverleners de uitkomst van dit overleg eveneens met de betrokken patiënt bespreken, evenals eventuele adviezen voor een mogelijke volgende zwangerschap/bevalling. Documentatie in patiëntendossier en ontslagbrief is noodzakelijk;

11. binnen het Verloskundige Samenwerkingsverband worden die gevallen besproken waarin afwijkingen zich structureel voordoen (zoals bedoeld bij sub 3 en sub 9), of waarin er structureel sprake is van verschillen van inzicht tussen zorgverleners. Een samenwerkingsverband heeft een essentiële betekenis voor het bestaan van evenwichtige, professionele verhoudingen op basis van gelijkwaardigheid tussen alle betrokkenen. (CVZ, 2003, pp. 40-42).

Bijlage III Processchema keten geboortezorg

Bij low risk eerstelijnszorg en bij high risk doorverwijzing tweedelijnszorg				
	Eerste Lijn		Tweede lijn	
Week	Wat	Verantwoordelijke	Wat	Verantwoordelijke
1-8	Aanmelden en vaststellen zwangerschap	• Huisarts • Verloskundige	Aanmelden en vaststellen zwangerschap	Gynaecoloog: aanmelden cliënt tussen 6-10 weken graviditeit
8	Eerste intake • informatief • eventueel informatie naar huisarts en apotheek	Verloskundige		
12-14	Tweede controle *Normale controle*: • bloeddruk • groeicontrole • hartslag • ligging *Praktische informatie*: • plaats bevalling • kraamzorg • kinderopvang • erkenning • keuze voor borst- of flesvoeding • zwangerschapscursussen • twintig weken echo (SEO)	Verloskundige	Afspraak gynaecoloog	gynaecoloog
16-18	Derde controle *Normale controle*: • zie bovenstaande	Verloskundige		
20-21	Vierde controle *Normale controle*: • zie bovenstaande *20 weken echo*: • controle ontwikkeling, gericht op lichamelijke afwijking baby	Verloskundige	Echo- voorlichting	Gynaecoloog

24	Vijfde controle *Normale controle*	Verloskundige		
25-26			Uitwendig onderzoek	
27	Zesde controle	Verloskundige		
30	Zevende controle	Verloskundige		
32	Achtste controle	Verloskundige	Consult en biometrie-echo	
32	Intake kraamzorg • Indicatie inhoud en omvang kraamzorg • Informatie nodig bij risicovolle of bijzondere situaties	Kraamzorg		
33				
34	Negende controle *Normale controle* *Huisbezoek door verloskundige*	Verloskundige	Consult en voorlichting	
36	Controle tien	Verloskundige		
36			Consult en uitwendig onderzoek	
37-40	Controle elf, twaalf, dertien en veertien	Verloskundige		
40			Consult	
		Bevalling		
4-7 Dagen na geboorte	Neonatale hielprik en gehoorscreening	Kraamverzorgende en verloskundige		
Geboorte t/m 8-10 dagen na geboorte	Digitale geboortemelding	Naar JGZ		
Geboorte t/m 8-10 dagen na geboorte	Controle moeder en kind	Kraamverzorgende en Verloskundige		
8-10 dagen na geboorte	Beëindiging kraamzorg Overdracht gegevens aan huisarts en JGZ	Kraamverzorgende en verloskundige		
10-14 dagen na geboorte	Huisbezoek • werkwijze JGZ • advies opvoeding	JGZ-verpleegkundige		
4 weken na geboorte	Bezoek van moeder en / of vader aan JGZ	• Moeder en / of vader • JGZ		

6 weken na geboorte	Nacontrole van moeder: • Lichamelijke gezondheid moeder • Ervaring moederrol	• Verloskundige • Moeder

Tabel 4. Processchema keten geboortezorg (RIVM/Centrum Jeugdgezondheid, 2011, pp. 11-14; www.verloskundigenpraktijkreitdiep.nl).

Bijlage IV Interviewguide

Datum:
Geïnterviewde:
Interviewer:

Interviewplan
In dit onderzoek wordt de bereidheid tot samenwerken van de actoren binnen het VSV Arnhem - De Liemers bestudeerd, met betrekking tot **overdrachten rondom zwangerschap, geboorte en kraamtijd**. Derhalve is de mening en ervaring van bestuur en organisatie ten opzichte van interdependentie, onderlinge verbondenheid, machtsverhouding, bereiken eigen doeleinden, kostenvoordelen, informatie- en kennisontwikkeling, vertrouwen en verwerven van middelen enerzijds en de bereidheid tot samenwerken anderzijds van belang. Middels dit interview wordt getracht dit te achterhalen.

Interviewdoel
Inzicht verkrijgen in de factoren die de bereidheid tot samenwerking van actoren in de eerste en tweedelijnszorg bij de overdracht bepalen, teneinde te komen tot aanbevelingen om de samenwerking in de keten geboortezorg, in de regio Arnhem- de Liemers, te verbeteren.

Hoofdvraag
Door welke factoren wordt de bereidheid tot samenwerking bij overdrachten binnen het VSV Arnhem - De Liemers bepaald?

Introductie
- Reden van het interview aangeven (hoe ziet de casus eruit?)
- Interview wordt opgenomen
- Structuur van het interview toelichten
- Samenvatten

Achtergrond (van te voren per e-mail)
- Wat is uw naam en functie?
- Voor welke organisatie bent u werkzaam?
- Hoe lang bent u hier werkzaam?
- Wat is uw achtergrond?
- Wat zijn uw huidige werkzaamheden?

- Voordat het interview start, de **actoren** van het VSV Arnhem - De Liemers toelichten (die meedoen met het onderzoek): kraamzorg (eerste lijn, horen formeel niet in het VSV Arnhem - De Liemers, maar zeer relevant) en eerstelijns verloskundigen. Voor de tweede lijn: gynaecologen, klinisch verloskundigen en kinderartsen. Daarnaast verschillende leidinggevenden van de verschillende betrokkenen.

- **Overdrachten** omvatten daarbij een drietal aspecten, namelijk afspraken over verantwoordelijkheden (rondom de patiënt), informatie-uitwisseling (zoals patiëntgegevens) en afstemming van de zorgverlening (tussen actoren van de VSV en met de patiënt).

Interdependentie

1. In welke mate zijn de VSV-actoren volgens u betrokken bij het VSV ten aanzien van overdrachten rondom zwangerschap, geboorte en kraamtijd?

In hoeverre bent u betrokken bij, afhankelijk van het VSV ten aanzien van overdrachten rondom zwangerschap, geboorte en kraamtijd?

2. In hoeverre moeten de actoren van het VSV hun autonomie opgeven door hun deelname aan het VSV?

In hoeverre moet u uw eigen autonomie opgeven binnen het VSV door uw deelname aan het VSV?

3. Indien de actoren een deel van hun autonomie moeten opgeven, wat levert dit dan op voor de bereidheid tot samenwerken bij overdrachten?

Indien u een deel van uw autonomie moet opgeven, wat levert u dit dan op voor de bereidheid tot samenwerken bij overdrachten? (win-winsituaties, vertrouwen?)

Informatie- en kennisuitwisseling

4. Vindt u dat er in het samenwerkingsverband voldoende kennis en kunde aanwezig is?
5. Is er volgens u sprake van een tijdige en goede informatie- en kennisuitwisseling bij overdrachten?
6. Zo nee, ten aanzien van welke actoren en/of overdrachten ervaart u knelpunten?

Bereiken eigen doeleinden

7. In hoeverre is de structuur en besturing van het VSV afgestemd op de doelen van de organisaties?

Of: In hoeverre is het samenwerken binnen het VSV een voorwaarde voor u om uw eigen doelen te behalen?

8. Is het bereiken van doelen een belangrijk onderwerp van aandacht volgens u in het samenwerkingsproces?

Kostenvoordelen

9. In hoeverre leidt het bijeenbrengen van actoren in een VSV tot het ontstaan van synergie volgens u? (dat wil zeggen, een situatie waarin het effect van een samenwerking groter is dan elk van de samenwerkende partijen afzonderlijk zou kunnen bereiken)
10. Leidt deze synergie tot voordelen, zoals kostenreductie? (verminderende besluitvormingskosten of zorgkosten bijvoorbeeld)

Leidt deze synergie tot voordelen voor u, zoals kostenreductie?

Verwerven van middelen

11. Creëert het VSV waarde voor ieder van de organisaties?

12. Zo ja, kunt u hiervan voorbeelden geven? (denk aan middelen en competenties; bijscholing o.i.d.)

In hoeverre verkrijgt u door de aanwezigheid van het VSV toegang tot aantrekkelijke middelen en competenties, die door u alleen niet of moeilijk te bereiken/beschikbaar zijn?

Verbondenheid

13. Zijn de actoren van het VSV volgens u in staat om zich onderling, ten aanzien van elkaars doeleinden bij overdrachten, te verbinden? (dat wil zeggen, inleven in/sympathie voor elkaars doeleinden)
14. Zijn de actoren van het VSV volgens u in staat om zich onderling te verbinden ten aanzien van de kernwaarden van het VSV?
15. Geven de organisaties elkaar feedback over hun stijl van samenwerken bij overdrachten?

Geeft u andere organisaties wel eens feedback over hun stijl van samenwerken bij overdrachten?

Vertrouwen

16. Vertonen de actoren van het VSV volgens u betrouwbaar en berekenbaar gedrag?

Of: In hoeverre vertrouwt u op de andere actoren van het VSV bij overdrachten?

Machtsverhouding

17. Is er volgens u sprake van een machtsevenwicht binnen het VSV? Dat wil zeggen, is er een gelijke machtsverhouding tussen de actoren van het VSV?
18. Of is er volgens u sprake van een machtsoverwicht (door één van de actoren) binnen het samenwerkingsverband? Dat wil zeggen, één van de actoren heeft een dominerende machtspositie binnen het VSV.

19. In hoeverre zijn de besproken factoren voor u van invloed op uw bereidheid tot samenwerken met de andere actoren van het VSV:
    (elke respondent kiest bij elke factor steeds uit een van de drie mogelijkheden)

	Eens	Neutraal	Oneens
Interdependentie			
Onderlinge verbondenheid			
Machtsverhouding			
Bereiken eigen doelen			
Kostenvoordelen			

Informatie- en kennisuitwisseling			
Vertrouwen			
Verwerven van middelen			

Afronden

20. Wilt u nog iets toevoegen aan hetgeen al gevraagd/verteld is?
21. Op welke wijze mag ik naar u refereren in mijn referaat?













Radboud Universiteit Nijmegen

IN·DEI·NOMINE·FELICITER

