

Samen komen, samen blijven, samenwerken

Een bestuurskundig onderzoek voor het Catharina Kanker Instituut naar de ambities, verwachtingen en voorkeuren ten aanzien van samenwerking tussen betrokken actoren in een oncologisch zorgnetwerk.



Radboud Universiteit



**catharina
ziekenhuis**

*“Als je een beetje beter wilt zijn, wees dan competitief.
Als je exponentieel beter wilt zijn, wees dan coöperatief.”*

- William Shakespeare -

Janssen, S.A.M.A.M. (Stephan)
5-12-2016

Samen komen, samen blijven, samenwerken

Een bestuurskundig onderzoek voor het Catharina Kanker Instituut naar de ambities, verwachtingen en voorkeuren ten aanzien van samenwerking tussen betrokken actoren in een oncologisch zorgnetwerk.

Naam student	Stephan Janssen
Studentnummer	S4521641
E-mailadres	sa.janssen@student.ru.nl
Cursus	Masterthesis Organisatie & Management
Opleiding	Master Bestuurskunde (voltijd)
Faculteit	Faculteit der Managementwetenschappen
Studiejaar	2015/2016
Plaats & datum	Nijmegen,
Begeleiders	Marleen Bekker PhD Mirjam Hulsenboom, MSc.

Voorwoord

Het afgelopen studiejaar was een achtbaan vol leerzame ervaringen. Vol goede moed en gezonde spanning ben ik ingestapt, niet wetende hoe de achtbaan precies ging verlopen. De kar kwam in beweging en tijdens de rit gingen er een arsenaal aan gevoelens door mij heen. Optimisme, enthousiasme en verwondering op de top. Frustratie, verslagenheid en ongerustheid op het dieptepunt. Tussendoor een aantal loopings waardoor de wereld heel even op zijn kop leek te staan. De achtbaan is razendsnel voorbijgevlogen en voordat ik het mezelf realiseerde, stond ik alweer buiten. Tijd voor bezinning.

Ik besef mezelf zonder meer dat ik dankzij de hulp van een aantal mensen uit mijn omgeving tot een succesvol resultaat ben gekomen. Derhalve wil ik van de gelegenheid gebruikmaken om iedereen die een steentje heeft bijgedragen te bedanken. Waarschijnlijk mis ik er nog een aantal, desalniettemin bedankt voor je bijdrage!

Mijn dank gaat in het bijzonder uit naar mijn begeleiders van zowel de universiteit als het Catharina ziekenhuis bedanken. Een groot compliment in de wijze waarop deze twee dames samen met mij dit traject zijn ingegaan. Jullie zijn beide oprecht, meedenkend en prettig in de omgang. Dankzij jullie constructieve houding ben ik in staat geweest dit onderzoek tot een goed einde te brengen.

- Mirjam, bedankt dat je altijd de tijd nam om met mij te sparren over het onderzoek en dat je mij zo actief ondersteunde binnen het ziekenhuis. Jouw betrokkenheid en ideeën hebben mij meerdere keren goed op weg geholpen.
- Marleen, bedankt voor je waardevolle feedback en procesbewaking. Hiermee stuurde je mij, ondanks het sporadische contact, in de juiste richting op de juiste momenten en voorkwam je dat ik te veel uit zou lopen.
- Grard, bedankt dat je mij meenam in jouw gedachtegang en enthousiasme. Je bent overduidelijk een strategisch denker met een gezond relativiseringsvermogen.
- Lenneke, bedankt voor jouw persoonlijke betrokkenheid, oprechte interesse en het regelen van de interviews.

Al met al kan ik zeggen dat dit onderzoek een hoop vragen met zich heeft meegebracht. Vragen waar het werkveld antwoorden voor nodig heeft, vragen die mij geïntregeerd hebben. Tegelijkertijd heeft het ook antwoorden opgeleverd. Antwoorden die hopelijk richting geven en helpen kansen te benutten maar die nooit onbetwistbaar zullen zijn. Het afgelopen half jaar heb ik van tijd tot tijd flink geworsteld met deze vragen en het vinden van de juiste antwoorden. Soms zat ik met de handen in het haar. De complexiteit van zorgnetwerken en de veranderlijkheid van de context zorgde ervoor dat ik moeite had met afbakenen. In de beginfase ging ik alle kanten op, terwijl ik richting het einde gevoelsmatig verdronk in alle data. Op een gegeven moment had ik in mijn hoofd helder waar ik naartoe wilde. Het was niet eenvoudig mijn gedachten daarover op papier te verwoorden. Al zoekende naar een oplossing kwam ik uit bij een begrip uit de kennisleer, *'tacit knowing'*. Dit is een vorm van individuele kennis die *'in het hoofd zit'* en daardoor moeilijk overdraagbaar is. Alhoewel het begrip niet volledig overeenstemt met de door mij beschreven situatie, ervoer ik dat wel zo. Met hulp vanuit meerdere richtingen ben ik erin geslaagd om mijn gedachten expliciet te maken in de scriptie die nu voor u ligt. Alles overziend ben ik tevreden met het eindresultaat en ik hoop oprecht dat ik een bescheiden wetenschappelijk, maatschappelijk, maar bovenal, praktisch aandeel heb geleverd aan het werkveld. Bestuurskunde blijft namelijk een *kunde* en dient in mijn ogen te allen tijde haar toepassingsgerichte karakter te behouden.

Even keek ik achterom. Nu kijk ik tevreden weer vooruit, op zoek naar de volgende uitdagende achtbaan.

*Stephan Janssen,
Nijmegen, december 2016*

Managementsamenvatting

Vanwege de complexiteit van oncologische zorgprocessen, hervormingen in de structuur van het zorgstelsel en ontwikkelingen in de samenleving en politiek bestaat er een noodzaak om samenwerking in regionale zorgnetwerken te bevorderen. De noodzaak tot samenwerking enerzijds, en de concurrentie ten gevolge van marktwerking anderzijds leveren een spanningsveld op tussen oncologische zorgaanbieders met betrekking tot de organisatie en coördinatie van oncologische zorgnetwerken. Verwarring en discussie over de werkwijze en de verdeling van deze zorg zijn in de praktijk doorgaans oorzaken van moeizame afstemming. Dit geeft een bijzondere dynamiek, waarin zorgaanbieders zich genooddaakt voelen om keuzes te maken m.b.t. samenwerking en het eigen oncologische zorgaanbod.

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in beïnvloedende factoren bij het realiseren van samenwerking tussen regionale ziekenhuizen in oncologische zorgnetwerken binnen de context van concurrentie. Deze inzichten zijn nodig om de gewenste onderlinge verhoudingen te bepalen tussen regionale ziekenhuizen. Het Catharina Kanker Instituut (CKI) is binnen dit onderzoek als representatieve casus gebruikt omdat deze zorgaanbieder in toenemende mate bestaansrecht zal ontlenen aan samenwerking met andere zorgaanbieders in de regio. Derhalve is de volgende onderzoeksvraag gesteld: *“Hoe kan de huidige samenwerking binnen huidige oncologische zorgnetwerken van het CKI worden verklaard binnen de context van concurrentie en hoe kan de organisatie en coördinatie van een oncologisch zorgnetwerk worden verbeterd?”*

Om antwoord te kunnen geven op deze tweeledige vraag zijn er op basis van wetenschappelijke literatuur invloedsfactoren geselecteerd die succesvolle samenwerking in oncologische zorgnetwerken beïnvloeden. Het betreft factoren die geschaard kunnen worden onder de onderlinge relaties tussen actoren en de organisatie van het netwerk. Vertrouwen, cultuurverschillen, macht & afhankelijkheid en wederkerigheid zijn factoren die de relaties tussen actoren beïnvloeden. De gemeenschappelijke doelen en regie- & rolduidelijkheid zijn factoren die de organisatie van het netwerk beïnvloeden. Deze factoren worden weer beïnvloed door verschillende motieven en belangen van zorgaanbieders.

Om deze factoren te onderzoeken is er gekozen voor kwalitatief, exploratief casestudy onderzoek. In het CKI is de oncologische zorg rond de patiënt op een fysieke plek in het Catharina Ziekenhuis Eindhoven (CZE) geconcentreerd. Naast algemene oncologische zorg verlenen zij tevens topreferente oncologische zorg. Het CKI is onderdeel van het Oncologienetwerk Zuidoost-Nederland (OncoZON) en het netwerk met samenwerkingsrelaties in het adherentiegebied (adherente regio). OncoZON is het formele oncologische netwerk (CCN) waarin het CKI sinds begin 2015 participeert en welke heel Zuidoost Nederland beslaat. De adherente regio is daarentegen het informele netwerk in de regio zuidoost-Brabant, tevens verzorgingsgebied van het CZE en overlapt grotendeels met de OncoZON regio.

Om de samenwerking in beide netwerken te onderzoeken is een triangulatie van methoden toegepast. Er zijn m.b.v. een topiclijst 28 diepte-interviews afgenomen met medisch specialisten en managers. Deze individuen vertegenwoordigen hun eigen ziekenhuis en zijn de analyse-eenheden van dit onderzoek. De andere methode betreft een documentanalyse en literatuuronderzoek ter beschrijving van de oncologische zorgcontext.

Uit de resultaten blijkt dat in beide regio de wederzijdse afhankelijkheden tussen ziekenhuizen worden beïnvloed door de verschillen in machtsverhoudingen. De ziekenhuisgrootte beïnvloed de verschillen in machtsverhoudingen. Grote (STZ-)ziekenhuizen hebben meer resources om een breder oncologisch zorgaanbod te bieden. Daardoor hebben zij minder afhankelijkheden en noodzaak tot samenwerking dan SAZ-ziekenhuizen. Deze situatie maakt het vertrouwen in de onderlinge relaties erg fragiel. Het is echter niet de ongelijkheid in machtsverhoudingen die het vertrouwen schaden maar het uitoefenen van macht. Dit verklaart waarom specialisten en managers een behoefte

hebben aan geformaliseerde afspraken en regels als controlemiddel om wantrouwen te ondervangen.

Daarnaast heeft de noodzaak tot kostenbeheersing de organisatorische verhoudingen tussen specialisten en bestuurders veranderd. Bestuurders worden door de marktomgeving gedwongen tot concurrentie en daarom voornamelijk bezig met het realiseren van organisatiebelangen zoals het genereren van ziekenhuisinkomsten. Specialisten vrezen dat deze 'strategische motieven' het zorgbelang ondermijnen. Zorg- en organisatiebelangen kunnen echter overeenkomen maar er worden verschillende soorten eisen gesteld ten aanzien van kwaliteit en concurrentie. Medische specialisten hebben hier onvoldoende zicht op en zij ervaren binnen OncoZON daarom **verborgen belangen** op bestuursniveau. Dit resultaat geeft indirect aan dat er binnen OncoZON momenteel een gebrek aan vertrouwen is. Binnen de adherente regio heeft de samenwerking al bewezen een functionele meerwaarde te zijn en daarom wordt er daar meer vertrouwen en betrokkenheid ervaren.

Al met al is het een ambivalente situatie waarin beide regio's onder invloed van marktwerking en toenemende kwaliteitseisen enerzijds elkaars concurrent zijn maar anderzijds een noodzaak hebben om met elkaar samen te werken. Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden naar het type oncologische zorg dat wordt aangeboden. Het spanningsveld tussen samenwerking en concurrentie verschilt daarmee per tumorsoort en hangt hoofdzakelijk samen met de complexiteit en het volume van de oncologische zorg. Ziekenhuizen werken vooral samen op laagvolume-hoogcomplex zorg omdat die om topspecialistische kennis en ervaring vraagt. Zij concurreren vaker op hoogvolume-laagcomplex zorg, omdat die zorg vraagt om een doelmatige, efficiënte uitvoering. Dat betekent dat er in de adherente regio, waar meer focus ligt op hoogvolume-laagcomplex zorg, andere voorwaarden gelden voor de samenwerking dan in OncoZON, welke doorgaans draait om hoogcomplex zorg.

De concurrentieverhoudingen in de adherente regio komen onder druk te staan wanneer patiënten niet worden terugverwezen nadat het topspecialistische proces van het zorgpad is afgerond. Als patiëntverwijzingen binnen een tumorspecifiek zorgpad worden vastgelegd in SLA's, dan geeft dat bestuurders, in met name SAZ-ziekenhuizen, een middel om de concurrentiepositie te behouden. Samenwerking binnen OncoZON is daarentegen moeilijk te ondervangen in SLA's, omdat de kwaliteitseisen per tumorsoort verschillen en onzekerheden te groot zijn. SLA's kunnen daarentegen bruikbaar zijn om duidelijkheid te creëren over de taken en verantwoordelijkheden per ziekenhuis. Op dit moment is voor ziekenhuizen binnen OncoZON onduidelijk welke taken en verantwoordelijkheden zij hebben als verwijzer, referentiecentrum of uitvoerder bij bepaalde tumorsoorten.

Op basis hiervan wordt aanbevolen dat netwerkdeelnemers samenwerkingsrelaties formaliseren in SLA's waarin zij afspraken maken over wederkerigheidsbehoeftes en de rolverdeling. Deze afspraken zullen ruimte creëren om het vertrouwen te vergroten. Een andere aanbeveling is om strategische scenario's per tumorsoort uit te werken om daarmee om te gaan met de verschillen per tumorsoort en de grilligheid van de netwerkcontext.

Een tekortkoming van dit onderzoek is dat zorgbestuurders niet vertegenwoordigd zijn in dit onderzoek met als mogelijk gevolg een overwegend medisch-inhoudelijk perspectief en beperkt zicht op markteisen en concurrentieverhoudingen. Een suggestie voor vervolgonderzoek is om oncologische zorgnetwerken in verschillende regio's binnen Nederland met elkaar vergelijken.

Kernwoorden: *oncologische zorg, zorgnetwerken, comprehensive cancer networks, samenwerking, concurrentie*

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Managementsamenvatting	3
Figuren- en tabellenlijst.....	7
1. Inleiding en onderzoeksopzet	8
1.1. Aanleiding.....	8
1.1.1. De problemen van de oncologische zorg	8
1.1.2. De noodzaak tot samenwerking	8
1.2. Probleemstelling.....	10
1.2.1. Doelstelling	10
1.2.2. Vraagstelling	10
1.3. Relevantie	11
1.3.1. Wetenschappelijke relevantie.....	11
1.3.2. Maatschappelijke relevantie	11
1.4. Leeswijzer	12
2. Context van de oncologische zorg.....	13
2.1. Organisatie van de oncologische zorg.....	13
2.1.1. Landelijk.....	13
2.2. Trends en ontwikkelingen in de oncologische zorg	14
2.2.1. Kwaliteit en toegankelijkheid	14
2.2.2. Samenwerking als beoogde oplossing	14
2.3. Het Catharina Kankerinstituut.....	15
2.3.1. Comprehensive Cancer Networks	16
2.3.2. De adherente regio.....	17
2.3.3. Bestuurlijke en organisatorische uitdagingen voor het CZE.....	17
2.4. Samenvatting.....	18
3. Theoretisch kader	19
3.1. Ter inleiding.....	19
3.2. De complexiteit van oncologische zorg.....	19
3.3. Netwerken en zorgketens	20
3.4. Verschillende niveaus van netwerken.....	21
3.5. Invloedsfactoren van zorgnetwerken.....	22
3.5.1. Organisatie van het netwerk	22
3.5.2. Onderlinge relaties tussen actoren	24

3.5.3.	Netwerkomgeving	27
3.6.	Belangen & motieven	28
3.6.1.	Belangen in samenwerking	28
3.6.2.	Motieven voor samenwerking.....	30
3.7.	Reflectie & conceptueel model	31
4.	Methoden van onderzoek	35
4.1.	Onderzoeksdesign	35
4.1.1.	Exploratief	36
4.1.2.	Interpretatief	36
4.1.3.	Onderzoeksproces	37
4.2.	Dataverzameling.....	37
4.2.1.	Interviews	37
4.2.2.	Documentanalyse.....	38
4.3.	Operationalisatie	38
4.4.	Selectie van de onderzoekseenheden.....	39
4.5.	Data-analyse	41
4.6.	Kwaliteitsborging van het onderzoek.....	41
4.6.1.	Betrouwbaarheid.....	41
4.6.2.	Validiteit	42
4.7.	Verslaglegging	43
5.	Resultaten & analyse.....	44
5.1.	Beschrijving van de resultaten	44
5.1.1.	De oncologische zorg in de regio: een overzicht.....	44
5.1.2.	De adherente regio: van oudsher gegroeid	46
5.1.3.	Introductie gereguleerde marktwerking & consequenties voor adherente regio.....	48
5.1.4.	Ontstaan van OncoZON: Top down met regierol & resources voor MUMC.....	50
5.1.5.	Bestuurders met verborgen agenda's en consequenties voor zorgnetwerken	53
5.2.	Analyse van resultaten	57
6.	Conclusie & discussie.....	59
6.1.	Antwoorden op de deelvragen.....	59
6.2.	Beantwoording van de centrale vraagstelling.....	69
6.3.	Aanbevelingen.....	71
6.3.1.	Aanbevelingen voor het CZE	71
6.3.2.	Aanbevelingen voor actoren in de oncologische zorg	72

6.4. Discussie van het onderzoek	74
6.4.1. Kritische reflectie.....	77
6.4.2. Suggesties voor vervolgonderzoek.....	78
Bibliografie	80
Bijlagen	86
B1. Beschrijving van het zorgstelsel	86
B2. Topiclijsten interviews.....	105

Figuren- en tabellenlijst

Figuur 1: Geografische ligging CZE t.o.v. verschillende CCN's.....	16
Figuur 2: Adherente regio CKI	17
Figuur 3: Verschillende governancevormen (Kenis & Provan, 2008: 298).....	21
Figuur 4: Governancestructuren van netwerken (Kenis & Provan, 2008)	23
Figuur 5: Belangenmodel Boonekamp & Huijsman (1998).....	29
Figuur 6: Conceptueel model	34
Figuur 7: Schematische weergave onderzoeksproces	37
Figuur 8: Netwerkoverzicht voor diverse medische disciplines	45
Figuur 9: Verwijspatronen in de adherente regio	47
Tabel 1: Belangrijkste motieven voor samenwerking in de zorgsector (Caris, 2007)	30
Tabel 2: Hypothesen en toelichting keuze relevante invloedsfactoren.....	32
Tabel 3: Overzicht onderzochte invloedsfactoren	39
Tabel 4: Overzicht van respondenten	40
Tabel 5: Ziekenhuizen in de regio.....	45
Tabel 6: Structuur resultatenhoofdstuk	46
Tabel 7: Voorwaarden voor succesvol samenwerken.....	61
Tabel 9: Betrokken ziekenhuizen	63
Tabel 10: Overzicht belangrijkste bevindingen	70

1. Inleiding en onderzoeksopzet

1.1. Aanleiding

1.1.1. De problemen van de oncologische zorg

De oncologische zorg is in beweging. Kwaliteitseisen worden strenger, de zorgvraag en concurrentie nemen toe, maar de groeimogelijkheden zijn beperkt. De noodzaak tot samenwerking enerzijds, en de concurrentie ten gevolge van marktwerking anderzijds levert een spanningsveld op tussen oncologische zorgaanbieders met betrekking tot de organisatie en coördinatie van oncologische zorgnetwerken. Dit geeft een bijzondere dynamiek, waardoor het Catharina Kanker Instituut (CKI) zich genooddaakt voelt om keuzes te maken op welke zorggebieden zij kunnen en willen excelleren. Het CKI is een oncologiecentrum aan de westzijde van het Catharina Ziekenhuis Eindhoven (CZE) waar de oncologische zorg op een fysieke plek geconcentreerd is. De context waar het CKI zich in bevindt maakt het van cruciaal belang om over de nodige achtergrondinformatie te beschikken aangaande de organisatie van de oncologische zorg (bijlage 1). Hieronder wordt kernachtig ingegaan op het huidige Nederlandse zorgstelsel en relevante maatschappelijke, technologische en sociaaleconomische ontwikkelingen met betrekking tot de oncologische zorg en het CKI. De complexiteit die hiermee gepaard gaat vereist extra aandacht voor kwaliteit, beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorgprocessen en –voorzieningen.

Deze voorzieningen zijn op uiteenlopende manieren te ordenen (Boot & Knapen, 2005) en het zorgproces wordt door zorgaanbieders veelal in een *zorgketen* georganiseerd (Stronks, Polder, & Klazinga, 2016). Zorgketens zijn netwerken waarbij regionale zorgaanbieders hun zorg onderling goed afstemmen (van der Burgt, Mechelen-Gevers, & Hekkert, 2005).

1.1.2. De noodzaak tot samenwerking

De overtuiging is dat interorganisationale samenwerking een doelmatige en bestuurbare zorgverlening bevordert (Mur-Veeman, Eijkelberg, & Spreeuwenberg, 2001). Vandaar dat de functies van het hedendaagse ziekenhuis steeds vaker dwars door de *lijnen* heen loopt in een netwerk van samenwerking. Een van de ontwikkelingen die zich als onderdeel van zorgketens heeft gemanifesteerd betreft het opzetten en implementeren van *zorgpaden*. Als zorgaanbieders de benodigde faciliteiten en expertise zelf niet in huis hebben, dan wordt het organiseren van zorgpaden in regionale netwerken beschouwd als de beste en meest effectieve manier om zorg te organiseren en te verlenen (Milward, Provan, Fish, Isett, & Huang, 2010; Provan, Huang, & Milward, 2009). Een zorgpad is “een complexe interventie om de gemeenschappelijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen te verwezenlijken voor een specifieke groep van patiënten gedurende een gedefinieerd tijds kader.” (Vanhaecht, De Witte, & Sermeus, 2007). Kortom, een zorgpad is een beslismodel die het traject van de patiënt door het zorgproces standaardiseert. Deze zogenaamde zorgpaden hebben veel invloed heeft op de organisatiestructuur en het functioneren van zorgaanbieders. Verwarring en discussie over de werkwijze en de verdeling van zorg zijn in de praktijk doorgaans oorzaken van moeizame afstemming (Hummel, De Meer, De Vries, & Otter, 2009).

Direct hieraan gekoppeld is het beleid omtrent *concentratie* en *spreiding* van zorgvoorzieningen (RVZ, 2009). Om optimale en doelmatige oncologische zorgverlening te realiseren is het noodzakelijk én onvermijdelijk om bepaalde oncologische zorg te concentreren. Dit betekent verdere specialisatie van zorg waarbij de behandeling van laagvolume tumoren op een beperkt aantal locaties vaker wordt uitgevoerd. Spreiding gaat daarentegen over het aanbieden van zorg dichtbij de patiënt. Hierbij is

samenwerking tussen regionale ziekenhuizen veelal gebaseerd op de behandeling van hoogvolume tumoren (IKNL, 2015). Concurrentie hangt nauw samen met het dominante paradigma van concentratie en spreiding in de oncologische zorg. Voor veel verschillende tumorsoorten zijn door de Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS) kwalitatieve en kwantitatieve normen vastgesteld. Hierdoor zullen sommige regionale ziekenhuizen niet meer in staat zijn bepaalde oncologische zorg zelfstandig aan te bieden. Zij zien zichzelf daarom genoodzaakt tot samenwerking met andere ziekenhuizen binnen een context van opgelegde concurrentie.

Dit wordt versterkt door de impact die snelle opeenvolging van technologische ontwikkelingen op de zorg hebben en die snellere, effectievere diagnostiek mogelijk maken (Hans, 2015). Vooral de oncologie profiteert hiervan van met als gevolg dat de kennis over tumoren steeds specifiekere wordt en ziekenhuizen zich verder specialiseren. De toenemende specialisatie in combinatie met het concentratie- en spreidingsbeleid vereist meer samenwerking, afstemming en communicatie tussen zorgaanbieders met betrekking tot het doorverwijzen van patiënten of het afstemmen van onderdelen binnen het individuele zorgproces (Hans, 2015).

Het gevolg is dat zorgaanbieders moeten kunnen deelnemen in langdurige samenwerkingsverbanden welke worden vastgelegd in bindende afspraken over het aanbieden van oncologische zorg op de juiste plaats. Hierin zijn tevens de verschillende verwijzingen tussen zorgaanbieders en onderdelen van het zorgproces gewaarborgd. Iedere actor is verantwoordelijk voor een schakel in de zorgketen. Alles overziend draait het uiteindelijk om het blijven garanderen van het oncologische zorgaanbod aan patiënten. Zorgaanbieders doen er daarom verstandig aan om samenwerking ziekenhuis overstijgend te organiseren.

Voldoende aanleiding voor het CZE om de oncologie te benoemen als speerpunt. Uit het visiedocument (CZE, 2015) komt naar voren dat het CZE al een bovengemiddeld oncologisch karakter heeft. Dit profiel willen zij via het CKI verder uitbouwen in samenwerking met relevante actoren om zo de patiënt optimaal te helpen met zijn of haar zorgvraag. Een van de strategieën om samenwerking te bevorderen is het ontwikkelen en verbeteren van zorgketens. Sinds 2015 wordt er daarom hard gewerkt aan de inhoudelijke afspraken, het ontwikkelen van zorgpaden per tumorsoort en verdere invulling van samenwerkingsvormen met relevante zorgpartners. In navolging van oncologische ontwikkelingen in de VS gaan de gedachten uit naar het vormen van *Comprehensive Cancer Networks* (CCN's). Dit zijn netwerken waar regionale zorgaanbieders uit meerdere lijnen samenwerken om de best mogelijke oncologische zorg te bieden.

De vorming van OncoZON (Oncologienetwerk Zuidoost-Nederland), begon op bestuurlijk niveau. Begin 2015 had het Maastricht UMC+ (MUMC) bilaterale samenwerkingsovereenkomsten gesloten met vrijwel alle ziekenhuizen in deze regio. Op een later moment zal een gezamenlijke overeenkomst voor de hele regio Zuid Oost Nederland volgen. Het CZE ziet echter ook ontwikkelrichtingen voor samenwerking met zorgaanbieders los van OncoZON of het vormen van nieuwe netwerken. In de dynamiek van de beschreven ontwikkelingen is daarom een herpositionering van het CKI gewenst. Het CKI stuurt aan op een regionaal oncologisch netwerk met tumorspecifieke zorgpaden voor patiënten. De afgelopen jaren zijn in het CKI daarom multidisciplinaire poliklinieken en oncologische zorgpaden geïntroduceerd. Hierbinnen wordt samengewerkt met diverse actoren in de regio. Denk hierbij aan huisartsen, ziekenhuizen, Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) en zorgverzekeraars.

In een strategisch plan heeft het CZE ambities uitgewerkt, vertaald naar doelstellingen om van het CKI een leidend en toonaangevend oncologisch centrum in Nederland te maken. Het CZE zal daarom de volgende stap moeten zetten en bepalen hoe zij zichzelf de komende jaren wil positioneren in een regionaal oncologisch netwerk. Het heeft derhalve prioriteit om verschillende vormen van samenwerking te onderzoeken en een visie te formuleren voor de komende jaren. Thema's als kwaliteitseisen, volumenormen, spreiding en concentratie dagen het CZE uit om een afgewogen keuze te maken met betrekking tot het oncologische zorgaanbod. Het is noodzakelijk dit nader te onderzoeken en hier zorgvuldig over na te denken. Enerzijds betreft dit de eigen positie van het CKI binnen de verschillende, overlappende zorgnetwerken en de ambities richting patiënten. Anderzijds de zelf toebedeelde maar ook gegunde rol met betrekking tot samenwerking tussen regionale ziekenhuizen. Dit roept allerlei vragen op over de ambities, verwachtingen, voorkeuren en belangen van zowel het CKI als de stakeholders.

Samenvattend kan worden gesteld dat het CKI in toenemende mate bestaansrecht zal ontleen aan samenwerking met andere zorgaanbieders in de regio om onder andere de huidige patienteninstroom te behouden. Vanwege de hoge complexiteit van oncologische zorgprocessen, hervormingen in de structuur van het zorgstelsel en ontwikkelingen in de samenleving en politiek bestaat er de noodzaak om samenwerking te bevorderen.

1.2. Probleemstelling

De noodzaak tot samenwerking enerzijds, en de concurrentie ten gevolge van marktwerking anderzijds levert een spanningsveld op tussen oncologische zorgaanbieders met betrekking tot de organisatie en coördinatie van oncologische zorgnetwerken.

1.2.1. Doelstelling

Dit onderzoek draagt bij aan kennis- en theorievorming over beïnvloedende factoren bij het realiseren van samenwerking tussen regionale ziekenhuizen in oncologische zorgnetwerken binnen de context van concurrentie.

Dit onderzoek zal voor regionale ziekenhuizen, en het CZE in het bijzonder, bijdragen aan het verkrijgen van inzicht in de huidige en gewenste onderlinge verhoudingen met relevante actoren binnen het oncologische zorgdomein. Deze inzichten heeft het CZE nodig om te bepalen hoe het CKI zich kan verhouden ten opzichte van relevante ziekenhuizen in de regio.

De uitdaging voor het CKI is om binnen deze context zichzelf zo te positioneren dat er ruimte ontstaat waarin samenwerking en vertrouwen tussen ziekenhuizen in de oncologische zorg (verder) kan groeien.

1.2.2. Vraagstelling

Om tot relevante inzichten te komen over de organisatie en coördinatie van oncologische zorgnetwerken is het noodzakelijk om allereerst de huidige situatie in kaart te brengen. Binnen dit onderzoek staat daarom de volgende vraagstelling centraal:

“Hoe kan de huidige samenwerking binnen huidige oncologische zorgnetwerken van het CKI worden verklaard binnen de context van concurrentie en hoe kan de organisatie en coördinatie van een oncologisch zorgnetwerk worden verbeterd?”

Uit deze hoofdvraag zijn een aantal deelvragen afgeleid welke gezamenlijk bijdragen aan het beantwoorden van de centrale vraagstelling. Hieronder de deelvragen:

1. *Hoe ziet de organisatie en coördinatie van de oncologische zorg in het algemeen eruit en wat zijn relevante ontwikkelingen met betrekking tot samenwerking?*
2. *Welke voorwaarden voor succesvol samenwerken in oncologische zorgnetwerken zijn uit de interorganisatiele theorie en zorgliteratuur af te leiden?*
3. *Wat verstaan betrokken actoren in het netwerk van het CKI onder een oncologisch zorgnetwerk en wat verwachten zij ervan?*
4. *Welke overeenkomsten en verschillen over de verwachtingen, voorkeuren, motieven en doelen met betrekking tot samenwerking in oncologische zorgnetwerken zijn er tussen de partners in dit netwerk?*
5. *Hoe functioneert de samenwerking volgens de betrokken actoren binnen en buiten het CKI?*
6. *Op welke wijze kan het netwerk actief inspelen op de motieven, verwachtingen en ambities van betrokken actoren om zodoende een constructieve samenwerking te realiseren?*

1.3. Relevantie

1.3.1. Wetenschappelijke relevantie

Het doel van dit onderzoek is het verkrijgen van inzicht in de complexiteit van oncologische netwerksamenwerking tussen regionale ziekenhuizen binnen de context van concurrentie. Het is wetenschappelijk relevant om te onderzoeken of zorgketenliteratuur in combinatie met concepten uit de netwerktheorie de samenwerking binnen oncologische zorgnetwerken afdoende kan verklaren. Wellicht dat er, naar aanleiding van dit onderzoek, specifieke aanvullende factoren te benoemen zijn die kunnen bijdragen aan het nader verklaren en verbeteren van samenwerking en netwerkvorming. De relevantie schuilt tevens in de explorerende aard van dit onderzoek. Ondanks het feit dat er veel literatuur over marktwerking, het organiseren van zorgketens en netwerksamenwerking binnen de zorg beschikbaar is, is kennis over bestaande samenwerkingsverbanden tussen oncologische zorgaanbieders beperkt. Uiteindelijk tracht dit onderzoek wetenschappelijke inzichten te genereren die een bijdrage leveren met betrekking tot het realiseren van samenwerking in (regionale) oncologische zorgnetwerken.

1.3.2. Maatschappelijke relevantie

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in het kader van een stageopdracht binnen het Catharina ziekenhuis, ten behoeve van de verdere ontwikkeling van het CKI. Het CZE worstelt met de lastige taak om samenwerking in oncologische zorgnetwerken te realiseren, behouden en optimaliseren. Vanwege de complexiteit van oncologische zorgprocessen, hervormingen in de structuur van het zorgstelsel en ontwikkelingen in de samenleving en politiek bestaat er een toenemende noodzaak om samenwerking in regionale zorgnetwerken te bevorderen. In de dynamiek van deze ontwikkelingen wordt het CZE uitgedaagd om afgewogen keuzes en onderlinge afspraken met regionale ziekenhuizen te maken met betrekking tot het oncologische zorgaanbod. Dit roept allerlei vragen op over de ambities, verwachtingen, voorkeuren en belangen van regionale ziekenhuizen met betrekking tot samenwerking. Op basis van deze vragen wordt onderzocht welke factoren de netwerksamenwerking tussen het CKI en regionale ziekenhuizen beïnvloeden. Dankzij de

hedendaagse noodzaak tot netwerksamenwerking zijn de uitkomsten in toenemende mate van doorslaggevend belang bij het realiseren van kwalitatief goede en doelmatige zorg. De uitkomsten zijn daarmee mogelijk ook relevant voor samenwerking in andere (regionale) oncologische netwerken.

1.4. Leeswijzer

In hoofdstuk twee wordt een uitgebreide beschrijving gegeven van de oncologische zorgcontext. Hier wordt onder andere ingezoomd op de organisatie van de oncologie, trends en ontwikkelingen en een beschrijving van het Catharina Kanker Instituut en haar omgeving. In hoofdstuk drie een overzicht wordt een opsomming gegeven van relevante literatuur en bijbehorende theorieën. Hoofdstuk drie eindigt met een overzicht van relevante invloedsfactoren voor samenwerking in zorgnetwerken. In hoofdstuk vier wordt de onderzoeksmethodiek en opzet van dit onderzoek beschreven. Het hoofdstuk beschrijft derhalve de wijze waarop de data is verzameld en geanalyseerd. Daarnaast is de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek hier verantwoord. In hoofdstuk vijf wordt op chronologische wijze een uitgebreide beschrijving van de empirische onderzoeksresultaten gegeven. Het hoofdstuk beschrijft de ambities, verwachtingen en voorkeuren van betrokken actoren met betrekking tot samenwerking. Daarna volgt in hoofdstuk zes de conclusies en discussie van dit onderzoek. Hier wordt antwoord gegeven op de empirische deelvragen, de centrale vraagstelling en daarbij horende aanbevelingen. In de discussie worden verklaringen gezocht voor de resultaten, is er een kritische reflectie op het onderzoek en worden er suggesties voor vervolgonderzoek gegeven.

2. Context van de oncologische zorg

Het onderzoek vindt plaats binnen de context van het CKI. Deze context maakt het van cruciaal belang om over de nodige achtergrondkennis te beschikken. Het betreft relevante kennis aangaande de organisatie van de oncologische zorg binnen het Nederlandse zorgstelsel. Hieronder zal daarom kort worden ingegaan op het huidige Nederlandse zorgstelsel en relevante maatschappelijke, technologische en sociaaleconomische ontwikkelingen hierbinnen met betrekking tot de oncologische zorg. Er wordt antwoord gegeven op de eerste deelvraag:

1. *Hoe ziet de organisatie en coördinatie van de oncologische zorg in het algemeen eruit en wat zijn relevante ontwikkelingen met betrekking tot samenwerking?*

2.1. Organisatie van de oncologische zorg

Kanker is een complexe aandoening die een grote hoeveelheid behandelmogelijkheden kent. Meerdere professionals, afdelingen en organisaties zijn betrokken bij de zorg voor kankerpatiënten. De complexiteit die hiermee gepaard gaat vereist extra aandacht voor kwaliteit, beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorgprocessen en –voorzieningen. Bijgevolg is de betrokkenheid en samenwerking van een team aan specialisten bij diagnose, behandeling en nazorg. Zorgaanbieders uit de eerste, tweede en derde lijn maken afspraken die zij vervolgens vastleggen in richtlijnen (Oncoline, 2016).

Daarnaast heeft de oncologische zorg profijt van de voortschrijdende technologische vooruitgang. Vooral ten aanzien van diagnostiek, welke steeds complexer is geworden. Het gevolg is dat tumoren steeds specifiekere worden en ziekenhuizen zich hierop gaan toeleggen om meer efficiëntie te realiseren (Hans, 2015). De mate van specialisatie speelt daarmee een belangrijke rol binnen dit onderzoek.

Bovenstaande ontwikkelingen vinden hun doorgang in ziekenhuizen waar kwaliteitsborging de afgelopen jaren een belangrijker thema is geworden. Er is een verscheidenheid aan organisaties die zich vanuit uiteenlopende perspectieven met de oncologische zorg bezighouden. Hierbij ontbeert het vaak aan voldoende afstemming (Jansen – Landheer & Wouters, 2010). In sommige gevallen is het daarom gewenst om te veranderen door samen te werken om daarmee te (blijven) voldoen aan de stijgende kwaliteitseisen (Bos et al., 2011).

Andere reden is de toename van zorguitgaven binnen ziekenhuizen met als gevolg de noodzaak om efficiënter te functioneren (Bos, Koevoets, & Oosterwaal, 2011). Daarnaast maakt het multidisciplinaire karakter van de oncologie samenwerking onmisbaar bij het zorgvuldig maken van een afweging op basis van aandoening en overige patiëntgerelateerde kenmerken (IKNL, 2015). Het is juist de gecombineerde kunde en expertise van professionals die voortkomt uit samenwerking tussen verschillende disciplines die de zorgkwaliteit bepaald (Jansen – Landheer & Wouters, 2010).

2.1.1. Landelijk

Zorgaanbieders moeten kunnen deelnemen in langdurige samenwerkingsverbanden welke zijn vastgelegd in bindende afspraken over het aanbieden van oncologische zorg op de juiste plaats. Hierin zijn tevens de verschillende verwijzingen tussen zorgaanbieders en onderdelen van het zorgproces gewaarborgd. Iedere actor is verantwoordelijk voor een schakel in de zorgketen waarvan inmiddels meerdere varianten bestaan uiteenlopend van regionale tumorspecifieke netwerken tot samenwerking op meerdere afdelingen tussen enkele ziekenhuizen. In de oncologie blijkt dat een samenwerking voor *laagvolumetumoren* een gemiddeld werkgebied van anderhalf miljoen burgers bestrijkt. Wat betreft de *hoogvolumetumoren* (mamma, colorectaal, long, prostaat en huid) is een

half miljoen inwoners de maatstaf. Samenwerking in netwerken ontstaat voornamelijk tussen Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen (STZ) en de omliggende algemene ziekenhuizen (IKNL, 2015). De implementatie van oncologische zorgpaden kent doorgaans een complex verloop dat veel impact heeft op de organisatiestructuur en het functioneren van de talloze zorgaanbieders. Verwarring en onenigheid over de werkwijze en de te formuleren grondslagen zijn in de praktijk veelal de oorzaak van stroef lopende projecten (Hummel, De Meer, De Vries, & Otter, 2009). Direct hieraan gekoppeld is het beleid omtrent *concentratie* en *spreiding* van zorgvoorzieningen (RVZ, 2009).

2.2. Trends en ontwikkelingen in de oncologische zorg

Inmiddels is het duidelijk dat er meerdere professionals, afdelingen en organisaties betrokken zijn bij de zorg voor kankerpatiënten. Oncologiecommissies en managers van zorgorganisaties zijn eindverantwoordelijk voor het formuleren van beleid, ambities en kwaliteitseisen aangaande de oncologische zorg (IKNL, 2012). Hieruit vloeit samenwerking voort welke desondanks nog te veel variatie in oncologische zorgprocessen bevat.

Om optimale en doelmatige oncologische zorgverlening te realiseren is het noodzakelijk én onvermijdelijk om bepaalde oncologische zorg te concentreren. Spreiding gaat daarentegen over het aanbieden van zorg dichtbij de patiënt. De discussie wordt gebaseerd op de prevalentie van hoog- en laagvolume tumoren. Laagvolume tumoren komen zo weinig voor dat één enkel ziekenhuis vaak te weinig ervaring kan opbouwen met de behandeling ervan. Het tegenovergestelde geldt voor hoogvolume tumoren. Bij het bundelen van behandeling kunnen ziekenhuizen eigen expertise opbouwen (IKNL, 2015). Zorgaanbieders ontwikkelen als gevolg hiervan netwerken waarin zij interorganisatieel samenwerken om de kwaliteit en sturing van de zorg te verbeteren (IKNL, 2012)

2.2.1. Kwaliteit en toegankelijkheid

Voor iedere patiënt met kanker zijn er in Nederland goede zorgvoorzieningen aanwezig.

Behandellocaties zijn dichtbij waar mogelijk en verder weg wanneer dit de kwaliteit van aangeboden zorg ten goede komt (NFK, 2012). In het gehele zorgproces krijgen patiënten de ruimte om te kiezen uit diverse aanbieders en behandelopties (NFK, 2012). Mede hierdoor moeten universitaire, topklinische en algemene ziekenhuizen onderling hun rollen afstemmen (IKNL, 2015).

Verschillende volumenormen laten zien hoe frequent een zorgaanbieder een bepaalde behandeling jaarlijks minimaal moet uitvoeren om hierin voldoende ervaren te blijven (ZN, 2016). De discussie van concentratie en spreiding wordt mede gevoed door de SONCOS-normen. Deze zijn doorgaans breder dan alleen het noodzakelijke volume. Ze stellen tevens eisen aan de aanwezigheid van specialisten, de infrastructuur, maximale wachttijden en het deelnemen aan registraties (NVZ, 2014). Veel ziekenhuizen zijn naar aanleiding van de SONCOS-normen gestart met formaliseren van zorgpaden in *Service Level Agreements* (SLA's) (IKNL, 2014).

Van belang is dat normen veelal betrekking hebben op specifieke onderdelen van de zorg, bijvoorbeeld een bepaalde chirurgische ingreep. Dit betekent niet dat een ziekenhuis geen voor- en nazorg doet maar alleen voor een behandeling samenwerkt met een ziekenhuis die volgens de norm geschikt is om de ingreep uit te voeren. Deze ontwikkeling draagt daarmee direct bij aan het ontstaan van netwerken van samenwerkende ziekenhuizen (ZN, 2016).

2.2.2. Samenwerking als beoogde oplossing

Om tegemoet te komen aan al deze ontwikkelingen binnen de oncologische zorg oefent het ziekenhuis zijn functies steeds vaker uit in een netwerk van samenwerking welke dwars door de

lijnen heen loopt. Hiermee is een ziekenhuis steeds minder een ommuurde vesting als voorheen. Samenwerking vindt plaats met verwijzende huisartsen maar ook met andere regionale zorgaanbieders (Stronks, Polder, & Klazinga, 2016). De mate van specialisatie speelt hierin een belangrijke rol. De oncologische zorg, welke al zeer gespecialiseerd is, leidt onder invloed van toegenomen kennis en technologische vernieuwing tot verdere specialisatie tussen zorgaanbieders. Daarnaast heeft de oncologische zorg bij uitstek een multidisciplinair karakter. Vooral bij de complexere tumorsoorten is er steeds meer regionaal overleg tussen verschillende specialismen. Inmiddels is samenwerking onmisbaar geworden bij het zorgvuldig maken van een afweging op basis van aandoeningen en overige patiëntgerelateerde kenmerken zoals co-morbiditeit (IKNL, 2015). De zorgkwaliteit wordt niet uitsluitend bepaald door de expertise van medisch specialisten, maar juist door de gecombineerde expertise en kunde van professionals die voortkomt uit samenwerking tussen verschillende disciplines (Jansen – Landheer & Wouters, 2010). Het geheel is meer dan de som der delen. Bepaalde specifieke zorg kan beter worden verleend in een ander ziekenhuis. Daarom doet men er verstandig aan om een goede samenwerking ziekenhuisoverstijgend te organiseren. Deze denkwijze staat echter haaks op de principes van marktwerking waarbij het van belang is dat ziekenhuizen onderscheidend zijn (Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding, 2011). Kortom, tegelijkertijd samenwerken én concurreren. Dat vergt geheel andere verbindingen in beleid, uitvoering, structurering en financiering van zorg.

De complexiteit neemt toe wanneer er ook onderlinge verschillen bestaan tussen zorgorganisaties welke overbrugd moeten worden. De ene organisatie kenmerkt zich door een veel formelere en meer hiërarchisch besluitvormingsproces dan een andere organisatie. Daarnaast verschillen vaak ook de organisatiestructuren en bekostigingssystemen tussen organisaties (Huijsman, 2011). De ontwikkeling van oncologische zorgnetwerken grijpt daarmee direct in op de wijze waarop zorg georganiseerd wordt. Een van de ontwikkelingen die zich als onderdeel van zorgnetwerken heeft gemanifesteerd betreft het opzetten en implementeren van *zorgpaden*. De gedachte hierachter is dat de zorg voor een specifieke doelgroep patiënten aanzienlijk verbeterd kan worden middels grondige en gestructureerde afstemming tussen verschillende *schakels* in de zorgketen (Pischke-Winn, Wahlfeldt, & Minnick, 1995). Voor veel voorkomende tumorsoorten zijn blauwdrukken van zorgpaden beschikbaar. Het niveau van dienstverlening tussen de betrokken zorgaanbieders wordt vervolgens schriftelijk vastgelegd in SLA's (Zorginstituut Nederland, 2015). Onderling moeten hiervoor een heleboel afspraken worden gemaakt. Denk aan afspraken omtrent informatie- en beeldenuitwisseling, een actueel zorg- of behandelplan, gedeelde dossiervoering, het doorverwijzen naar andere zorgverleners, heldere verdeling maar ook overdracht van taken en verantwoordelijkheden en het plannen van overleg- en evaluatiemomenten (Huijsman, 2011).

2.3. Het Catharina Kankerinstituut

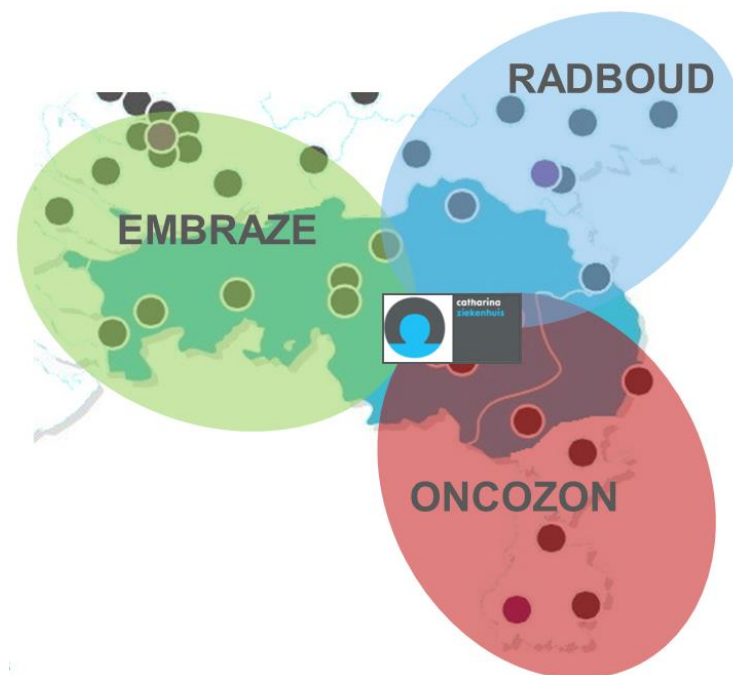
In het CKI is de oncologische zorg rond de patiënt op een fysieke plek in het ziekenhuis geconcentreerd. Naast de hoogvolume behandelingen doen zij tevens topklinische hoogcomplexere behandelingen die maar enkele ziekenhuizen in Nederland mogen uitvoeren. De oncologische zorg is vanwege de betrokkenheid van meerdere disciplines een verbindend specialisme binnen het CZE. Dit brengt complexiteit mee met betrekking tot zorgverlening en –afstemming tussen afdelingen en verwijzende ziekenhuizen. Momenteel vormen veelal mondelinge afspraken tussen ziekenhuizen in de derdelijns oncologie de basis van het onderlinge verwijspatroon. In de omgeving wordt tweedelijns oncologische zorg geboden in alle omliggende ziekenhuizen. Dit betreft voornamelijk hoogvolume en laagcomplex oncologie. Het verzorgingsgebied focust zich op het bieden van

oncologische zorg aan patiënten en ondersteuning aan ziekenhuizen in de regio Zuidoost-Brabant. Het totale bestrijkt gebied strekt zich echter uit tot op nationaal niveau (CZE, 2015). Het CZE maakt onderdeel uit van twee netwerken die elkaar gedeeltelijk overlappen. OncoZON is het formele oncologische netwerk (CCN) waarin het CZE sinds begin 2015 in participeert en welke heel Zuidoost Nederland beslaat. De adherente regio is daarentegen het informele netwerk in de regio zuidoost-Brabant, oftewel het verzorgingsgebied rondom het CZE, en kent een jarenlange geschiedenis. De ziekenhuizen die in beide regio's actief zijn zullen hun taken uiteindelijk onderbrengen in het grotere formele netwerkverband.

2.3.1. Comprehensive Cancer Networks

In de regio Eindhoven is veel concurrentie die tevens de grootste bedreigingen bevat. Momenteel vormen veelal mondelinge afspraken tussen ziekenhuizen in de derdelijns oncologie de basis van het onderlinge verwijspatroon. Inmiddels worden deze mondelinge afspraken geformaliseerd in samenwerkingsovereenkomsten zoals SLA's.

Aanvankelijk ligt de focus op de ontwikkeling van Comprehensive Cancer Networks (CCN) zoals OncoZON, welke gebaseerd zijn op oncologische ontwikkelingen in de VS. Vanwege de geografische ligging van de CCN's (*fig. 1*) bestaat de mogelijkheid voor het CKI om in meerdere CCN's of samenwerkingsverbanden deel te nemen.

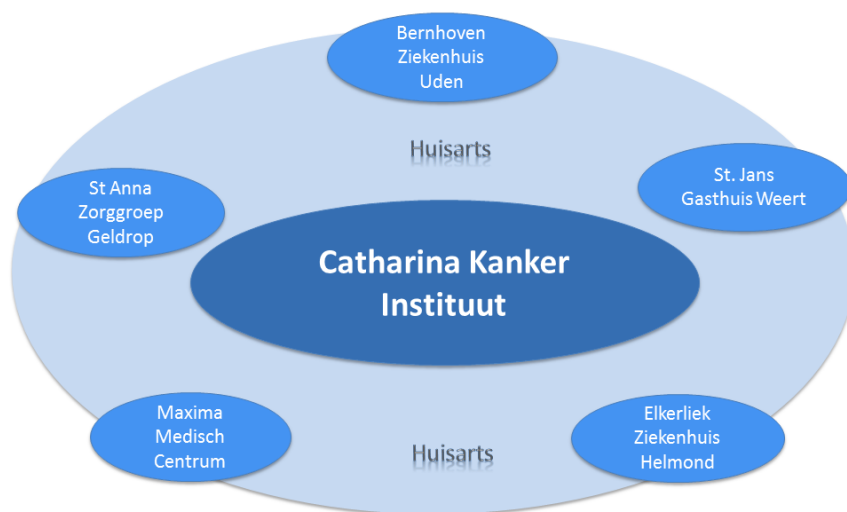


Figuur 1: Geografische ligging CZE t.o.v. verschillende CCN's

Het CKI beschouwt het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC) als partner met betrekking tot OncoZON (het Comprehensive Cancer Center van Zuidoost Nederland). Uitgangspunt voor deze samenwerking is de al bestaande onderwijs- en opleidingsregio (OOR). Deze behelst, geografisch gezien, de provincie Limburg en regio Eindhoven. Informeel is afgesproken dat het CKI in het noordelijke deel van OncoZON zal fungeren als topklinisch referentiecentrum. Het MUMC heeft daarnaast bilaterale overeenkomsten gesloten met andere ziekenhuizen in de regio. Uiteindelijk moet dit leiden tot een overkoepelende overeenkomst voor de hele regio.

2.3.2. De adherente regio

In de adherente regio van het CKI (fig. 2) bevinden zich de ziekenhuizen waarmee voornamelijk wordt samengewerkt. Als een van de grootste ziekenhuizen in de regio met veel hoogcomplexere behandelingen ontvangen zij vooral veel verwijzingen van de omliggende ziekenhuizen.



Figuur 2: Adherente regio CKI

2.3.3. Bestuurlijke en organisatorische uitdagingen voor het CZE

De zorg is in beweging, zo ook de oncologische zorg. Kwaliteitseisen worden strenger, de zorgvraag en concurrentie nemen toe, maar de groeimogelijkheden zijn beperkt. Dit geeft een bijzondere dynamiek, waardoor het CKI keuzes moet maken op welke zorggebieden zij kunnen en willen excelleren.

De oncologie is door het CZE benoemd als een speerpunt die zij graag willen uitdragen. Uit het visiedocument (CZE, 2015) komt naar voren dat het CZE momenteel een bovengemiddeld oncologisch karakter heeft. Dit profiel willen zij via het CKI verder uitbouwen in samenwerking met relevante zorgpartners om zo de patiënt optimaal te helpen met zijn of haar zorgvraag. Een van de strategieën om samenwerking te bevorderen is het ontwikkelen en verbeteren van zorgpaden. Dit vraagt om een andere wijze van organiseren. Het *multidisciplinair overleg* (MDO) is het overleg waarbij verschillende specialisten de keuzes maken aangaande het zorgpad van de patiënt. Dit traject moet per ziekenhuis goed georganiseerd zijn. Daarnaast moet het helder zijn wanneer een patiënt naar een ander ziekenhuis wordt verwezen. Specialist in de verschillende ziekenhuizen zijn druk in de weer met deze zorginhoudelijke kwestie.

Uiteraard heeft het CZE te maken met concurrentie welke nauw samenhangt met het dominante paradigma van concentratie in de oncologische zorg. Voor veel verschillende vormen van kanker zijn door de SONCOS kwalitatieve en kwantitatieve normen vastgesteld. Hierdoor zullen sommige oncologische centra niet meer in staat zijn bepaalde, veelal laagvolume, oncologische zorg aan te bieden. De aankomende jaren heeft Nederland door de vergrijzing en kleinere overlijdenskansen te maken met een toenemende prevalentie van kanker (Hans, 2015). Deze ontwikkeling wordt versterkt door een sterkere vergrijzing in de provincies Noord-Brabant en Limburg (CBS, 2016). In dat opzicht heeft het CZE een bovengemiddelde vraag naar oncologische zorg dankzij de toenemende zorgvraag en de geografische ligging.

2.4. Samenvatting

Het hedendaagse ziekenhuis verleent haar oncologische zorg om uiteenlopende redenen steeds vaker in een netwerk van samenwerking. Zorgaanbieders moeten daarom kunnen deelnemen in langdurige samenwerkingsverbanden welke zijn vastgelegd in bindende afspraken over het aanbieden van oncologische zorg op de juiste plaats, zogenaamde SLA's

Hierin zijn de verwijspatronen tussen zorgaanbieders en onderdelen van het zorgproces gewaarborgd.

De oncologie is door het CZE benoemd als een speerpunt en dit profiel willen zij via het CKI verder uitbouwen in samenwerking met relevante zorgpartners. Momenteel vormen veelal mondelinge afspraken tussen ziekenhuizen in de adherente regio de basis van het onderlinge verwijspatroon. Deze informele afspraken worden langzaam maar zeker geformaliseerd in SLA's. De samenwerkingsverbanden zijn ziekenhuis overstijgend georganiseerd omdat bepaalde oncologische zorg beter verleend kan worden in andere ziekenhuizen. Mede hierdoor heeft het CZE met concurrentie te maken welke samenhangt met het paradigma van concentratie in de zorg. Deze denkwijze van tegelijkertijd concurrentie en samenwerking staat op gespannen voet met de principes van marktwerking. Binnen de kaders van dit onderzoek is het derhalve allereerst noodzakelijk om vanuit wetenschappelijk perspectief te kijken naar theorieën die relevant zijn voor samenwerking in zorgnetwerken. In het volgende hoofdstuk wordt afgebakend welke theorieën en modellen relevant zijn om te onderzoeken hoe ziekenhuizen zich ten opzichte van elkaar verhouden in deze veranderlijke marktomgeving.

3. Theoretisch kader

3.1. Ter inleiding

In dit hoofdstuk zal deelvraag 2 worden behandeld:

2. *Welke voorwaarden voor succesvol samenwerken in oncologische zorgnetwerken zijn uit de theorie af te leiden?*

Hier wordt tevens afgebakend met welke theorieën en modellen samenwerking in oncologische zorgnetwerken in de praktijk bestudeerd worden. Er wordt allereerst ingezoomd de complexiteit van de oncologische zorg en de verschillen tussen de sturingsmechanismen in een marktomgeving en in een netwerk omgeving. Deze staan met elkaar op gespannen voet aangezien een markt gebaseerd is op concurrentie en wantrouwen, terwijl een netwerk gebaseerd is op samenwerking en vertrouwen. De aandacht gaat vervolgens uit naar de context waarin zorgaanbieders zich begeven. Hierbij worden zowel 'harde' als 'zachte' aspecten van samenwerking in zorgnetwerken onderscheiden. De onderlinge verhoudingen tussen verschillende zorgaanbieders bestaat uit zachte aspecten terwijl de organisatie van het netwerk uit voornamelijk harde aspecten bestaat.

De theorieën in dit hoofdstuk komen voornamelijk voort uit twee stromingen. Enerzijds zijn er de interorganisationale theorieën zoals de netwerk- en resource dependency theorie. Deze theorieën verklaren het handelen van actoren vanuit de belangen, macht, middelen en de wederzijdse afhankelijkheid (Fabbricotti, 2007). Anderzijds de specifieke literatuur omtrent samenwerking in zorgketens en -netwerken. Deze invalshoek houdt rekening met de motieven en belangen van zorgaanbieders in de complexe omgeving van concurrentie en samenwerking.

Gezamenlijk sluiten deze theorieën en modellen goed aan bij netwerkvorming in de oncologische zorg. De reden is dat de ontwikkeling van oncologische zorgnetwerken voortkomt uit een besef bij zorgaanbieders dat zij tot op zekere hoogte een wederzijdse afhankelijkheid hebben bij het verlenen van kwalitatief hoogstaande zorg en het bereiken van hun doelen.

Het theoretisch kader sluit af met een opsomming van factoren die vanuit de wetenschappelijke literatuur naar voren zijn gekomen als factoren die de mate van succesvolle samenwerking in zorgnetwerken beïnvloeden.

3.2. De complexiteit van oncologische zorg

De huidige vraagstukken in de gezondheidszorg overstijgen de grenzen van individuele organisaties. De grootste verandering voor organisaties in de publieke en private sector is de groeiende afhankelijkheid tussen organisaties (Koppenjan & Klijn, 2004). Dit zien we ook terug in het beleid dat door de overheid wordt gevoerd met betrekking tot hoogcomplexiteit zorg. Sinds 2010 is concentratie en spreiding van zorg een belangrijk onderwerp op de agenda geworden. Deze ontwikkeling start echter in 2001 wanneer het ministerie van VWS streeft naar concentratie van bijzondere zorg die valt onder de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (Wbmv) (Engberts & Kalkman-Bogerd, 2009). Hiermee willen zij bereiken dat complexe zorg doelmatiger wordt geleverd.

Oncologie is een van de specialismen waarvoor concentratie en spreiding van zorg al decennia speelt. Enerzijds veroorzaakt door toenemende concurrentie dankzij kwaliteitseisen en selectieve contractering van zorgverzekeraars. Anderzijds door de verwachting van de minister van VWS en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) dat de kwaliteit van de oncologische zorg verbeterd bij een decentrale coördinatie in regionale oncologische netwerken (CCN's).

Markthervormingen in de structuur van het zorgstelsel en allerlei ontwikkelingen in de samenleving en politiek hebben de druk bij zorgaanbieders gelegd om strategische keuzes te maken. Deze

ontwikkelingen geven ruimte voor interactie tussen de verschillende actoren en er ontstaan nieuwe arena's van samenwerking en overleg voor de aanpak van oncologische zorg. Organisaties kunnen hierbij niet langer hun omgeving negeren (Koppejan & Klijn, 2004). Deze veranderingen zijn dan ook de directe aanleiding geweest voor het vormen van samenwerkingsverbanden (Kaluzny, Zuckerman, & Ricketts, 2002). Organiseren in netwerken is een alternatief voor traditionele organisaties waarin sturingsmechanismen als verticale sturing (hiërarchie) of de meer bedrijfseconomische principes van vraag en aanbod (markt), worden toegepast bij het organiseren van publieke activiteiten (Kenis & Provan, 2008). In de volgende paragraaf wordt ingegaan op verschillende netwerkvormen en de aansturing hiervan. Het is namelijk relevant om af te bakenen wat het begrip netwerk binnen de kaders van dit onderzoek betekent.

3.3. Netwerken en zorgketens

Het begrip netwerken is het dominante paradigma van de afgelopen decennia. Het wordt gekenmerkt door ambiguïteit en kent een veelheid aan definities. De definities zijn afhankelijk van de invalshoek waarmee netwerken bestudeerd worden. Binnen dit onderzoek worden netwerken vanuit bestuurskundig perspectief benaderd. Vanuit dit perspectief zijn netwerken *“sets van horizontale relaties met een zekere mate van stabiliteit en structuur tussen twee of meer (semi-)autonome actoren”*. Deze actoren zijn wederzijds afhankelijk van elkaars bronnen. Zij wisselen bronnen uit op basis van onderhandeling en wederkerigheid met het oog op het bereiken van publiek doelen. (Voets, 2008).

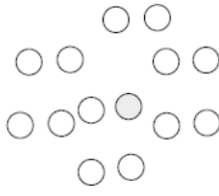
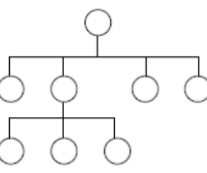
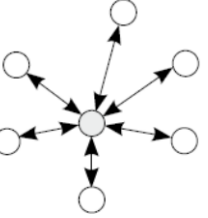
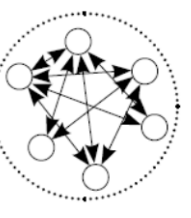
Zorgketens zijn bijzondere vormen van netwerken. Het begrip *ketens* wordt afgebakend aan de hand van de definitie van De Bruijn en Ten Heuvelhof. Zij zien een keten als *“een samenhangend geheel van geschakelde input- en outputprocessen, gericht op voortbrenging van een product of dienst”* (De Bruijn & ten Heuvelhof, 1995). Zorgketens zijn met andere woorden een aaneenschakeling van zorgprocessen en -diensten van verschillende zorgaanbieders met als doel om meerwaarde te creëren voor de patiënt die de keten doorloopt.

Wanneer organisaties interorganisationale relaties met elkaar aangaan zijn zij bezig met het vormen van netwerken. Het verschil tussen netwerken en zorgketens is de mate van vrijblijvendheid. Samenwerking in een netwerk heeft bij uitstek een vrijblijvend karakter, terwijl samenwerking in een zorgketen uitgaat van duidelijke afspraken tussen zorgaanbieders (Ermers, Goedee, Albrecht, & De Jong, 2010). Het netwerk vormt de context waarin ketens opereren. Netwerken spitsen zich meer toe op het gezamenlijk formuleren van een integrale visie, terwijl de keten meer doorwerkt op het operationele niveau (Van der Aa & Konijn, 2004). Een zorgketen geeft met andere woorden een professioneel doel aan een netwerk (Königs & Konijn, 2006).

Samenwerking wordt vanuit deze invalshoek gezien als een sturingsmechanisme waarmee organisaties in de (semi-) publieke sector vrijwillig of gedwongen op een lijn proberen te komen (Bouckaert, Peters, & Verhoest, 2009).

De bedoeling van sturingsmechanismen is het creëren van meer samenhang tussen alle betrokken actoren. In figuur 4 is naast *markt* en *hiërarchie* ook de *samenwerkingsrelatie* aangeduid als een sturingsmechanisme. Organisaties krijgen dankzij samenwerkingsrelaties toegang tot middelen van andere organisaties en proberen hiermee onzekerheid te verminderen. Samenwerking als vorm van governance wordt dan ook herkend door het feit dat onderlinge relaties tussen organisaties zich kenmerken door een *‘getting things done’* mentaliteit. Ze zijn bovenal gebaseerd op wederkerigheid

en vertrouwen en niet zozeer op de principes van de markt of hiërarchie (Kenis & Provan, 2008). De netwerktheorie is een invloedrijke benadering in het publieke domein aangezien verschillende organisaties steeds vaker genoodzaakt zijn toe te treden tot arena's van interactie (Koppenjan & Klijn, 2004).

Governancevorm/- institutie	Markt	Organisatie	Samenwerkings- relatie	Netwerk
Visualisatie				
Principe	Prijsmechanisme	Hiërarchie	Toegang tot midde- len en reductie van onzekerheid	Samenwerkend ge- drag en even bezorgd over het succes van de anderen als over het eigen succes

Figuur 3: Verschillende governancevormen (Kenis & Provan, 2008: 298)

Het organiseren van netwerksamenwerking zou meer flexibiliteit in uitwisseling van kennis en middelen tot stand moeten brengen om zodoende complexe problemen aan te pakken (Kenis & Provan, 2008). Deze opvatting lijkt in toenemende mate te zijn doorgedrongen in de oncologische zorg waar zorgaanbieders steeds vaker in netwerken samenwerken. Dit heeft vooral betrekking op governancevormen en sturingsmechanismen van samenwerking (Provan & Kenis, 2008).

Er zijn inmiddels legio verschijningsvormen van netwerken. Dat netwerken steeds meer in significantie en in aantallen toenemen, betekent niet automatisch dat deze ook effectief zijn. Het is een gangbare misvatting dat de aanwezigheid van een netwerk een voldoende voorwaarde is voor het oplossen van problemen. De noodzaak tot samenwerking die veel organisaties zien is veelal een onder externe druk gecreëerde verwachting. Het is zeker geen garantie dat horizontale samenwerking deze verwachting inlost. Aansturing en structuur zijn minstens net zo belangrijk als de aanwezigheid van een netwerk (Kenis & Provan, 2008). De aansturing van samenwerking wordt verderop bij de invloedsfactoren besproken.

3.4. Verschillende niveaus van netwerken

Netwerken kunnen op verschillende niveaus teruggevonden worden (Lambert & Cooper, 2000):

1. Niveau van de patiënt en het zorgtraject,
2. Niveau van de keten
3. Niveau van het netwerk
4. Niveau van de beleidsomgeving (context)

Netwerksamenwerking op het niveau van de patiënt behelst de samenwerking tussen de zorgprofessionals die met en voor de patiënt werken. Door samen te werken met professionals in de organisatie en uit andere organisaties kan de dienstverlening verbeterd worden. Dit zien we terug in

netwerkmethodes zoals het multidisciplinair overleg (MDO). Samenwerking op ketenniveau vertaalt zich in duurzame en structurele samenwerkingsafspraken tussen zorgaanbieders. Ten derde het netwerkniveau. Op dit niveau ontmoeten de betrokken actoren elkaar en proberen zij coördinatie over zorgketens te verwezenlijken. Tot slot het niveau van de beleidsomgeving waarin algemene kaders voor de zorgverlening geformuleerd worden.

Deze vier verschillende niveaus zijn in de praktijk niet altijd eenvoudig te onderscheiden aangezien de niveaus overlappen en voortdurend met elkaar interacteren.

Binnen de kaders van dit onderzoek zijn het niveau van het netwerk en de keten het meest relevant. Bij het ontstaan van netwerken in de zorg hangt er namelijk veel af van de aanwezige machtsverhoudingen, wederzijdse afhankelijkheid en instituties (Raak, Paulus, & Mur-Veeman, 2005). Vandaar dat Raak, et.al. adviseren om dit soort samenwerkingsverbanden te benaderen vanuit de interorganisationale theorie en institutionele theorie. Deze theorieën geven namelijk helder weer waarom zorgaanbieders al dan niet samenwerken en hoe deze samenwerking verloopt en zou moeten verlopen. Dit kan het CZE veel inzicht geven over de voorwaarden voor succesvol samenwerken in oncologische zorgnetwerken.

3.5. Invloedsfactoren van zorgnetwerken

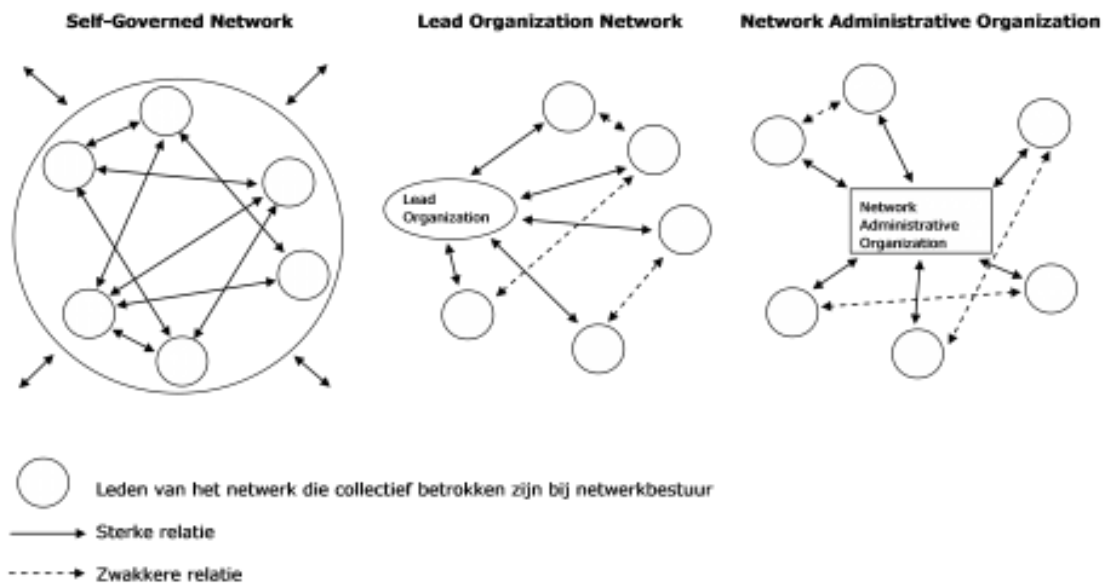
Uit de literatuur kan worden opgemaakt dat netwerk- en ketenvorming onder andere hand in hand gaan met het ontstaan van een gedeelde cultuur, gemeenschappelijke doelen, onderling vertrouwen, wederkerige relaties en coördinerende structuren. De ontwikkeling van netwerken op de bovenstaande aspecten betekent echter niet dat organisaties zich met betrekking tot deze aspecten op gelijke voet tot elkaar verhouden. Het tegendeel is waar, kenmerkend voor organisaties in netwerken zijn vooral de verschillende posities die zij innemen op de eerder benoemde aspecten. De positie van organisaties is dynamisch en continu aan verandering onderhevig. Organisaties leren van elkaar, passen hun werkprocessen voortdurend aan en evalueren doorlopend wie de meest geschikte partners zijn en wat de optimale structuur is (Ebers & Grandori, 1999). Kortom, zorgaanbieders in zorgnetwerken kenmerken zich door een verscheidenheid in eigenschappen. In deze paragraaf wordt er ingezoomd op een aantal factoren die samenwerking in zorgketens en – netwerken beïnvloeden. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen factoren welke gekoppeld zijn aan de organisatie van het netwerk, de onderlinge relaties tussen actoren en de netwerkomgeving

3.5.1. Organisatie van het netwerk

Regie- & rol duidelijkheid

Netwerken hebben behoefte aan duidelijkheid. Duidelijkheid omtrent de regie van samenwerking (Van den Heuvel & Verbanck, 2005) en rolverdeling tussen actoren (Van der Aa & Konijn, 2004). Wat betreft regie gaat het niet enkel om het individu of een overkoepelende organisatie maar de mechanismen die leiden tot de daadwerkelijke uitkomsten van een samenwerking zoals structuren of processen (Huxham & Vangen, 2005). Het netwerk kan worden aangestuurd door meerdere personen of organisaties zolang er maar voldoende duidelijkheid voor de actoren bestaat hoe de aansturing georganiseerd is. Aansturing wordt binnen deze context gedefinieerd als samenwerkingsvormen bij het toewijzen van middelen en de coördinatie van taken in netwerken (Provan & Kenis, 2008).

Provan en Kenis (2008) geven eveneens aan dat aansturing belangrijk is bij succesvolle netwerksamenwerking. Zij spreken in dit verband over *governance of networks*. Er zijn drie soorten governancestructuren te onderscheiden (figuur 5): het zelfregulerend netwerk, het leiderorganisatienetwerk en de netwerk administratieve organisatie (NAO). De vorm bepaalt in grote mate wat voor regie een bepaalde samenwerking nodig heeft. Tegelijkertijd moet het netwerk overzichtelijk blijven. Het is een spanningsveld om alle relevante partijen te betrekken zonder dat dit leidt tot een te groot en onoverzichtelijk netwerk (Ansell & Gash, 2011: 556).



Figuur 4: Governancestructuren van netwerken (Kenis & Provan, 2008)

Tegelijkertijd dient er voldoende duidelijkheid te bestaan over de rol die andere actoren spelen in de samenwerking en de verantwoordelijkheid die zij ten opzichte van elkaar hebben binnen een netwerk (Van der Aa & Konijn, 2004). Samenwerken in zorgketens berust per slot van rekening op heldere afspraken tussen ziekenhuizen. Het uitschrijven van het zorgproces binnen een keten en het vastleggen hiervan in formele en informele afspraken zoals SLA's is een wijze om meer rolduidelijkheid te verschaffen.

Kortom, bij het samenwerken in een netwerk dient er bij de actoren voldoende duidelijkheid te bestaan over een aantal belangrijke pijlers:

- de regie (bestaande uit de governancestructuur, aantal netwerkdeelnemers en het individu of de organisatie dat de leiding heeft),
- de rolverdeling (en de daarbij horende taken en verantwoordelijkheden)

Gemeenschappelijke doelen

Op netwerk niveau dient er duidelijkheid te bestaan over de doelen van het samenwerkingsverband. Waar willen we gezamenlijk naartoe en vanaf wanneer dienen de doelen bereikt te zijn? Het afbakenen van gemeenschappelijke doelstellingen blijkt in de praktijk buitengewoon lastig te zijn. Een oorzaak hiervoor is de betrokkenheid van een veelheid aan organisaties met uiteenlopende motieven voor samenwerking. Het gevolg is een verscheidenheid aan agenda's en doelstellingen waarbij iedere actor de gemeenschappelijke agenda in eigen voordeel wil beïnvloeden. Het vinden

van consensus wordt daarnaast bemoeilijkt door de aanwezigheid van individuele ego's en geheime agenda's (Huxham & Vangen, 2005). Meer consensus werkt in het algemeen effectiever dan conflict over doelstellingen. Netwerkliden moeten kunnen kijken naar het eigenbelang en tegelijkertijd het belang van het netwerk. Bij doelconsensus draait het om de mate waarin organisaties gelijke doelen nastreven.

3.5.2. Onderlinge relaties tussen actoren

Onderlinge relaties worden in de literatuur als randvoorwaarden voor succesvolle samenwerking geïdentificeerd. Het gaat dan onder andere over de aanwezigheid van voldoende wederzijds respect, eerlijkheid, betrouwbaarheid, vertrouwen en bereidwilligheid tot samenwerking (Huxham & Vangen, 2005; Van der Aa & Konijn, 2004; de Rijk et al., 2007). Deze factoren zullen in zekere mate de bereidwilligheid tot samenwerking beïnvloeden. In de praktijk is het realiseren van deze randvoorwaarden niet eenvoudig. Bereidwilligheid is gelijk aan de motivatie voor samenwerking (De Rijk et. al., 2007). Wanneer men gedrag in organisaties onderzoekt, dan wordt in veel gevallen de motivatie als uitgangspunt genomen (Robbins & Judge, 2013). Bereidwilligheid wordt verklaard door zowel intrinsieke als extrinsieke factoren van motivatie. Tezamen vormt dit de mening over de andere partij. Deze mening zal waarschijnlijker tot samenwerking leiden wanneer deze positief is (De Rijk et. al., 2007). De bereidwilligheid wordt daarnaast beïnvloed door de wederzijdse afhankelijkheid tussen betrokken actoren.

Macht & afhankelijkheidsrelaties

De Resource Dependency Theorie (RDT) benadrukt de ongelijkheid in afhankelijkheidsrelaties. Het uitgangspunt is dat deelnemers in interorganisationale netwerken elkaar proberen te beïnvloeden (Pfeffer & Salancik, 2003). Pfeffer en Salancik geven aan dat zowel professionals als organisaties verschillende middelen, zoals financiering, informatie, personeel of tijd, nodig hebben om doelen die zij nastreven te realiseren (Pfeffer & Salancik, 2003). De basisassumptie van de RDT is dat organisaties die geen constante stroom van middelen hebben, noodgedwongen zijn om relaties met andere organisaties aan te gaan om deze middelen te bemachtigen (de Rijk et al., 2007). Deze afhankelijkheid kan wederzijds of eenzijdig zijn. Daarnaast kan het mogelijk zijn dat organisaties moeten concurreren om middelen. Tot slot kunnen gezamenlijke doelen leiden tot wederzijdse afhankelijkheid, terwijl tegengestelde doelen juist tot concurrentie leiden (de Rijk et al., 2007). Bovenstaande punten verklaren de afhankelijkheid van organisaties binnen de RDT gedeeltelijk. Hieronder staan de drie verschillende afhankelijkheidsrelaties beschreven. Er kunnen meerdere relaties tegelijkertijd aanwezig zijn (de Rijk et al., 2007):

- Asymmetrische afhankelijkheidsrelatie
De machtsverhouding tussen betrokken actoren is scheef. De organisatie die de belangrijkste bronnen bezit is machtiger. Hierdoor kan deze actor de andere organisatie beïnvloeden (de Rijk et al., 2007).
- Symbiotische afhankelijkheidsrelatie
De betrokken organisaties kunnen niet zonder elkaar om de eigen doelen te bereiken. Hierdoor is het voordeliger om van elkaar afhankelijk te zijn. De output van de ene actor is de input voor de ander. In deze relatie is de samenwerkingsbereidheid het grootste (de Rijk et

al., 2007).

- Competitieve afhankelijkheidsrelatie

Het behalen van de organisatiedoelen is nadelig voor de andere organisatie(s) waarbij in veel gevallen sprake is van onderlinge competitie (de Rijk et al., 2007).

De afhankelijkheidsrelaties tussen actoren maakt dat er onderlinge verschillende machtsverhoudingen zijn (Ansell & Gash, 2011). In de regel kunnen de meest onafhankelijke actoren macht uitoefenen op de meer afhankelijke actoren. De RDT tussen samenwerkende actoren hebben daarmee een aanzet gegeven voor het bespreken van de machtsverhoudingen. In een netwerksamenwerking kunnen er ongelijke relaties en machtsverhoudingen tussen actoren voorkomen. Ansell & Gash (2011) benadrukken deze belangrijke functie en geven aan dat de machtsverhoudingen de werking van een samenwerkingsverband beïnvloeden. Het samenwerkingsproces kan sterk worden beïnvloed door de actoren met de meeste macht. Niet alle actoren hebben namelijk dezelfde middelen, capaciteit of status om gelijkwaardig deel te nemen in een netwerkverband. De hoeveelheid financiële middelen spelen absoluut een rol, maar in interorganisationale samenwerking moeten partijen zich realiseren dat betrokken organisaties de macht hebben om zich terug te trekken uit een samenwerking, de zogenaamde *power of exit*. Dit kan het succes van de samenwerking ernstig bedreigen. Huxham en Vangen (2005) wijzen daarnaast op andere vormen van macht, zoals de macht om een beslissing te nemen. Alles overziend zal iedere vorm van macht een rol spelen bij de definitieve samenwerkingsuitkomsten. Hierbij is het relevant om te realiseren dat machtsverhoudingen, evenals netwerken, dynamisch zijn en een verschil van macht kan leiden tot een gebrek aan vertrouwen. Ongelijkheid in machtsverhoudingen binnen een samenwerkingsvorm moeten derhalve aangepakt worden (Ansell & Gash, 2011).

Een toevoeging op de machtsverhoudingen en afhankelijkheidsrelaties in een netwerk is de balans tussen autonomie en samenwerking. Het succes van een netwerk kan tevens worden beïnvloed door de verhouding tussen autonomie en sturing. Netwerken zijn in de praktijk doorgaans gebaseerd op een wederzijdse afhankelijkheid tussen actoren die op basis van eigen autonomie handelen. Organisaties hebben de keuze tussen twee extremen: maximaal samenwerken of concurrentie op basis van autonomie. De mate van sturing wordt beïnvloed door de keuze die hier gemaakt wordt. Maximaal samenwerken en daarmee volledig meegaan in de wederzijdse afhankelijkheid leidt mogelijk tot afhankelijkheid op beleidsniveau. Dit wordt vaak beschouwd als ongewenst (De Wit, Rademakers, & Brouwer, 2000). Kortom, vormen van interorganisationale samenwerking dienen te zoeken naar een acceptabel evenwicht tussen samenwerking en autonomie van de betrokken actoren. Voor ziekenhuizen zou dit logischerwijs samenwerking betekenen met betrekking tot hoogcomplex zorg en autonomie met betrekking tot laagcomplex zorg. Op voorwaarde dat het credo: *'Zorg dichtbij waar het kan en ver weg waar het moet'* als uitgangspunt dient.

Wederkerigheid

Wederkerigheid is een van de belangrijkste invloedsfactoren bij samenwerking. Wederkerigheid draagt bij aan het verwezenlijken van gemeenschappelijke doelen vanuit verschillende invalshoeken. De kans op een succesvolle samenwerking is groter wanneer actoren in staat zijn om tot consensus te komen ondanks hun belangenverschillen (Thomson & Perry, 2006). Het gaat hierbij om het 'elkaar iets gunnen', 'geven en nemen' en het zoeken naar 'win-win situaties'. Er moet met andere woorden

een balans zijn tussen de kosten en baten. Wanneer men spreekt over een balans in kosten en baten, dan gaat het veelal over de financiën maar samenwerking brengt ook andere kosten met zich mee. Kosten die niet uitsluitend zijn uit te drukken in financiële termen maar ook in termen van tijd en menskracht. De financiën in de zorgsector kunnen echter om meerdere redenen een belemmering voor samenwerking vormen. Voor een financieel naadloze keten- en netwerksamenwerking is er behoefte aan bestuurders met visie en altruïsme die het collectieve patiëntenbelang boven het organisatiebelang stellen. Desalniettemin blijkt het lastig om organisaties te motiveren om in samenwerking te investeren wanneer de baten van de samenwerking ongelijk verdeeld zijn. Denk hierbij aan *'free-riding'* of de situatie dat kleine ziekenhuizen bij gelijke inbreng relatief meer risico lopen. Vooral wanneer organisaties hoofdzakelijk afgerekend worden op de output van zorg (Van Venrooy & Sonnenschein, 2008). Iedere actor dient zich derhalve te richten op het tegemoetkomen aan elkaars belangen. Dit is veelal een van de grootste uitdagingen in een netwerksamenwerking (Schruijer & Vansina, 2007). Wanneer het lukt om invulling te geven aan de verschillende belangen en het realiseren van een gemeenschappelijke ambitie, dan is dat een goed fundament voor een effectief functionerende samenwerking (Bremekamp, Kaats, Opheij, & Vermeulen, 2010).

Cultuurverschillen

Verschillen in taal en cultuur zijn tevens een factor welke de samenwerkingsrelaties beïnvloeden. Betrokken actoren brengen uiteenlopende arbeidsculturen, werkwijzen, procedures en ideologieën met zich mee in een samenwerking (Huxham & Vangen, 2005; Van der Aa & Konijn, 2004). Iedere actor zal uitdagingen en problemen op een andere wijze tegemoet treden en andere nuances aanbrengen. Dit resulteert mogelijk in praktische problemen die daarmee van invloed zijn op de onderlinge communicatie (Huxham & Vangen, 2005; Van der Aa & Konijn, 2004). Door cultuurverschillen tussen organisaties kan er, met andere woorden, ruis op de lijn ontstaan. In ziekenhuizen zou dit weleens nadelig uit kunnen pakken voor patiënten.

Vertrouwen & betrokkenheid

Een andere beïnvloedende factor op samenwerking is het ontstaan van een zekere mate van vertrouwen tussen de verschillende actoren. In de literatuur over netwerken wordt vertrouwen in het algemeen noodzakelijk geacht voor een effectieve samenwerking. Vertrouwen is de bereidheid om kwetsbaarheid te accepteren op basis van positieve verwachtingen van de intenties en het gedrag van de andere partij (McEvily, Perrone & Zaheer, 2003). De uitwisseling van kennis, informatie en middelen wordt hierdoor vergemakkelijkt. Vertrouwen verkleint tevens de onzekerheid over het gedrag van andere actoren (Klijn & Koppenjan, 2004). Om aan het vertrouwen te werken zijn *quick wins* van belang (Ansell & Gash, 2011). Hiermee wordt bedoeld op relatief korte termijn successen waardoor het vertrouwen in het succes van de samenwerking groeit.

Face-to-face interacties zijn noodzakelijk om het vertrouwen te verbeteren. Vooral in de beginfase, maar zeker ook in latere fases om het proces continu te verbeteren. Voldoende onderlinge interactie moet de aanwezige barrières wegnemen en stereotypen aan de kant schuiven om op zoek te kunnen gaan naar vertrouwen, gedeeld begrip en betrokkenheid aan het proces (Ansell & Gash, 2011).

Ansell & Gash (2011) beschrijven het belang van betrokkenheid van actoren in samenwerking. Zorgaanbieders hebben verschillende motieven om deel te nemen in netwerken. Een belangrijke afweging voor zorgaanbieders om deel te nemen in een netwerk is de kans op succes ervan. De actoren moeten derhalve voldoende inzet tonen bij complexe problematiek, op de hoogte zijn van elkaars kwaliteiten en beperkingen en informatie met elkaar delen. Daarnaast moet er een

gezamenlijke verantwoordelijkheid ontstaan. De actoren moeten een gevoel van eigenaarschap krijgen voor de problematiek. Dit kan lastig te realiseren zijn omdat zorgaanbieders met tegenstrijdige belangen te maken hebben. Bewustwording en erkenning van de verschillende belangen en gezamenlijke verantwoordelijkheid in een netwerk is cruciaal om te voorkomen dat actoren naar elkaar wijzen.

Twee andere factoren die van invloed zijn op het vertrouwen binnen een netwerk is de onderlinge machtsverhouding en de voorgeschiedenis van het netwerk (Ansell & Gash, 2011). Indien betrokkenen het gevoel hebben dat zij in het netwerk een ondergeschikte rol vervullen, kan dit leiden tot wantrouwen. Dit geldt ook bij veel onderlinge strijd uit het verleden. Positief bekeken kunnen successen uit het verleden zorgen voor veel vertrouwen in de huidige of toekomstige samenwerking. Samenwerking start overigens vaker met wantrouwen en verandert dan geleidelijk in vertrouwen (Huxham & Vangen, 2005). Dit geleidelijke groeiproces van een samenwerking wordt door McEvily, Perrone & Zaheer (2003) vergeleken met de *ruiltheorie*. Zij stellen dat het ruilproces zich aanvankelijk ook focust op het achterhalen van de betrouwbaarheid en deskundigheid van organisaties door stapsgewijs meer risico's te nemen.

Diverse onderzoeken laten zien dat vertrouwen een cruciale factor is bij de realisatie van interorganisationale samenwerking (Jones & George, 1998; Van Duivenboden, Heemskerk, Luitjens & Meijer, 2005).

Daarnaast heeft het aanwezige vertrouwen in een samenwerking over meerdere lijnen gevolgen voor de coördinatie die een samenwerking binnen de zorgketen (Vlaar, van den Bosch & Volberda, 2007). Wanneer er weinig vertrouwen in de samenwerking aanwezig is, dan is het onvermijdelijk om formele afspraken te maken als middel om het gebrek aan vertrouwen te ondervangen.

Indien zorgaanbieders elkaar wel vertrouwen, dan zet formaliseren juist aan tot achterdocht.

Daartegenover bestaat er ook een positieve relatie tussen vertrouwen en de mate van formalisatie. In een ketensamenwerking waar veel vertrouwen heerst, kunnen partijen zonder argwaan formele regels vastleggen omdat zij niet terugdeinzen voor de belangen van de andere partijen.

Vooralsnog zijn er weinig geformaliseerde afspraken tussen het CKI en verwijzende ziekenhuizen. De vraag is of er hierbij sprake is van vertrouwen tussen de actoren. In het onderzoek is het daarom belangrijk om na te gaan wat de behoeftes zijn omtrent deze afspraken.

3.5.3. Netwerkomgeving

Naast beïnvloedende factoren in de onderlinge relaties en de organisatie van het netwerk zijn er diverse contextfactoren die tevens van invloed kunnen zijn op de wijze waarop het zorgnetwerk functioneert.

Geschiedenis van samenwerking

De mate waarin een samenwerkingsverband succesvol is, wordt medebepaald door de wijze waarop samenwerking tot stand is gekomen (Dozy, 2011). Er wordt in de literatuur een onderscheid gemaakt tussen samenwerkingsverbanden die vrijwillig en bottom-up ontstaan of top-down worden opgelegd. Bottom-up netwerken kenmerken zich door een gedeeld vraagstuk die actoren bij elkaar brengt en meer grip op het selecteren van actoren die in het netwerk worden betrokken. Vanuit dit perspectief hebben netwerken een vrijwillig karakter waarin actoren niet gedwongen kunnen worden deel te nemen. Dwang zou het open klimaat schaden (Terpstra, 2001). Op basis van Terpstra (2001) valt te

verwachten dat netwerken die bottom-up ontstaan een betere samenwerking realiseren, dan wanneer dit is opgelegd door de overheid.

Een aanvulling hierop is dat samenwerkingsverbanden die voortborduren op óf gefundeerd zijn in een eerdere succesvolle samenwerking, meer kans van slagen hebben vanwege het vertrouwen dat er heerst bij actoren. Actoren zullen in een dergelijke situatie de voordelen inzien van samenwerken. Uiteraard is het tegenovergestelde ook waar wanneer er negatieve ervaringen zijn met betrekking tot samenwerking (Ansell & Gash, 2011).

Politieke context

Het functioneren van netwerken wordt tevens beïnvloed door de politieke context of beleidsomgeving waarin diezelfde netwerken acteren. Samenwerkingsverbanden rondom politiek beladen beleidsonderwerpen worstelen met moeilijkheden zoals toenemende wederzijdse afhankelijkheden of systeemveranderingen (Wit, Rademakers, & Brouwer, 2000). Dit is zeker het geval voor de zorgsector welke als publiek goed veel politieke lading kent en zich de laatste decennia kenmerkt door hervormingen in de structuur van het zorgstelsel, veranderingen in de financiering en de centralisatie van zorginstellingen. Politieke bemoeienis kan samenwerking daarentegen ook stimuleren (Terpstra, 2001; Huxham & Vangen, 2005). Wanneer politieke actoren bepaalde ontwikkelingen ondersteunen, kan dit een overtuigend signaal afgeven aan alle stakeholders om mee te bewegen. Zo kan het bedreigende bestaansrecht voor individuele ziekenhuizen voldoende noodzaak bij ziekenhuizen creëren om samenwerkingsverbanden te formaliseren.

Netwerkverschuivingen

Daarnaast zijn mogelijke netwerkverschuivingen een derde factor welke onder netwerkliden kunnen optreden. Een reorganisatie of fusie waarbij structuren binnen een organisatie wijzigen, kunnen ertoe leiden dat een organisatie zich (tijdelijk) isoleert van externe samenwerkingsrelaties. Logischerwijs vraagt samenwerking in zorgnetwerken en –ketens om een zekere mate van continuïteit in de onderlinge relaties tussen organisaties (Van der Aa & Konijn, 2004).

3.6. Belangen & motieven

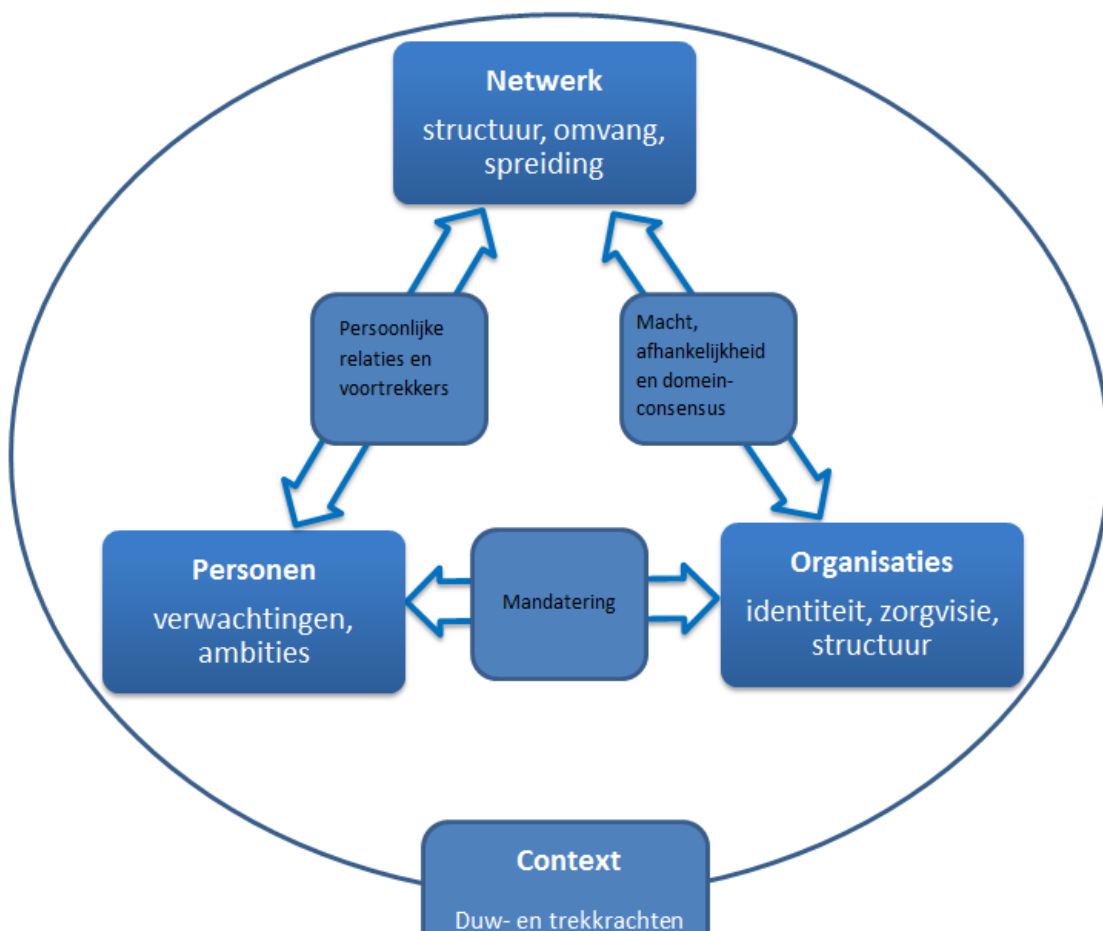
3.6.1. Belangen in samenwerking

Uit de invloedsfactoren komt duidelijk naar voren dat belangen een prominente rol spelen in samenwerkingsverbanden. Wanneer verschillende zorgaanbieders hun onderlinge samenwerking verder willen intensiveren, dan is het essentieel in te haken op de onderlinge belangen(verschillen). In het model van Boonekamp en Huijsman (1998) wordt samenwerking in de zorgketen vanuit het belangenperspectief bekeken. Binnen zorgnetwerken is de samenwerking tussen de verschillende zorgpartners van grote betekenis. De problemen bij het realiseren van zorgketens zijn meer dan eens problemen in de samenwerking tussen afzonderlijke netwerkactoren. Interpersoonlijke relaties spelen daarin een belangrijke rol. In het model van Boonekamp en Huijsman worden verschillende belangen gedifferentieerd. Deze belangen beïnvloeden het al dan niet slagen van samenwerking binnen interorganisatiele zorgnetwerken. Er zijn op verschillende niveaus belangen te onderscheiden:

- Zorgbelang of klantbelang
 - betere afstemming tussen vraag en aanbod,

- een completer zorgpakket,
 - zorginnovatie,
 - continuïteit in de zorgketen,
 - kwaliteits- en doelmatigheidsverbetering van zorgverlening
- Organisatiebelang
 - veilig stellen van de cliënteninstroom,
 - beheersing van de cliëntenuitstroom,
 - schaalvoordelen en efficiency,
 - operationele verbeteringen
 - kwaliteitsverbetering van personeel en management
 - Netwerkbelang of contextbelang
 - sterkere onderhandelingspositie,
 - legitimering naar derden zoals overheid, financiers en samenleving,
 - weerstand bieden aan externe bedreigingen.

Bovenstaande belangen kunnen met elkaar botsen en zodoende leiden tot spanningen tussen samenwerkingspartners. Het model stelt dat de slagingskans binnen een samenwerkingsverband kan worden toegedicht aan de interactie tussen personen (oftewel de individuele inspanning, toewijding, onderlinge verhoudingen en de bewegingsvrijheid die zij krijgen), de deelnemende zorgaanbieders (compatibiliteit), netwerkkenmerken en de omringende context (krachten in de omgeving hebben invloed op de netwerkvorming). Vooral contextuele veranderingen creëren allerlei krachten die van invloed zijn op de wisselwerking. Onderstaand model (fig. 6.) laat zien hoe een dergelijke wisselwerking in samenwerking vorm krijgt binnen zorgketens.



Het bovenstaande model geeft een totaaloverzicht van invloedsfactoren bij samenwerking in zorgketens vanuit het belangenperspectief. Deze factoren overlappen gedeeltelijk met de invloedsfactoren die reeds eerder zijn beschreven. Het model van Boonekamp en Huijsman beperkt zich echter enkel tot het belangenperspectief en gaat niet in op de motieven voor samenwerking in zorgketens en –netwerken, terwijl dit mijns inziens een logische vervolgstap zou zijn. De belangen bepalen immers hoe individuen en organisaties de samenwerking percipiëren en wat hun ervaring daarbij is. Pas wanneer alle betrokkenen op de hoogte zijn van elkaars belangen in een samenwerking, kun je samen op zoek naar het realiseren ervan. Het uitzicht op het al dan niet realiseren van de belangen bepaalt de motieven voor samenwerking. Dit kunnen zowel gedeelde belangen als belangenverschillen zijn. Met die reden wil ik nader ingaan op de verschillende motieven voor samenwerking.

3.6.2. Motieven voor samenwerking

Aan de ontwikkeling van samenwerkingsverbanden ligt een mengeling van motieven ten grondslag en de vraag met wie er samenwerking gerealiseerd moet worden. Onderzoek van Caris (2007) noemt een aantal samenwerkingsmotieven welke specifiek zijn voor de gezondheidszorg.

Tabel 1: Belangrijkste motieven voor samenwerking in de zorgsector (Caris, 2007)

Motieven	Voordelen van samenwerking
Strategisch/economisch	Samenwerking zorgt voor voordelen van schaalvergroting, het verbeteren van operationele resultaten en machtsvergroting. Machtsvergroting heeft het doel om een sterkere onderhandelingspositie te creëren.
Zorginhoudelijk	Samenwerking noodzakelijk om te kunnen (blijven) voldoen aan de toenemende kwaliteitseisen. Door samenwerking kan optimalisering van de medische kwaliteit en professionaliteit gemakkelijker worden bereikt.
Nabijheid/toegankelijkheid	Samenwerking ontstaat eveneens vanuit patiëntenperspectief waarbij zorg gedragen moet worden voor nabijheid en toegankelijkheid van de zorg.

Netwerkvorming komt normaliter tot stand door een combinatie van motieven (Oliver & Ebers, 1990). Dit geldt ook voor zorgaanbieders welke afhankelijk van elkaar zijn doordat zij een gedeelde koers willen varen en bepaalde behoeften en doelen delen. Organisaties beschikken echter zelden over voldoende middelen om dit alleen te bereiken (Oliver & Ebers, 1990). De besluitvorming omtrent netwerkvorming is daarom een strategische aangelegenheid. Organisaties beoordelen wat het effect van samenwerking zal zijn voor het realiseren van belangen en zij handelen hier vervolgens strategisch naar (Fabbriotti, 2007).

3.7. Reflectie & conceptueel model

Binnen de kaders van dit onderzoek zal de theorie als onderliggend verklaringskader dienen om zodoende licht te werpen op samenwerking in oncologische zorgnetwerken. Hiermee wordt getracht verschijnselen te interpreteren. Volgens Maxwell (1996) is het theoretisch kader voornamelijk een afbakening van de denkrichting binnen een onderzoek. Daarmee wordt bedoeld op omvangrijke en abstracte theoretische stromingen. De theorie binnen dit onderzoek komt voornamelijk voort uit twee grote stromingen. Enerzijds zijn er de interorganisationale theorieën zoals de netwerk- en resource dependency theorie. Anderzijds de specifieke literatuur omtrent samenwerking in zorgketens en –netwerken. Deze theorieën geven richting en betekenis aan empirische waarnemingen, maar laten verder open waar en op welke wijze ze worden toegepast.

Uit de besproken theorieën is een overzicht van relevante invloedsfactoren gevormd. Dit overzicht is voortgekomen uit een vergelijking van de invloedsfactoren met het model van Boonekamp & Huijsman, het onderzoek van Caris (2007), Provan & Kenis (2008), Ansell & Gash (2011). Het onderstaande overzicht van invloedsfactoren zal de uitgangspositie vormen voor de verzameling en analyse van de data over samenwerking in oncologische zorgnetwerken. Deze factoren dragen al dan niet bij aan het succesvol zijn van samenwerking in oncologische zorgnetwerken.

De invloedsfactoren voor samenwerking in netwerken worden op een pragmatische manier onderzocht. Binnen dit onderzoek concentreer ik me op een reeks invloedsfactoren die het samenwerken bevorderen of belemmeren. In de literatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen factoren die gekoppeld zijn aan belangen en motieven, organisatie van het netwerk, onderlinge relaties en de netwerkcontext. Laatstgenoemde is medebepalend voor het gedrag van de netwerkleiden en de uitkomst van samenwerkingsprocessen. Contextuele factoren mogen de samenwerking dan wel beïnvloeden maar ze zijn andersom slecht beïnvloedbaar. Derhalve zal er minder aandacht uitgaan naar deze factoren. Daar komt bij dat de netwerkcontext grotendeels in hoofdstuk twee is beschreven.

Uit de invloedsfactoren komt naar voren dat de organisatie van het netwerk en de onderlinge relaties tussen actoren belangrijke facetten vormen in een samenwerking. Inzicht in zowel de motieven en belangen creëert meer duidelijkheid over de afhankelijkheidsrelaties, verdeling van kosten en baten, gemeenschappelijkheid en de rolverdeling in een samenwerkingsverband. Deze duidelijkheid is een duurzame uitgangspositie om aan wederzijds vertrouwen, betrokkenheid en wederkerigheid te werken. Kortom, de verschillende modellen en theorieën uit de literatuur vullen elkaar aan maar sluiten elkaar niet uit. Deze modellen en theorieën komen tot verschillende conclusies over voorwaarden die de samenwerking kunnen beïnvloeden. Er is echter niet echt een duidelijke rangorde tussen de invloedsfactoren. Blijkbaar is er bij samenwerking sprake van multicausaliteit en zijn er weinig eenvoudige verbanden. Nagenoeg alle invloedsfactoren kunnen door elkaar worden beïnvloed maar er lijkt een onderscheid te bestaan tussen vroege beïnvloeders (onderlinge relaties tussen actoren) en de late beïnvloeders (organisatie van het netwerk). Op basis van de literatuur zal hieronder een overzicht van de hypothesen worden opgenomen. Deze factoren zijn tegelijkertijd kritisch met elkaar vergeleken, gecombineerd en afgewogen. Het resultaat is een toelichting op de keuze voor de meest relevante invloedsfactoren en een conceptueel model.

Tabel 2: Hypothesen en toelichting keuze relevante invloedsfactoren

Organisatie van het netwerk (late beïnvloeders)
Regie- & rolduidelijkheid 1. <u>Formaliseren van samenwerking</u> → <u>Meer regie- & rolduidelijkheid</u> → <u>Bevordert samenwerking</u>
Reflectie Er is bewust gekozen om de duidelijkheid omtrent de regie van samenwerking (Van den Heuvel & Verbanck, 2005) en duidelijkheid over de rolverdeling tussen actoren (Van der Aa & Konijn, 2004) samen te voegen tot één invloedsfactor. De auteurs geven in beide gevallen aan dat netwerkactoren zowel een latente als manifeste behoefte aan duidelijkheid hebben. Daarnaast wordt er in beide gevallen veelal gebruik gemaakt van het formaliseren van procedures, afspraken en structuren in SLA's om duidelijkheid te scheppen bij de netwerkdeelnemers.
Gemeenschappelijke doelen 1. <u>Meer doelconsensus</u> → <u>Meer gemeenschappelijke doelen</u> → <u>Bevordert samenwerking</u>
Reflectie Doelconsensus draait om de mate waarin organisaties gelijke doelen nastreven binnen het netwerk. Meer consensus werkt effectiever maar dit hangt vaak samen met de aanwezige motieven en belangen in een samenwerking. De kans op een succesvolle samenwerking is groter wanneer actoren in staat zijn om tot consensus te komen ondanks hun belangenverschillen (Thomson & Perry, 2006). Netwerkactoren moeten zich derhalve wederkerig opstellen bij het realiseren van gemeenschappelijke doelen. Tegelijkertijd zijn wederzijdse afhankelijkheid en samenwerking een gevolg van gemeenschappelijke doelen, terwijl concurrentie voortkomt uit tegengestelde doelen (de Rijk et al., 2007). Gemeenschappelijke doelen worden dus beïnvloed door en beïnvloeden de invloedsfactoren afhankelijkheid en wederkerigheid.
Onderlinge relaties tussen actoren (vroeg beïnvloeders)
Wederkerigheid 1. <u>Tegemoetkomen aan elkaars belangen</u> → <u>Wederkerigheid</u> → <u>Bevordert samenwerking</u>
Reflectie Wederkerigheid hangt, zoals eerder beschreven, samen met het realiseren van gemeenschappelijke doelen ondanks verschillende motieven en belangen. Ieder ziekenhuis dient zich derhalve te richten op het tegemoetkomen aan elkaars belangen. Dit is volgens Schruijer & Vansina (2007) een van de grootste uitdagingen in een netwerksamenwerking. Wanneer het lukt om invulling te geven aan de verschillende motieven, belangen en het realiseren van gemeenschappelijke doelen, dan is dat een goed fundament voor succesvol samenwerken volgens Bremekamp, Kaats, Opheij, & Vermeulen (2010). Om wederkerigheid te realiseren moet er met andere woorden een goede balans zijn tussen de kosten en baten. Vandaar dat de verdeling kosten-baten ook bij de invloedsfactor wederkerigheid is ondergebracht.

Macht & afhankelijkheidsrelaties

1. Wederzijdse macht- en afhankelijkheidsrelaties → Meer samenwerkingsbereidheid → Bevordert samenwerking

Reflectie

Volgens Olivers & Ebers (1990) is het een combinatie aan motieven die leiden tot netwerkvorming. Macht en afhankelijkheid spelen hierin doorslaggevende rol voor zorgaanbieders bij het aangaan van relaties. Zij zijn in veel gevallen namelijk onderling afhankelijk wanneer zij bepaalde behoeften en doelen met elkaar delen. Olivers & Ebers (1990) geven hierbij tevens aan dat organisaties zelden over voldoende middelen beschikken om dit alleen te bereiken. Dit sluit volgens de Rijk et al. (2007) aan bij de basisassumptie van de Resource Dependency Theory (RDT) dat organisaties die geen constante stroom van middelen hebben, noodgedwongen relaties met andere zorgaanbieders aangaan om deze 'resources' te bemachtigen. Dit stemt overeen met Pfeffer en Salancik (2003) en geeft tevens aan dat zorgaanbieders met de meeste resources, tegelijkertijd de meeste macht hebben.

Machtsverhoudingen zijn overigens dynamisch en ongelijkheid van macht kan leiden tot een gebrek aan vertrouwen (Ansell & Gash, 2011). Het hangt daarmee negatief samen met de invloedsfactor vertrouwen. Vandaar dat zorgaanbieders moeten streven naar gelijkheid in machtsverhoudingen.

Vertrouwen & betrokkenheid

1. Meer vertrouwen → Bevordert samenwerking

Reflectie

Vertrouwen wordt in de literatuur als fundament voor de onderlinge relatie in een succesvolle samenwerking gezien (Ansell & Gash, 2011; McEvily, Perrone & Zaheer, 2003; Klijn & Koppenjan, 2004). Vertrouwen gaat echter hand in hand met betrokkenheid. Volgens Ansell & Gash (2011) zorgt onderlinge interactie voor het kweken van vertrouwen en betrokkenheid in het samenwerkingsproces. Morgan & Hunt (1994) vullen dit aan en theoretiseren dat vertrouwen de betrokkenheid beïnvloedt en dat deze twee invloedsfactoren gezamenlijk essentieel zijn voor de onderlinge relaties. Met die reden is er besloten beide factoren samen te voegen tot één invloedsfactor.

Het aanwezige vertrouwen heeft als vroege beïnvloeder daarnaast gevolgen voor de coördinatie van samenwerking (Vlaar, van den Bosch & Volberda, 2007). De aanwezigheid of het gebrek aan vertrouwen zet aan tot de behoefte om de coördinatie te formaliseren in afspraken en regels. Deze behoefte komt voort uit de behoefte aan regie- & rolduidelijkheid. In het causaal model moet derhalve rekening worden gehouden met deze relatie. Hetzelfde geldt voor de onderlinge machtsverhouding en de geschiedenis van het netwerk (Ansell & Gash, 2011). De relatie tussen vertrouwen en de geschiedenis van het netwerk wordt toegelicht bij de netwerkcontext.

Netwerkcontext

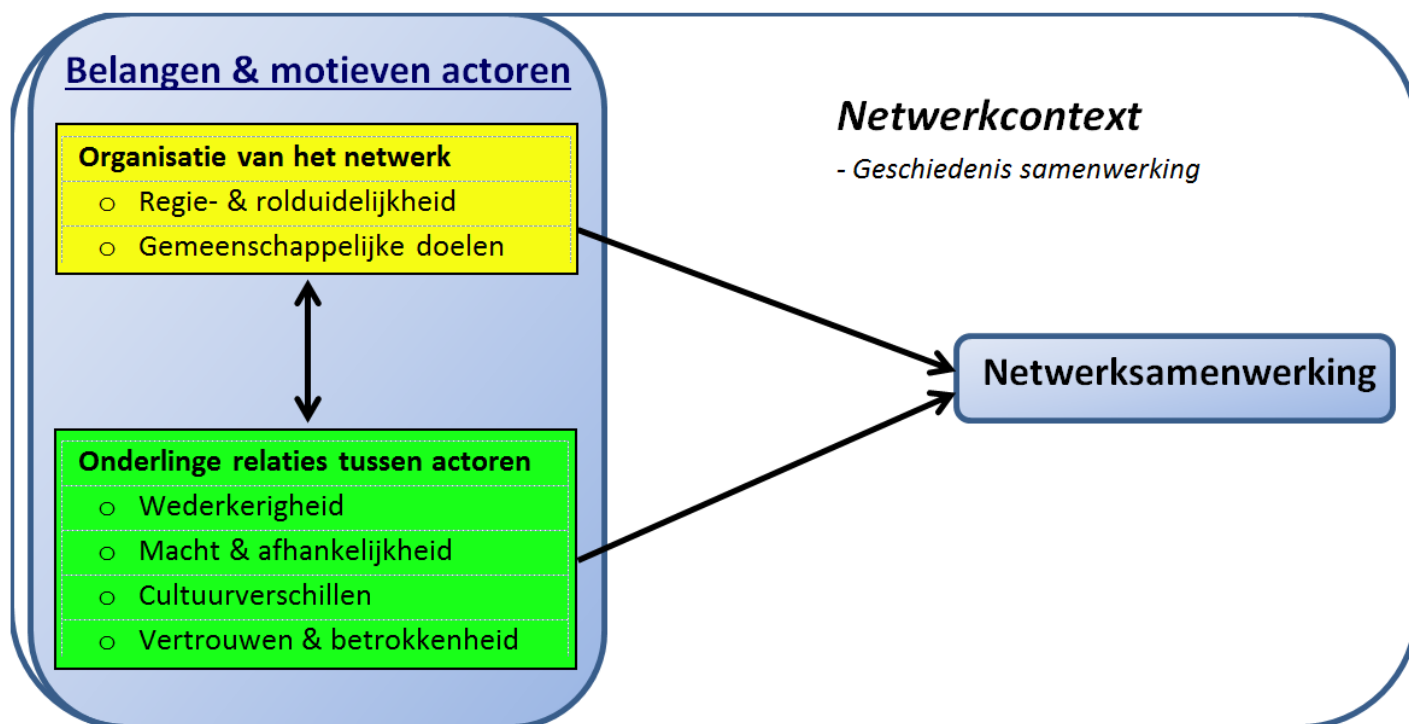
Geschiedenis samenwerking

1. Bottom-up ontstaansgeschiedenis → Bevordert samenwerking

Reflectie

Volgens Ansell & Gash (2011) heeft de voorgeschiedenis van het netwerk invloed op het vertrouwen in de samenwerking. Ervaringen uit het verleden vormen het vertrouwen bij Deze samenhang is de reden om te besluiten dat de geschiedenis van de samenwerking wordt meegenomen in dit onderzoek. Hoewel contextuele factoren slecht beïnvloedbaar, kan de geschiedenis van een samenwerking wel aangrijpingspunten bieden voor toekomstige samenwerking.

De bovenstaande toelichting op de invloedsfactoren heeft uiteindelijk geleid tot het onderstaande conceptuele model.



Figuur 6: Conceptueel model

4. Methoden van onderzoek

Dit hoofdstuk beschrijft op welke manier de hoofdvraag wordt beantwoord met gegevens uit de wetenschappelijke literatuur, documentanalyse en de diepte-interviews. In het vorige hoofdstuk is op basis van wetenschappelijke literatuur een keuze gemaakt voor relevante invloedsfactoren die kunnen bijdragen aan succesvolle samenwerking in oncologische zorgnetwerken. Het onderzoek dat in deze masterthesis wordt beschreven bestaat uit een kwalitatief onderzoek en richt zich op interne en externe stakeholders van het CKI met betrekking tot oncologische samenwerking. Deze individuen vertegenwoordigen hun eigen ziekenhuis en zijn de analyse-eenheden van dit onderzoek.

Om de relevante invloedsfactoren bij samenwerking in oncologische zorgnetwerken te onderzoeken is een kwalitatieve methode voor de hand liggend. Deze methodologie geeft de onderzoeker per slot van rekening de ruimte om de ervaringen en dynamiek van oncologische samenwerking in kaart te brengen. Daarnaast is er over de specifieke context van dit onderwerp slechts beperkt literatuur voorhanden. Er is dus weinig bekend over bepaalde onderdelen zoals samenwerking en concurrentie in het oncologische zorgdomein. Kwalitatief onderzoek stelt mij in staat om dit relatief onbekende terrein te *exploreren* en antwoord te geven op de 'hoe-vragen'. Om de invloedsfactoren te onderzoeken is er derhalve gekozen voor kwalitatief, exploratief onderzoek. Hierbij zijn diepte-interviews als primaire onderzoeksmethode toegepast. In alle gevallen is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews met behulp van een topiclijst. De andere onderzoeksmethode is een documentanalyse ter beschrijving van de oncologische zorgcontext (H2). Een combinatie van zowel documentanalyse als het afnemen en analyseren van interviews vormen daarmee de basis voor dit onderzoek.

4.1. Onderzoeksdesign

Dit onderwerp wordt vanuit een bestuurskundige invalshoek onderzocht. Bestuurskundig onderzoek wordt volgens van Thiel (2007) gekenmerkt door een aantal specifieke kenmerken. Allereerst heeft het een interdisciplinair karakter omdat het kennis uit meerdere disciplines combineert. Daarnaast valt het kenobject binnen het openbaar bestuur. Hieronder valt ook de gezondheidszorg wanneer men een ruime opvatting hanteert. De grenzen van wat er onder openbaar bestuur wordt verstaan zijn de afgelopen jaren namelijk steeds verder opgerekt. Een ander kenmerk is de beperkte *body of knowledge*. Dit houdt in dat de bestuurskunde weinig eigen theorieën heeft voortgebracht. De netwerktheorie van Koppenjan en Klijn (2004), welke een prominente rol heeft in dit onderzoek, is hierop een van de uitzonderingen. Tot slot kenmerkt bestuurskundig onderzoek zich door een toepassingsgericht karakter. Het is veelal gericht op het vinden van oplossingen voor actuele vraagstukken welke vaak complex en omvangrijk zijn (van Thiel, 2007). Dit geldt zeker voor het vraagstuk van samenwerking in de gezondheidszorg binnen de context van concurrentie. Van Thiel (2007) onderscheidt daarnaast verschillende doelstellingen van bestuurskundig onderzoek. De doelstelling van dit onderzoek is exploratief van aard. Dit houdt in dat het primaire doel van dit onderzoek is om meer inzicht te krijgen in de verwachtingen, voorkeuren en vooral ook ervaringen van de actoren tot dusver en de implicaties hiervan voor toekomstige netwerkvorming en samenwerking. Betrokken actoren hebben ieder hun eigen opvattingen omtrent deze factoren. Zij vertalen deze opvattingen in strategische plannen, welke in bepaald gedrag uitmonden. Netwerkteelnemers pogen met dit gedrag invloed uit te oefenen op de onderlinge samenwerking ten behoeve van de organisatie doelstellingen. Opvattingen zijn in die zin doorslaggevend voor het uiteindelijke resultaat van (netwerk)samenwerking (Koppenjan & Klijn, 2004: 10).

‘Zorgnetwerken’ is een relatief jonge term binnen de oncologische zorg en er zijn nog weinig empirische gegevens beschikbaar hoe de praktijk hiermee aan de slag is gegaan. Door een casus (CKI) te onderzoeken waarbij in toenemende mate sprake is van interorganisationale samenwerking wordt inzicht verkregen in de wijze waarop netwerkvorming plaatsvindt.

Doordat deze casestudy data verzameld en analyseert vanuit diverse niveaus binnen de organisatie, is het mogelijk om dit vraagstuk in de ‘diepte’ te onderzoeken (Mortelmans 2009). Naast interne worden ook externe betrokkenen geïnterviewd. Hierdoor kan er ook in de ‘breedte’ onderzoek gedaan worden.

4.1.1. Exploratief

Traditioneel bestaan er twee type onderzoeksmethoden: kwalitatief en kwantitatief onderzoek. Ieder type brengt specifieke kenmerken mee die passen bij een bepaalde onderzoeksdoelstelling (Boeije, 2005). Het doel van dit onderzoek is, zoals reeds beschreven, exploratief van aard. Deze doelstelling wordt om diverse redenen het beste gefaciliteerd door een kwalitatieve benadering. Bij een kwalitatieve onderzoeksmethode gaat het om de betekenisgeving van personen aan hun sociale omgeving. De literatuur wordt gebruikt om de probleemstelling en de verwachtingen te formuleren die houvast voor het onderzoek bieden (Boeije, 2005).

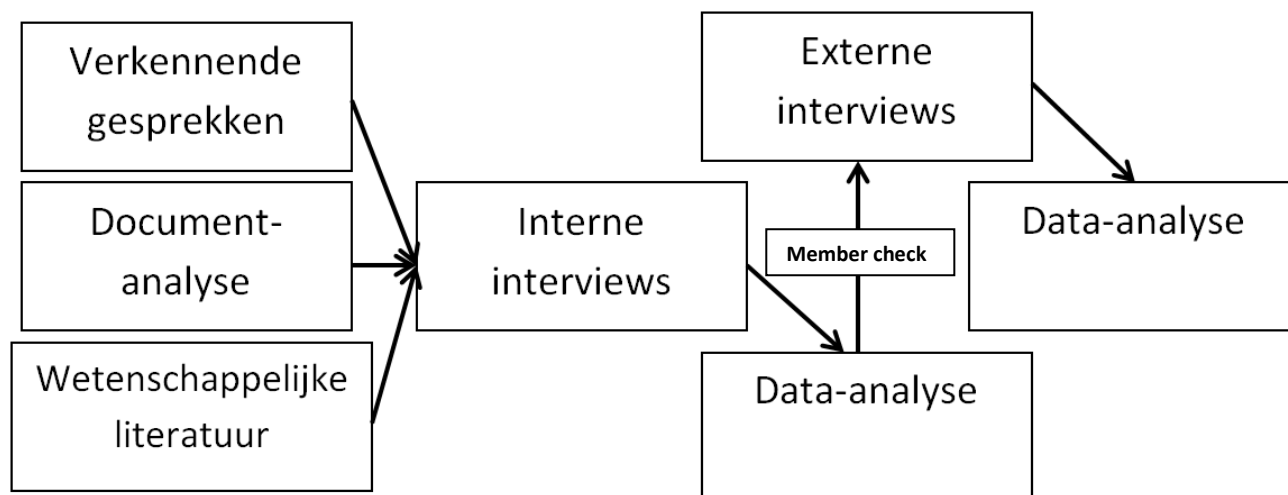
Daarnaast biedt het de gelegenheid om de context te onderzoeken aangezien onderlinge relaties en verwachtingen bestudeerd worden (Boeije, 2005). In het empirisch onderzoek zullen verschijnselen te zien zijn die aan de hand van het theoretisch kader begrepen en verklaard kunnen worden. De context waarbinnen het onderzoek plaatsvindt is hierbij van cruciaal belang en maakt het noodzakelijk een kwalitatieve onderzoeksmethode te gebruiken.

4.1.2. Interpretatief

Binnen dit onderzoek wordt een interpretatieve methode van kwalitatief onderzoek gehanteerd (Hajer & Wagenaar, 2003). Vanuit deze invalshoek staat de betekenisgeving van mensen centraal. De betekenissen die respondenten ontwikkelen en uitdrukken zijn van belang. In dit onderzoek wordt gekeken naar de betekenis die gegeven wordt aan netwerksamenwerking en het succes daarvan. Het gaat om ervaringen van de respondenten. Reden voor deze keuze is dat de beleidsomgeving zich steeds vaker kenmerkt door complexe interorganisationale en netwerkrelaties waarin beleid wordt beïnvloed door zowel wereldwijde als ook binnenlandse beslissingen en ontwikkelingen. Hajer en Wagenaar (2003) spreken hier over nieuwe politieke ruimtes waarin ‘concrete uitdagingen’ zijn voor de praktijk van beleidsvorming. In hun ogen moeten beleidsanalyses meer deliberatief worden. Dit betekent minder top-down, het betrekken van uitgebreide netwerken en meer interpretatief. Hierbij dient rekening te worden gehouden met de verhalen van mensen, hun opvattingen, waarden en overtuigingen die tot uitdrukking komen middels taal en gedrag.

4.1.3. Onderzoeksproces

Om te verkennen in hoeverre de verschillende factoren voor succesvolle samenwerking uit de literatuur in de empirie aanwezig zijn, wordt gebruik gemaakt van het onderstaande onderzoeksproces (figuur 7).



Figuur 7: Schematische weergave onderzoeksproces

4.2. Dataverzameling

4.2.1. Interviews

In een kwalitatief interview zoekt de onderzoeker, binnen het kader van het onderzoeksdoel, aansluiting bij de eigen beleving van de participant. De interviews zijn erop gericht om een beeld te krijgen van de voorkeuren, verwachtingen en ervaringen met betrekking tot samenwerking in oncologische zorgnetwerken binnen de context van concurrentie. In dit onderzoek is daarnaast nadrukkelijk gezocht naar een beeld van de samenwerking. Voor het beantwoorden van de hoofdvraag en empirische deelvragen is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews (Van Thiel, 2007). In deze interviews zijn middels een vooraf vastgestelde topiclijst (zie bijlage 2) de ervaringen, voorkeuren, verwachtingen en ambities van de betrokken actoren omtrent oncologische zorgnetwerken geïnventariseerd. De topiclijst bevat de onderwerpen die in het interview terugkomen en een aantal open startvragen (Van Thiel, 2007: 107). Hoe opener de vragen, hoe minder dit als bedreigend wordt ervaren. In een semigestructureerd interview liggen de vragen en antwoorden niet van tevoren vast maar de topics wel. Gedurende het gesprek bestond hierdoor de mogelijkheid om de volgorde van de topics te wijzigen, afhankelijk van de wijze waarop het gesprek zich ontwikkelde (Van Thiel, 2007: 108). Het uitgangspunt om voor een diepte-interview te kiezen is de ruimte die respondenten krijgen om in eigen woorden antwoord te geven op de vragen. Daarnaast biedt het de mogelijkheid om bij respondenten door te vragen wanneer er incomplete of onduidelijke antwoorden worden gegeven. Hiermee vergroot het de bruikbaarheid van de antwoorden. Uiteindelijk hadden de interviews tot doel om meer inzicht te krijgen in hoeverre de relevante invloedsfactoren van belang zijn voor de respondenten en welke behoeften en verwachtingen er achter de antwoorden schuilen (Boeije, 2005).

Er zijn in totaal 28 interviews afgenomen in de periode van 11 mei tot 28 juli 2016 op de locaties van de desbetreffende respondenten. Er zijn circa 60 tot 75 minuten uitgetrokken voor ieder interview met de mogelijkheid om uit te lopen. De interviews zijn met een voice recorder en toestemming van

de respondenten opgenomen. Derhalve konden de interviews nauwgezet worden uitgewerkt, zodat bij de interpretatie van de interviews de kans op fouten minimaal is. Deze manier van werken brengt het risico mee dat er uitspraken gedaan worden die de deelnemer liever niet openbaar wil maken. Vandaar dat ervoor is gekozen om uitspraken en citaten geanonimiseerd terug te laten komen in de resultaatbeschrijving.

Groepsinterview

Hoewel het oorspronkelijk de intentie was om alle respondenten separaat te interviewen, zijn er ten gevolge van overvolle agenda's toch een drietal groepsinterviews geweest. Deze interviews, met de aanwezigheid van zowel specialisten als managers, werden in mijn beleving als verrijkend ervaren. Dit kwam door de mogelijkheid van respondenten om elkaar te corrigeren en aan te vullen waar nodig. Achteraf leverde dit een verrassende dynamiek op en beschouw ik deze interviews als waardevoller dan de individuele interviews. Het voordeel van groepsinterviews is dat deelnemers tot opmerkingen en ideeën komen die zij individueel niet hadden gekregen (Baarda, De Goede & Teunissen, 2005: 238). Groepsinterviews zijn daarom uitermate geschikt om de sociale context te bestuderen en te verkennen. Daarnaast is het een geschikt onderzoeksinstrument wanneer er geen persoonlijke belangen verward zijn bij het onderwerp (Baarda et al., 2005). De groepsinterviews zijn op dezelfde manier ingestoken als de individuele interviews. Los van de startvragen werden de vragen aan de groep gesteld en niet aan het individu. Het beantwoorden van de vragen verliep daardoor op een natuurlijke manier.

4.2.2. Documentanalyse

Naast het houden van interviews vormt documentanalyse een waardevol onderzoeksinstrument. Documenten zijn namelijk informatiedragers die veel informatie kunnen geven over de context waarbinnen het onderzoek plaatsvindt. Een documentanalyse omvat het analyseren van officiële en officieuze documenten die geproduceerd zijn door het CZE en andere ziekenhuisorganisaties. Het gaat hier dan om onpersoonlijke documenten zoals strategische plannen, beleidsstukken, visiedocumenten en adviesrapporten. De documentanalyse geeft inzicht in de context waarbinnen dit onderzoek plaatsvindt. Een documentanalyse is in combinatie met een interviewmethode erg bruikbaar omdat de kennis die voortkomt uit de documentanalyse het eenvoudiger maakt om de interviews op een juiste wijze te interpreteren. Het relatief kleine aantal respondenten bij kwalitatief onderzoek vraagt namelijk veelal om interpretaties van de onderzoeker (Van Thiel, 2007).

4.3. Operationalisatie

De topiclijst is samengesteld op basis van theoretische concepten die uit de literatuur naar voren zijn gekomen als relevant voor samenwerking. Tijdens de interviews worden er open vragen gesteld over de samenwerking en het verloop ervan. De topiclijst is een operationalisering van de onderzoeksvragen. Op basis van Boeije (2005) is er een logische ordening aangebracht in de onderwerpen die behandeld worden. De ordening is aangescherpt na de evaluatie van een proefinterview met de projectleider. De vragen zijn hierbij geordend in categorieën welke overeenstemmen met de categorieën van de relevante invloedsfactoren uit de literatuur. Daarnaast zijn de vragen getoetst op duidelijkheid en is beoordeeld of alle relevante invloedsfactoren aan bod komen binnen het tijdsbestek van het interview. Hieronder staat een overzicht van deze invloedsfactoren. De daarbij behorende topiclijst is in bijlage 2 terug te vinden.

Tabel 3: Overzicht onderzochte invloedsfactoren

Organisatie van het netwerk
○ Regie- & rolduidelijkheid
○ Gemeenschappelijke doelen
Onderlinge relaties tussen actoren
○ Wederkerigheid
○ Macht & afhankelijkheid
○ Cultuurverschillen
○ Vertrouwen & betrokkenheid
Belangen & motieven
○ Motieven voor samenwerking
○ Belangen in samenwerking
Netwerkcontext
○ Geschiedenis van samenwerking

4.4. Selectie van de onderzoekseenheden

Binnen dit kwalitatieve onderzoek gaat het om het verkennen en beschrijven van samenwerking in oncologische zorgnetwerken en –ketens. Deze complexe materie wil ik zowel in de breedte als diepte onderzoeken. Met die reden is besloten om respondenten te selecteren die dit fenomeen vanuit verschillende invalshoeken kunnen beschrijven. Binnen dit onderzoek zijn daarom uitsluitend *experts* en *elites* geïnterviewd. Het expertinterview betreft het interviewen van personen die goed geïnformeerd zijn over bepaalde kwesties. Experts zijn vanuit een methodologisch perspectief, en als gevolg van hun specifieke achtergrondkennis, relevant bij sociale en politieke wetenschappen (Littig, 2008). Zij zijn in staat een totaaloverzicht te geven van de organisatie omdat zij op de hoogte zijn van de geschiedenis, het beleid, de organisatiecontext en toekomstplannen. Het elite interview betreft personen die goed geïnformeerd zijn en daarnaast een vooraanstaande rol binnen de organisatie hebben. Het elite interview kan worden gezien als een variant op het expertinterview. Elites kunnen gezien hun positie en macht binnen de organisatie immers beschouwd worden als een specifieke groep experts (Littig, 2008).

De experts zijn geselecteerd op basis van hun deskundigheid over samenwerking in de oncologische zorg, kennis en ervaring die relevant zijn voor dit onderzoek. Deze specifieke groep respondenten levert waardevolle informatie over de organisatie dankzij de functie die zij daarbinnen bekleden. De onderzoekseenheden bestaan uit interne en externe stakeholders van de oncologische zorgnetwerken waarvan het CZE deel uitmaakt. Alle respondenten zijn betrokken bij het faciliteren en verlenen van oncologische zorg in de regio Zuidoost-Nederland. Het CZE is onderdeel van het Oncologienetwerk Zuidoost-Nederland (OncoZON) en het netwerk met bilaterale samenwerkingsrelaties in het adherentiegebied (adherente regio). De deelnemers zijn face-to-face geïnterviewd. De interne deelnemers vertegenwoordigen meerdere disciplines in het CZE die betrokken zijn bij het verlenen en faciliteren van oncologische zorg. Dit resulteerde uiteindelijk tot twaalf deelnemers vanuit verschillende, veelal medische, vakgebieden (tabel 3). De externe deelnemers zijn geselecteerd op basis van bestaande (in)formele oncologische samenwerking tussen het CZE en (supra-)regionale ziekenhuizen. Dit resulteerde in zestien deelnemers uit zeven verschillende ziekenhuizen. De ziekenhuizen vertegenwoordigen drie verschillende type ziekenhuizen

(tabel 3). Dat wil zeggen kleine algemene ziekenhuizen (SAZ), grote topklinische ziekenhuizen (STZ) en universitaire ziekenhuizen (UMC). Bij de selectie van respondenten is rekening gehouden met het feit dat deelnemers uitmaken van verschillende logica's zoals managers en professionals en dat hun antwoorden subjectief zijn dankzij de rol en context waarin zij verkeren. Er is daarom gesproken met zowel medisch specialisten als ook managers en stafpersoneel. Een overzicht van de (28) deelnemers staat in de onderstaande tabel.

Tabel 4: Overzicht van respondenten

Functie	Type ziekenhuis
Zorggroep manager oncologie	STZ
Mammachirurg	STZ
Voorzitter vereniging medische staf / internist-oncoloog	STZ
Longarts met aandachtsgebied oncologie	STZ
Radiotherapeut	STZ
Senior adviseur kwaliteit & veiligheid	STZ
Uroloog & specialistmanager; aandachtsgebied oncologie	STZ
Dermatoloog; specialisatie dermato-oncologie	STZ
Oncologisch chirurg	STZ
Verpleegkundig specialist oncologie	STZ
Oncologisch gynaecoloog	STZ
MDL-arts; aandachtsgebied oncologie	STZ
Oncologisch chirurg	SAZ
Stafmedewerker beleid & organisatie	SAZ
Internist en voorzitter oncologielcommissie	SAZ
Manager oncologie & beschouwend	STZ
Oncologisch chirurg	STZ
Manager oncologie	SAZ
Oncologisch chirurg	SAZ
Internist oncoloog / voorzitter oncologielcommissie	SAZ
MDL-arts; aandachtsgebied oncologie	SAZ
Manager bedrijfsvoering	SAZ
Hematoloog oncoloog / voorzitter oncologielcommissie	SAZ
Manager beschouwend	SAZ
Oncologisch chirurg	SAZ
Internist / voorzitter oncologielcommissie	SAZ
Voorzitter OncoZON	UMC
Hematoloog oncoloog / voorzitter oncologielcommissie	STZ

Twaalf respondenten komen uit het Catharina ziekenhuis, twee respondenten uit het Maxima Medisch Centrum en per ziekenhuis drie respondenten uit Bernhoven, Sint Jans Gasthuis en Sint-Anna Zorggroep. Daarnaast is er één respondent uit het Jeroen Bosch Ziekenhuis en 1 Respondent uit het MUMC+. Deze totale groep van 28 respondenten omvat acht respondenten uit management/staffuncties.

4.5. Data-analyse

De interviews zijn opgenomen met behulp van een voice recorder en vervolgens volledig getranscribeerd. Voorafgaand aan de data-analyse, zijn de interviews vanuit de geluidsbestanden woordelijk getranscribeerd en vervolgens enkele malen nauwgezet doorgelezen. De data-analyse en interpretatie van de uitgewerkte interviews vond plaats in drie afzonderlijke stappen die zijn weergegeven in Boeije (2005). De eerste fase was het analyseren van de individuele interviews waarbij betekenisvolle tekstfragmenten geselecteerd zijn na het grondig doorlezen van ieder interview. De interviewdata is op een inductieve wijze gecodeerd waarbij tekstfragmenten zijn vergeleken met (sub)dimensies welke vooraf zijn vastgesteld. De tekstfragmenten bevatten relevante topics die mogelijk bijdragen aan het beantwoorden van de onderzoeksvragen. Deze fragmenten zijn ruim afgebakend zodat hierin ook de nodige context wordt meegenomen. De geselecteerde tekstfragmenten zijn met behulp van de topiclijst open gecodeerd in termen die nauw aansluiten bij de woorden van de respondenten. Deze codering is een eerste abstrahering van de ruwe interviewdata waarbij ieder fragment over hetzelfde onderwerp een samenvattende code krijgt toegevoegd. In deze fase wordt de data nog niet op relevantie geselecteerd. Daaropvolgend is de data axiaal gecodeerd. Gedurende het axiaal coderen zijn de onderwerpen uit de tekstfragmenten opnieuw geordend waarbij is gekeken naar begrippen die relevant zijn voor het onderzoek. Vervolgens is voor alle interviews bepaald waar de zwaartepunten liggen. Dit is gedaan door te kijken naar de frequentie waarin dimensies terugkomen en mijn interpretatie van bepaalde uitspraken. Het ordenen van de codes is zo veel mogelijk gedaan volgens de concepten uit het theoretische kader. Tot slot worden de gegevens gestructureerd in de laatste fase van de data-analyse. Bij dit zogenaamde selectief coderen zijn de begrippen met elkaar geïntegreerd en staat het ontdekken van verbanden centraal. Op basis van deze structuur is getracht relaties en terugkerende patronen te vinden die aan de theoretische invloedsfactoren gekoppeld kunnen worden. Uiteindelijk zijn van hieruit de onderzoeksvragen beantwoord. Het coderen en interpreteren van de interviewdata vormt volgens Holloway & Wheeler (1996) het fundament waarop de resultaten bij kwalitatief onderzoek gebaseerd zijn

4.6. Kwaliteitsborging van het onderzoek

Swanborn (2010) benoemt drie kwaliteitscriteria voor onderzoek: betrouwbaarheid, validiteit en generaliseerbaarheid. In deze paragraaf wordt beschreven wat er is gedaan om de beperkingen van kwalitatief onderzoek met betrekking tot de objectiviteit van het onderzoek te waarborgen. Zowel de betrouwbaarheid, validiteit en generaliseerbaarheid van dit onderzoek zijn op verschillende manieren gewaarborgd.

4.6.1. Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid is de samenhang en nauwkeurigheid van de onderzoeksobjecten. Hoe nauwkeuriger het onderzoek, des te betrouwbaarder zijn de uitkomsten van het onderzoek. Evenzeer gaan het om de *“navolgbaarheid en herhaalbaarheid van de waarnemingen”* (Van Thiel, 2007). De betrouwbaarheid kan worden vergroot door de methode en dataverzameling te standaardiseren (Boeije, 2005). Het richt zich binnen kwalitatief onderzoek op de vraag in hoeverre de verkregen onderzoeksresultaten ‘verstoord’ worden door veronderstellingen en vooroordelen. Betrouwbaarheid wordt meestal onderscheiden in interne en externe betrouwbaarheid. Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te vergroten zijn er derhalve verschillende keuzes gemaakt. Met interne betrouwbaarheid wordt een mogelijke vertekening van de onderzoeksresultaten door de

invloed van een individuele onderzoeker. Het gaat hierbij om controleerbaarheid van het onderzoek. Bij een kwalitatief onderzoek heeft een individuele onderzoeker per definitie invloed. Daarom is het belangrijk om de rol van de onderzoeker te erkennen. De onderzoeker is namelijk onderdeel van een kwalitatief onderzoek en heeft daarmee ongemerkt invloed op de dataverzameling en analyse (Mortelmans 2009). Door gebruik te maken van een topiclijst en een non-directieve interviewstijl is de beïnvloeding door mij als interviewer zoveel mogelijk beperkt. Het is vrijwel onmogelijk om volledige uitsluiting van beïnvloeding door de onderzoeker te realiseren, maar door hier kritisch mee om te gaan, wordt beïnvloeding geminimaliseerd.

Ten behoeve van de herhaalbaarheid is er gebruik gemaakt van topiclijsten die voor zowel de interne als externe interviews grotendeels vergelijkbaar zijn (zie bijlage 2). Anderzijds zijn alle interviews zo open mogelijk ingestoken, waardoor de herhaalbaarheid weer in het geding komt. Een andere kanttekening hiervan met betrekking tot herhaalbaarheid heeft te maken met het intersubjectieve karakter (Strauss & Corbin, 1998). Met behulp van een audit trail procedure is getracht herhaalbaarheid te vergroten door audit trail componenten in dit rapport te verwerken. Alles wat zich gedurende het onderzoek heeft afgespeeld is beschreven en gedocumenteerd op een wijze dat het inzichtelijk en beschikbaar is hoe de data is verzameld en verwerkt. De interviewtranscripten zijn bovendien toegankelijk.

4.6.2. Validiteit

De validiteit van het onderzoek betreft de juistheid en geldigheid van de onderzoeksresultaten (Baarda et al. 2005). De interne validiteit van een kwalitatief onderzoek is gewaarborgd wanneer het heeft bestudeerd wat het bedoelde te bestuderen (Boeije, 2005). Logischerwijs ligt de nadruk binnen kwalitatief daarom veel meer op de validiteit van de interpretaties (King, 1994). De onderzoeker dient zich af te vragen of de getrokken conclusies valide zijn in relatie tot de onderliggende verzamelde gegevens. De betrokkenheid van anderen is hierbij van doorslaggevend belang bij het overwegen van de validiteit binnen kwalitatief onderzoek (King, 1994). De enige criteria voor de 'juistheid' van een interpretatie is immers intersubjectief. Dat wil zoveel zeggen als dat de interpretaties juist moeten zijn voor de groep mensen die een soortgelijke 'wereld' delen (Reason & Rowan, 1981). Het is belangrijk het onderzoek zo zorgvuldig mogelijk uit te voeren om daarmee de interne validiteit te waarborgen. Ten behoeve van de interne validiteit zijn er middels diepte-interviews en documentanalyse verschillende dataverzamelingmethoden toegepast. Naast methodische triangulatie is er tevens gebruik gemaakt van theoretische triangulatie. Dit wordt gezien als een manier om de interne validiteit te vergroten (Maso & Smaling, 1998). Binnen kwalitatief onderzoek is triangulatie een gangbare en geaccepteerde manier om de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen.

Er zijn daarnaast respondenten uit verschillende organisaties geïnterviewd en binnen een aantal ziekenhuizen zijn meerdere respondenten geïnterviewd. De hoeveelheid interviews en diversiteit aan ziekenhuizen verhogen de interne validiteit van dit onderzoek. Daar komt bij dat de interne respondenten de gelegenheid hebben gehad commentaar te leveren op voorlopige resultaten om vertekening tegen te gaan. Mijn interpretaties van de uitgewerkte interviews zijn ter toetsing voorgelegd aan de respondenten. Hierbij is getoetst of zij zich kunnen herkennen in de door mij toegekende betekenissen. Deze members check heeft vanuit pragmatisch oogpunt plaatsgevonden in de vorm van een groepsbijeenkomst. Zij krijgen hiermee de gelegenheid om feitelijke onjuistheden te corrigeren (Creswell, 2013).

De externe validiteit heeft daarentegen betrekking op de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten (Van Thiel, 2007). Er wordt dus gekeken naar de geldigheid van de conclusies voor andere situaties. Met andere woorden, zijn de resultaten en conclusies ook geldig voor samenwerking in andere oncologische zorgnetwerken binnen de context van concurrentie in de gezondheidszorg? De externe validiteit van deze methodiek kenmerkt zich door een beperkte generaliseerbaarheid (Patton, 1990). Desalniettemin is getracht de externe validiteit te vergroten middels een gedetailleerde beschrijving van de landelijke en regionale onderzoekscontext. Deze beschrijving in bijlage 1 vergroot de overdraagbaarheid van het onderzoek maar houdt geen rekening met de lokale context.

4.7. Verslaglegging

Binnen dit onderzoek maak ik gebruik van de zogenaamde *thick description*. Dit houdt in dat de empirisch verzamelde data op een verhalende en gedetailleerde wijze worden weergegeven. Hierbij is gebruik gemaakt van letterlijke citaten en uitgebreide beschrijvingen om daarmee te controleerbaarheid van de data te vergroten. De rapportage van de onderzoeksresultaten zal op deze wijze plaatsvinden. Hierbij ligt de nadruk op begrippen, thema's, betekenissen en perspectieven van de respondenten. Dit zal ondersteund worden met illustratieve citaten uit de diverse interviews.

5. Resultaten & analyse

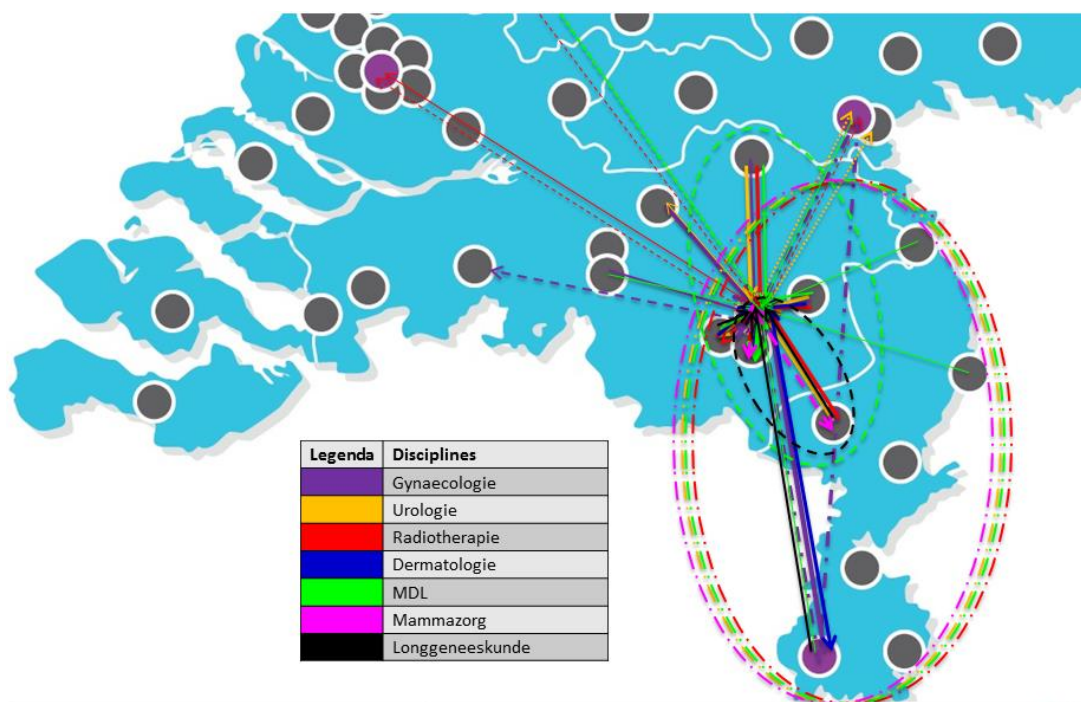
In dit hoofdstuk worden de resultaten van het empirisch onderzoek beschreven. Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de interviews en document onderzoek met respondenten in zowel het CZE als ook in de (supra-)regionale ziekenhuizen. Allereerst wordt er een chronologisch overzicht gegeven van de netwerkvorming en het huidige netwerk van actoren die in de regio Eindhoven betrokken zijn bij de organisatie en coördinatie van oncologische zorg. Hier wordt een scherp onderscheid gemaakt tussen de adherente regio en OncoZON maar ook tussen medisch specialisten en managers. Vervolgens volgt een beschrijving van de invloedsfactoren. Dit hoofdstuk sluit af met een analyse van de empirisch verzamelde data waarin de resultaten besproken worden.

5.1. Beschrijving van de resultaten

5.1.1. De oncologische zorg in de regio: een overzicht

Binnen de kaders van dit onderzoek zijn er twee oncologische zorgnetwerken onderzocht waarin het CKI deelneemt. De adherente regio is het informele netwerk in het adherentiegebied van het CZE. Dit informele netwerk is voortgekomen uit de voormalige regio van het Integraal Kankercentrum Zuid (IKZ). Het IKZ was de facilitator van de samenwerking tussen specialisten op tumorsoort. Het OncoZON netwerk is daarentegen het formele oncologische zorgnetwerk waarin het CZE participeert. Het CZE heeft echter ook samenwerkingsrelaties buiten OncoZON omdat zij zich aan de rand van dit netwerk bevinden en al bestaande relaties hadden met ziekenhuizen in hun eigen verzorgingsgebied. Daarnaast kunnen zij niet alle hoogcomplexere zorg bieden binnen de adherente regio of het OncoZON netwerk. Conformereren aan slechts één netwerk correspondeert daarom niet met de complexe praktijk. Het netwerk verschilt per tumorsoort welke afhangt van het volume en de complexiteit. Iedere medische discipline heeft per tumorsoort zijn eigen mini netwerk waarin verschillende medische specialisten kennis ontwikkelen, adviezen en expertise uitwisselen in MDO's en patiënten verwijzen. Deze tumorspecifieke netwerken in de adherente regio kennen een informele ontstaansgeschiedenis welke voortkomen uit goede persoonlijke contacten. Het zijn veelal oud-collega's, voormalig studiegenoten of vakgenoten.

Gezamenlijk vormen al deze kleine netwerken een groot, complex en onoverzichtelijk netwerk met verschillende verhoudingen per tumorsoort en vakgebied (fig. 7). Netwerkrelaties bevinden zich zowel in de OncoZON regio, de adherente regio als ook daarbuiten. De ene discipline heeft de onderlinge afspraken sterk geformaliseerd (bijv. gynaecologie), andere disciplines werken vrijblijvender op basis van informele contacten en het al aanwezige vertrouwen (bv. MDL). In de onderstaande figuur wordt inzicht gegeven in de complexiteit van de netwerkrelaties. Deze afbeelding is gebaseerd op een select aantal disciplines zonder rekening te houden met de verschillende tumorsoorten die per discipline te onderscheiden zijn.



Figuur 8: Netwerkoverzicht voor diverse medische disciplines

In zowel de adherente als OncoZON regio wordt oncologische zorg geboden in alle betrokken ziekenhuizen. Alle ziekenhuizen verlenen hoogvolume (veelal laagcomplex) oncologie maar sporadisch ook laagvolume oncologie. In de adherente regio wordt derdelijns oncologische zorg geboden door zowel het Máxima Medisch Centrum als ook het Catharina Ziekenhuis, terwijl dit voor de OncoZON regio in meerdere ziekenhuizen plaatsvindt. Voor de tweedelijns oncologie worden volgens de CCN-richtlijn en in samenspraak met de andere regionale ziekenhuizen binnen OncoZON zorgpaden ontworpen. Hier geldt het principe 'lokaal wat lokaal kan, centraal wat centraal moet'. De onderlinge (terug-) verwijsafspraken zijn informeel bekend en worden langzamerhand formeel vastgelegd in SLA's. Een belangrijk middel in de samenwerking tussen het CKI en de regionale ziekenhuizen is het regionale (video) MDO. In de adherente en OncoZON regio bevinden zich de volgende ziekenhuizen (tabel 4). De gemarkeerde ziekenhuizen zijn meegenomen in dit onderzoek:

Tabel 5: Ziekenhuizen in de regio

Ziekenhuis	Locatie	Adherente regio	OncoZON regio
Amphia Ziekenhuis	Breda	x	
Elisabeth/TweeSteden	Tilburg	x	
Jeroen Bosch Ziekenhuis	Den Bosch	x	
Bernhoven Ziekenhuis	Uden	x	
Maxima Medisch Centrum	Eindhoven	x	x
Catharina Ziekenhuis	Eindhoven	x	x
St. Anna Zorggroep	Geldrop	x	x
Elkerliek Ziekenhuis	Helmond	x	x
St. Jans Gasthuis	Weert	x	x
MUMC+	Maastricht		x
Zuyderland	Heerlen/Sittard		x
Laurentius Ziekenhuis	Roermond		x
VieCuri Medisch Centrum	Venlo/Venray		x

Uit de bovenstaande tabel komt naar voren dat **de adherente regio** overlapt met **de OncoZON regio**. Beide regio's zijn dan ook sterk met elkaar verweven. Uiteraard zijn er een aantal verschillen te benoemen tussen de respondenten. Managers en stafpersoneel houden er een meer **bestuurlijk-organisatorisch** perspectief op na, terwijl de medische specialisten zich vooral bezighouden met de **medisch-inhoudelijke** kant van samenwerking. De noodzaak tot kostenbeheersing heeft de organisatorische verhoudingen tussen specialisten en ziekenhuizen veranderd en deze verschillen waren merkbaar gedurende de interviews. Binnen de groep medisch specialisten is tevens een schifting te maken. Afhankelijk van het specialisme waren er uiteenlopende opvattingen, ervaringen, voorkeuren in de samenwerking met ziekenhuizen. Deze verschillen waren voornamelijk merkbaar tussen de twee uitersten van het spectrum oncologische zorg: **hoogcomplex-laagvolume** en **laagcomplex-hoogvolume** zorg. In de praktijk kan wordt veelal gesproken over algemene en topreferente zorg. In de algemene zorg is sprake van meer concurrentie omdat ieder ziekenhuis deze zorg aanbiedt. Dit levert dan ook meer spanningsvelden en concurrentie op, welke vooral merkbaar is tussen het MMC en CZE.

Op basis van de benoemde verschillen worden de invloedsfactoren systematisch beschreven. De netwerkontwikkelingen in de regio's kenmerken zich door een bepaald tijdspad. Het resultatenhoofdstuk zal dan ook een chronologische volgorde volgen (zie tabel 6). Iedere verhaallijn omschrijft een toevoeging op de voorafgaande verhaallijn.

Tabel 6: Structuur resultatenhoofdstuk

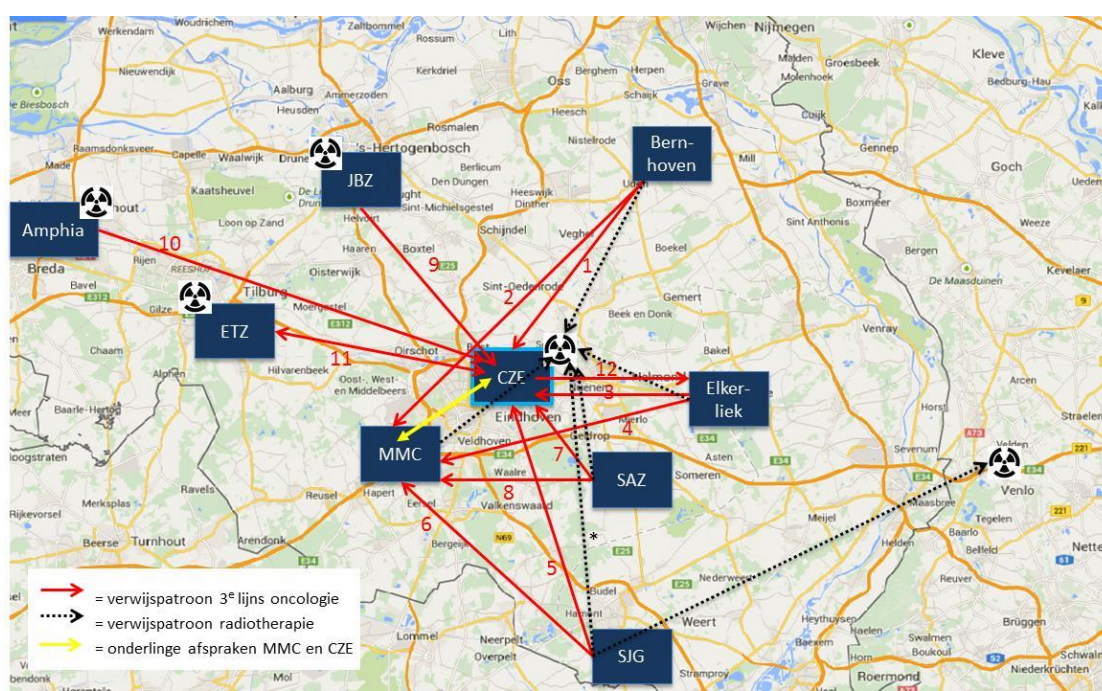
Functioneren samenwerking in oncologische netwerken	Medisch-inhoudelijk perspectief	Bestuurlijk-organisatorisch perspectief
Laagcomplex, hoogvolume zorg Adherente regio	Verhaallijn 1 van oudsher gegroeid	Verhaallijn 2 Toevoeging : Introductie gereguleerde marktwerking & consequenties voor oncologisch netwerk
Hoogcomplex zorg OncoZON	Verhaallijn 3 Toevoeging: Top down geschiedenis met regierol en middelen voor MUMC: OncoZON	Verhaallijn 4 Toevoeging: Ziekenhuizen in marktomgeving met verborgen agenda's en consequenties voor beide netwerken?

5.1.2. De adherente regio: van oudsher gegroeid

Medisch specialisten zijn positief over de samenwerking in de adherente regio en de ontstaansgeschiedenis van oncologische samenwerking in deze regio is bijzonder te noemen. In deze voormalige IKZ-regio is een oncologische regiosamenwerking ontstaan op basis van onderlinge verwijspatronen en bilaterale afspraken tussen ziekenhuizen. De IKZ is in 1982 opgericht als een kennis- en kwaliteitscentrum op het gebied van oncologische en palliatieve zorg in de regio Eindhoven. Sinds de oprichting is de IKZ-regio een aantal keren uitgebreid en op het hoogtepunt liep de regio van Breda tot Weert. In 2004 is de gynaecologie als eerste gestart met het concentreren van de complexe oncologische gynaecologie in een formele samenwerking. Sindsdien zijn andere disciplines gevolgd. In 2005 hebben ook de (oncologische) chirurgen in de IKZ-regio de handen ineengeslagen. Specialist in het CZE zien de voormalige IKZ-regio als adherente regio. Volgens respondenten uit de adherente regio is het een regio waar, ondanks de opgelegde

concurrentie en afwezigheid van een academisch ziekenhuis, een functionele oncologische samenwerking is gerealiseerd.

De samenwerking is **bottom-up** ontstaan tussen medisch specialisten die op basis van informele contacten elkaar opzochten om kennis en expertise uit te wisselen. Gedeelde vraagstukken, zoals vragen omtrent kwaliteitsborging, bracht ziekenhuizen dicht bij elkaar en het vrijblijvende karakter zorgde ervoor dat specialisten elkaar enkel opzochten wanneer nodig. Het voormalige IKZ heeft volgens respondenten een doorslaggevende rol gespeeld in het faciliteren van de samenwerking in de adherente regio. Respondent 13 gebruikt een metafoor om de bottom-up ontstaansgeschiedenis in de adherente regio te duiden: *“Kijk, het is wat dat betreft net Asterix en Obelix. Dan heb je dat dorpje waar de Galliërs zitten en alle plaatsjes daaromheen waar de Romeinen zitten. Deze regio, waar wij nu zitten, was een soort vrijgevochten gebied. Geen academisch centrum en geen duidelijke hiërarchie. Door de platte organisatie is dit altijd een ongelooflijk productief gebied hier. Dat is bijzonder geweest in de regio, de geschiedenis van het IKNL.”*



*SJG stuurt patiënten voor Radiotherapie primair naar Venlo, m.u.v. long en (deels) urologie (gaan naar CZE)

Op dit moment vormen mondelinge onderlinge afspraken tussen de ziekenhuizen in de adherente regio de basis van de samenwerking. Dit komt tot uiting in verwijfsstromen binnen de derdelijns oncologie. Tijdens de interviews is geïnventariseerd hoe de verwijfspatronen in de adherente regio georganiseerd zijn. Veel oncologische verwijfsstromen lopen richting het CZE (fig. 9). Het CZE verleent het volledige spectrum aan algemene oncologische zorg en een breed pakket aan topreferente oncologische zorg. De belangrijkste verwijzers in de topreferente zorg zijn Bernhoven, het St. Jans Gasthuis en de St. Anna zorggroep. Een reden voor dit grote oncologische zorgaanbod is de aanwezigheid van een eigen radiotherapie afdeling.

Daarnaast zijn er een aantal afzonderlijke factoren te benoemen die hebben bijgedragen aan de positieve perceptie van specialisten over de adherente regio.

Regie- & rolduidelijkheid

De coördinatie van taken in de adherente regio is volgens respondenten afhankelijk van de tumorsoort en ligt bij individuele specialisten in de afzonderlijke tumorwerkgroepen. Het toewijzen van resources is hier een verantwoordelijkheid van de individuele ziekenhuizen.

Daarnaast dient er duidelijkheid te bestaan over de rol die betrokken actoren invullen in een netwerk en de daarbij horende verantwoordelijkheden. Er wordt een onderscheid gemaakt in **drie rollen per tumorsoort**. Een ziekenhuis is **verwijzer, referentiecentrum en/of uitvoerder**. Referentiecentrum wil zeggen dat het ziekenhuis verwijzingen ontvangt met betrekking tot de behandeling van een bepaalde tumorsoort. Dit gebeurt bij verdenking van een bepaalde tumorsoort of na de diagnostische fase. De ongeschreven regel is dat specialisten de patiënten na afloop van de behandeling terugverwijzen. Specialisten geven aan over voldoende rolduidelijkheid te beschikken in de adherente regio. Ziekenhuizen hebben gezamenlijk een rolverdeling afgesproken, wat betekent dat zij onderling weten welk ziekenhuis welk onderdeel van een zorgpad uitvoert.

Onderlinge relaties

Ook de onderlinge relaties tussen actoren spelen een doorslaggevende rol in de perceptie van specialisten. Deze zachte aspecten van samenwerking stoelen op interpersoonlijke relaties en zijn essentieel voor het functioneren van netwerken. Vooral vertrouwen wordt gezien als een belangrijke voorwaarde voor succesvolle samenwerking.

Wederkerigheid is rekening houden met de organisatiebelangen van de andere actoren. Derhalve moeten ziekenhuizen elkaar soms iets gunnen, geven en nemen in de onderlinge relatie maar ook op zoek gaan naar win-win situaties. Uit de interviews komt naar voren dat regionale ziekenhuizen verschillende wederkerigheidsbehoeftes hebben die verschillen tussen SAZ-ziekenhuizen en STZ-ziekenhuizen. Wederkerigheid gaat verder dan patiëntverwijzingen maar betreft ook aspecten zoals service of kwaliteit. Deze aspecten lijken relevanter voor SAZ-ziekenhuizen omdat zij in grotere mate afhankelijk zijn van de expertise van STZ-ziekenhuizen en UMC's bij het behandelen van patiënten. In de praktijk betekent dit dat SAZ-ziekenhuizen voornamelijk patiënten verwijzen, oftewel 'geven' aan de STZ-ziekenhuizen en UMC's met tumorspecifieke expertise. Specialisten uit de STZ-ziekenhuizen beseffen dit en proberen hier actief rekening mee te houden door te kijken naar eventuele ruilmogelijkheden zoals het verwijzen van patiënten met niet-oncologische problematiek.

5.1.3. Introductie geregleerde marktwerking & consequenties voor adherente regio

Op 1 januari 2006 werd het stelsel van geregleerde marktwerking ingevoerd. De adherente regio kende destijds al een lange voorgeschiedenis vanuit het IKZ maar de invoering heeft de taakeisen voor bestuurders wel veranderd. Een belangrijk thema dat terugkomt in de interviews is het spanningsveld tussen ziekenhuizen met betrekking tot concurrentie en samenwerking. Dit spanningsveld is opvallend te noemen omdat ziekenhuizen, dankzij marktwerking, elkaar beconcurreren op specifieke oncologische zorg maar tegelijkertijd de samenwerking zoeken om te voldoen aan landelijke kwaliteitseisen. Dit spanningsveld heeft consequenties gehad voor de adherente regio. Respondenten in de adherente regio nemen de samenwerking tussen het MMC en CZE als praktijkvoorbeeld. De onderlinge geschiedenis en dynamiek van de marktomgeving heeft een bepaalde mate van chronisch wantrouwen tussen besturen van beide zorgaanbieders gecreëerd. Het zijn beide topklinische (STZ-)ziekenhuizen in hetzelfde verzorgingsgebied die strijden om dezelfde patiëntengroep.

Concurrentie tussen ziekenhuizen hoeft samenwerking echter niet uit te sluiten. In de adherente regio hebben de medische specialisten volgens respondenten gemeenschappelijke doelstellingen

met betrekking tot de zorgverlening. De besturen van het MMC en CZE, als de twee grootste ziekenhuizen in het adherentiegebied, hebben zich hier inmiddels bij aangesloten maar dat heeft veel moeite gekozen: *“We hebben nu een bestuurlijke overeenkomst tussen het CZE en MMC, getekend door beide besturen... We zijn het dus met elkaar eens dat we de oncologische zorg in de regio Eindhoven op een bepaalde manier willen afspreken. Dat vind ik al winst. Daar waren de dokters al lang.”*

Volgens managers leidt concurrentie tot een suboptimale verdeling van het regionale zorgaanbod. Ziekenhuizen willen zich qua oncologisch zorgaanbod namelijk onderscheiden van de concurrent. Dit kan leiden tot een inefficiënte inzet van resources en hogere kosten dan noodzakelijk. Respondent 16 geeft een voorbeeld van een suboptimale verdeling: *“Waarom zou het CZE een robot aanschaffen en waarom zou het MMC een robot aanschaffen? Dat zou echt belachelijk zijn, twee keer 2.5 miljoen aan een systeem wat je nooit efficiënt kan benutten. Dat kan ik beter samendoen, daar heb je allebei lol van...Ik snap het wel vanuit het concurrentieprincipe maar niet vanuit het patiëntenperspectief.”*

Motieven & belangen

Vanuit het patiëntenperspectief zijn nabijheid en toegankelijkheid volgens de respondenten belangrijke samenwerkingsmotieven. Met betrekking tot nabijheid en toegankelijkheid geven zij aan dat zorg moet worden aangeboden conform het credo *“zorg dichtbij waar het kan en ver weg waar het moet”*. Dit credo lijkt binnen alle betrokken ziekenhuizen te zijn doorgedrongen bij zowel de managers als medische specialisten. Het vormt daarmee de leidraad voor het concentratie en spreidingsdebat in de samenwerking.

Bestuurders worden door de marktomgeving echter gedwongen tot concurrentie welke is opgelegd door de overheid, NZa en zorgverzekeraars. Zij zijn dan ook voornamelijk bezig met het realiseren van organisatiebelangen zoals het garanderen van tumorspecifieke patiëntenstromen en daarmee belangrijke inkomsten voor het ziekenhuis. Specialisten geven aan dat deze overwegingen vooral op bestuursniveau liggen en zij zien in dat deze **strategische motieven** relevant zijn bij samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen. Specialisten hebben echter onvoldoende inzichtelijk wat de daadwerkelijke strategische motieven zijn. Zij vrezen dat strategische motieven mogelijk de **zorginhoudelijke motieven** ondermijnen.

Hetzelfde geldt voor de belangen van bestuurders. Deze zijn volgens specialisten en managers niet transparant. Respondent 22 doet een uitspraak over belangentegenstellingen tussen professionals en Raden van Bestuur. Er wordt gesuggereerd dat het ‘hoogste niveau’, ofwel de bestuurders, het patiëntenbelang uit het oog verliezen omdat ze te veel bezig zijn met het borgen van organisatiebelangen: *“Waartoe is dit huis op aarde? Dat draait om witte jassen en niet om een witte boord. Wat wij soms vergeten is dat daar het geld verdiend wordt waar mijn salaris van betaald wordt. Daar zit de crux. De primaire belangen van de zorgverlener en de patiënt zijn niet altijd leidend bij de keuzes die op het hoogste niveau worden gemaakt.”* Dit citaat van een manager staat met het beeld dat wordt geschetst door respondenten uit de verschillende ziekenhuizen. Managers lijken dan ook meer inzicht te hebben op de motieven en belangen van de Raden van Bestuur omdat zij een spilfunctie vervullen in de verbinding tussen de Raad van Bestuur (strategische top) en de medische specialisten (operationele niveau).

Zowel medisch specialisten als managers geven overigens aan dat zorginhoudelijke motieven de belangrijkste overwegingen zijn in een samenwerking om daarmee te voldoen aan (toenemende) kwaliteitseisen, het verbeteren van de zorgkwaliteit en toegevoegde waarde voor de patiënt. Medische specialisten hebben echter te maken met andere eisen te maken dan zorgbestuurders.

Eisen waarvoor zij professionele verantwoording afleggen aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), en in mindere mate richting zorgverzekeraars. Een aantal respondenten geeft dan ook aan dat OncoZON vooral **een netwerkbelang** heeft. OncoZON moet als netwerk verantwoording kunnen afleggen aan overheid en zorgverzekeraars. Daarnaast moet het weerstand bieden aan externe bedreigingen zoals andere CCN-netwerken elders in Nederland.

Uit de interviews komt tevens naar voren dat kleine (SAZ-) en grote (STZ-) ziekenhuizen overeenkomstige zorginhoudelijke motieven hebben om samen te werken. Respondenten uit beide type ziekenhuizen geven aan dat het borgen van kennis en kwaliteit vooropstaat. Het voornaamste verschil volgens respondenten is dat kleine ziekenhuizen meer noodzaak tot samenwerking ervaren waarbij het ondervangen van kwetsbaarheid vooropstaat. SAZ-ziekenhuizen hebben namelijk minder resources die zij in kunnen zetten ten behoeve van de oncologische zorg.

Een aantal specialisten geeft aan dat de samenwerkingsmotieven **relationeel** van aard zijn. Dit komt volgens hen voort uit de opleidingsachtergrond van de specialist. Medische specialisten hebben vaak goede contacten opgebouwd in het ziekenhuis waar zij hun opleiding hebben genoten. Zij kennen en **vertrouwen** de zorg die in het opleidingsziekenhuis door (voormalig) collega's wordt aangeboden. Dit vertrouwen lijkt in een aantal gevallen doorslaggevend voor de verwijzing van specifieke patiëntengroepen. **Vertrouwen lijkt samen te hangen met samenwerkingsmotieven van specialisten.**

Een ander thema dat uit de interviews naar voren komt en samen lijkt te hangen met vertrouwen, is het proces van padafhankelijkheid. Dit houdt in dat keuzes en gebeurtenissen uit het verleden invloed hebben op toekomstige ontwikkelingen doordat andere keuzemogelijkheden worden uitgesloten of bemoeilijkt (Kay, 2006). Respondent 28 licht toe hoe de overgang van de regionale IKZ naar het landelijk opererende IKNL, onder druk van netwerkvorming, het opgebouwde vertrouwen en de samenwerkingsrelaties in de adherente regio onder druk heeft gezet:

"We kunnen 95% van de oncologische zorg binnen de oude IKZ-regio doen. Eigenlijk zijn we door de IKNL ontwikkeling uit elkaar gerukt terwijl we fysiek gezien allemaal op rijafstand zitten. Er zit voldoende knowhow, kennis en capaciteit, uitruilmogelijkheden in die regio. Die hele netwerkvorming is veel te veel uitgegaan van de academie terwijl het op de werkvloer anders ingedeeld was."

5.1.4. Ontstaan van OncoZON: Top down met regierol & resources voor MUMC

Inmiddels heeft een subsidiërende overheid academische ziekenhuizen de taak gegeven om regionale oncologische zorgnetwerken te stimuleren en faciliteren. ZonMW heeft enkel UMC's en het NFU de gelegenheid gegeven om hiervoor subsidiegelden te verwerven vanuit het Citrienfonds. De UMC's werken via het Citrienfonds aan regionale netwerkvorming. Het doel is het bieden van de beste oncologische zorg op de meest geschikte locatie. Tegelijkertijd zullen zorgaanbieders in een oncologisch netwerk moeten streven naar de meest doelmatige behandeling voor de patiënt. Doelmatig in termen van inzet van mensen en resources. Dit is echter niet vanzelfsprekend wanneer er wordt gekeken naar de huidige praktijkvariatie tussen de ziekenhuizen.

Het voormalige IKZ is daarnaast met integrale kankercentra elders in het land gefuseerd tot het huidige IKNL. Sinds de fusie in 2014 heeft deze organisatie volgens specialisten slechts een marginale rol gespeeld in de samenwerking, terwijl zij voorheen de verbindende organisatie was in de adherente regio. Deze nieuwe rol lijkt weggelegd voor Comprehensive Cancer Centers zoals het MUMC.

Formeel ligt de coördinatie van taken binnen het OncoZON netwerk bij het MUMC. Zij hebben als

academisch ziekenhuis de middelen toegewezen vanuit het Citrienfonds. Binnen OncoZON kan gesproken worden over een 'leiderorganisatienetwerk' (Provan & Kenis, 2008) waarbij alle leden tot op zekere hoogte een gemeenschappelijke doelstelling delen. Normaliter zou de significantie van een academisch ziekenhuis voldoende legitimiteit creëren richting de netwerkleden. Respondenten geven echter aan dat de geografische ligging van het MUMC haar legitimiteit als leiderorganisatie beperkt. Het MUMC bezit niet de meeste resources en behandelt niet de meeste patiënten. Respondenten geven daarnaast aan dat het MUMC als regiehouder van OncoZON de aansturing aanvankelijk top-down organiseerde. Vooral specialisten beschouwde dit dwingende karakter als een belemmering voor de samenwerking. Daardoor is de samenwerking volgens respondenten vanuit wantrouwen gestart. Inmiddels is daar gestaag steeds meer vertrouwen aan het ontstaan. Volgens respondenten heeft dit onder andere te maken met het feit dat er een nieuwe OncoZON voorzitter is. De huidige kwartiermaker is volgens respondenten een verbindend voorzitter. De meerderheid van de specialisten geeft aan dat zij het open karakter van een bottom-up samenwerking belangrijk achten, zoals ook binnen de adherente regio het geval was. Binnen OncoZON opperen respondenten een centrale regie waarbij de verantwoordelijkheid voor de coördinatie van taken bij één organisatie ligt. Deze organisatie zou moeten rouleren en is bij voorkeur een gezamenlijk besluit van alle deelnemende ziekenhuizen.

In de adherente regio is de situatie gecompliceerder. Er zijn geen duidelijke formele afspraken maar de regie is informeel 'gegroeid'. De regionale tumorwerkgroepen worden niet meer enkel met de ziekenhuizen binnen de adherente regio georganiseerd maar in toenemende mate ook met ziekenhuizen in de volledige OncoZON regio. Specialisten uit de adherente regio ervaren sindsdien dat de inzet is afgenomen. De tumorgroepen bevatten specialisten uit deelnemende ziekenhuizen die betrokken zijn bij de zorgverlening van een bepaalde tumorsoort. Respondenten geven aan dat de regie per tumorsoort momenteel bij individuele specialisten op tumorwerkgroepniveau ligt en daar ook zou moeten liggen. Alle netwerkleden nemen gezamenlijk besluiten en er is geen afzonderlijk administratieve organisatie. Onderling spreken zij af dat patiënten worden terugverwezen na topreferente behandeling. Uit de interviews blijkt dat deze governancestructuur voor een hoge mate van betrokkenheid en participatie onder de leden zorgt. De governancestructuur in de adherente regio lijkt dan ook te functioneren als een zelfregulerend netwerk (Provan & Kenis, 2008). Het succes in de adherente regio is volgens specialisten onder andere te wijten aan het beperkt aantal netwerkdeelnemers binnen dit informele netwerk. Te veel deelnemers leiden volgens hen tot inefficiëntie met betrekking tot afstemming.

Specialisten geven daarentegen aan momenteel een gereserveerde houding te hebben ten opzichte van de OncoZON regio. Zij zijn nog niet overtuigd over de kans op succes van OncoZON maar dit neemt wel toe. Het delen van informatie komt volgens respondenten **steeds frequenter voor**. Terwijl hier nauwelijks sprake van was ten tijde van **de introductie van marktwerking (2006)**. Dit hangt volgens de respondenten samen met de toegenomen samenwerking tussen ziekenhuizen. Specialisten ervaren daarnaast een groeiende betrokkenheid bij complexe problematiek binnen OncoZON: *"Dat is wel groeiende en dat merk je aan de aanwezigheid bij de tumorwerkgroep besprekingen. Mensen doen daar ook hun zegje. Het is niet zo dat ze achterover leunen en het maar aanhoren, ze doen actief mee."* (Respondent 15). Het verschilt volgens specialisten per tumorwerkgroep in hoeverre specialisten betrokken zijn bij bijeenkomsten. Uit de reacties van specialisten blijkt dat er binnen de verschillende tumorwerkgroepen verschillen in vertrouwen zijn. In sommige tumorwerkgroepen is meer onderling vertrouwen aanwezig omdat de deelnemers al jaren

met elkaar om tafel zitten. Andere tumorwerkgroepen hebben pas een of enkele keren bij elkaar gezeten. Het vertrouwen is daar erg pril. De oorzaak van deze houding lijkt daarom vooral te maken te hebben met het relatief korte bestaan van CCN's zoals OncoZON. Specialisten binnen de OncoZON regio zijn daarom terughoudend bij het beoordelen van het vertrouwen. Daar waar de OncoZON regio overlapt met de adherente regio is het voor specialisten eenvoudiger het vertrouwen te beoordelen. Respondenten in zowel de adherente regio als OncoZON geven aan dat het onderlinge vertrouwen zich voornamelijk uit in wederkerigheid in verwijspatronen.

Wederkerigheid

De medisch specialisten ervaren vanuit organisatieperspectief een acceptabele verdeling van de kosten in de samenwerking wanneer dit wordt afgezet ten opzichte van de baten. Zij doelen hiermee op het totaal aan kosten in termen van tijd, geld en 'resources'. Er zitten echter grenzen aan de tijdsinvestering waartoe medisch specialisten bereid zijn, in zowel OncoZON als de adherente regio. Het deelnemen aan overlegstructuren zoals MDO's kost in toenemende mate tijd. Deze tijdsinvestering brengt een bepaald spanningsveld met zich mee. De medisch specialisten erkennen enerzijds dat de huidige inrichting van de (oncologische) zorg het noodzakelijk maakt om deel te nemen aan overlegstructuren. Het komt de patiëntenzorg namelijk ten goede. Anderzijds ervaren zij dit als tijd die ten koste gaat van het directe patiëntencontact omdat het een aanzienlijke tijdsinspanning van specialisten vergt. De tijdsinvestering is daarmee een hekelpunt en kan verder toegespitst worden naar het **type oncologische zorg** en **grootte van het ziekenhuis**.

Vooral specialisten die zich bezighouden met hoogcomplexiteit-laagvolume zorg lijken de baten te zien van participeren binnen OncoZON, omdat daar meer samengestelde expertise is en samenwerken het eenvoudiger maakt om te voldoen aan kwaliteitsnormen. Specialisten die zich veelal bezighouden met hoogvolume zorg zijn minder optimistisch over de samenwerking binnen OncoZON omdat het teveel tijd kost in relatie tot wat het hen oplevert.

Respondenten ervaren tegelijkertijd dat specialisten in kleine (SAZ-) ziekenhuizen vanuit organisatieperspectief relatief meer tijd investeren aan samenwerking dan grote (STZ-) ziekenhuizen en UMC's. Dit komt volgens respondenten doordat SAZ-ziekenhuizen minder specialisten hebben om over de verschillende overlegstructuren te verdelen en minder vergaand gespecialiseerd zijn. Zij houden zich dus niet uitsluitend bezig met het behandelen van specifieke tumorsoorten maar tevens met co- of multimorbiditeit van de patiënt. Respondent 28 licht deze situatie als volgt toe: *"Als een klein ziekenhuis twee oncologen en twee chirurgen heeft en een groot ziekenhuis twaalf, maar je moet iedere keer aanwezig zijn. Dat is natuurlijk een stuk lastiger en daar moet je elkaar gedeeltelijk in helpen. Dat is weer de tijdsinvestering."*

Respondenten geven daarmee impliciet aan dat de baten per ziekenhuis van elkaar verschillen terwijl ze expliciet spraken over een acceptabele verdeling van kosten en baten.

Regie- & rolduidelijkheid

Respondenten weten onvoldoende welke ziekenhuizen of individuele specialisten de regie hebben op tumorwerkgroepniveau. De vraag: *'Wie heeft de regie in de samenwerking?'* leidt, na toelichting van de invloedsfactor, tot uiteenlopende antwoorden en de bevestiging dat dit onduidelijk is.

Respondent 3 probeert de onduidelijkheid over de verschillende regierollen te verklaren: *"Per kanker heb je een andere regierol. Borstkanker komt zoveel voor dat daar een landelijke regierol ligt maar als je weer kijkt naar slokdarm kanker dan zouden wij, met ons volume, de regie in de regio moeten hebben. Het is lastig dat je per ziekte een andere strategie hebt. Dat schept onduidelijkheid bij de huisarts en patiënten."*

Daarnaast lijkt het merendeel van de specialisten momenteel onvoldoende rolduidelijkheid binnen OncoZON te ervaren. Er is volgens specialisten wel progressie geboekt maar zij verwachten dat het netwerk simpelweg meer tijd nodig heeft. OncoZON bevindt zich momenteel namelijk in een fase bevinden waarin afspraken omtrent verwijzstromen, zorgpaden, et cetera geformaliseerd worden: *“We zijn in de regio vol bezig om alle informele afspraken die er zijn te formaliseren maar daar ook kwaliteitsnormeringen aan te hangen, de vrijblijvendheid eraf te halen en die ook te gaan beheren. Zodat de organisatie uiteindelijk ook uniform is.”* - Respondent 1 over de behoefte aan rolduidelijkheid om de beheersbaarheid van het netwerk te vergroten.

Tot nu toe zijn er weinig formele afspraken tussen de verwijzende ziekenhuizen in OncoZON maar ook de adherente regio. De meerderheid van de respondenten geeft echter aan behoefte te hebben aan geformaliseerde afspraken en regels om daarmee duidelijkheid te creëren. Respondent 26 licht deze behoefte als volgt toe: *“Je moet het zien als een huwelijkscontract. Dat neem je bij je huwelijk maar je hoopt het nooit nodig te hebben. Het moet een keer op papier staan.”* Het creëren van meer duidelijkheid lijkt daarmee een controlemiddel om wantrouwen te ondervangen, ook in de adherente regio.

Macht & afhankelijkheid

Specialisten geven aan dat zij met name **intra-organisatieel** ongelijke machtsverhoudingen ervaren. De ongelijke machtsverhoudingen zijn aanwezig tussen de Raad van Bestuur en de medische specialisten. Met andere woorden, de belangen en voorkeuren van zowel specialisten als Raden van Bestuur beïnvloeden de mogelijkheden tot samenwerking. In de praktijk ligt de bevoegdheid om beslissingen te nemen bij de Raden van Bestuur terwijl zij niet direct en actief deelnemen in de oncologische samenwerking. Zij raken betrokken bij netwerkvorming wanneer dit invloed heeft op hun verantwoordelijkheid om de kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg binnen het ziekenhuis te borgen. Met de komst van het Medisch Stafbestuur (MSB) en hun verantwoordelijkheid om alle vrijgevestigde specialisten te vertegenwoordigen, is er meer handelingsruimte gekomen voor medici om de samenwerking te organiseren. In de meeste ziekenhuizen is het mandaat en de daarbij horende handelingsruimte echter onduidelijk of niet formeel vastgelegd. Specialist geven echter te kennen een zekere mate van vrijheid in de samenwerking te waarderen. Zij doelen hiermee op hun professionele autonomie bij het verwijzen van patiënten. Dit geldt met name voor hoogcomplex zorg en is afhankelijk van de voorkeuren van een specialist en de aanwezige praktijkvariatie tussen ziekenhuizen. Specialist conformeren zich bij voorkeur niet aan één netwerk of samenwerkingspartner. Zij denken dat dit de kwaliteit van zorg in de weg staat omdat het de keuzes voor ziekenhuizen buiten het netwerk belemmert. Kortom, specialisten zien enerzijds de noodzaak, meerwaarde en het belang van samenwerking maar erkennen anderzijds dat zij op bepaalde deelgebieden autonoom willen handelen als specialist.

5.1.5. Bestuurders met verborgen agenda's en consequenties voor zorgnetwerken

Binnen OncoZON ervaren respondenten een verscheidenheid aan **verborgen belangen** bij verschillende ziekenhuizen die de gemeenschappelijke doelstellingen ondermijnen. Deze verscheidenheid ervaren respondenten voornamelijk op organisatieniveau, welke vertegenwoordigd wordt door het bestuur en management. De medische specialisten zitten volgens respondenten meer met elkaar op een lijn. Dat komt volgens hen door de prestatie- en uitkomstindicatoren waar alle ziekenhuizen verplicht naar moeten kijken. Managers en bestuurders moeten daarentegen voldoen aan de eisen voor een gezonde organisatie in een competitieve marktomgeving. Dit

betekent dat specifieke organisatie informatie concurrentiegevoelig kan zijn en niet openbaar gemaakt wordt.

Over het algemeen hebben specialisten onvoldoende zicht op wat zich afspeelt tussen de Raden van Bestuur van verschillende ziekenhuizen. Voor specialisten op de werkvloer is het ondoorzichtig en complex wat zich op dat niveau afspeelt. Ze hebben behoefte aan transparantie over de motieven en belangen op organisatieniveau. Respondent 5 vertaalt het gevoel dat veel specialisten ervaren maar het blijft de vraag of deze behoefte realistisch is: *"[...] het bestuur is op dit moment nog een black box. Wat is hun visie en wat doen ze precies? Hoe staan we er over een jaar of vijf precies voor? Daar moet wel wat gebeuren. Er wordt op het niveau van tumorwerkgroepen goed samengewerkt maar op metaniveau is dat abstract en onduidelijk voor mij. Dat moet transparanter."*

Desalniettemin hebben specialisten de indruk dat de Raden van Bestuur investeren in oncologische samenwerkingsverbanden. Specialist zijn daarentegen wel sceptisch over de belangen die de bestuurders vertegenwoordigen. Zij weten niet om welke reden zij gefaciliteerd worden. Volgens een aantal specialisten beïnvloeden de Raden van Bestuur mogelijk de samenwerking tussen ziekenhuizen door ondoorzichtige beslissingen te nemen. Deze specialisten hebben het gevoel niet afdoende op de hoogte te zijn van de wijze waarop besluitvorming tot stand komt. Dit lijkt bij hen een gevoel van onmacht met zich mee te brengen. Deze houding komt voort uit een ervaren gebrek aan transparantie omtrent motieven en belangen van bestuurders in de samenwerking. Inhoudelijk samenwerken tussen medisch specialisten levert volgens respondenten weinig problemen op. Het is volgens respondenten vooral de invloed van de bestuurders die oncologische samenwerking incidenteel lijkt te bemoeilijken zoals het gefaalde initiatief van het MMC en CZE om samen een oncologiecentrum op te richten.

Het vertrouwen in de onderlinge relaties tussen ziekenhuizen is volgens respondenten daarom erg fragiel. Uit de reacties van respondenten blijkt dat managers en specialisten nogal terughoudend zijn met het delen van resources omdat het verleden hen heeft geleerd dat hier mogelijk misbruik van gemaakt wordt. Er is dus een zekere mate van onvoorspelbaarheid over het gedrag van de samenwerkingspartners.

Gemeenschappelijke doelen

Volgens de respondenten bestaan er voldoende gemeenschappelijke doelen tussen de verschillende ziekenhuizen in zowel de adherente regio als OncoZON. Specialist beschouwen de focus op herstel van patiënten als voldoende doelconsensus tussen de samenwerkende ziekenhuizen: *"Als je zegt dat het doel is om de patiënt beter te maken. Dan heb je niet anders dan een gemeenschappelijk doel. Op dat moment heb je allemaal het doel in de samenwerking om enerzijds kwaliteit van zorg aan te bieden aan de patiënt maar ook de manier waarop je het georganiseerd hebt zo aan te bieden dat dit zo prettig mogelijk ontvangen wordt."*

De gemeenschappelijke doelen komen volgens respondenten voort uit wet- en regelgeving, landelijke richtlijnen en de veranderlijkheid van de omgeving. Het dwingt ziekenhuizen de focus te leggen op **soortgelijke thema's als servicelevel, logistiek, korte wachttijden, prestatie indicatoren, kwaliteitskeurmerken, et cetera** en lokt daarnaast meer samenwerking uit. Het credo *"Zorg dichtbij waar het kan en ver weg waar het moet"* is hiervan het meest tastbare voorbeeld.

Ondanks de behoefte tot meer samenwerking wordt er toch veel gehandeld vanuit de eigen autonomie. Reden hiervoor is de marktomgeving en het idee dat zorgaanbieders bestaansrecht ontlenen aan concurrentie en autonoom handelen.

Het oncologisch zorgnetwerk OncoZON illustreert dat concurrentie en samenwerking prima kunnen

samengaan in een gezamenlijk initiatief wanneer er wordt ingezet op kwaliteit van zorg en niet op patiëntenstromen. De bedreiging van concurrentie kan worden weggenomen door hier afspraken over te formaliseren. Het brengt moeilijkheden met zich mee om OncoZON goed vorm te geven omdat het landelijke beleid de natuurlijke spanning tussen concurrentie en samenwerking versterkt. Het onderstaande citaat van een medisch specialist maakt duidelijk dat ziekenhuizen worstelen met dit spanningsveld: “[...] *men is wederzijds afhankelijk maar men heeft ook een eigen winkel die ze open moeten houden. We werken graag samen maar willen ook de patiënten voor onszelf. Men heeft er belang bij om samen te werken maar ook een groot deel zelf te doen.*” – Respondent 5

Al met al kan er gesproken worden over een tegenstrijdige situatie waarin ziekenhuizen dankzij marktwerking en toenemende kwaliteitseisen enerzijds elkaars concurrent zijn, maar anderzijds een noodzaak hebben om samen te werken. Hierbij kan tevens een onderscheid gemaakt worden tussen het type oncologische zorg dat wordt aangeboden.

Macht & afhankelijkheidsrelaties

Respondenten zien in dat zowel grote als kleine ziekenhuizen een bepaalde vorm van macht hebben die de samenwerkingsverbanden kunnen beïnvloeden. Zij ervaren dat **de grootte van ziekenhuizen de verschillen in machtsverhoudingen bepalen**. Dit heeft volgens respondenten twee redenen. Grote STZ-ziekenhuizen en UMC's hebben een breder oncologisch zorgaanbod. Daardoor zijn kleine SAZ-ziekenhuizen doorgaans genooddaakt specifieke hoogcomplex-e-laagvolume zorg naar grote STZ-ziekenhuizen te verwijzen die deze zorg wel leveren. Vooral managers ervaren een grote afhankelijkheid in de samenwerkingsverbanden om daarmee het zorgproces toekomstbestendig te borgen. Indien wederzijds, ervaren zij afhankelijkheid niet als een belemmerende factor voor samenwerking. De interviewresultaten zijn in overeenstemming met de fundamentele aanname van de RDT dat ziekenhuizen die geen constante stroom aan ‘resources’ kunnen genereren, de noodzaak hebben om relaties met andere ziekenhuizen aan te gaan.

Anderzijds beslaan deze verwijzingen een noemenswaardig deel van oncologische patiënten in STZ-ziekenhuizen. Dit brengt voor STZ-ziekenhuizen een zekere mate van afhankelijkheid met zich mee en geeft ook SAZ-ziekenhuizen een bepaalde machtspositie: “[...] *afhankelijkheid is onze kwetsbaarheid. Die kunnen we managen door samen te werken. Daardoor worden we afhankelijk van andere partijen. De afhankelijkheid van andere partijen ten opzichte van ons is de patiëntenstroom die wij als productie voor hen genereren.*” – Respondent 24

Daarnaast hebben grote ziekenhuizen meer financiële middelen die, volgens respondenten uit kleine SAZ-ziekenhuizen, aangewend kunnen worden voor de oncologische zorg. Daardoor zijn deze ziekenhuizen beter in staat te voldoen aan de toenemende kwaliteitseisen voor oncologische zorg. Binnen de OncoZON regio ervaren respondenten echter minder afhankelijkheidsrelaties dan binnen de adherente regio. De geografische afstand tussen ziekenhuizen zorgt ervoor dat ziekenhuizen zonder hulp voldoende patiënten uit het eigen adherentiegebied krijgen. Dit geldt met name voor de algemene oncologische zorg.

Kortom, zorgnetwerken zijn in de praktijk vaak gebaseerd op wederzijdse afhankelijkheden tussen zorgaanbieders die tevens zoveel mogelijk op basis van eigen autonomie handelen. Respondenten beamen dit en spreken over een middenweg: samenwerking op kwaliteitsborging en hoogcomplex-e zorg maar autonoom handelen met betrekking tot laagcomplex-e zorg. Hierin moet wel een nuancering worden aangebracht omdat oncologische zorgnetwerken uit een veelheid aan oncologische deelgebieden bestaan en de mate van autonomie daarmee per tumorsoort verschilt.

Cultuurverschillen: andere accenten

Iedere zorgaanbieder brengt andere arbeidsculturen, werkwijzen, procedures en ideologieën met zich mee in een samenwerking. Uit de interviews kan worden opgemaakt dat ieder ziekenhuis andere nuances aanbrengt met betrekking tot de zorgverlening. De algemene opvatting van respondenten is echter dat de aanwezige cultuurverschillen maar **weinig effect hebben op de samenwerking** binnen het zorgproces. Ziekenhuizen streven namelijk dezelfde zorgoutcome na. Hierbij gaat het in essentie om het verlenen van kwalitatief goede patiëntenzorg: *“In praktijkvariatie zie je dat mensen dingen anders doen maar om over cultuurverschillen te praten. In de ziekenhuizen heeft iedereen wel hetzelfde vizier. De patiënt centraal, verpleegkundigen en casemanagers moeten zorgen voor ondersteuning, goede zorg leveren, dat is waar het om gaat. Het maakt niet uit in welk ziekenhuis je bent.”* – Respondent 28 licht dit toe als praktijkvariatie waarbij de verschillen binnen het zorgproces minder belangrijk zijn.

De verschillen in arbeidscultuur staan los van de adherente regio of OncoZON regio maar komen volgens respondenten voort uit de **grootte** van het ziekenhuis en de daarmee samenhangende aanwezigheid van een **opleidingsklimaat**. Dit uit zich onder andere in verschillende opvattingen over zorgverlening en –behandeling, werkwijze en ambitieniveau. Grote ziekenhuizen met een opleidingsklimaat hebben volgens respondenten doorgaans meer ambities dan kleine ziekenhuizen. Bovendien ervaren respondenten dat kleine SAZ-ziekenhuizen veelal excelleren in de relatie met de patiënt en eerste lijn. Grote STZ-ziekenhuizen en UMC's excelleren volgens respondenten daarentegen in tumorspecifieke kennis en expertise vanwege de aanwezigheid van een opleidingsklimaat en de hoge mate van specialisatie. De verschillen in werkwijzen en procedures worden in de oncologie al grotendeels ondervangen door landelijk opgelegde protocollen en richtlijnen. Dit nodigt uit tot een gemeenschappelijke werkwijze.

Volgens respondenten zijn de ideologische verschillen met betrekking tot zorgverlening in de praktijk vooral nuanceverschillen tussen specialisten. Deze verschillen worden bespreekbaar gemaakt in het MDO. Sporadisch wijken de behandelplannen af, voornamelijk bij de meer complexe casuïstiek. In dat geval ligt de uiteindelijke keuze bij de patiënt die op basis van alle voor- en nadelen zelf een afweging maakt. De aanwezige verschillen leiden ertoe dat de betrokken partijen problemen op eigen wijze benaderen en daarbij andere accenten leggen. Volgens respondenten nivelleren de cultuurverschillen intussen door landelijke ontwikkelingen en toenemende samenwerking tussen ziekenhuizen.

5.2. Analyse van resultaten

Op basis van de resultaatbeschrijving volgt hieronder een analyse van de resultaten. Vanuit de resultaten komt meerdere malen naar voren dat **specialisten belangenverschillen ervaren tussen bestuurders en professionals (medisch specialisten en managers)**. De samenwerking binnen een ziekenhuis verloopt niet altijd soepel doordat bestuurders, managers en medisch specialisten, zowel gelijke als uiteenlopende motieven en belangen hebben. Dit lijkt een gevolg van de introductie van marktwerking en concurrentie. De mogelijkheden tot netwerksamenwerking nemen daardoor mogelijk af, terwijl de behoefte aan netwerksamenwerking juist is toegenomen als gevolg van toenemende kwaliteitseisen.

Op basis van de resultaten lijkt het waarschijnlijker dat de belangenverschillen die specialisten ervaren wordt gevormd door een **gebrek aan transparantie over motieven en belangen van bestuurders**. Zorgbelangen hoeven organisatiebelangen niet uit te sluiten en wijken in de praktijk onderling weinig af. Een mogelijke verklaring voor het gebrek aan transparantie is het feit dat bestuurders verantwoordelijk zijn voor het functioneren van het volledige ziekenhuis en niet enkel de oncologische zorg. De markteisen die aan bestuurders wordt gesteld en de informatiegevoeligheid die daarmee samenhangt verklaart mogelijk waarom respondenten verborgen belangen ervaren. Managers en bestuurders hebben met andere voorwaarden te maken waaraan zij (noodgedwongen) meedoen omdat het huidige zorgstelsel nu eenmaal zo is ingericht. Niet meedoen betekent dat zorgaanbieders weggeconcentreerd worden en bestaansrecht verliezen.

Behoeftte aan transparantie ten behoeve van duidelijkheid

Om meer regie- en rol duidelijkheid te realiseren dient er voldoende transparantie te zijn tussen de netwerkdeelnemers. Er zijn diverse redenen waarom er nog onvoldoende transparantie is en respondenten deze behoefte hebben.

De diversiteit aan kwaliteitskeurmerken van verschillende instanties (zie bijlage 1) zorgen voor een gebrek aan transparantie. Mede hierdoor bestaat er bij betrokken partijen geen eenduidige verwachting over de kwaliteitseisen omtrent het oncologische zorgaanbod.

Een tweede reden voor het gebrek aan transparantie is de concurrentiegevoeligheid van bepaalde informatie in een marktomgeving. Dit maakt bestuurders huiverig om bepaalde informatie te delen.

De gevolgen van ondoorzichtigheid

Onvoldoende transparantie over de motieven voor samenwerking creëert wantrouwen in de onderlinge relaties tussen ziekenhuizen. Specialist en managers zouden volgens respondenten niet moeten raden naar de motieven en belangen van andere ziekenhuizen. Dit staat echter haaks op de uitspraken van een aantal respondenten binnen OncoZON welke aangeven dat zij bij aanvang niet volledig transparant zijn geweest over hun motieven en belangen in de samenwerking: *“Je gaat niet meteen al je troeven op tafel leggen. Dat is tactisch niet slim en je moet daar diplomatiek mee omgaan want je hebt iedereen uiteindelijk nodig.”* (Respondent 19). Uit deze reactie blijkt dat er met twee maten wordt gemeten. Een aantal respondenten willen zelf terughoudend zijn in het delen van hun motieven maar verwachten volledige openheid van andere ziekenhuizen.

Momenteel is het volgens respondenten voor stakeholders binnen de OncoZON regio onvoldoende duidelijk waar bepaalde oncologische zorg wordt geboden. Respondenten bevestigen echter dat er steeds meer transparantie ontstaat tussen de netwerkdeelnemers. Dit heeft veelal te maken met ontwikkelingen in de netwerkcontext waar ieder ziekenhuis mee te maken heeft. Toenemende kwaliteitseisen voor ziekenhuizen ten aanzien van oncologische zorg lokken uit tot transparantie.

Balans tussen samenwerking en autonomie

De netwerksamenwerking in zowel de adherente regio en OncoZON regio kenmerkt zich door de aanwezigheid van meerdere afhankelijkheidsrelaties. In de samenwerkingsverbanden tussen de ziekenhuizen zijn tegelijkertijd zowel competitieve als wederzijdse afhankelijkheidsrelaties aanwezig wat zich uit in een spanningsveld van concurrentie op algemene oncologische zorg en samenwerking op topreferente zorg.

Een meerderheid van de respondenten oppert om vooral meer samen te werken, maar er zijn specialisten die aangeven autonomie als ziekenhuis te prefereren. Hierbij kan er een onderscheid gemaakt worden tussen het type oncologische zorg dat wordt aangeboden binnen het netwerk. Voor ziekenhuizen betekent dit in veel gevallen **samenwerken bij het aanbieden van hoogcomplexere zorg en autonomie bij het aanbieden van laagcomplexere zorg**. Uiteindelijk ontkomen ziekenhuizen er niet aan zich tot op zekere hoogte te committeren aan samenwerking bij het verlenen van oncologische zorg. Samenwerking garandeert patiëntenstromen en waarborgt de kwaliteit van zorg. Daarmee dwingt de regelgeving omtrent kwaliteit en het functioneren van de gereguleerde zorgmarkt ziekenhuizen zich te conformeren aan netwerksamenwerking.

Kosten & baten

Respondenten geven impliciet aan dat de baten per ziekenhuis van elkaar verschillen terwijl ze expliciet spraken over een acceptabele verdeling van kosten en baten. Respondenten lijken de tijdsinvestering die met OncoZON gemoeid is momenteel te accepteren met de verwachting en hoop dat dit samenwerkingsverband van meerwaarde gaat zijn voor de kwaliteit van patiëntenzorg. Het is echter aannemelijk dat meer samenwerking binnen OncoZON, meer tijdsinvestering van medisch specialisten zal verlangen. Vanuit die optiek is het niet vreemd dat specialisten meer baten zien van netwerksamenwerking bij het aanbieden van laagvolume zorg omdat zij anders afgerekend worden op output van zorg (Van Venrooy & Sonnenschein, 2008).

Duidelijkheid

De diversiteit aan ziekenhuizen brengt een geheel eigen dynamiek met zich mee met betrekking tot de organisatie van samenwerking. Dit is afhankelijk van de aanwezige kennis en expertise, de organisatie ambities en de grootte van het ziekenhuis. Op basis daarvan kan een ziekenhuis verschillende rollen binnen een samenwerking vervullen en organisatiebelangen nastreven. De bestaande driedeling in rollen verschaft echter onvoldoende rolduidelijkheid voor de netwerkdeelnemers omdat de rollen per ziekenhuis en per tumorsoort verschillen en niet iedere patiënt eenzelfde zorgtraject aflegt. Uit de interviews kan daarnaast worden opgemaakt dat er weinig duidelijkheid is bij de betrokken actoren over de regie binnen de OncoZON regio

Netwerkcontext

De resultaten geven geen aanleiding te veronderstellen dat de netwerkcontext factoren de ontwikkeling van een samenwerking aanzienlijk beïnvloeden. Deze factoren bieden enkel een kader waarbinnen netwerksamenwerking zich afspeelt. Ziekenhuizen kunnen zelf slechts gering invloed uitoefenen op de netwerkcontext. Respondenten blijken samenwerking in de adherente regio als positiever te ervaren dan samenwerking binnen OncoZON. Dit komt omdat het voortborduurde op eerdere positieve ervaringen uit de oude IKZ-regio. Het samenwerken in formele zorgnetwerken zoals OncoZON kent daarentegen pas een korte geschiedenis in vergelijking met de adherente regio.

6. Conclusie & discussie

Vanwege de complexiteit van oncologische zorgprocessen, hervormingen in de structuur van het zorgstelsel en ontwikkelingen in de samenleving en politiek bestaat er een noodzaak om samenwerking in regionale zorgnetwerken te bevorderen. De noodzaak tot samenwerking enerzijds, en de concurrentie ten gevolge van marktwerking anderzijds levert een spanningsveld op tussen oncologische zorgaanbieders met betrekking tot de organisatie en coördinatie van oncologische zorgnetwerken. In dit onderzoek staat de volgende vraagstelling centraal:

“Hoe kan de huidige samenwerking binnen huidige oncologische zorgnetwerken van het CKI worden verklaard binnen de context van concurrentie en hoe kan de organisatie en coördinatie van een oncologisch zorgnetwerk worden verbeterd?”

Om antwoord te geven op de centrale vraagstelling, wordt er allereerst bondig antwoord gegeven op de onderstaande deelvragen:

1. *Hoe ziet de organisatie en coördinatie van de oncologische zorg in het algemeen eruit en wat zijn relevante ontwikkelingen met betrekking tot samenwerking?*
2. *Welke voorwaarden voor succesvol samenwerken in oncologische zorgnetwerken zijn uit de interorganisatiele theorieën en zorgliteratuur af te leiden?*
3. *Wat verstaan betrokken actoren in het netwerk van het CKI onder een oncologisch zorgnetwerk en wat verwachten zij ervan?*
4. *Welke overeenkomsten en verschillen over de verwachtingen, voorkeuren, motieven en doelen met betrekking tot samenwerking in oncologische zorgnetwerken zijn er tussen de partners in dit netwerk?*
5. *Hoe functioneert de samenwerking volgens de betrokken actoren binnen en buiten het CKI?*
6. *Op welke wijze kan het netwerk actief inspelen op de motieven, verwachtingen en ambities van betrokken actoren om zodoende een constructieve samenwerking te realiseren?*

Op basis van wetenschappelijke literatuur zijn er keuzes gemaakt voor relevante invloedsfactoren die kunnen bijdragen aan succesvolle samenwerking in oncologische zorgnetwerken. Om de invloedsfactoren te onderzoeken is er gekozen voor kwalitatief, exploratief onderzoek. Hierbij zijn diepte-interviews als primaire onderzoeksmethode toegepast. In alle gevallen is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews met behulp van een topiclijst.

6.1. Antwoorden op de deelvragen

1. ***Hoe ziet de organisatie en coördinatie van de oncologische zorg in het algemeen eruit en wat zijn relevante ontwikkelingen met betrekking tot samenwerking?***

Het multidisciplinaire karakter van oncologische zorg maakt samenwerking onmisbaar bij het zorgvuldig maken van afwegingen op basis van aandoening en overige patiëntgerelateerde kenmerken (IKNL, 2015).

Onder andere volumenormen laten hierbij zien hoe frequent een zorgaanbieder een bepaalde behandeling jaarlijks minimaal moet uitvoeren om voldoende ervaren te blijven (ZN, 2016). De discussie wordt gebaseerd op de prevalentie van hoog- en laagvolume tumoren. Dit wordt ook wel het ‘concentratie en spreidingsdebat’ genoemd: om de zorgkwaliteit te borgen is het noodzakelijk én

onvermijdelijk om bepaalde tumorspecifieke behandelingen te concentreren op een beperkt aantal locaties. Spreiding gaat daarentegen over het aanbieden van zorg dichtbij de patiënt.

Deze ontwikkeling draagt daarmee direct bij aan het ontstaan van netwerken van samenwerkende ziekenhuizen (ZN, 2016). Zorgaanbieders moeten daarom kunnen deelnemen in langdurige samenwerkingsverbanden welke zijn vastgelegd in bindende afspraken over het aanbieden van oncologische zorg op de juiste plaats. In deze zogenaamde SLA's zijn de verwijspatronen tussen zorgaanbieders en onderdelen van het zorgproces per tumorsoort vastgelegd.

Momenteel vormen veelal mondelinge afspraken tussen ziekenhuizen in de adherente regio van het CZE de basis van het onderlinge verwijspatroon. Deze informele afspraken worden langzaam maar zeker geformaliseerd in SLA's. De samenwerkingsverbanden zijn ziekenhuis overstijgend georganiseerd omdat bepaalde oncologische zorg beter verleend kan worden in andere ziekenhuizen. Het CZE wil het oncologische profiel via het CKI verder uitbouwen in samenwerking met relevante zorgpartners. In eerste instantie gaan de gedachten uit naar de landelijke trend om Comprehensive Cancer Networks (CCN) zoals OncoZON te vormen. Dit zijn formeel oncologische netwerken waarin relevante zorgaanbieders samenwerken om integrale patiëntenzorg op de juist plek te bieden. Deze ontwikkeling gaat hand in hand met de introductie van een aantal coördinatie instrumenten. Denk hierbij aan de uniformering van oncologische richtlijnen in zorgpaden, het aanstellen van casemanagers om de ziekenhuisoverstijgende zorg van patiënten te coördineren en het formaliseren van samenwerkingsafspraken in SLA's.

In de praktijk hebben zorgaanbieders, vanwege het systeem van gereguleerde marktwerking, tevens te maken met onderling concurrerende verhoudingen. Dit staat vaak, maar niet altijd, op gespannen voet met de principes van netwerksamenwerking.

2. Welke voorwaarden voor succesvol samenwerken in oncologische zorgnetwerken zijn uit de theorie af te leiden?

Het theoretische kader binnen dit onderzoek komt voornamelijk voort uit twee grote stromingen. Enerzijds zijn er de interorganisationale theorieën zoals de netwerk- en resource dependency theorie. Deze theorieën verklaren het handelen van actoren vanuit de belangen, macht, middelen en de wederzijdse afhankelijkheid (Fabbricotti, 2007). Anderzijds de specifieke literatuur omtrent samenwerking in zorgketens en –netwerken. Deze invalshoek houdt rekening met de motieven en belangen van zorgaanbieders in de complexe omgeving van concurrentie en samenwerking. Gezamenlijk sluiten stromingen goed aan bij netwerkvorming in de oncologische zorg. De ontwikkeling van oncologische zorgnetwerken komt voort uit een besef bij zorgaanbieders dat zij een wederzijdse afhankelijkheden hebben bij het verlenen van kwalitatief hoogstaande zorg en het bereiken van hun doelen.

In de literatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen factoren die gekoppeld zijn aan belangen en motieven, organisatie van het netwerk en onderlinge relaties. De organisatie van het netwerk en de onderlinge relaties tussen actoren vormen belangrijke invloedsfactoren in een samenwerking. Dit levert het volgende overzicht op waarbij de voorwaarden, ofwel invloedsfactoren, afzonderlijk en met korte toelichtingen worden beschreven, gevolgd door de theoretische aanname.

Tabel 7: Voorwaarden voor succesvol samenwerken

Regie- & rolduidelijkheid	<i>Duidelijkheid is de uitkomst van het samenwerkingsproces waarin onderlinge relaties worden opgebouwd en vertrouwen wordt gecreëerd.</i>
<u>Formaliseren van samenwerking</u> → <u>Meer regie- & rolduidelijkheid</u> → <u>Bevordert samenwerking</u>	
Gemeenschappelijke doelen	<i>De mate waarin organisaties gelijke doelen nastreven in het netwerk.</i>
<u>Meer doelconsensus</u> → <u>Meer gemeenschappelijke doelen</u> → <u>Bevordert samenwerking</u>	
Wederkerigheid	<i>Wederkerigheid is rekening houden met elkaars belangen. Derhalve moeten actoren elkaar iets gunnen, geven en nemen, ook met betrekking tot de kosten en baten van samenwerking in termen tijd, geld, middelen en menskracht.</i>
<u>Tegemoetkomen aan elkaars belangen</u> → <u>Wederkerigheid</u> → <u>Bevordert samenwerking</u>	
Macht & afhankelijkheidsrelaties	<i>Verschillende machtsvormen binnen en buiten de organisatie hangen samen met afhankelijkheidsrelaties. Wanneer organisaties geen constante stroom van middelen hebben, dan moeten zij relaties met andere organisaties aangaan om deze middelen te bemachtigen.</i>
<u>Wederzijdse macht- en afhankelijkheidsrelaties</u> → <u>Meer samenwerkingsbereidheid</u> → <u>Bevordert samenwerking</u>	
Cultuurverschillen	<i>Het meebrengen van uiteenlopende arbeidsculturen, werkwijzen, procedures en ideologieën in een samenwerking</i>
<u>Beperkte cultuurverschillen</u> → <u>Goede onderlinge afstemming</u> → <u>Bevordert samenwerking</u>	
Vertrouwen & betrokkenheid	<i>De bereidheid om kwetsbaarheid te accepteren op basis van positieve verwachtingen over de intenties en het gedrag van de andere partij.</i>
<u>Meer vertrouwen</u> → <u>Bevordert samenwerking</u>	
Geschiedenis samenwerking	<i>Vrijwillig en bottom-up ontstaansgeschiedenis of top-down opgelegde samenwerking</i>
<u>Bottom-up ontstaansgeschiedenis</u> → <u>Bevordert samenwerking</u>	

In het resultatenhoofdstuk zijn de resultaten van alle invloedsfactoren afzonderlijk beschreven en geanalyseerd met behulp van de theorie. Er is een onderscheid gemaakt tussen de adherente regio als informeel netwerk en OncoZON als formeel oncologisch netwerk waarin het CZE participeert. Uit de beantwoording van deelvraag 5 zal blijken of de bovenstaande hypothesen al dan niet bevestigd worden.

3. Wat verstaan betrokken actoren in het netwerk van het CKI onder een oncologisch zorgnetwerk en wat verwachten zij ervan?

Betrokken actoren hebben een onderling overeenkomstig beeld bij een oncologisch zorgnetwerk. Er zijn nuanceverschillen aanwezig tussen de specialisten en managers. Specialisten geven meer aandacht aan de medisch-inhoudelijke focus, terwijl managers het belang van organisatorische borging binnen het zorgnetwerk benadrukken. Het onderstaande overzicht

Oncologisch zorgnetwerk volgens respondenten:

- Inhoudelijke focus met tumorwerkgroepen als fundament;
- Regionale MDO's per tumorsoort
- Onderlinge en duidelijke samenwerkingsafspraken, protocollen, zorgpaden en overlegstructuren;
- Ziekenhuis overstijgende tumorspecifieke zorgpaden georganiseerd rondom de patiënt;
- Uniforme zorgpaden oftewel gestandaardiseerde routing van patiënten door het oncologisch zorgproces
- Uitwisselen van prestatie- en uitkomstindicatoren, kwaliteitsbeleid, zorgpaden;
- Verantwoording van de zorgkwaliteit naar externe partijen, zoals zorgverzekeraars of de IGZ

Verwachtingen van respondenten:

- Betere zorgkwaliteit door gecombineerde expertise en hogere volumes;
- Optimale diagnose, behandeling en nazorg in de regio, ongeacht het ziekenhuis waar de patiënt binnenkomt;
- Dekken van alle oncologische zorg in de regio (hoogcomplex – laagcomplex en hoogvolume – laagvolume);
- Samenwerking m.b.t. wetenschappelijk onderzoek
- Efficiënter organiseren van zorg:
 - Bij het inzetten van kostbare middelen
 - Kortere wachttijden voor patiënten
- Volledig geformaliseerde verwijsstromen in SLA's
- Uniforme netwerkorganisatie en werkwijze
- Concentratie van tumorspecifieke behandelingen binnen het netwerk wanneer de toenemende kwaliteitseisen dit verlangen

4. Welke overeenkomsten en verschillen over de verwachtingen, voorkeuren, motieven en doelen met betrekking tot samenwerking in oncologische zorgnetwerken zijn er tussen de partners in dit netwerk?

In zowel de adherente als OncoZON regio wordt oncologische zorg geboden in alle betrokken ziekenhuizen. Alle betrokken ziekenhuizen verlenen hoogvolume-laagcomplex (algemene) oncologie. In de adherente regio wordt hoogcomplex-laagvolume (topreferente) oncologische zorg geboden door zowel het Máxima Medisch Centrum (MMC) als ook het Catharina Ziekenhuis (CZE), terwijl dit voor de OncoZON regio in meerdere ziekenhuizen kan plaatsvinden.

Voor de tweedelijns oncologie worden conform de CCN-richtlijn en in samenspraak met de andere regionale ziekenhuizen binnen OncoZON zorgpaden ontworpen. Hier geldt het principe '*lokaal wat lokaal kan, centraal wat centraal moet*'. Voor de adherente regio vormen op dit moment vooral mondelinge onderlinge afspraken tussen de ziekenhuizen de basis van de samenwerking. Dit komt tot uiting in verwijsstromen en zorgpaden tussen de betrokken ziekenhuizen.

De adherente regio van het CZE en de OncoZON regio overlappen gedeeltelijk en de betrokken ziekenhuizen in dit onderzoek zijn grotendeels actief in beide regio's (zie tabel 9):

In de algemene oncologische zorg is sprake van meer concurrentie omdat ieder ziekenhuis deze zorg aanbiedt. Algemene oncologische zorg wordt aangeboden in vrijwel alle ziekenhuizen, terwijl topreferente oncologische zorg vrijwel uitsluitend wordt aangeboden in STZ-ziekenhuizen of UMC's. Er is dus een onderscheid te maken tussen respondenten uit **ziekenhuizen van verschillende groottes**.

Tabel 8: Betrokken ziekenhuizen

Ziekenhuis	Locatie	Adherente regio	OncoZON regio
MUMC+	<i>Maastricht</i>		x
St. Jans Gasthuis	<i>Weert</i>	x	x
Maxima Medisch Centrum	<i>Eindhoven</i>	x	x
St. Anna Zorggroep	<i>Geldrop</i>	x	x
Elkerliek Ziekenhuis	<i>Helmond</i>	x	x
Bernhoven Ziekenhuis	<i>Uden</i>	x	
Jeroen Bosch Ziekenhuis	<i>Den Bosch</i>	x	

Uiteenlopende motieven en belangen

Uit de interviews komt tevens naar voren dat kleine (SAZ-) en grote (STZ-) ziekenhuizen overeenkomstige zorginhoudelijke motieven hebben om samen te werken, namelijk allereerst het borgen van kennis en kwaliteit.

Uit de reacties van respondenten kan worden opgemaakt dat ziekenhuizen en professionals zowel gelijksoortige als uiteenlopende belangen hebben in een samenwerking. Deze belangen kunnen betrekking hebben op het netwerk, de organisatie, de patiëntenzorg, het individu en zijn zowel intra- als interorganisatieel aanwezig. Deze belangen kunnen botsen en leiden tot spanningen tussen samenwerkende ziekenhuizen.

Voorkeuren

Specialisten geven de voorkeur geven aan een beperkt aantal netwerkdeelnemers binnen een samenwerkingsverband omdat teveel deelnemers volgens hen leidt tot inefficiëntie met betrekking tot afstemming. Daarnaast waarderen specialisten een bepaalde mate van vrijblijvendheid in de samenwerking. Conformereren aan één netwerk ondermijnt volgens hen de kwaliteit van zorg omdat het de keuzes voor samenwerking buiten het netwerk belemmert.

Zorgaanbieders zitten intussen vast in een zorgstelsel met opgelegde marktwerking dat concurrentie beoogd. Dit staat loodrecht tegenover professionals die vanuit hun perspectief de voorkeur geven aan samenwerking met andere ziekenhuizen. Respondenten geven de voorkeur aan een

gezamenlijke netwerkorganisatie waarin alle samenwerkingsrelaties geformaliseerd zijn. Dit betekent dat ziekenhuizen onderling niet zouden moeten concurreren maar samenwerken.

In de resultaten komt bovendien overduidelijk naar voren dat respondenten de voorkeur geven aan duidelijke, formele afspraken tussen regionale ziekenhuizen met betrekking tot samenwerking. Vanuit de interviews komt er een wisselend beeld naar voren met betrekking tot de voorkeuren voor regie in de samenwerking. Respondenten opperen zowel een gedeelde regie als ook centrale regie bij een deelnemend ziekenhuis of onafhankelijk orgaan. Binnen OncoZON wordt er een centrale regie geopperd met een gezamenlijke aansturing. Terwijl de zelfregulerende adherente regio bij van professionals veel waardering krijgt.

Het wisselende beeld zien we ook terug bij de macht- en afhankelijkheidsrelaties. Hoewel een meerderheid oppert om vooral meer samen te werken, zijn er ook enkele respondenten die aangeven autonomie te prefereren. Hier kan een onderscheid gemaakt worden naar het type oncologische zorg binnen het netwerk. Voor ziekenhuizen betekent dit in veel gevallen samenwerken bij het aanbieden van hoogcomplex zorg en autonomie bij het aanbieden van laagcomplex zorg.

Doelen

Een vaak terug gehoorde doelstelling is volledige uniformiteit in diagnostiek en behandeling welke in richtlijnen is vastgelegd. Uniformiteit betekent ook dat individuele ziekenhuizen geen patiënten bij zich houden omwille van de eigen autonomie.

Volgens de respondenten bestaan er voldoende gemeenschappelijke doelen tussen de verschillende ziekenhuizen in de adherente regio en OncoZON. De gemeenschappelijkheid komt volgens respondenten voort uit wet- en regelgeving, landelijke richtlijnen en de grilligheid van de omgeving. Ziekenhuizen zijn daarmee gebonden aan een gemeenschappelijke netwerkcontext en opgelegde richtlijnen. Dit dwingt ziekenhuizen om naar dezelfde thema's te kijken. Deze opgelegde vorm van gemeenschappelijkheid zorgt er voor dat specialisten elkaar kunnen vinden bij het belangrijkste gemeenschappelijke doel: **Het bieden van optimale patiëntenzorg.**

Er zijn echter nuanceverschillen te benoemen. Respondenten binnen OncoZON hebben het gevoel dat verschillende ziekenhuizen verborgen belangen hebben die de gemeenschappelijke doelstellingen ondermijnen. Specialist ervaren deze verscheidenheid voornamelijk op organisatieniveau, welke vertegenwoordigd wordt door het bestuur en management. Dit resultaat geef indirect aan dat er binnen OncoZON momenteel een gebrek aan vertrouwen is. Binnen de adherente regio lijken specialisten daarentegen veel meer transparantie over doelstellingen te ervaren.

5. Hoe functioneert de samenwerking volgens de betrokken actoren binnen en buiten het CKI?

Regie- & rolduidelijkheid
<u>Formaliseren van samenwerking</u> → <u>Meer regie- & rolduidelijkheid</u> → <u>Bevordert samenwerking</u>
Toelichting: Ongeacht het gebrek aan formele structuur in de adherente regio is het voor alle actoren duidelijk hoe de regie georganiseerd is en wat ieder zijn rol daarin is. De netwerkdeelnemers in de adherente regio nemen gezamenlijk besluiten en er is geen afzonderlijk administratieve organisatie. Daarmee is het bevorderend voor de samenwerking in de adherente regio. Respondenten binnen OncoZON weten daarentegen onvoldoende welke ziekenhuizen of individuele

specialisten de regie hebben. De oorzaak hiervan lijkt te liggen bij het multidisciplinaire karakter van de oncologie, de hoeveelheid netwerkdeelnemers en de grote diversiteit aan verschillende tumorwerkgroepen die de basis van het netwerk vormen. Hierdoor is het een onontwarbare knoop aan samenwerkingsrelaties en ontbreekt het respondenten aan een totaaloverzicht. Volgens Van den Heuvel & Verbanck (2005) hebben netwerken echter behoefte aan regieduidelijkheid dus dit gegeven vormt een mogelijke belemmering voor samenwerking binnen OncoZON

Naast regieduidelijkheid dient er ook rolduidelijkheid te zijn omtrent de taken en verantwoordelijkheden van iedere netwerkdeelnemer in de samenwerking. Respondenten beschikken over voldoende regie-en rolduidelijkheid in de adherente regio. Onderling hebben zij mondeling afgesproken welk onderdeel van een zorgpad in welk ziekenhuis wordt uitgevoerd. Binnen OncoZON wordt op dit moment onvoldoende regie- en rolduidelijkheid ervaren. Voor veel stakeholders binnen OncoZON is het volgens respondenten momenteel onvoldoende duidelijk waar bepaalde oncologische zorg wordt geboden.

Deze bevindingen staven niet met de assumptie dat het formaliseren van de rolverdeling meer rolduidelijkheid verschaft (Van der Aa & Konijn, 2004). Respondenten geven echter aan de behoefte te hebben om dit per ziekenhuis en per tumorsoort te formaliseren in SLA's.

Gemeenschappelijke doelen

Meer doelconsensus → Meer gemeenschappelijke doelen → Bevordert samenwerking

Toelichting:

Uit de empirie blijkt dat er al veel gemeenschappelijke doelen bestaan tussen de verschillende regionale ziekenhuizen. De gemeenschappelijkheid komt volgens respondenten voort uit wet- en regelgeving, landelijke richtlijnen en de veranderlijkheid van de omgeving. Dit dwingt hen om naar dezelfde thema's te kijken. Deze opgelegde vorm van gemeenschappelijkheid zorgt er echter wel voor dat specialisten elkaar kunnen vinden bij het belangrijkste gemeenschappelijke doel: De patiënt beter maken.

In de adherente regio en OncoZON regio hebben de medische specialisten volgens respondenten gemeenschappelijke doelstellingen met betrekking tot de zorgverlening. De crux zit volgens respondenten vooral op bestuurlijk niveau waar verborgen belangen de gemeenschappelijke doelstellingen ondermijnen en bestuurders een ander afwegingskader hanteren. Dit geldt voornamelijk binnen OncoZON en is in lijn met Huxham & Vangen (2005).

Onderlinge relaties

Onderlinge relaties worden in de literatuur als randvoorwaarden voor succesvolle samenwerking geïdentificeerd. De onderlinge relaties zullen tot zekere hoogte de bereidwilligheid tot samenwerking beïnvloeden.

Wederkerigheid

Tegemoetkomen aan elkaars belangen → Wederkerigheid → Bevordert samenwerking

Toelichting:

De meerderheid van de respondenten is tevreden over de huidige wederkerigheid in de onderlinge relatie,

die hoofdzakelijk tot uiting komt in onderlinge verwijsstromen tussen ziekenhuizen. Ziekenhuizen zijn in staat om rekening te houden met elkaars belangen zolang het de eigen belangen niet ondermijnt. Er dienen echter wel een aantal nuanceringen aangebracht te worden. Regionale ziekenhuizen hebben verschillende wederkerigheidsbehoeftes die verschillen tussen SAZ-ziekenhuizen en STZ-ziekenhuizen. Wederkerigheid gaat verder dan patiëntverwijzingen maar betreft ook andere aspecten zoals service of kwaliteit. Aspecten die vooral voor SAZ-ziekenhuizen relevant zijn. Zij zijn namelijk afhankelijk van tumorspecifieke expertise van STZ-ziekenhuizen en UMC's bij het behandelen van patiënten. In de praktijk betekent dit dat SAZ-ziekenhuizen patiënten verwijzen naar STZ-ziekenhuizen en UMC's.

Er zitten grenzen aan de tijdsinvestering waartoe medisch specialisten bereid zijn, in zowel OncoZON als de adherente regio. Het deelnemen aan overlegstructuren zoals MDO's kost specialisten in toenemende mate tijd. Tijd die de patiëntenzorg in veel gevallen ten goede komt maar die niet altijd evenredig verdeeld is. Respondenten geven aan dat samenwerken specialisten in SAZ-ziekenhuizen relatief meer tijd 'kost' dan specialisten in STZ-ziekenhuizen. Zij hebben namelijk minder specialisten om aan alle overlegstructuren deel te nemen. Opvallend genoeg lijken specialisten in SAZ-ziekenhuizen hier weinig moeite mee te hebben. Zij beschouwen de relatief grotere tijdsinvestering als inherent aan het werken in een kleiner ziekenhuis. Kortom, een evenredige verdeling van kosten-baten is bevorderend voor de samenwerking mits dit door de specialisten zo wordt ervaren. Dit is momenteel het geval, terwijl dit objectief gezien niet zo is. De literatuur maakt hierbij geen onderscheid in de verschillende type baten, zoals betere zorgkwaliteit of minder financiële kosten, en de onderlinge vergelijkbaarheid daarvan.

Cultuurverschillen

Beperkte cultuurverschillen → Goede onderlinge afstemming → Bevordert samenwerking

Toelichting:

Volgens de literatuur brengen ziekenhuizen verschillende arbeidsculturen, werkwijzen, procedures en ideologieën met zich mee die de onderlinge afstemming in een samenwerking mogelijk belemmeren (Huxham & Vangen, 2005; Van der Aa & Konijn, 2004). Er zijn cultuurverschillen tussen UMC's, STZ-ziekenhuizen en SAZ-ziekenhuizen in de focus op de relaties met patiënt en eerstelijnszorg versus een focus op kennis en expertise maar deze verschillen hebben weinig effect op de samenwerking omdat ziekenhuizen dezelfde outcome van het zorgproces nastreven. Daarnaast lijken de verschillen intussen te nivelleren door landelijke ontwikkelingen en toenemende samenwerking tussen ziekenhuizen. De hypothese lijkt dus onjuist binnen de context van oncologische netwerksamenwerking in de regio van het CZE.

Macht- & afhankelijkheidsrelaties

Wederzijdse macht- en afhankelijkheidsrelaties → Meer samenwerkingsbereidheid → Bevordert samenwerking

Toelichting:

Op basis van de interviewdata blijkt dat ziekenhuizen realiseren dat zij wederzijdse afhankelijkheden hebben en dat het toepassen van machtsvormen schadelijk zijn voor het vertrouwen. Het is daarmee niet de ongelijkheid in machtsverhoudingen die het vertrouwen schaden (Ansell & Gash, 2011) maar vooral het

toepassen (en misbruiken) van macht.

Respondenten wekken daarnaast de suggestie dat STZ-ziekenhuizen meer macht hebben binnen een samenwerkingsproces, omdat zij meer resources tot hun beschikking hebben. Een groot STZ-ziekenhuis zoals het CZE heeft daarmee minder afhankelijkheden en kan macht uitoefenen op de meer afhankelijke ziekenhuizen in de regio. Zolang de meer machtige ziekenhuizen zich echter terughoudend opstellen, kan er meer gelijkheid kan ontstaan tussen alle ziekenhuizen (Bremekamp, Kaats, Opheij en Vermeulen, 2010).

Specialisten geven aan dat zij met name intra-organisatieel ongelijke machtsverhoudingen ervaren. De ongelijke machtsverhoudingen zijn aanwezig tussen de Raad van Bestuur en de medische specialisten. Ondanks dat de Raad van Bestuur weinig directe machtsmiddelen heeft richting de specialisten, spelen zij een doorslaggevende rol bij formele oncologische samenwerking. Specialist en managers zijn sceptisch over de belangen die de bestuurders vertegenwoordigen. Een houding die voortkomt uit een gebrek aan transparantie omtrent motieven en belangen van bestuurders in de samenwerking.

De netwerksamenwerking in zowel de adherente regio en OncoZON regio kenmerkt zich door de aanwezigheid van meerdere afhankelijkheidsrelaties. Deze relaties worden beïnvloed door de grootte van het ziekenhuis en de grootte van het tumorspecifieke netwerk. Indien wederzijds, ervaren respondenten afhankelijkheid niet als een belemmerende factor voor samenwerking. De interviewresultaten komen overeen met de theoretische aanname van het RDT dat ziekenhuizen die individueel onvoldoende middelen hebben, meer samenwerkingsbereidheid hebben om relaties met andere ziekenhuizen aan te gaan. Ziekenhuizen in de adherente regio hebben wederzijds afhankelijkheden bij het realiseren van de eigen organisatiedoelen met betrekking tot laagvolume en hoogcomplexiteit oncologische zorg. Binnen het zorgproces is de output van de diagnostiek in een SAZ-ziekenhuis, de input voor de behandeling in een STZ-ziekenhuis. Derhalve is er een wederzijds belang en grote samenwerkingsbereidheid (de Rijk et al., 2007). Binnen de OncoZON regio ervaren respondenten minder afhankelijkheden omdat ziekenhuizen de zorgverlening in veel gevallen binnen het eigen adherentiegebied kunnen organiseren. Dit stemt overeen met de lagere samenwerkingsbereidheid in deze regio.

De marktomgeving dwingt ziekenhuizen zich tot op zekere hoogte te committeren aan netwerksamenwerking bij het verlenen van oncologische zorg. Samenwerking garandeert patiëntenstromen en kwaliteit van zorg. Uit de resultaten blijkt dat de complexiteit van de oncologische zorg binnen een netwerk een rol speelt bij de keuze in welke mate ziekenhuizen zich willen binden aan samenwerking. De literatuur stelt echter dat netwerksamenwerking vaak gebaseerd is op wederzijdse afhankelijkheid tussen actoren die op basis van eigen autonomie handelen. De grootte van het ziekenhuis lijkt hier een rol te spelen bij de keuze in welke mate ziekenhuizen samenwerken.

Vertrouwen & betrokkenheid

Meer vertrouwen → Bevordert samenwerking

Toelichting:

De ervaringen van de respondenten zijn verdeeld aangaande het vertrouwen in de adherente regio en OncoZON. Zij benoemen een basaal vertrouwen tussen de betrokken ziekenhuizen met betrekking tot zorgkwaliteit, wederkerigheid en de onderlinge relatie op specialistniveau. Volgens hen komt onderling vertrouwen voornamelijk tot uiting in wederkerigheid tussen ziekenhuizen.

Binnen OncoZON vinden respondenten het vertrouwen moeilijk te beoordelen omdat het netwerk pas een korte geschiedenis kent. Specialisten geven aan dat het vertrouwen per tumorwerkgroep verschilt, afhankelijk van hoelang de groepsleden bij elkaar zitten.

In lijn met de literatuur impliceren en verklaren respondenten dat vertrouwen fundamenteel is voor succesvol samenwerken. Vertrouwen faciliteert het delen van resources zoals kennis of informatie, toch blijken professionals terughoudend met het delen van resources. Het vertrouwen in de onderlinge relaties tussen ziekenhuizen is daarmee erg broos. Volgens Klijn en Koppenjan (2004) is er daarmee nog steeds een bepaalde mate van onzekerheid over het gedrag van de andere ziekenhuizen.

Volgens Ansell & Gash (2011) is de kans op succes het belangrijkste motief om betrokken deel te nemen aan een netwerk. Om de kans op succes te vergroten moeten deelnemers op de hoogte te zijn van elkaar sterktes en zwaktes, voldoende inzet tonen bij complexe problematiek en informatie met elkaar delen. Specialist en managers zijn goed op de hoogte van elkaars sterktes en zwaktes met betrekking tot medisch-inhoudelijke expertise. Er bestaat een wisselend beeld met betrekking tot het tonen van inzet bij complexe problematiek binnen OncoZON. Het verschilt per tumorsoort in hoeverre specialisten betrokken zijn bij MDO-besprekingen. Voornamelijk hoogvolume specialisten vinden dat OncoZON zijn meerwaarde nog moet bewijzen voordat zij betrokken deelnemen aan OncoZON. Zij zijn nog niet overtuigd van de slagingskans. Het is hiermee een vicieuze cirkel waarbij specialisten minder interacteren omdat zij niet overtuigd zijn van het succes, terwijl het model van Boonekamp & Huijsman (1998) stelt dat de slagingskans binnen een samenwerkingsverband juist kan worden toegedicht aan de interactie tussen professionals.

Tot slot zou het delen van informatie de kans op succes van een netwerk vergroten. Het delen van informatie komt volgens respondenten steeds frequenter voor, omdat de toegenomen samenwerking dit van ziekenhuizen verlangt.

Kortom, respondenten beoordelen het vertrouwen en de betrokkenheid binnen OncoZON met enig scepticisme. Binnen de adherente regio heeft de samenwerking al bewezen een functionele meerwaarde te zijn en daarom wordt er daar meer vertrouwen en betrokkenheid door respondenten ervaren.

Geschiedenis samenwerking

Bottom-up ontstaansgeschiedenis → Bevordert samenwerking

Toelichting:

De empirie stemt grotendeels overeen met de literatuur. De specialisten in de adherente regio geven aan dat zij het open karakter van de bottom-up samenwerking waarderen. De adherente regio kenmerkt zich door deze bottom-up ontstaansgeschiedenis omdat er een behoefte en noodzaak lag om samen te werken. Gedeelde vraagstukken met betrekking tot kwaliteitsborging bracht ziekenhuizen dicht bij elkaar. Het vrijblijvende karakter zorgde ervoor dat de eigen behoefte van ziekenhuizen leidend was voor de keuze van samenwerkingspartners.

Respondenten geven aan dat de netwerksamenwerking binnen OncoZON aanvankelijk top-down georganiseerd werd. De specialisten beschouwden dit dwingende karakter als een belemmering voor de samenwerking omdat het de autonomie van de professionals ondermijnde om patiënten te verwijzen.

De resultaten zijn daarmee in lijn met Terpstra (2001), die suggereert dat top-down opgelegde samenwerking belemmerend is voor de samenwerking.

In navolging van het conceptuele model blijkt dat bepaalde invloedsfactoren procesmatig samenhangen. Inzicht in zowel de motieven en belangen creëert meer inzicht in de macht- en afhankelijkheidsrelaties, gemeenschappelijke doelen en de regie- en rolduidelijkheid in beide regio's. Het vergaarde inzicht is een duurzame uitgangspositie om aan vertrouwen, betrokkenheid en wederkerigheid te werken.

6.2. Beantwoording van de centrale vraagstelling

Het doel van dit onderzoek was tweeledig. Het eerste doel was om te verklaren hoe de samenwerking binnen de huidige oncologische zorgnetwerken van het CKI verloopt binnen de context van concurrentie. Dit is onderzocht a.d.h.v. 28 interviews en een documentenonderzoek. Er konden echter geen interviews worden afgenomen met bestuurders. De bevindingen moeten daarom terughoudend en voorzichtig geïnterpreteerd worden. Aan de inzichten die voortkomen uit de resultaten kunnen adviezen ontleend worden met betrekking tot het verbeteren van de organisatie en coördinatie van oncologische netwerken. De resultaten hebben inmiddels laten zien dat er een aantal invloedsfactoren zijn die succesvol samenwerken in oncologische zorgnetwerken lijken te beïnvloeden.

In de resultaten komt duidelijk naar voren dat de samenwerking in de adherente regio positiever wordt ervaren door respondenten dan binnen OncoZON. Hiervoor zijn uiteenlopende redenen aan te wijzen. Het OncoZON netwerk bevindt zich in een vroeg ontwikkelstadium waarin ziekenhuizen met enige terughoudendheid deelnemen. De adherente regio heeft daarentegen een lange voorgeschiedenis waarin specialisten elkaar opzochten op basis van gedeelde vraagstukken en de daarmee samenhangende behoefte tot samenwerking.

Al met al kan er gesproken worden over een ambivalente situatie waarin zorgaanbieders in beide regio's onder invloed van marktwerking en toenemende kwaliteitseisen enerzijds elkaars concurrent zijn maar anderzijds een noodzaak hebben om met elkaar samen te werken. Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden naar het type oncologische zorg dat wordt aangeboden. Het spanningsveld tussen samenwerking en concurrentie verschilt daarmee per tumorsoort en hangt hoofdzakelijk samen met de complexiteit en het volume van de oncologische zorg. Ziekenhuizen werken voornamelijk samen op laagvolume-hoogcomplexe zorg omdat die om topspecialistische kennis en ervaring vraagt. Zij concurreren daarentegen op hoogvolume-laagcomplexe zorg, omdat die vraagt om een doelmatige, efficiënte uitvoering. Dat betekent dat er in de adherente regio, waar meer focus ligt op hoogvolume-laagcomplexe zorg, andere voorwaarden gelden voor de samenwerking dan in OncoZON, welke doorgaans draait om hoogcomplexe zorg.

In de adherente regio komt dat neer op een doelmatige verdeling van hoogvolume zorg waar onderlinge afstemming in veel gevallen volstaat en samenwerking minder noodzakelijk is. Wederzijdse (mondelinge) afspraken regelen de verdeling van hoogvolume tumoren en de zorgkwaliteit staat niet direct onder druk.

Bovendien kunnen deelnemende ziekenhuizen hun portfoliokeuzes aanpassen zodat de concurrentiedruk in de regio vermindert. Als afspraken hieromtrent vervolgens formeel worden vastgelegd in SLA's, dan hoeven bestuurders zich geen zorgen over te maken over het borgen van de organisatiebelangen zoals het garanderen van patiëntenstromen. Bovendien bevorderen portfoliokeuzes de zorgkwaliteit binnen een ziekenhuis, omdat deze keuzes leiden tot een groter

behandelvolumen op een kleiner aantal tumorsoorten. Hierdoor neemt de ervaring en kennis toe of blijft deze up-to-date. De complexiteit van netwerksamenwerking wordt op deze wijze beheersbaar.

In OncoZON draait de samenwerking daarentegen veel meer om het garanderen of verbeteren van de kwaliteit van oncologische, vooral hoogcomplexen, zorg met de daarbij behorende verwijfsstromen vanuit de perifere (SAZ-)ziekenhuizen. Zulke samenwerking is moeilijk te ondervangen in SLA's, omdat de kwaliteitseisen nu eenmaal per tumorsoort verschillen en onzekerheden te groot zijn. Er is meer samenwerking en overleg nodig om dit te realiseren. SLA's zijn bruikbaar om duidelijkheid te creëren over de taken en verantwoordelijkheden per ziekenhuis maar lijken daarentegen minder geschikt om de kwaliteit te borgen. Voor kwaliteitsborging is onderlinge samenwerking nodig met 'spelregels' die per tumorsoort kunnen verschillen.

De concurrentieverhoudingen komen daarnaast onder druk te staan wanneer patiënten niet ook weer worden terugverwezen nadat het topspecialistische proces van het zorgpad is afgerond. Als patiëntverwijzingen binnen een tumorspecifiek zorgpad worden vastgelegd in SLA's, dan geeft dat bestuurders, in met name SAZ-ziekenhuizen, een middel om de concurrentiepositie te behouden. De verdere (praktische) invulling van de samenwerking kan dan grotendeels over worden gelaten aan medische specialisten.

Het samenwerkingsproces wat netwerken doorlopen doet denken aan een quote van Henry Ford: *"Bij elkaar komen is een begin, bij elkaar blijven is vooruitgang, met elkaar samenwerken is succes."* Samenwerking start met zorgaanbieders die elkaar opzoeken op basis van een gemeenschappelijke behoefte en/of noodzaak. Gedurende deze eerste vrijblijvende stap ontstaat vertrouwen en worden onderlinge relaties opgebouwd. Langzaam maar zeker wordt het zorgaanbieders duidelijk dat bij elkaar blijven een meerwaarde heeft. Dit besef is het fundament waarop succesvolle samenwerking uiteindelijk vorm krijgt. De adherente regio heeft deze ontwikkeling inmiddels succesvol doorlopen en het is nu aan de deelnemende ziekenhuizen binnen OncoZON om te bewijzen dat ook zij succesvol kunnen samenwerken. Het begin is gemaakt toen de deelnemende ziekenhuizen begin 2015 bij elkaar kwamen. Vooruitgang vindt men in formele samenwerkingsovereenkomsten waarin de ambitie is uitgesproken om bij elkaar te blijven. De tijd zal moeten uitwijzen of ook OncoZON een succes wordt, wellicht kunnen bevindingen uit dit onderzoek in ogenschouw worden genomen.

Tabel 9: Overzicht belangrijkste bevindingen

<u>Belangrijkste bevindingen</u>	
<i>Oncologische zorgnetwerken</i>	
De ziekenhuisgrootte beïnvloedt de wederzijdse afhankelijkheden en verschillen in machtsverhoudingen	
Gebrek aan transparantie over motieven en belangen bij specialisten vanwege concurrentieverhoudingen	
Bestuurders hebben met andere eisen te maken dan medisch specialisten	
Intra-organisatorisch ongelijke machtsverhoudingen tussen RvB en medisch specialisten	
Cultuurverschillen hebben weinig effect hebben op de samenwerking binnen het zorgproces	
Gemeenschappelijke doelen komen voort uit opgelegde wet- en regelgeving, landelijke richtlijnen en de grilligheid van de omgeving	
Vertrouwen in de onderlinge relaties tussen ziekenhuis is fragiel	
<i>Adherente regio</i>	<i>OncoZON</i>

Onderlinge vertrouwen	Minder vertrouwen
Bottom-up samenwerking	Top-down ontstaansgeschiedenis
Zelfregulerend en informeel netwerk	Leiderorganisatie (MUMC) en formeel netwerk
Hoge mate van betrokkenheid	Minder betrokkenheid specialisten
Wederzijdse afhankelijkheidsrelaties en hoge samenwerkingsbereidheid	Minder wederzijdse afhankelijkheden en lagere samenwerkingsbereidheid
Transparantie over motieven en belangen in samenwerking	Gebrek aan transparantie ('Verborgene belangen')

6.3. Aanbevelingen

Het tweede deel van de centrale vraagstelling kent een bondig antwoord met daarin een aantal onderzoeksaanbevelingen voor het verbeteren van de organisatie en coördinatie. In deze paragraaf worden op basis van de conclusie concrete aanbevelingen gegeven aan zowel het CZE als ook andere actoren in de oncologische zorg. Er wordt antwoord gegeven op de vraag hoe het CZE en het netwerk actief kunnen inspelen op de motieven, verwachtingen en ambities van betrokken actoren. Het doel is om zodoende een duurzame en constructieve samenwerking te realiseren.

6.3.1. Aanbevelingen voor het CZE

Machtsverhoudingen

Aanknopingspunt: Machtsverhoudingen in een samenwerking zijn grotendeels individueel bepaald, en intra-organisatoneel aanwezig. De definitieve besluitvorming ligt bij een Raad van Bestuur terwijl de patiënt voor de specialist naar het ziekenhuis komt.

Aanbeveling: De intern betrokken stakeholders zijn de Raad van Bestuur, het dagelijks bestuur, het medisch specialistisch bedrijf, het stafbestuur en het bestuur oncologie. De motieven en belangen voor samenwerking liggen bij voorkeur op één lijn. Dit moet onderling strategisch worden afgestemd zodat het mandaat kan worden vastgelegd.

Rolduidelijkheid

Aanknopingspunt: Onvoldoende rolduidelijkheid binnen OncoZON en beperkte *formele* rolduidelijkheid in de adherente regio. Ziekenhuizen hebben behoefte aan duidelijkheid over taken en verantwoordelijkheden m.b.t. de inhoud van zorg. Een manier om meer rolduidelijkheid te realiseren is het maken van afspraken. Dit kan bijvoorbeeld door zorgpaden uit te schrijven en deze vervolgens te formaliseren in zogenaamde SLA's (Van der Aa & Konijn, 2004).

Aanbeveling: Meer duidelijkheid creëren door de taken en verantwoordelijkheden van alle actoren binnen het netwerk uit te werken in onderlinge zorgpaden en te formaliseren in SLA's. Binnen de adherente regio is dit enkel het formaliseren van de mondelinge afspraken tussen de zorgaanbieders.

Scenarioplanning

Aanknopingspunt: Ziekenhuizen in netwerken verhouden zich niet op gelijke voet tot elkaar met betrekking tot de invloedsfactoren. Ze kenmerken zich door de verschillende posities die zij ten

opzichte van elkaar innemen. Posities die verschillen per tumorsoort en onderhevig zijn aan verandering dankzij onzekerheid en ontwikkelingen in de netwerkcontext.

Aanbeveling: Strategische scenario's per tumorsoort uitwerken voor het CKI. Verschillende scenario's kunnen helpen om toekomstige kansen en bedreigingen te inventariseren. Op deze manier kan het CZE omgaan met de grilligheid en onzekerheid van de netwerkcontext.

6.3.2. Aanbevelingen voor actoren in de oncologische zorg

Vertrouwen & betrokkenheid

Aanknopingspunt: Het vertrouwen in de onderlinge relaties tussen ziekenhuizen is fragiel. Daarnaast is er momenteel een positief sceptische houding vanuit de deelnemende ziekenhuizen met betrekking tot OncoZON dankzij uiteenlopende percepties over de kans van slagen.

Aanbeveling: Vertrouwen en betrokkenheid versterken door:

- Transparantie over motieven voor samenwerking
- Stimuleren van face-to-face interacties

De basis van het vertrouwen tussen ziekenhuizen bestaat uit de onderlinge relaties en interacties tussen professionals (Van Delden, 2009). Het is tijdens de beginfase van en gedurende een samenwerking daarom belangrijk om het vertrouwen verder uit te bouwen middels face-to-face interacties. In overeenstemming met Ansell en Gash (2011) helpen onderlinge interacties bij het ontwikkelen van vertrouwen, wederzijds respect en betrokkenheid. Met behulp van face-to-face interacties schept men de verwachting dat de ander betrouwbaar is en voldoende kennis en expertise heeft. Kaats & Opheij (2012) stellen dat hoe meer face-to-face interactie tussen professionals, hoe beter de onderlinge communicatie en hoe groter het vertrouwen.
- Focussen op *quick wins*

Relatief korte termijn successen zijn volgens Ansell en Gash (2011) belangrijk om het vertrouwen in de samenwerking te vergroten. Deze zogenaamde *quick wins* zijn praktisch relevant bij het vergroten van het onderlinge vertrouwen. Ziekenhuizen zouden zich daarom in eerste instantie niet moeten richten op de 'de stip aan de horizon' maar het formaliseren van zorgpaden per tumorsoort als *quick win*.
- Verbeter (de perceptie over) de slagingskans
 - Door medisch-inhoudelijke en organisatorische informatie te delen.
 - Inzet tonen bij complexe problematiek binnen tumorwerkgroepen
 - Gezamenlijke doelstellingen OncoZON in plannen uitwerken en verspreiden

Padafhankelijkheid

Aanknopingspunt: Bij de ontwikkeling van zorgnetwerken blijkt daarnaast sprake te zijn van padafhankelijkheid. Het was voor ziekenhuizen nagenoeg onafwendbaar om in toenemende mate met elkaar samen te werken. Vanuit het organisatieperspectief gaat het hierbij vooral om een efficiënte organisatie van de oncologische zorg, strategische positionering en het spanningsveld van samenwerking en concurrentie. Bij de professionals spelen onderlinge relaties, tumorspecifieke expertise en duidelijkheid een belangrijke rol. Uiteraard beïnvloeden ook gebeurtenissen in de netwerkcontext, zoals de invoering van marktwerking, de samenwerking. Op basis van deze factoren maken ziekenhuizen keuzes om te fuseren, allianties te vormen en samenwerkingsrelaties met andere ziekenhuizen aan te gaan. Zij kiezen een bepaald *pad* welke mogelijk toekomstige keuzes beperkt.

Aanbeveling: Het proces van padafhankelijkheid inperken door binnen samenwerkingsverbanden mogelijkheden in te bouwen om gemaakte keuzes te heroverwegen. Contractueel een einddatum in een samenwerkingsovereenkomst (SLA) vastleggen. Na deze periode wordt er gezamenlijk gestemd of de samenwerking op dezelfde wijze wordt voortgezet. Het geeft ziekenhuizen de mogelijkheid terug te gaan naar de eerder genomen 'afslag' om daar een ander *pad* te vervolgen.

Wederkerigheid

Aanknopingspunt: Regionale ziekenhuizen hebben verschillende wederkerigheidsbehoeftes. Dit gaat verder dan enkel verwijzstromen maar betreft aspecten als service of kwaliteit.

Aanbeveling: Enerzijds aandacht voor deze verschillen door per verwijzend ziekenhuis en per tumorsoort te onderzoeken wat de behoeftes zijn m.b.t. wederkerigheid. Hier vervolgens afspraken over maken en dit meenemen in SLA's. Anderzijds openheid naar andere ziekenhuizen over de eigen wederkerigheidsbehoeftes.

Portfoliokeuzes

Aanknopingspunt:

Het invoeren van gereguleerde marktwerking ging onder meer uit van de gedachte dat ziekenhuizen gerichte keuzes zouden maken met betrekking tot hun zorgaanbod. Hieruit zouden dan ook automatisch de keuzes volgen over de zorg die aan andere ziekenhuizen zou worden overgelaten. Door het maken van deze portfoliokeuzes zouden ziekenhuizen zich kunnen onderscheiden op kwaliteit. Uit de reacties van respondenten blijkt dat een aantal ziekenhuizen al heel duidelijk portfoliokeuzes heeft gemaakt met betrekking tot het oncologische zorgaanbod.

Aanbeveling:

Een manier om in zowel de adherente regio en OncoZON regio een bijdrage te leveren aan de oncologische zorg is het uitgangspunt van positionering. Dit uitgangspunt draagt ertoe bij dat ziekenhuizen in toenemende mate samenwerken en het zorgaanbod herverdelen. Portfoliokeuzes zijn hiervoor noodzakelijk. Dit betekent dat ziekenhuizen moeten achterhalen waar hun kwaliteiten en beperkingen liggen met betrekking tot oncologische zorg zoals een aantal SAZ-ziekenhuizen hebben gedaan.

6.4. Discussie van het onderzoek

In navolging van de conclusie op de centrale vraagstelling worden hier de onderzoeksresultaten besproken. Vervolgens is er een kritische reflectie opgenomen op de gebruikte onderzoeksmethoden en theorie. Tot slot worden er een aantal suggesties gedaan voor vervolgonderzoek.

Verschillen in motieven & belangen

Volgens Olivers & Ebers (1990) zijn samenwerkingsmotieven vooral strategisch van aard, terwijl specialisten juist het idee hebben dat deze motieven vooral op bestuursniveau gelden. Het wekt daarmee de suggestie dat strategische motieven van doorslaggevend belang zijn bij de totstandkoming van samenwerking. Dit resultaat stemt overeen met Fabbriotti (2007), die stelt dat de besluitvorming tot samenwerking een strategische aangelegenheid is. Een aangelegenheid waarbij Raden van Bestuur volgens specialisten beoordelen wat het effect van samenwerking is op het realiseren van organisatiebelangen.

Deze motieven zijn volgens specialisten niet duurzaam omdat strategische motieven niet in het belang van de patiënt zouden zijn. Dit is mijn ogen om twee redenen een naïeve veronderstelling. Het is ook niet in het belang van de patiënt wanneer het bestaansrecht van de organisatie wordt bedreigd door een gebrek aan patiënten. Organiseatiebelangen hoeven daarom niet altijd haaks te staan op zorgbelangen. Ten tweede hebben specialisten zelf ook met strategische motieven te maken. Wanneer zij onderdeel zijn van een maatschap hebben zij, net als bestuurders, te maken met markteisen en concurrentieverhoudingen. Daarnaast maken zij wellicht afwegingen met betrekking tot aanzien/reputatie, financiën en (on)afhankelijkheid.

In veel gevallen is het voor specialisten simpelweg onvoldoende transparant welke belangen besturen vertegenwoordigen en in hoeverre deze belangen overeenstemmen met het zorgbelang dat zij koesteren. Zorg- en organisatiebelangen kunnen wel degelijk overeenkomen maar er worden verschillende soorten eisen gesteld ten aanzien van kwaliteit en concurrentie. Deze eisen staan vaak, maar lang niet altijd, met elkaar op gespannen voet. Medische specialisten hebben hier onvoldoende zicht op doordat bestuurders wellicht onvoldoende toelichting geven of terughoudend zijn met het delen van informatie vanwege de aanwezige concurrentieverhoudingen. Het gebrek aan inzicht en transparantie over deze eisen verklaart wellicht waarom het formaliseren van samenwerking in de praktijk lastig blijkt te zijn.

Caris (2007) dekt overigens niet het volledige spectrum aan samenwerkingsmotieven in de zorgsector. Uit de interviewresultaten blijkt dat specialisten ook afwijkende motieven hebben die relationeel van aard zijn. Zij kennen en vertrouwen de zorg die in het opleidingsziekenhuis door (voormalig) collega's wordt aangeboden en de onderlinge relatie is als samenwerkingsmotief soms doorslaggevend voor verwijsstromen. Daarmee zijn samenwerkingsmotieven meer divers dan de literatuur doet vermoeden.

Complexiteit netwerkrelaties verklaren onduidelijkheid

Respondenten binnen OncoZON weten onvoldoende welke ziekenhuizen of individuele specialisten de regie hebben per tumorsoort. De oorzaak hiervan lijkt te liggen bij het multidisciplinaire karakter van de oncologie en de grote diversiteit aan verschillende tumorwerkgroepen die de basis van het netwerk vormen. Hierdoor is het een Gordiaanse knoop aan samenwerkingsrelaties en ontbreekt het betrokkenen aan een totaaloverzicht. Volgens Van den Heuvel & Verbanck (2005) hebben netwerken echter behoefte aan regieduidelijkheid en het gebrek hieraan vormt een belemmering voor intensievere samenwerking. De interviewresultaten laten tevens zien dat respondenten onvoldoende

rolduidelijkheid ervaren binnen OncoZON, terwijl er een behoefte bestaat aan duidelijke afspraken over de taken en verantwoordelijkheden per ziekenhuis en per tumorsoort. Binnen de adherente regio zijn de rollen wel verdeeld en bestaat er voldoende duidelijkheid. Zo is in overeenstemming met (Van der Aa & Konijn, 2004) het verduidelijken van rollen en verantwoordelijkheden van belang voor het realiseren van succesvolle samenwerking.

Top-down samenwerking niet bepalend voor uiteindelijke succes

Terpstra (2001) suggereert dat top-down opgelegde samenwerking belemmerend is voor het succes van een samenwerking. Dit is in lijn met de reacties van specialisten binnen OncoZON. Er is binnen OncoZON momenteel echter een kanteling gaande waarbij deelnemende ziekenhuizen een gelijkwaardige rol toebedeeld krijgen. Ongeacht de top-down voorgeschiedenis wordt de samenwerking, door deze kanteling, wellicht alsnog een succes. De ontstaansgeschiedenis van een samenwerking lijkt daarmee niet per definitie bepalend te zijn voor het succes zoals Dozy (2011) doet vermoeden.

Aanvulling op macht- en afhankelijkheidsrelaties

Conform de interorganisationale theorieën is netwerksamenwerking gebaseerd op wederzijdse afhankelijkheden tussen ziekenhuizen. Als aanvulling op de theorie lijkt de **grootte van het ziekenhuis** tevens een rol te spelen bij de keuze in welke mate ziekenhuizen samenwerken. Grote STZ-ziekenhuizen hebben een meer volledig oncologisch zorgaanbod in het eigen portfolio en werken met name samen om bepaalde patiëntenstromen te behouden. SAZ-ziekenhuizen lijken daarentegen meer noodzaak tot samenwerking te ervaren vanwege de toenemende kwaliteitseisen waaraan zij moeten voldoen. STZ-ziekenhuizen ervaren dus minder noodzaak tot samenwerking omdat zij minder afhankelijkheden hebben bij het verlenen van oncologische zorg.

Dit wekt de suggestie dat zij meer macht hebben binnen het samenwerkingsproces, omdat zij meer resources tot hun beschikking hebben. Zorgaanbieders realiseren zich echter ook dat ziekenhuizen wederzijdse afhankelijkheden hebben en het toepassen van deze of andere machtsvormen schadelijk zijn voor het vertrouwen. Het is daarmee niet de ongelijkheid in machtsverhoudingen die het vertrouwen schaden (Ansell & Gash, 2011) maar vooral het gebruiken en misbruiken van deze machtspositie. Dit sluit aan bij de opvattingen van respondenten die de aanwezige machtsverschillen niet als belemmerend ervaren. Een groot STZ-ziekenhuis zoals het CZE is een minder afhankelijke actor en kan in principe macht uitoefenen op de meer afhankelijke ziekenhuizen in de regio. Zolang de meer machtige ziekenhuizen zich echter terughoudend opstellen, kan er meer gelijkheid kan ontstaan tussen alle ziekenhuizen (Bremekamp, Kaats, Opheij en Vermeulen, 2010).

Een tweede aanvulling op de theorie is het **grootte van het tumorspecifieke netwerk**. Ziekenhuizen in de adherente regio kunnen niet zonder elkaar om de eigen organisatiedoelen te realiseren met betrekking tot laagvolume en hoogcomplexiteit oncologische zorg. Binnen het zorgproces van de patiënt is de output van de diagnostiek in een SAZ-ziekenhuis, de input voor de behandeling in een STZ-ziekenhuis. Derhalve is er een noodzaak en bereidheid om samen te werken in netwerken (de Rijk et al., 2007). Binnen de OncoZON regio ervaren respondenten echter minder afhankelijkheden omdat ziekenhuizen de zorgverlening veelal binnen het eigen adherentiegebied kunnen organiseren.

Scheve intra-organisationale machtsverhoudingen

Specialisten hebben aangegeven dat zij met name intra-organisatoneel ongelijke machtsverhoudingen ervaren. De ongelijke machtsverhoudingen zijn aanwezig tussen de Raad van Bestuur en de medische specialisten. Enerzijds is de medisch specialist afhankelijk van de Raad van Bestuur bij de inzet van ziekenhuisfaciliteiten. Anderzijds is de Raad van Bestuur in grote mate afhankelijk van de medisch specialisten omdat zij de kernactiviteiten uitvoeren. Het ziekenhuis en de specialist zijn in zekere mate tot elkaar 'veroordeeld' (Groenewegen, Hansen, & ter Bekke, 2007). Desalniettemin ligt de definitieve besluitvorming met betrekking tot samenwerking bij de Raad van Bestuur. De interne machtsverhoudingen zijn daarmee scheef verdeeld wanneer dit wordt afgezet ten opzichte van de wederzijdse afhankelijkheden. Ondanks dat een Raad van Bestuur weinig directe machtsmiddelen heeft richting de specialisten, spelen zij klaarblijkelijk een belangrijke rol bij formele oncologische samenwerking binnen OncoZON.

Opgelegde gemeenschappelijkheid

In de literatuur wordt gesproken over moeilijkheden omtrent het afbakenen van gemeenschappelijke doelstellingen, terwijl uit de empirie blijkt dat er al veel gemeenschappelijkheid bestaat tussen verschillende ziekenhuizen in de regio. De gemeenschappelijkheid komt volgens respondenten voort uit wet- en regelgeving, landelijke richtlijnen en de veranderlijkheid van de omgeving. Dit dwingt ziekenhuizen om naar dezelfde thema's te kijken. Deze opgelegde vorm van gemeenschappelijkheid zorgt ervoor dat specialisten elkaar kunnen vinden bij het belangrijkste gemeenschappelijke doel: De patiënt beter maken. Hierbij gaat het in essentie om het verlenen van kwalitatief goede patiëntenzorg. Ik vraag mezelf wel af hoe het dan zit met patiënten die palliatief behandeld worden. De resultaten wekken de indruk deze patiëntengroep ondergesneeuwd raakt.

Cultuurverschillen

Volgens de literatuur brengen ziekenhuizen verschillende arbeidsculturen, werkwijzen, procedures en ideologieën met zich mee die de onderlinge afstemming in een samenwerking mogelijk belemmeren (Huxham & Vangen, 2005; Van der Aa & Konijn, 2004). De algemene opvatting van respondenten is dat de aanwezige cultuurverschillen maar beperkt effect hebben op de samenwerking binnen het zorgproces. De verschillen in werkwijzen en procedures worden in de oncologie al grotendeels ondervangen door opgelegde protocollen en landelijke richtlijnen. Deze ontwikkelingen lokken uit tot een gemeenschappelijke werkwijze. De ideologische verschillen met betrekking tot zorgverlening zijn in de praktijk vooral nuanceverschillen tussen specialisten. Deze verschillen worden bespreekbaar gemaakt in het MDO. Sporadisch wijken de behandelplannen af, voornamelijk bij de hoogcomplex casuïstiek. De cultuurverschillen lijken overigens te nivelleren door landelijke ontwikkelingen en toegenomen samenwerking tussen zorgaanbieders. Dat laatste zorgt voor kruisbestuiving tussen de verschillende specialisten en ziekenhuizen.

De vicieuze cirkel van betrokkenheid

Tot op zekere hoogte stemt de empirie overeen met Ansell & Gash (2011). Volgens hen is de kans op succes het belangrijkste motief om betrokken deel te nemen aan een netwerk. Er bestaat een wisselend beeld onder specialisten met betrekking tot de slagingskansen van OncoZON. Het is hiermee een vicieuze cirkel waarbij specialisten onderling minder interacteren omdat zij niet overtuigd zijn van de slagingskansen, terwijl het model van Boonekamp & Huijsman (1998) stelt dat de slagingskansen binnen een samenwerkingsverband juist kan worden toegedicht aan de interactie tussen professionals.

Breekbaar vertrouwen

Het vertrouwen in de onderlinge relaties tussen ziekenhuizen is volgens respondenten erg fragiel. Volgens Klijn en Koppenjan (2004) is er daarmee nog steeds een bepaalde mate van onzekerheid over het gedrag van de andere ziekenhuizen. Respondenten beamen deze onvoorspelbaarheid van gedrag en de gevolgen daarvan voor het vertrouwen. In lijn met de literatuur zijn ziekenhuizen nog niet altijd bereid om kwetsbaarheid te accepteren enkel op basis van positieve verwachtingen over het gedrag en de gedragsintenties van andere zorgaanbieders.

Uit het theoretisch kader komt naar voren dat de mate waarin vertrouwen binnen een samenwerkingsverband aanwezig is, gevolgen heeft voor de coördinatie van diezelfde samenwerking. Hoe minder vertrouwen, hoe meer behoefte tot formele afspraken en regels als controlemiddel. Tot op heden zijn er weinig formele afspraken tussen de verwijzende ziekenhuizen in de adherente regio en OncoZON. Een geldige aanname op basis van de theorie is dat dit komt doordat formalisatie aanzet tot argwaan. De meerderheid van de respondenten geeft echter aan behoefte te hebben aan formele afspraken en regels om duidelijkheid te creëren voor alle stakeholders ongeacht het aanwezige vertrouwen of wantrouwen.

Padafhankelijkheid niet bepalend

Padafhankelijkheid kenmerkt zich door een beperking van toekomstige keuzes. Met andere woorden, de wijze waarop het 'pad' verloopt is tot op zekere hoogte afhankelijk van eerdere gebeurtenissen en besluiten die zijn genomen. Het is daarmee niet zelfcorrigerend maar anderzijds ook niet bepalend voor succesvol samenwerken. Er blijven namelijk altijd keuzealternatieven over, maar daar zijn soms hoge kosten mee gemoeid. Desalniettemin kunnen zorgaanbieders nog steeds besluiten af te wijken van het pad als het bestaande pad is vastgelopen en als het alternatief op de lange termijn meer gaat opleveren.

6.4.1. Kritische reflectie

Een kwalitatief onderzoek is interpretatief en verzameld empirische gegevens op een systematisch en transparante manier. Deze gegevens worden vervolgens gecodeerd, geanalyseerd en tot slot gerapporteerd. Hierbij lopen de verschillende fasen van onderzoek door elkaar heen en worden niet van elkaar gescheiden zoals bij kwantitatief onderzoek vaak wel het geval is. Deze iteratieve werkwijze vormt de kracht van kwalitatief onderzoek. Het zorgde er namelijk mede voor dat ik als onderzoeker met een open vizier flexibel in kon spelen op de interviewdata zonder de complexe realiteit al te veel te simplificeren. Daarnaast beschouw ik kwalitatieve data-analyse niet als een uitsluitend inductieve of deductieve taak. Het vraagt beiden van de onderzoeker, zo stellen ook Maso en Smaling (1998).

Een valkuil is het feit dat alleen die respondenten zijn gesproken die daarvoor beschikbaar waren. Dit betekent dat er mogelijke vertekeningen in de resultaten zijn opgetreden. Ten eerste waren er een aantal respondenten moeilijk benaderbaar en ten tweede zijn er een aantal groepen niet geïnterviewd. Het eerste heeft te maken met de positie die bepaalde respondenten binnen een organisatie invullen. De specialisten en managers zijn doorgaans druk bezet, hebben te maken met hoge werkdruk, of tonen een gebrek aan medewerkingsbereidheid. Dit heb ik getracht te omzeilen door de projectleider (en medisch specialist) vooraf contact op te laten nemen met de respondenten, alvorens ik hen benaderde met een interviewverzoek. Mede dankzij de bestaande relaties met de respondenten en de positie van de projectleider, ging het maken van afspraken redelijk voorspoedig. Zonder introductie van de projectleider, die een vergelijkbare functie vervult als de respondenten,

was het lastig geweest de interviewafspraken in te plannen. Het risico is wel dat mijn neutrale positie als onafhankelijk onderzoeker hiermee is ondermijnd omdat het interviewverzoek in eerste instantie vanuit het CZE als organisatie kwam.

Het tweede punt is dat bepaalde groepen niet vertegenwoordigd zijn in dit onderzoek en de resultaten daardoor mogelijk vertekend zijn. Denk hierbij aan zorgbestuurders, een groep waar veelvuldig uitspraken over zijn gedaan maar die niet aan het woord zijn gekomen. Daarnaast zijn er geen zorgverzekeraars of andere externe partijen zoals de NZa of het Zorginstituut Nederland geïnterviewd. Hierdoor is er mogelijk een eenzijdig medisch-inhoudelijk beeld ontstaan maar heb ik minder zicht op de markteisen en concurrentieverhoudingen. Uiteindelijk zijn het voornamelijk pragmatische overwegingen geweest die mij tot deze aanpak hebben doen beslissen maar al met al is er voldoende aanleiding om de resultaten voorzichtig te interpreteren

In de literatuur over zorgnetwerken worden door auteurs een grote diversiteit aan termen voor het begrip 'netwerken' gebruikt. Er wordt onder andere gesproken over allianties, collaboraties, interorganisationale samenwerking, zorgketens, et cetera. Deze diversiteit aan termen maakt het lastig om een eenduidig beeld te krijgen bij de literatuur. Wellicht dat ik daardoor belangrijke informatie heb gemist met betrekking tot samenwerking in zorgnetwerken. Het mislopen van informatie is niet bevorderend voor een onderzoek. Ik zou derhalve willen opmerken voor een eenduidig gebruik van dit begrip en verwante begrippen in de zorgliteratuur. Hieronder doe ik een suggestie voor een definitie van oncologische zorgnetwerken op basis van meerdere auteurs en dit onderzoek: *"Gecoördineerde samenwerkingsrelaties met een zekere mate van stabiliteit tussen twee of meer onderling afhankelijke zorgaanbieders rondom tumorspecifieke ziektebeelden. Zij wisselen bronnen uit op basis van onderhandeling en wederkerigheid met als doel het oncologische zorgaanbod voor patiënten blijvend te garanderen."*

Een laatste valkuil is mijn persoonlijke 'observer' bias binnen dit onderzoek. Gedurende dit onderzoek heb ik mezelf primair gefocust op het adviseren aan het CZE (CKI). Wellicht heb ik daardoor de neiging gehad om enkel datgene uit de resultaten te interpreteren wat paste binnen het verwachtingspatroon van het advies. Daardoor ben ik wellicht minder objectief geweest, dan verwacht mag worden van een buitenstaander.

6.4.2. Suggesties voor vervolgonderzoek

Dit onderzoek naar zorgnetwerken legt het zwaartepunt op het verloop van samenwerking en de beleving van betrokkenen. Er zijn daarentegen weinig onderzoeken vindbaar die belangstelling hebben voor het verschil in zorgkwaliteit voor de patiënt dat daadwerkelijk wordt gemaakt door oncologische samenwerking. Toekomstig onderzoek kan mogelijk antwoord geven op de vraag wat de resultaten van samenwerking zijn én of er dankzij samenwerking in zorgnetwerken betere zorg wordt geleverd.

Uit de contextbeschrijving komt namelijk duidelijk naar voren dat de zorgsector onder druk staat. Ziekenhuizen moeten 'meer doen met minder middelen'. Samenwerking in oncologische zorgnetwerken lijkt hiervoor de oplossing maar het is wenselijk om daadwerkelijk te onderzoeken of dit tot een kostenbesparing en betere zorgkwaliteit leidt. Er is kwantitatief onderzoek nodig om de samenwerking in relatie tot uitkomsten zoals kosten, wacht- en doorstroomtijden, kwaliteit van leven en patiënttevredenheid te meten.

Een andere optie voor vervolgonderzoek kan zowel kwalitatief als kwantitatief meerdere, vergelijkbare zorgnetwerken in verschillende regio's in Nederland met elkaar vergelijken. In andere regio's in Nederland zijn er namelijk ook oncologische zorgnetwerken. Het Embraze netwerk is bijvoorbeeld een CCN maar kenmerkt zich onder andere door een andere governancestructuur. In een vervolgonderzoek kunnen dit soort verschillen tussen de regio's wellicht inzichtelijk worden gemaakt. Het vergelijken van de resultaten leidt wellicht tot aanvullende en waardevolle inzichten over de factoren die samenwerking beïnvloeden. Deze inzichten dragen eventueel bij aan de landelijke ontwikkelingen met betrekking tot netwerkvorming.

Bibliografie

- Belkadi, H. (2006). *Disease Management en de chronische ziekenzorg: Een analyse van 121 afgeronde ZonMw projecten*. Den Haag: ZonMw.
- Boot, J., & Knapen, M. (2005). *De Nederlandse gezondheidszorg* (11e ed.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bos, W., Koevoets, H., & Oosterwaal, A. (2011). *Ziekenhuislandschap 20/20: Niemandsland of Droomland?* Den Haag: RVZ.
- Breejen, E. d. (2011). *Arbeidsbesparende innovaties in de gezondheidszorg. Een theoretische verkenning naar kansen en belemmeringen voor arbeidsbesparing in de gezondheidszorg*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.
- Bremekamp, R., Kaats, E., Opheij, W., & Vermeulen, I. (2010). Succesvol samenwerken. Een kompas en aanbevelingen voor betekenisvolle interactie. *Holland Management Review*, 130, 8-15.
- Burns, L., & Pauly, M. (2002). Integrated delivery networks: a detour on the road to integrated health care? *Health Affairs*, 21(4), 128-142.
- CBS. (2014). *Gezondheid en zorg in cijfers 2014*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Creemers, G., de Hingh, I., van den Berg, H., Nelissen, P., Wolbert-van Kempen, I., & Schilthuis, J. (2012). *Catharina Oncologiecentrum: Businessplan oncologie*. Amersfoort: Twynstra Gudde.
- Creswell, J. (2013). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. . Thousand Oaks: Sage publications.
- CZE. (2015, juli 27). 'Katalysator van regionale samenwerking': Visiedocument t.a.v. de positionering van het Catharina Kanker Instituut. . Definitieve versie, 27 juli 2015. Eindhoven: Catharina Ziekenhuis Eindhoven.
- De Bleser, L., Depreitere, R., Waele, K., Vanhaecht, K., Vlayen, J., & Sermeus, W. (2006). Defining pathways. *Journal of nursing management*, 14(7), 553-563.
- DICA. (2016). *OVER HET TRANSPARANTIEPORTAAL ZORG*. Opgeroepen op Maart 22, 2016, van DICA: <https://www.clinicalaudit.nl/transparantieportaal/over-transparantieportaal-zorg>
- Engberts, D., & Kalkman-Bogerd, L. (2009). *Gezondheidsrecht*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Fabbricotti, I. N. (2007). *Zorgen voor Zorgketens: Integratie en fragmentatie in de ontwikkeling van zorgketens*. Rotterdam: Erasmus universiteit.
- Godfroij, A. (1981). *Netwerken van organisaties: strategieën, spelen, structuren*. . Den Haag: VUGA.
- Gommer, A. (2014). Kanker: Hoe zijn preventie en zorg georganiseerd? *Volksgezondheid Toekomst Verkenning*. Bilthoven: RIVM.
- Groenewegen, P., Hansen, J., & ter Bekke, S. (2007). *Professies en de toekomst: Veranderende verhoudingen in de gezondheidszorg*. Utrecht: NIVEL.

- Hajer, M., & Wagenaar, H. (2003). *Deliberative policy analysis*. . Cambridge: Cambridge University Press.
- Halsema, F., Februari, M., van Kalveveen, M., & Terpstra, D. (2013). *Een lastig gesprek*. Ministerie van Economische Zaken. Den Haag: Commissie Behoorlijk Bestuur.
- Hans, E. (2015, April 9). Oratie: Gaat het nu wat beter, dokter? Enschede: Universiteit Twente.
- Helderman, J. (2007). *Bringing the market back in? Institutional complementary and hierarchy in Dutch housing and health care. PhD dissertation*. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Helderman, J. D. (2014). *De Dijkgraaf van de Zorgpolder: Een bestuurskundige analyse van de totstandkoming van Zorginstituut Nederland tegen de achtergrond van een veranderende beleidsagenda en veranderende politiek-bestuurlijke en maatschappelijke verhoudingen*. Nijmegen: Zorginstituut Nederland/IMR Nijmegen.
- Helderman, J., De Kruijf, J., Verheij, J., & Van Thiel, S. (2014). *De Dijkgraaf van de Zorgpolder: Een bestuurskundige analyse van de totstandkoming van Zorginstituut Nederland tegen de achtergrond van een veranderende beleidsagenda en veranderende politiek-bestuurlijke en maatschappelijke verhoudingen*. Nijmegen: Zorginstituut Nederland/IMR Nijmegen.
- Huijben, M. (2011). *Achtergrondstudie: Het Chronic Care Model in Nederland*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Huijsman, R. (2011). Organisatie van zorg. In H. Wollersheim, P. J. Bakker, & A. Bijnen, *Kwaliteit en veiligheid in patiëntenzorg* (pp. 71-102). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Huijsman, R. (2013). Focussen op uitkomstindicatoren. *Medisch Contact*, 7-8.
- Hummel, H., De Meer, J., De Vries, J., & Otter, R. (2009). *Integrale oncologische zorgpaden*. Assen: Van Gorcum.
- IKNL. (2012, November). *Kwaliteitskader organisatie oncologische zorg*. Opgehaald van IKNL: <https://www.iknl.nl/docs/default-source/visitatie/kwaliteitskader-organisatie-oncologische-zorg.pdf?sfvrsn=0>
- IKNL. (2012). *Kwaliteitskader organisatie oncologische zorg*. IKNL.
- IKNL. (2014, September 9). *Soncos-normen zorgen voor focus op samenwerking, expertise én aandacht voor patiënt*. Opgehaald van Integraal Kankercentrum Nederland: <http://iknl.nl/over-iknl/nieuws/nieuws-detail/2014/09/09/soncos-normen-zorgen-voor-focus-op-samenwerking-expertise-%C3%A9n-aandacht-voor-pati%C3%ABnt>
- IKNL. (2015). *Oncologische zorg*. Opgeroepen op Maart 14, 2016, van Integraal Kankercentrum Nederland: <https://iknl.nl/oncologische-zorg/over-oncologische-zorg>
- Jansen – Landheer, M., & Wouters, M. (2010). *Kwaliteit van kankerzorg in Nederland*. Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding.

- Kaluzny, A., Zuckerman, H., & Ricketts, T. (2002). *Partners: forming strategic alliances in healthcare*. Washington D.C.: Beardbooks.
- Kay, A. (2006). *The dynamics of public policy: Theory and evidence*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Lalkens, P., & Piersma, J. (2007, september 22). Wie is de baas in het ziekenhuis? *Financieel Dagblad*.
- Lammers, C., Mijs, A., & van Noort, W. (2000). *Organisaties vergelijkenderwijs: ontwikkeling en relevantie van het sociologisch denken over organisaties*. Utrecht: Het Spectrum.
- Lega, F. (2007). Organisational design for health integrated delivery systems: theory and practice. *Health policy*, 81(2), 258-279.
- Levenmetkanker. (2014). *Kwaliteitscriteria voor de zorg aan mensen geraakt door kanker: vanuit patiëntenperspectief*. Utrecht: Levenmetkanker.
- Littig, B. (2008). Interviews with the Elite and with Experts. Are There Any Differences? *Forum: Qualitative Social Research*, 9(3).
- McCue, M., Clement, J., & Luke, R. (1999). Do the type and market structure of strategic hospital alliances matter? *Journal of Medical Care*, 37(10), 1012-1022.
- Milward, H., Provan, K., Fish, A., Isett, K., & Huang, K. (2010). Governance and collaboration: an evolutionary study of two mental health networks. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 20, 125-141.
- Ministerie van Financien. (2003, januari 16). *Ondernemerschap medisch specialisten*. Opgehaald van Overheidsinformatie: Wet- en regelgeving: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0014603/2003-01-16>
- Ministerie van VWS. (2007). *Niet Van Later Zorg*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Ministerie van VWS. (2012). *De zorg: hoeveel extra is het ons waard?* Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van VWS. (2016). *Het Nederlandse zorgstelsel*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Mol, A. (2006). *De logica van het zorgen: actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam: van Gennep.
- Mur-Veeman, I., Eijkelberg, I., & Spreeuwenberg, C. (2001). How to manage the implementation of shared care: a discussion of the role of power, culture and structure and the development of shared care arrangements. *Journal of Management in Medicine*, 15(2), 142-155.
- Nauenberg, E., & Brewer, C. (2000). Surveying hospital network structure in New York State: how are they structured? *Health Care Management Review*, 25(3), 67-79.
- NFK. (2012). *Kwaliteitscriteria voor de zorg aan mensen geraakt door kanker*. NFK.

- NIAZ. (2010, Mei 29). *Wat is het NIAZ*. Opgehaald van Het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg: <https://www.niaz.nl/over-niaz>
- NIAZ Qmentum International. (2016). *Oncologische zorg Normen*. Opgeroepen op Maart 22, 2016, van NIAZ: <https://www.niaz.nl/uploads/Oncologische%20zorg.pdf>
- NVZ. (2014, Januari 29). *Oncologische zorg*. Opgeroepen op Maart 23, 2016, van Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen: <https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/oncologische-zorg>
- NZa. (2015). *Dbc-systematiek*. Opgeroepen op Maart 15, 2016, van Werken met dbc's: Praktische uitleg en documentatie bij de dbc-systematiek: <http://werkenmetdbcs.nza.nl/werken-met-dbc/dbc-systematiek-4/over-de-dbc-systematiek/menu-ID-84>
- Oliver, C., & Ebers, M. (1990). Determinants of interorganizational relationships: integration and future directions. *Academy of Management Review*, 15(2), 241-265.
- Oncoline. (2016). *Richtlijnen oncologische zorg*. (IKNL) Opgeroepen op Maart 22, 2016, van Oncoline: www.oncoline.nl
- Pfeffer, J., & Salancik, G. (1978). *The external control of organizations. A resource dependence perspective*. New York.
- Pischke-Winn, K., Wahlfeldt, L., & Minnick, A. (1995). Initiatives to build a competitive healthcare system: integrating service redesign and clinical pathways. *Nursing case management: managing the process of patient care*. 1(5), 212-222.
- Provan, K., & Kenis, P. (2008). Modes of network governance: Structure, management and effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18, 229–252.
- Provan, K., & Milward, H. (1995). A preliminary theory of interorganizational network effectiveness: a comparative study of four community mental health systems. *Administrative Science Quarterly*, 40, 1-33.
- Provan, K., Huang, K., & Milward, B. (2009). The evolution of structural embeddedness and organizational social outcomes in a centrally governed health and human services network. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 19, 873-893.
- Raak, A., Paulus, A., & Mur-Veeman, I. (2005). Why do health care providers co-operate? Health Policy. *Journal of Health Policy*, 74, 13-23.
- Rosendal, H., Ahaus, K., Huijsman, R., & Raad, C. (2009). *Ketenzorg: praktijk in perspectief*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- RVZ. (1998). *Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief*. Zoetermeer: RVZ.
- RVZ. (2009). *Advies Governance en kwaliteit van zorg*. Den Haag: RVZ.
- RVZ. (2009). *Advies Governance en kwaliteit van zorg*. Den Haag: RVZ.

- Schruijer, S., & Vansina, L. (2007). Samenwerkingsrelaties over organisatiegrenzen. Theorie en praktijk. *Management en Organisatie*, 6(3), 43-53.
- Scott, W. (2003). *Organizations, rational, natural and open systems*. . New Jersey: Prentice Hall.
- Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding. (2011). *Nazorg bij kanker: de rol van de eerste lijn*. Amsterdam: KWF Kankerbestrijding.
- Stronks, K., Polder, J., & Klazinga, N. (2016). Organisatie en financiering van de gezondheidszorg: een analytisch kader. In J. Mackenbach, & K. Stronks (Red.), *Volksgezondheid en gezondheidszorg* (pp. 315-402). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Taskforce Oncologie. (2015, januari 01). *Onze visie op oncologie*. Opgehaald van Koersboek Oncologische Netwerkvorming: <http://koersboek-oncologische-netwerkvorming.nl/>
- Terpstra, J. (2001). Netwerken en samenwerking bij de uitvoering van beleid. *Beleidswetenschap*, 141-168.
- Thomson, A. M., & Perry, J. L. (2006). Collaboration processes: Inside the black box. *Public Administration Review*, 66, 19-32.
- van der Burgt, M., Mechelen-Gevers, E. J., & Hekkert, M. L. (2005). De gezondheidszorg in een notendop. In M. van der Burgt, E. J. Mechelen-Gevers, & M. L. Hekkert, *Introductie in de gezondheidszorg* (pp. 13-19). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- van Dijk, C., Korevaar, J., de Jong, J., Koopmans, B., van Dijk, M., & de Bakker, D. (2013). *Ruimte voor substitutie? Verschuivingen van tweedelijns- naar*. Utrecht: NIVEL.
- van Harten, W., & Rodenhuis, S. (2012). Ook 'gewone' kankerzorg is complex. *Medisch contact*, 67(11), 641 - 643.
- van Heijst, A., & Vosman, F. (2010). Managen van menslievende zorg: herbepalen waar de gezondheidszorg toe dient. In M. Pijnenburg, C. Leget, & A. van Heijst, *Menslievende zorg, management en kwaliteit* (pp. 11-39). Budel: Damon.
- Van Herck, P., Vanhaecht, K., & Sermeus, W. (2004). Effects of clinical pathways: do they work? *Journal of Integrated Pathways*, 8(3), 95-105.
- van Loon, L., Horstman, K., & Houtepen, R. (2002). Wachten met smart. *Medisch contact*, 55(44).
- van Tomme, N. (2011). *Samenwerking in ketens en netwerken: praktijkervaringen uit de zorg- en welzijnssector*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Vanhaecht, K., De Witte, K., & Sermeus, W. (2007). *The impact of clinical pathways on the organisation of care processes*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.
- Verkerk, M. (2005). Zorg is geen product dat je op de markt kunt verhandelen. In I. Palm, *De zorg is geen markt. Een kritische analyse van de marktwerking in de zorg vanuit verschillende perspectieven* (pp. 41-45). Rotterdam: Wetenschappelijk bureau SP.

- Verkerk, M. (2005). Zorg is geen product dat je op de markt kunt verhandelen. In I. Palm, *De zorg is geen markt. Een kritische analyse van de marktwerking in de zorg vanuit verschillende perspectieven* (pp. 41-45). Rotterdam: Wetenschappelijk bureau SP.
- Wit, B., Rademakers, M., & Brouwer, M. (2000). Ketenstrategie: van virtuele naar reële ketens. HPM van Duivenboden et al. In H. Van Duivenboden, M. van Twist, M. Veldhuizen, & R. in 't Veld, *Ketenmanagement in de publieke sector*. Utrecht: Lemma.
- World Health Organization. (2010). *The European health report 2009: Health and health systems*. Copenhagen: WHO Regional Office Europe.
- WRR. (2006). *Verzorgingstaat heroverwogen*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Yarbrough, A., & Powers, T. (2006). A resource-based view of partnership strategies in health care organizations. *Journal of Hospital Marketing & Public Relations*, 17(1), 45-65.
- ZN. (2016). *Verantwoordingsdocument bij de inventarisatie van de minimumkwaliteitsnormen door Zorgverzekeraars Nederland*. Opgeroepen op Maart 22, 2016, van Minimum kwaliteitsnormen:
<https://www.minimumkwaliteitsnormen.nl/Download/Verantwoordingsdocument%20inventarisatie%20minimumkwaliteitsnormen%20door%20Zorgverzekeraars%20Nederland.pdf>
- Zorginstituut Nederland. (2015, Juni 1). Toetsingskader kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden & meetinstrumenten 2015. Diemen: Zorginstituut Nederland.
- Zuckerman, H., Kaluzny, A., & Ricketts, T. (1995). Alliances in health care: what we know, what we thinks we know, and what we should know. *Health Care Manage Review*, 20(1), 54-64.

Bijlagen

B1. Beschrijving van het zorgstelsel

Het Nederlandse zorgstelsel bestaat uit een veelheid aan onderdelen. Er werken ongeveer 47.000 artsen (inclusief medisch specialisten), 177.000 verpleegkundigen, 27.000 fysiotherapeuten in zo'n 90 ziekenhuizen, 1700 verzorgings- en verpleeghuizen, 250 thuiszorgorganisaties en ga zo maar door (CBS, 2014). Het is dan ook lastig om de volledige grootte en complexiteit van de zorgsector te duiden. Hoe ziet het zorgstelsel er op nationaal niveau uit? Hoe is de financiering geregeld en wat voor beleid wordt er gevoerd? Op welke wet- en regelgeving is het stelsel gebaseerd? Hoe worden de toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid hierbinnen gewaarborgd?

Een ding is in ieder geval zeker, het Nederlandse zorgstelsel is de afgelopen decennia aan een reeks grote veranderingen onderhevig geweest. Het huidige zorgstelsel wordt grotendeels geregeld met vier stelselwetten: de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet. Deze vier pijlers vormen het fundament voor de zorg in Nederland. De Zorgverzekeringswet (cure) en de Wet langdurige zorg (care) gebruiken gezamenlijk veruit het meeste budget dat nationaal voor zorg beschikbaar is (Ministerie van VWS, 2016).

In 2006 is de Zvw ingevoerd waarmee de ziekenfondsen volledig door zorgverzekeraars zijn vervangen. Deze wet verplicht iedere Nederlander om zichzelf te verzekeren voor een basispakket aan zorg. Dit pakket is door de overheid samengesteld en de uitvoering daarvan wordt overgelaten aan private en met elkaar concurrerende zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De Zvw wordt daarnaast gekenmerkt door een aantal elementen van geregleerde marktwerking (Helderman, 2007). Het invoeren van geregleerde marktwerking is een direct gevolg van een veranderde sturingsfilosofie van de overheid. Sinds de jaren negentig verdrongen de mogelijkheden van marktwerking langzaam maar zeker de idealen van de maakbare samenleving. Hierdoor ontstonden er allerlei verschuivingen en wijzigingen in de gezondheidszorg (van der Burgt, Mechelen-Gevers, & Hekkert, 2005). De Zvw heeft hier een groot in aandeel gehad en veroorzaakte een ommekeer van een aanbodgestuurd naar een vraaggestuurd zorgsysteem (Ministerie van VWS, 2016). Met de invoering van deze Zvw zijn tevens kwantitatieve maatstaven geïntroduceerd om te bepalen of zorgverleners goed werk leveren. Zorgorganisaties worden in toenemende mate vergeleken met ondernemingen in andere sectoren van productie (van Heijst & Vosman, 2010). Mede daarom moeten op organisatieniveau alle structuren en middelen aanwezig zijn. Denk hierbij aan competente zorgverleners welke goed multidisciplinair kunnen samenwerken. Daarnaast moet er tussen zorgorganisaties sprake zijn van goede coördinatie en afstemming. Dit is noodzakelijk om voor, tijdens en na het zorgtraject optimale zorg te realiseren. Uiteraard vergt dit tevens adequate financiering vanuit de verschillende systemen met zorgverzekeraars, andere zorgaanbieders, toezichthouders, overheidsinstanties op micro-, meso- en macroniveau (Huijsman, 2011). Naast de Zvw hebben we de overige drie pijlers nog: De Wlz, de Wmo en de Jeugdwet. Deze drie wetten regelen de langdurige zorg, jeugdhulp en maatschappelijke ondersteuning. In hun huidige vorm zijn deze wetten pas sinds 1 januari 2015 van kracht. De Wlz wordt uitgevoerd door zogenaamde Wlz-uitvoerders (Bv. Menzis zorgkantoor) op nationaal niveau. Hierbij zijn ook andere organisaties betrokken zoals het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en het Centraal Administratiekantoor (CAK). De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wmo en de Jeugdwet. Zij bieden zelf of in samenwerking met andere zorgaanbieders hulp, zorg of

ondersteuning aan. Deze drie wetten hebben doorgang kunnen vinden dankzij ingrijpende wijzigingen in het zorgstelsel. Hierbij is allereerst de Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten (AWBZ) afgeschaft. In de AWBZ was in de loop der jaren steeds meer zorg en ondersteuning geregeld (Ministerie van VWS, 2016).

Ordering gezondheidszorg

Binnen deze vier wetten zijn veel verschillende voorzieningen onder te brengen. Deze voorzieningen zijn op uiteenlopende manieren te ordenen (Boot & Knapen, 2005). Er kan een onderscheid gemaakt worden naar de plaats waar de zorg wordt verleend. Binnen of buiten de muren van een zorgaanbieder. Hiermee komen we tot de onderverdeling in extramurale, intramurale, semimurale en transmurale zorg. Een andere wijze waarop de zorg ingedeeld kan worden is die van cure, care en preventie (Boot & Knapen, 2005).

Zorg die zich richt op het onderzoeken en behandelen van patiënten met als doel hen te genezen heet de cure-sector. Ziekenhuizen en huisartsen horen veelal tot de cure-sector. De zorg die zich richt op langdurige verpleging, voorkomen van complicaties van ziekte en ondersteuning bij de kwaliteit van leven vallen onder de caresector (van der Burgt, Mechelen-Gevers, & Hekkert, 2005).

Een andere indelingsprincipe is op basis van doelgroep. Binnen een dergelijke categoriale opbouw worden voorzieningen geordend naar ziektebeeld, risicogroep of zelfs een gehele bevolkingsgroep. Denk hierbij aan een kankerinstituut of kinderziekenhuis.

Het meest geaccepteerde indelingsprincipe doet zijn intrede in de jaren zeventig. Sindsdien spreekt men voornamelijk van echelons, ofwel *lijnen* zorg. Dit is een beleidsmatig indelingsprincipe welke uitgaat van een zorgstelsel dat is opgebouwd uit een aantal sub sectoren. Iedere subsector heeft een aantal eigen kenmerken en onderlinge verbindingen welke gebaseerd zijn op een hiërarchie van selectie en verwijzing. De patiënt doorloopt een bepaalde volgorde van voorzieningen welke afhankelijk is van de ernst van de gezondheidsproblemen (Boot & Knapen, 2005). Dit principe zorgt ervoor dat er pas wordt doorverwezen naarmate het gezondheidsprobleem ernstiger wordt. Het gaat dus uit van de patiënt en de ernst van zijn of haar zorgvraag.

Eenvoudige zorg die dichtbij de patiënt opgelost kan worden valt onder de *nulde lijn* van mantelzorg door naasten of in de *eerste lijn* van huisartsen of een zorgcentrum. De *eerste lijn* is de primaire verwijzer en fungeert als poortwachter voor de *tweede lijn*. De *tweede lijn* is bijvoorbeeld een medisch specialist in een ziekenhuis. De voorzieningen zijn hier op een grotere schaal georganiseerd en verschilt op het gebied van generalistische en specialistische zorg. De *derde lijn* wordt tot slot gevormd door hooggespecialiseerde topklinische zorg. Deze zorg is te vinden in universitaire medische centra (UMC) of categoriale instellingen zoals een kankercentrum. Het zijn deze centra waar voornamelijk wetenschappelijk onderzoek plaatsvindt.

Hierboven wordt duidelijk dat de mate van specialisatie een onderscheidend kenmerk is tussen de verschillende lijnen. Andere specifieke kenmerken zijn de mate van toegankelijkheid (zonder of met verwijzing) of de fysieke afstand tot de doelgroep. Uiteindelijk ontstaat er een zorgpad van twee of meer lijnen die een patiënt de noodzakelijke zorg biedt welke is afgestemd op zijn zorgvraag gedurende een zorgproces (Boot & Knapen, 2005).

Ketenzorg en zorgketens

Patiënten kunnen, afhankelijk van het gezondheidsprobleem, meerdere lijnen zorg nodig hebben. Deze zorg sluit bij voorkeur naadloos op elkaar aan. Een vaak gehoorde klacht in de praktijk is dat verschillende zorgaanbieders niet goed of langs elkaar heen werken. Dit kost geld en bedreigt de zorgkwaliteit. Dit probleem probeert men te ondervangen door zorg in een *keten* te organiseren.

Hierbij staat de patiënt centraal en wordt de zorg om diegene heen georganiseerd. Hiermee wordt getracht de continuïteit van zorg te waarborgen (Stronks, Polder, & Klazinga, 2016). Een zorgketen is zoveel als een zorgpad dat dwars door de *lijnen* loopt en waarbij regionale zorgaanbieders hun zorg onderling goed hebben afgestemd (van der Burgt, Mechelen-Gevers, & Hekkert, 2005). Het zijn vormen van geïnstitutionaliseerde regionale of lokale samenwerking van zorgaanbieders en professionals. Deze ketens richten zich op het faciliteren van samenwerking op zowel strategisch als operationeel niveau met als doel een integraal aanbod voor specifieke zorg (RVZ, 1998). Met een integraal aanbod wordt zoveel bedoeld als zorg die is gericht op de individuele behoeften van de patiënt. Zorgprofessionals, uit diverse sectoren of van verschillende zorgaanbieders, stemmen hierbij hun activiteiten onderling af opdat er een samenhangend aanbod rondom de patiënt ontstaat (Huijben, 2011). Binnen de verschillende vormen van *integrale zorg* zijn drie gemeenschappelijke eigenschappen te onderscheiden. Ten eerste is er sprake van multidisciplinaire samenwerking. Ten tweede speelt kennisoverdracht tussen zorgaanbieders een belangrijke rol en tot slot zijn gezamenlijke protocollen en richtlijnen van cruciaal belang (Belkadi, 2006). In het begin van de jaren negentig werd dit nog *transmurale zorg* genoemd. Naarmate de eeuwwisseling naderde nam de belangstelling voor het begrip *ketenzorg* toe. Op dit moment is het begrip *disease management* populair. Uiteindelijk is het allemaal oude wijn in nieuwe zakken en zijn er drie samenhangende lijnen in de ontwikkeling van ketenzorg te onderscheiden (Rosendal, Ahaus, Huijsman, & Raad, 2009).

1. De meer logistiek georiënteerde vormen van ketenzorg rondom specifieke ziektebeelden zoals een beroerte of COPD, waarin een zekere volgtijdelijkheid van acties van opeenvolgende zorgverleners te onderscheiden is.
2. Gecoördineerde netwerkstructuren welke rondom bepaalde chronische en vaak progressieve ziektebeelden in ontwikkeling zijn zoals bij diabeteszorg of kanker het geval is.
3. Verspreide netwerken welke zich differentiëren op het snijvlak van wonen, zorg en welzijn en zich richten o.a. algemenere vermaatschappelijking bijvoorbeeld voor kwetsbare ouderen of in de gehandicaptenzorg.

Bovenstaande types zijn nog niet volledige uitgekristalliseerd, maar duidelijk is wel dat bij ieder type tegelijkertijd ook verschillende interactiepatronen, spelregels en (coördinatie-)mechanismen een rol spelen. Zowel tussen de patiënten en zorgverleners, de zorgverleners onderling als ook de zorgverleners en het management (Huijsman, 2011).

Belangrijke waarden in de zorg

Het ultieme doel van de gezondheidszorg is om direct bij te dragen aan de gezondheid van zorgvragers en indirect aan de volksgezondheid. Het uiteindelijke resultaat hangt allereerst af van de effectiviteit van individuele zorg. Een aantal factoren zijn hierin van belang.

Allereerst moet de zorg beschikbaar zijn voor de individuen die hier daadwerkelijk behoefte aan hebben. In andere woorden, de zorg moet rechtvaardig verdeeld zijn. De World Health Organization (WHO) koppelt dit aan de eis van een toegankelijke zorg. Een goede toegankelijkheid van een rechtvaardige gezondheidszorg is er een waarvan mensen die zorg nodig hebben zonder onoverkomelijke, al dan niet financiële, drempels gebruik kunnen maken. Kortom, toegankelijkheid voor iedereen (World Health Organization, 2010).

Ten tweede moet de geleverde zorg, naast toegankelijkheid, ook van afdoende kwaliteit zijn. Dit houdt in: *effectief, zonder onbedoelde schade en aansluitend bij de individuele behoeften van de*

patiënt.

Om dit vast te stellen kan er enerzijds worden nagegaan of er zorg is verleend zoals dat aanvankelijk bedoeld was, ofwel de proceskwaliteit. Men kan zich hierbij baseren op richtlijnen van de betreffende beroepsgroep.

Aan de andere kant kan men controleren of de uitkomsten van de zorg zijn zoals verwacht, ofwel de outcome kwaliteit (Stronks, Polder, & Klazinga, 2016).

In het kwaliteitsbeleid van de gezondheidszorg lag het zwaartepunt hoofdzakelijk op zelfregulering. Met de marktwerking als dominant sturingsparadigma van de zorg is hier verandering in gekomen. Wanneer zorgverzekeraars en zorgorganisaties voornamelijk op prijs met elkaar concurreren, dan komt de kwaliteit mogelijk onder druk te staan. De overheid vraagt derhalve steeds vaak om de kwaliteit te verantwoorden (Stronks, Polder, & Klazinga, 2016).

Hiermee zijn overigens pas twee belangrijke kernwaarden van ons zorgstelsel beschreven. Jammer genoeg zijn de mogelijkheden om een goed toegankelijke en kwalitatieve gezondheidszorg te financieren beperkt. Er moet realistisch worden afgewogen of het inzetten van extra financiële middelen opweegt tegen de vooruitgang van gezondheidswinst. Hiermee is zijn meteen twee andere belangrijke waarden gedekt, doelmatigheid en betaalbaarheid. Deze kernwaarden zijn tevens van groot belang voor een goed functionerend zorgstelsel.

Betaalbaarheid gaat over de beschikbaarheid van middelen voor de zorgsector, terwijl doelmatigheid deze middelen juist koppelt aan de opbrengst in termen van kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Het gaat dus om de grootste gezondheidswinst per euro die wordt besteed (Stronks, Polder, & Klazinga, 2016). De groei van de uitgaven in de gezondheidszorg hebben ertoe geleid dat er in Nederland inmiddels ruim 11% van het nationale inkomen direct naar de gezondheidszorg gaat. Kortom, van elke euro die door de Nederlandse economie gaat, komt meer dan elf eurocent in de gezondheidszorg terecht (CBS, 2014). Met zulke bedragen kan men zichzelf voorstellen dat betaalbaarheid een belangrijke waarde is. Uiteindelijk draait het allemaal om de vraag: *hoeveel geld kan en wil Nederland maximaal aan de gezondheidszorg uitgeven?*

In de economie spreekt men van zogenaamde *opportunity costs*. Dit houdt in dat toenemende zorguitgaven hun tol eisen op andere uitgaven elders in de economie. Die worden hierdoor steeds kleiner en beïnvloeden daarmee ander individueel en maatschappelijk geluk (Stronks, Polder, & Klazinga, 2016).

Type zorgstelsel

Alhoewel veel verschillende zorgstelsels soortgelijke doelen nastreven, bestaat er tussen landen geen eenduidigheid over de wijze waarop deze doelen bereikt worden. Zodoende bestaan er grote verschillen in de wijze waarop zorgstelsels in verschillende landen georganiseerd zijn. Aan deze verschillen gaan doorgaans historische ontwikkelingen en maatschappelijke omstandigheden vooraf. Dit is ook het geval in het Nederlandse zorgstelsel, welke te typeren is als een mengvorm (Ministerie van VWS, 2016).

Het Nederlandse zorgstelsel is oorspronkelijk begonnen als een sociaal verzekeringsstelsel. In de loop der jaren is dit aangevuld met elementen van een genationaliseerd stelsel en de afgelopen decennia gedeeltelijk omgevormd richting een stelsel van gereguleerde marktwerking (Helderman, De Kruijf, Verheij, & Van Thiel, 2014). De toenemende mate van aandacht voor de potentiële voordelen van een dergelijk zorgstelsel zijn gebaseerd op het Enthoven-model. Dit is een Amerikaanse gezondheidseconoom wiens gedachtegoed een aanzienlijke rol in dit model heeft gespeeld. In een marktgericht stelsel ligt het zwaartepunt op de doelmatigheid van de zorg. De weerbarstige praktijk

laat echter zien dat in dit stelsel de toegankelijkheid en betaalbaarheid lastiger te realiseren zijn dan bij andere stelsels het geval is. Regulering zou ertoe moeten bijdragen dat de toegankelijkheid in ieder geval gewaarborgd blijft (Stronks, Polder, & Klazinga, 2016).

In een sociaal verzekeringsstelsel ligt de primaire focus daarentegen op kwaliteit en in een genationaliseerd zorgstelsel op toegankelijkheid. Kortom, dankzij al deze verschillende accenten hebben de verschillende stelsels iedere hun eigen beheersproblemen. Dit verklaart het hybride karakter van zorgstelsels wereldwijd. Pure vormen van de drie typen zijn vrijwel nergens meer te vinden (Stronks, Polder, & Klazinga, 2016).

Financiering van het zorgstelsel

De invoering van de Zvw heeft de zorgverzekeraars een belangrijke rol in het verzekeringsstelsel toebedeeld. Zij moeten namelijk met zorgaanbieders onderhandelen over de prijs, inhoud en organisatie van de gezondheidszorg. Onder aan de streep mogen zij winst maken maar hiervoor gelden tal van wettelijke voorwaarden en bepalingen.

Zorgverzekeraars hebben ten eerste de verplichting om iedereen, ongeacht persoonlijke kenmerken, een basisverzekering aan te bieden. Deze zogenaamde acceptatieplicht waarborgt de toegankelijkheid van zorg in Nederland. De basisverzekering dekt circa 90% van alle curatieve zorg. Andere kant van de medaille is de verplichting van iedere burger om zichzelf te verzekeren voor een basispakket. Uiteraard zijn zij hierin wel vrij bij het kiezen van een eigen verzekeraar. Samen waarborgen zowel de acceptatieplicht van de verzekeraar als de verzekeringsplicht van de burger de risicosolidariteit. De inhoud van het basispakket is daarnaast wettelijk vastgelegd. De zorg die buiten het basispakket valt kan op vrijwillige basis worden verzekerd in een aanvullende verzekering (Ministerie van VWS, 2016). De premies die door alle basisverzekerden wordt betaald, dekken ongeveer de helft van de totale zorgkosten (Ministerie van VWS, 2016).

De andere helft van de totale zorgkosten is gedekt via een inkomensafhankelijke premie die met het loon wordt verrekend. Deze premies worden gestort in het Zorgverzekeringsfonds en voorziet verzekeraars van een financiële compensatie wanneer zij een disproportioneel aandeel ouderen of mensen met gezondheidsproblemen moeten verzekeren. Vanwege de acceptatieplicht mogen zij niet geweigerd worden, vandaar dat de financiële risico's gelijk worden verdeeld over de verzekeraars. Dit wordt risicoverevening genoemd (Stronks, Polder, & Klazinga, 2016). Ten slotte komen mensen met een laag inkomen in aanmerking voor een tegemoetkoming in de vorm van zorgtoeslag (Ministerie van VWS, 2016).

De kosten van de Nederlandse worden sinds 2005 vergoed via zogenoemde Diagnose Behandel Combinaties, ofwel de DBC-systematiek. Deze systematiek vormt de basis voor het declareren van zorg en is door de overheid ingevoerd ten behoeve van de transparantie over prijs en prestaties in de zorgsector (NZa, 2015). Binnen de DBC-systematiek wordt een onderscheid gemaakt in het A-segment en B-segment. Het A-segment bevat de DBC's met vaste tarieven en worden door de NZa vastgesteld. Het B-segment bevat DBC's waarvan de tarieven onderhandelbaar zijn. Het honorarium van de hoofdbehandelaar wordt hier door de NZa vastgesteld, de overige honoraria en kosten zijn vrij onderhandelbaar (NZa, 2015). In 2012 is dit verouderde en ingewikkelde systeem vernieuwd en vereenvoudigd (NZa, 2015). In het oude systeem waren circa 40.000 DBC's, deze zijn nu opgevolgd door ongeveer 3.000 zorgproducten. Deze nieuwe methode voor de ziekenhuiszorg heet DBC's Op weg naar Transparantie, oftewel DOT-systematiek (NZa, 2015).

Ontwikkelingen in het zorgstelsel

Nederland kent een hoge kwaliteit van zorg. Wanneer een zorgorganisatie inefficiënt is, kan dit grote gevolgen hebben voor de kwaliteit. Vóór de invoering van gereguleerde marktwerking waren er te weinig prikkels voor zorgorganisaties om efficiënt te werken. Hierdoor ontstonden lange wachtlijsten welke tegelijkertijd een soort statussymbool vormde voor artsen (van Loon, Horstman, & Houtepen, 2002). Deze problematiek werd versterkt door een aantal demografische ontwikkelingen, namelijk de ontgroening en vergrijzing (WRR, 2006). Zo vindt er binnen onze maatschappij een onverminderde toename van ouderen en chronisch zieken met een zorgbehoefte plaats. Dit komt mede dankzij de vergrijzing en toegenomen levensverwachting (Helderman, 2014). Tegelijkertijd daalt het gemiddelde geboortecijfer, terwijl Nederlanders steeds ouder worden. Een deel van de jaren die ouderen langer leven wordt niet altijd in goede gezondheid doorgebracht. Enerzijds stijgt de komende decennia dus het aandeel ouderen (65+) wat in combinatie met een grotere individuele zorgbehoefte resulteert in een toenemende zorgvraag. Anderzijds neemt de beroepsbevolking af waardoor de druk van de zorgvraag op de beroepsbevolking zal toenemen (Hans, 2015). De ontgroening en vergrijzing zorgen daarmee voor meer druk op de draagkracht van de Nederlandse bevolking (Bos, Koevoets, & Oosterwaal, 2011). De stijgende zorgvraag kan niet afdoende worden opgevangen door het huidige zorgpersoneel waardoor ook de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg onder druk komt te staan (Breejen, 2011). Wereldwijd is er bij de Westerse landen dan ook een trend te zien van structurele toename in zorguitgaven. Volgens het ministerie van VWS zijn de zorgkosten in Nederland de afgelopen 60 jaar jaarlijks gestegen (Ministerie van VWS, 2012).

De druk op de beleidsprioriteiten wordt daarnaast nog eens versterkt door wijzigingen in het zorgstelsel en snelle opeenvolging van technologische ontwikkelingen. Technologie zorgt voor steeds vroegere, snellere en effectievere diagnostiek en heeft daarmee een grote impact op het hedendaagse zorglandschap. De lange wachtlijsten en de sterke toename van de kosten waren voor de overheid in ieder geval de belangrijkste redenen om enkele grote maatregelen te nemen zoals het introduceren van marktwerking (Hans, 2015).

Deze maatregelen in combinatie met maatschappelijke veranderingen hebben geleid tot een toenemend complex zorglandschap waarin de toegankelijkheid, doelmatigheid en kwaliteit van zorg met elkaar vermengd zijn geraakt. De overheid hoopt met een marktgerichte benadering de zorg doelmatiger in te richten en zo een beter antwoord te hebben op de sterk toenemende vraag naar zorg in de toekomst (Ministerie van VWS, 2007). Kortom, de gezondheidszorg moet draaien volgens dezelfde principes als private organisaties op de markt. Hiermee worden economische motieven en belangen steeds dominanter in de organisatie en uitvoering van de gezondheidszorg. Vooral de gevolgen van marktwerking zijn interessant te noemen. Wanneer men over de zorg gaat praten als een 'markt', wordt een zieke een klant, de zorgverlener (bv. de oncoloog) een ondernemer en de zorgrelatie een contract (Mol, 2006; Verkerk, 2005).

Een ander gevolg van de marktwerking is dat ziekenhuizen in toenemende mate genoodzaakt zijn zich te specialiseren. Ziekenhuizen leveren dus geen volledige zorg meer zoals voorheen, maar maken in toenemende mate keuzes ten aanzien van het type zorg dat ze leveren. Dit heeft belangrijke gevolgen voor de manier waarop zorgprocessen georganiseerd worden. De specialisatie van zorgorganisaties vergt in toenemende mate onderlinge afstemming met betrekking tot het doorverwijzen van patiënten of het afstemmen van delen van het individuele zorgproces (Hans, 2015). De toename in samenwerking is tevens een gevolg van een andere beleidsmaatregel van de overheid. Het betreft hier de verschuiving van tweedelijns- naar eerstelijnszorg (van Dijk, et al., 2013). Het is namelijk goedkoper om eenvoudige zorg op te vangen in de eerste lijn, terwijl

specialistische zorg in de tweede lijn wordt opgevangen. De eerdergenoemde technologische ontwikkelingen versterken deze verschuiving wat weer leidt tot meer afstemming tussen de ziekenhuizen.

Tot slot zijn er ook nog een aantal sociaaleconomische ontwikkelingen gaande. De diversiteit in de huidige samenleving neemt toe en wordt gekenmerkt door een verscheidenheid aan leefwijzen, behoeften en vormen van samenleving. De mate van gemeenschappelijkheid in levensloop, behoeften en leefwijzen van burgers is dan ook afgenomen (Bos et al., 2011).

Kortom, een drietal ontwikkelingen waarmee de huidige zorgsector te maken heeft. Ten eerste een overheid die beleid voert dat gericht is op de vermindering van de kosten. Tegelijkertijd een burger die verwacht en eist dat de kwaliteit van de zorg steeds verder toeneemt. Ten derde een afnemende tolerantie voor risico's en incidenten in de zorg. Deze ontwikkelingen maken inzichtelijk onder welke druk zorgaanbieders moeten presteren. De Adviescommissie Behoorlijk Bestuur drukt de gevoelens van zorgaanbieders dan ook goed uit: *'Doe meer voor minder geld en maak nooit fouten'* (Halsema, Februari, van Kalleveen, & Terpstra, 2013).

Organisatie van de oncologische zorg

Kanker is een complexe aandoening die een grote hoeveelheid behandelmogelijkheden kent. Bijgevolg is de betrokkenheid en samenwerking van een team aan specialisten bij diagnose en behandeling. Dat team bevat, afhankelijk van de tumorsoort, onder andere een oncoloog, chirurg, patholoog, radioloog en -therapeut, nucleair geneeskundige, gespecialiseerd oncologisch verpleegkundige en verpleegkundig specialisten. Landelijk gezien wordt er door veel ziekenhuizen inhoudelijk samengewerkt. Het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) is een onafhankelijke partij die ziekenhuizen kan samenbrengen en samenwerking bevordert. Deze organisatie is in 2011 ontstaan door het bundelen van regionale kankercentra. Het IKNL bevordert dat kankerpatiënten en hun naasten toegang hebben tot een kwalitatief en coherent zorgaanbod. Dit houdt in, dichtbij waar mogelijk en centraal waar noodzakelijk. Daarnaast richt het IKNL zich op de vooruitgang van alle deelgebieden binnen de oncologische zorg. Zij hebben eveneens een functie in het oprichten en ondersteunen van netwerken voor zowel palliatieve als oncologische zorg. Daarnaast zijn zij regievoerder over de ontwikkelingen, implementatie en evaluatie van richtlijnen voor beide segmenten. Landelijk georganiseerde werkgroepen van het IKNL ontwikkelen deze richtlijnen met input van resultaten uit klinische onderzoeken. Er zijn inmiddels circa 145 richtlijnen ontwikkeld (Gommer, 2014). Ketenpartners uit de eerste, tweede en derde lijn maken hiertoe afspraken en leggen deze vast in richtlijnen (Oncoline, 2016). Zorgaanbieders houden zich over het algemeen aan de landelijk opgestelde richtlijnen, normen en kwaliteitskaders voor de organisatie van oncologische en palliatieve zorg. Voor vaak voorkomende aandoeningen zijn ontwerpen van zorgpaden beschikbaar. Het niveau van dienstverlening tussen de betrokken zorgverleners en andere organisaties dient vervolgens schriftelijk vastgelegd te worden in *servicelevel agreements* (SLA's) (Zorginstituut Nederland, 2015). Veel ziekenhuizen zijn naar aanleiding van de SONCOS-normen gestart met formaliseren van zorgpaden in SLA's (IKNL, 2014).

Oncologische zorgaanbieders organiseren daarnaast interne audits en visitaties. Met de resultaten hiervan wordt getracht om de kwaliteit en transparantie van de zorg te verbeteren. Ervaringen van patiënten (CQ-index) worden hierin meegenomen (IKNL, 2012). Ten behoeve van de transparantie voor zowel patiënten als zorgverleners worden tot slot de zorguitkomsten van zorgaanbieders en – ketens geregistreerd en gepubliceerd op grond van de daarvoor geldende richtlijnen, kwaliteitskaders en prestatie indicatoren (IKNL, 2012).

Ontwikkelingen in de oncologische zorg

De eerder beschreven ontwikkelingen in het zorgstelsel hebben ook doorwerking in de oncologische zorg. Bovendien is kanker een ziekte die vaak voorkomt op een oudere leeftijd. Circa 60% van alle kankerpatiënten in Nederland is 65 jaar of ouder. Met een toenemende vergrijzing op de loer zal de incidentie de komende jaren naar verwachting verder toenemen. Hier komt nog eens bij dat oudere patiënten met kanker vaak met co-morbiditeit te maken hebben (Jansen – Landheer & Wouters, 2010; IKNL, 2015)

Naast demografische ontwikkelingen is er ook sprake van voortschrijdende technologische vooruitgang. De oncologische zorg heeft hier in het bijzonder profijt van. Vooral ten aanzien van diagnostiek, welke steeds complexer is geworden. Het gevolg is dat tumoren steeds specifiekere worden, wat vervolgens weer leidt tot een toenemende behoefte aan zorg op maat. Ergo, om meer efficiëntie te realiseren gaan ziekenhuizen zich meer toeleggen op specifieke tumoren (Hans, 2015). Tegelijkertijd maakt technologie betere en snellere communicatie mogelijk. Dit is ook gewenst want de toenemende samenwerking tussen zorgorganisaties én de verschuiving van zorg richting de eerste lijn vereist meer onderlinge afstemming en communicatie. Op dit moment verloopt de afstemming niet altijd even soepel. Vroege diagnostiek in de eerstelijnszorg wordt regelmatig opnieuw gedaan in de tweede lijn, tot onbegrip van een grote groep patiënten (Hans, 2015).

Bovenstaande ontwikkelingen vinden hun doorslag in ziekenhuizen waarbinnen kwaliteitsborging de afgelopen jaren een belangrijker thema is geworden. Het gevolg is de ontwikkeling van velerlei landelijke richtlijnen en zorgaanbieders die steeds nauwer zijn gaan samenwerken. Er is een verscheidenheid aan organisaties die zich vanuit uiteenlopende perspectieven met de oncologische zorg bezighouden. Hierbij ontbeert het vaak aan voldoende afstemming (Jansen – Landheer & Wouters, 2010). In sommige gevallen is het daarom gewenst om te veranderen door samen te werken om daarmee te (blijven) voldoen aan de stijgende kwaliteitseisen (Bos et al., 2011). Bovendien heeft de toenemende vraag om verantwoording en transparantie binnen de oncologie ook een prominente invloed op ziekenhuizen. Zowel toezichthouders, zorgverzekeraars, beleidsmedewerkers, patiënten en andere stakeholders verlangen steeds meer inzicht in de kwaliteit en kosten van het zorgaanbod (Jansen – Landheer & Wouters, 2010). Er wordt geen genoegen meer genomen met zorgkwaliteit die gemiddeld is. Hiermee komt de lat voor normen steeds hoger te liggen. Om ook in de toekomst te blijven voldoen aan een toenemende kwaliteitsnorm is het van belang dat er meer en beter afgestemd wordt op de persoonlijke wensen en eisen van de patiënt (WRR, 2006). Wensen en eisen ten aanzien van oncologische zorg zijn door de organisatie Leven met Kanker beschreven in een set kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief (Levenmetkanker, 2014). Het is van belang dat een ziekenhuis kan inspelen op de complexe en patiëntspecifieke zorgbehoeften. Synchroon met deze ontwikkeling is een diffuser wordende zorgvraag. Hierbij neemt niet enkel de verscheidenheid in ziekten toe, maar tegelijkertijd ook de behoeften naar het type dienstverlening (Bos et al., 2011).

Samenwerking als beoogde oplossing

Om tegemoet te komen aan al deze ontwikkelingen oefent het hedendaagse ziekenhuis zijn functies steeds vaker uit in een netwerk van samenwerking welke dwars door de *lijnen* heen loopt. Hiermee is een ziekenhuis steeds minder een ommuurde vesting als voorheen. Samenwerking vindt plaats met verwijzende huisartsen maar ook met andere regionale zorgaanbieders (Stronks, Polder, & Klazinga, 2016). In de oncologische zorg wordt samenwerking ook belangrijker. Reden hiervoor is de toenemende stijging in zorguitgaven, waarmee ook ziekenhuizen onherroepelijk te maken krijgen.

Hierdoor zijn zij in zekere mate genoodzaakt om maatregelen te nemen met als doel efficiënter te functioneren. Dit is één van de voornaamste redenen waarom veel ziekenhuizen zijn gaan samenwerken. Tegelijkertijd lijkt het een mogelijke oplossing voor de bevolkingskrimp en de verwachte krapte op de arbeidsmarkt (Bos, Koevoets, & Oosterwaal, 2011).

De mate van specialisatie in de oncologische zorg speelt tevens een belangrijke rol. Deze zorg, welke al zeer gespecialiseerd is, leidt onder invloed van toegenomen technologie en kennis tot verdere specialisatie tussen zorggerelateerde organisaties. Daarnaast heeft de oncologische zorg bij uitstek een multidisciplinair karakter. Waar vroeger een chirurg de eerste behandelaar was en daarna pas het *multidisciplinair overleg* (MDO) over behandeling volgde, vindt nu het MDO al in de diagnostische fase plaats. Intern is er samenwerking middels MDO's, maar ook extern via regionale MDO's. Vooral bij de complexere tumorsoorten is er steeds meer regionaal overleg in plaats van interne MDO's. In beide gevallen kan chirurgie, radio- en systemische therapie, chemoradiatie of afwachtend beleid een eerste stap in de curatieve of palliatieve behandeling zijn. Inmiddels is samenwerken, onder andere via MDO, onmisbaar geworden bij het zorgvuldig maken van een afweging op basis van aandoening en overige patiëntgerelateerde kenmerken (IKNL, 2015).

De zorgkwaliteit wordt niet uitsluitend bepaald door de expertise van medisch specialisten, maar juist door de gecombineerde expertise en kunde van professionals die voortkomt uit samenwerking tussen verschillende disciplines (Jansen – Landheer & Wouters, 2010). Het geheel is meer dan de som der delen. Deze vergaande samenwerking heeft niet enkel betrekking op interne betrokkenen van een ziekenhuis maar zeker ook daarbuiten. Bepaalde specifieke zorg kan beter worden verleend in een ander ziekenhuis. Daarom doet men er verstandig aan om een goede samenwerking ziekenhuis overstijgend te organiseren. Deze denkwijze staat echter haaks op de principes van marktwerking waarbij het van belang is dat ziekenhuizen onderscheidend zijn (Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding, 2011). Kortom, tegelijkertijd samenwerken én concurreren. Dat vergt geheel andere verbindingen in beleid, uitvoering, structurering en financiering van zorg, oftewel ketenzorg. Samenwerken in de keten wordt ook wel netwerkvorming genoemd en wordt aangemoedigd door het IKNL. Het doel is dat zorgprofessionals elkaar weten te vinden en afspraken gaan maken over de samenwerking en organisatie van de oncologische zorg (IKNL, 2015). Ketenzorg vergt daarom een andere oriëntatie op zorginnovatie waarbij de zorgsector nu pas aan het begin staat van een omslag naar vraag- en resultaatgerichte dienstverlening. Wanneer een zorgaanbieder zorgt biedt aan een kankerpatiënt dan behoren de noodzakelijke voorzieningen en expertise aanwezig te zijn. Als aanbieders de benodigde faciliteiten en expertise zelf niet in huis hebben, dan worden er regionale SLA's gemaakt. Er zijn inmiddels verschillende manieren om (regionaal) afspraken te maken en samen te werken. De bekende voorbeelden zijn consultdiensten en MDO's maar ook een Managed Clinical Network (MCN) is een optie (IKNL, 2015). Met andere woorden, verschillende vormen van keten- en netwerkgorg vinden hun doorgang waarbij de zorgconsument centraal staat en er tevens meer interactie omtrent zorgverlening is. Veel complexer is het onderliggende maar fundamentele spanningsveld tussen samenwerking en concurrentie. Op macroniveau van het zorgstelsel is het de vraag of er überhaupt wel sprake is van een markt waarbij vraag en aanbod kunnen samenkomen. Hiervoor moet er allereerst sprake kunnen zijn van patiënten als mondige en kritische consumenten en zorgaanbieders die op grond van prijs, kwaliteit en service onderling concurreren om de gunst van diezelfde zorgconsument. De complexiteit neemt verder toe wanneer er tegelijkertijd ook onderlinge verschillen bestaan tussen zorgorganisaties welke overbrugd moeten worden. De ene organisatie kenmerkt zich door een veel formelere en meer hiërarchisch besluitvormingsproces dan een andere organisatie. Daarnaast verschillen vaak ook de organisatiestructuren en bekostigingssystemen tussen

organisaties en vallen zij tevens onder uiteenlopende wet- en regelgeving (Huijsman, 2011). De ontwikkeling van onder andere oncologische zorgketens grijpt daarmee direct in op de wijze waarop zorg georganiseerd wordt. De overtuiging is dat fragmentatie onder zorgaanbieders een doelmatige en bestuurbare zorgverlening in de weg staat, terwijl interorganisationale samenwerking in een keten deze juist lijkt te bevorderen (Mur-Veeman, Eijkelberg, & Spreeuwenberg, 2001). Een van de ontwikkelingen die zich als onderdeel van zorgketens heeft gemanifesteerd betreft het opzetten en implementeren van *zorgpaden*. De gedachte hierachter is dat de zorg voor een specifieke doelgroep patiënten aanzienlijk verbeterd kan worden middels grondige en gestructureerde afstemming tussen verschillende *schakels* in de zorgketen (Pischke-Winn, Wahlfeldt, & Minnick, 1995). Zorgpaden nemen daarom de gehele zorgketen als uitgangspunt en streven naar het verbeteren van zowel doelmatigheid, doeltreffendheid als ook patiëntgerichtheid van zorg. Het opzetten en invoeren van zorgpaden verloopt echter niet eenvoudig. Ondanks het feit dat er een grote mate van overeenstemming lijkt te bestaan over de noodzaak van zorgpaden, bevestigen studies uit de praktijk een tamelijk wisselend beeld met betrekking tot de resultaten en implementatie ervan (Huijsman, 2011; Van Herck, Vanhaecht, & Sermeus, 2004). Aanvullend laten studies zien dat er aanzienlijk minder overeenstemming bestaat over de aanpak en de te hanteren invalshoek (Lega, 2007). Onderling moeten er namelijk een heleboel afspraken worden gemaakt. Denk aan afspraken omtrent informatie-uitwisseling, een actueel zorg- of behandelplan, gedeelde dossiervoering, het doorverwijzen naar andere zorgverleners, heldere verdeling maar ook overdracht van taken en verantwoordelijkheden en het plannen van overleg- en evaluatiemomenten (Huijsman, 2011). Kortom, specialisatie en differentiatie van taken hebben het zorgproces vele malen efficiënter gemaakt maar men moet zich wel beseffen dat er veel wederzijdse afhankelijkheden zijn bij het succesvol doorlopen van een zorgproces om uiteindelijk de gewenste outcome voor de patiënt te realiseren. Wanneer jij moet werken in een afgeleefd gebouw, met sterk verouderde voorzieningen, ondeskundig zorgpersoneel en een waardeloze service van logistiek tot aan beveiliging, dan kun jij nog zo'n fantastische dokter zijn maar dan realiseer je toch echt ondermaatse resultaten (Huijsman, Organisatie van zorg, 2011). Op z'n Cruijffiaans gezegd: *Een keeper zonder elftal kan de nul niet houden*.

Het verschijnsel van oncologische zorgpaden

Zowel in de praktijk als in de literatuur bestaat er een grote verscheidenheid aan aanduidingen, definities en opvattingen over het concept *zorgpaden*. Er wordt onder meer gesproken over *clinical pathways*, *critical pathways*, *integrated pathways* en *integrated care pathways* (De Bleser, et al., 2006). Onderzoek van De Bleser e.a. (2006) heeft uitgewezen dat er ondanks het gebrek aan eenduidigheid veel belangrijke overeenkomsten zijn. Samenvattend lijkt zorgpaden gekarakteriseerd te worden door een sterk multidisciplinair karakter, focus op het verbeteren van zowel de zorgkwaliteit als -efficiency en een nadrukkelijk accent op afstemmingsvraagstukken binnen de gehele zorgketen voor oncologische patiënten (Hummel, De Meer, De Vries, & Otter, 2009). Kenmerkend is het primaire zorgproces zoals dat door deze groep patiënten wordt doorlopen. Zorgpaden hebben in de meeste gevallen een ziekenhuisoverstijgend karakter en beperken zich niet uitsluitend tot één zorgverlener. Hierbij hoeft men niet louter te denken aan curatieve zorg maar zeker ook aan palliatieve zorg (Hummel, De Meer, De Vries, & Otter, 2009). De implementatie van oncologische zorgpaden kent doorgaans een complex verloop dat veel impact heeft op de structuur en het functioneren van zorgaanbieders. Het is dan ook niet verrassend dat zorgaanbieders regelmatig met vragen worstelen over de wijze waarop dit verwezenlijkt moet worden. De

omvangrijke en organisatiebrede aard van het begrip zorgpad heeft als gevolg dat er talloze belanghebbenden betrokken zijn bij het doorvoeren van veranderingen. Verwarring en onenigheid over de werkwijze en de te formuleren grondslagen zijn in de praktijk dikwijls de oorzaak van stroef lopende projecten (Hummel, De Meer, De Vries, & Otter, 2009).

Netwerken en samenwerking

Desalniettemin worden zorgpaden doorgaans georganiseerd in regionale netwerken. Dit wordt door onder andere beleidsmedewerkers, financiers en zorgverleners beschouwd als de beste en meest effectieve manier om zorg te organiseren en te verlenen (Milward, Provan, Fish, Isett, & Huang, 2010; Provan, Huang, & Milward, 2009). Er zijn verschillende motieven om in een netwerk samen te werken. Zorgaanbieders kunnen afzonderlijk een tekort aan middelen hebben (Yarbrough & Powers, 2006) maar daarnaast zijn gemeenschappelijke doelen en operationele problemen een aanleiding voor netwerken in de zorgsector (Provan & Milward, 1995). Evenzeer zijn het blijven behouden van voldoende patiëntenstroom, het spreiden van de (financiële) risico's en het verbeteren van de toegankelijkheid belangrijke motieven (Nauenberg & Brewer, 2000). Andere auteurs hebben het verder nog over het verbeteren en behouden van de marktpositie, het creëren van schaalvoordelen en het verbeteren van de toegang tot innovatieve technologie als redenen voor netwerkvorming (Burns & Pauly, 2002; Zuckerman, Kaluzny, & Ricketts, 1995).

Het uiteindelijke doel is het blijven garanderen van het oncologische zorgaanbod aan patiënten. Om dit te realiseren moeten zorgaanbieders kunnen deelnemen in langdurige samenwerkingsverbanden. Een dergelijke samenwerking (bijv. MCN) is vastgelegd in bindende afspraken waarin zorgaanbieders en -professionals op uniforme wijze samen werken om oncologische zorg op de juiste plaats aan te bieden. Verder zijn hierin de verschillende overgangen tussen zorgverleners en onderdelen van het zorgproces gewaarborgd. Ieder deelnemend ziekenhuis in een MCN is verantwoordelijk voor een schakel in de zorgketen. Hiervan bestaan inmiddels meerdere varianten uiteenlopend van regionale tumorspecifieke netwerken, tot samenwerkingsverbanden op meerdere afdelingen tussen enkele ziekenhuizen. In de oncologie blijkt uit ervaring dat een samenwerking voor *laagvolumetumoren* een gemiddeld werkgebied van anderhalf miljoen burgers bestrijkt. Doorslaggevend hierin is het uiteindelijke aantal centra wat nodig is om de meest complexe behandelingen uit te voeren. Wat betreft de *hoogvolumetumoren* (mamma, colorectaal, long, prostaat en huid) zijn samenwerkingsverbanden die gemiddeld een half miljoen inwoners bedienen de maatstaf.

Samenwerking in netwerken ontstaat voornamelijk tussen Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen (STZ) en de omliggende algemene ziekenhuizen (IKNL, 2015).

Een samenwerkingsvorm waar in Nederland momenteel sterk op wordt ingezet is een Comprehensive Cancer Network (CCN). Een Comprehensive Cancer Network (CCN) is gedefinieerd als *“Een regionale samenwerking tussen eerste-, tweede- en derdelijns aanbieders van zorg aan kankerpatiënten. Zij leveren hoogwaardige oncologische zorg binnen een regio en maken gezamenlijk afspraken hoe inhoudelijk deze zorg te organiseren, monitoren en continu te verbeteren. Zorg wordt waar nodig verder geconcentreerd en waar mogelijk dicht bij huis aangeboden. Het CCN is tevens het platform voor verspreiding van kennis, onderzoek en onderwijs”* - (Taskforce Oncologie, 2015)

Kwaliteit en toegankelijkheid van oncologische zorg

Inmiddels is het duidelijk dat er meerdere professionals, afdelingen en organisaties betrokken zijn bij de zorg voor kankerpatiënten. De complexiteit die hiermee gepaard gaat vereist extra aandacht voor kwaliteit, beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorgprocessen en -voorzieningen.

Oncologiecommissies en managers van zorgorganisaties zijn eindverantwoordelijk voor het formuleren van beleid, ambities en kwaliteitseisen aangaande de oncologische zorg (IKNL, 2012). Hieruit vloeit nauwe samenwerking voort welke desondanks nog te veel variatie in oncologische zorgprocessen bevat. De oncologische zorgkwaliteit kent te grote verschillen per ziekenhuis en er is gebrekkige bundeling van kennis en ervaring. Direct hier aan gekoppeld is het beleid omtrent *concentratie* en *spreiding* van zorgvoorzieningen (RVZ, 2009). Hiermee wordt de beweging aangeduid waarmee niet alleen hoogvolume zorg dichtbij de patiënt wordt verleend, oftewel spreiding, maar met name hoe laagvolume zorg wordt geconcentreerd. Om optimale en doelmatige oncologische zorgverlening te realiseren is het noodzakelijk én onvermijdelijk om bepaalde oncologische zorg te concentreren. Dit wil zoveel zeggen als een verdere specialisatie van zorg waarbij tumorspecifieke behandelingen op een beperkt aantal locaties vaker wordt uitgevoerd. Spreiding gaat daarentegen over het aanbieden van zorg dichtbij de patiënt. De discussie wordt gebaseerd op de prevalentie van hoog- en laagvolume tumoren. Laagvolume tumoren komen zo weinig voor dat één enkel ziekenhuis vaak te weinig ervaring kan opbouwen met de behandeling ervan. Het tegenovergestelde betreft hoogvolume tumoren waarbij een samenwerking tussen regionale ziekenhuizen een interessante optie is wat betreft tumorspecifieke behandelingen. Bij het bundelen van behandeling kunnen ziekenhuizen eigen expertise opbouwen (IKNL, 2015). Zorgaanbieders ontwikkelen als gevolg hiervan netwerken waarin zij interorganisatieel samenwerken om de kwaliteit en sturing van de zorg te verbeteren (IKNL, 2012). In het publieke debat gaat bovenal aandacht uit naar de laagvolume-hoogcomplexe oncologische zorg. Het is echter onjuist om te denken dat concentratie zich uitsluitend beperkt tot dit segment van de oncologische zorg. Het is juist ook de concentratie voor de hoogvolume tumoren zoals borstkanker, longkanker of prostaatkanker die cruciaal is voor de zorgkwaliteit. De vraag is of we vanwege de complexiteit en multidisciplinariteit van kanker tegenwoordig niet moeten sprake van hoogvolume-hoogcomplexe zorg (van Harten & Rodenhuis, 2012). De discussies hierover worden mede gevoed door de normen van SONCOS (Stichting Oncologische Samenwerking).

Voor iedere patiënt met kanker zijn er in Nederland goede zorgvoorzieningen aanwezig. De wacht- en doorlooptijden zijn relatief kort en onderbouwd op basis van landelijke richtlijnen en normen (NFK, 2012). Behandellocaties zijn dichtbij waar mogelijk en verder weg wanneer dit de kwaliteit van aangeboden zorg ten goede komt (NFK, 2012). Goedkopere geneesmiddelen hebben de voorkeur, maar alleen wanneer een behandeling dit toelaat (NFK, 2012). In het gehele zorgproces krijgen patiënten de ruimte om te kiezen uit diverse aanbieders en behandelopties (NFK, 2012). Mede hierdoor moeten universitaire, topklinische en algemene ziekenhuizen onderling hun rollen afstemmen. In navolging hiervan ontstaat er tevens het besef bij huisartsen dat zij een meer leidende rol gaan krijgen in vroege opsporing, behandel- en nazorgfase van de kankerpatiënt (IKNL, 2015).

Normen als onderdeel van kwaliteitsborging

Medische behandelingen worden al geruime tijd vastgelegd in richtlijnen. In de gezondheidszorg is de afgelopen decennia het besef gegroeid dat de aanwezigheid van richtlijnen voor hoogcomplexe behandelingen niet afdoende is om de kwaliteit en veiligheid van patiënten te waarborgen. Vandaar dat het wenselijk was om naast richtlijnen ook normen te hebben. Er zijn in de zorgsector en specifiek de oncologische zorg een aantal type normen te onderscheiden. Waar het in beginsel vooral draaide om structuurindicatoren (welke zorg heeft een organisatie in huis; welke disciplines nemen deel in het MDO) ging het daarna steeds meer om procesindicatoren. Hierbij kan gedacht worden aan normen zoals het percentage patiënten dat de doorlooptijden heeft behaald of is

besproken in een MDO. De laatste jaren wordt er meer waarde gehecht aan zogenaamde uitkomstindicatoren. Denk hierbij aan normen omtrent het overlevingspercentage na 3 maanden of percentage patiënten met postoperatieve complicaties (Huijsman, 2013).

Hedendaagse normen, ofwel uitkomstindicatoren, laten zien hoe frequent een zorgaanbieder een bepaalde behandeling jaarlijks minimaal moet uitvoeren om hierin voldoende ervaren te blijven. Deze volumenormen zijn bedoeld om de individuele zorgkwaliteit bij hoogcomplexere behandelingen te waarborgen (ZN, 2016). Volumenormen zorgen er daarnaast voor dat hoogcomplexere en weinig voorkomende aandoeningen niet meer in ieder ziekenhuis behandeld kunnen worden. De normen in de gezondheidszorg zijn regels die zijn vastgesteld door zorgprofessionals op basis van gezamenlijke waarden. De verantwoordelijkheid voor het vaststellen van normen is in Nederland hoofdzakelijk neergelegd bij de beroepsgroepen zelf. De IGZ gebruikt deze normen als toetsingskader om toezicht te houden op de zorgkwaliteit. Daarnaast dient het ter informatie van zowel patiënten als zorgverzekeraars (IKNL, 2015). Deze informatie is voornamelijk van belang voor de zorgverzekeraars. Het chronologisch monitoren van de minimumnormen wordt geregeld in het collectief van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) (ZN, 2016).

Normen kunnen absoluut (zoals minimumnormen) maar ook relatief (zoals streefnormen) zijn. Een belangrijke rol in de oncologische zorg is in ieder geval bestemd voor tumorspecifieke volumenormen. Wanneer een ziekenhuis niet aan de norm kan voldoen, zal de zorgverzekeraar deze oncologische zorg niet meer inkopen (IKNL, 2015). Streefnormen zijn richtinggevend voor de zorgkwaliteit zoals gedefinieerd door de professionals. Ze zijn idealiter haalbaar en derhalve gebaseerd op beschikbare kennis, capaciteit en middelen. Minimumnormen zijn daarentegen harder en bevatten een harde ondergrens, waar iedere zorgaanbieder minimaal aan moet voldoen. In de praktijk zijn deze normen gericht op het handhaven van de kwaliteit middels veiligheidsborging zoals stralingshygiëne of bloedgebruik (IKNL, 2015).

Bovengemiddelde belangstelling is er voor de multidisciplinaire SONCOS-normen. De Stichting ONCOlogische Samenwerking (SONCOS) is een platform voor overleg en samenwerking tussen de Nederlandse Vereniging voor Chirurgische Oncologie (NVCO), Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie (NVMO) en de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO) (IKNL, 2015). SONCOS-normen zijn doorgaans breder dan alleen het noodzakelijke volume. Ze stellen tevens eisen aan de aanwezigheid van specialisten, de infrastructuur, maximale wachttijden en het deelnemen aan registraties (NVZ, 2014).

Om de samenwerking tussen verschillende disciplines te optimaliseren heeft SONCOS een multidisciplinair normenrapport geschreven. De eerste versie kwam uit in 2012 en had als vertrekpunt de bestaande normeringen van de chirurgie. Deze normen zijn herzien en, indien nodig, aangepast. Inmiddels dit rapport verder aangevuld met normen welke voortkomen uit de (wetenschappelijke) beroepsverenigingen van andere specialisten (IKNL, 2015). Bij de verschillende kankersoorten wordt er doorgaans onderscheid gemaakt in chirurgische en non-chirurgische behandeling. Met name bij de chirurgische ingrepen is er sprake van concentratie (ZN, 2016). Alles bijeengenomen beschrijft het SONCOS-normenrapport aan welke normen een ziekenhuis moet voldoen om de meest voor komende vormen van kanker te behandelen (IKNL, 2015). Halverwege maart 2016 heeft SONCOS alweer het vierde normenrapport gepubliceerd. Door SONCOS zijn normen opgesteld voor een grote hoeveelheid oncologische aandoeningen. De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVVH) heeft in aanvulling daarop de normen gesteld voor endocriene tumoren en longcarcinoom. Het gaat hierbij enerzijds om kwalitatieve en anderzijds om kwantitatieve normen. Deze normen maken dat behandelingen van weinig voorkomende

tumorsoorten geconcentreerd worden in centra (Creemers, et al., 2012).

Enerzijds zijn SONCOS en het IKNL het er echter over eens dat de discussie over concentratie zich niet moet beperken tot enkel het volume. Anderzijds blijkt uit een impactanalyse van diezelfde normen door IKNL dat verdere centralisatie in de oncologie onvermijdelijk is. Deze analyse uit 2012 is gebaseerd op gegevens uit de Nederlandse Kankerregistratie (NKR) en heeft vooral grote gevolgen voor de laag-volume zorg (IKNL, 2015).

In 2014 heeft ZN aan de Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA) gevraagd om transparantie te faciliteren op het SONCOS normenkader. De DICA heeft om die reden een zogenaamd transparantieportaal Zorg ontwikkeld (IKNL, 2015). Met dit portaal kunnen ziekenhuizen of zelfstandige behandelcentra (ZBC's) informatie over zorgkwaliteit delen met externe partijen (DICA, 2016).

Naast de SONCOS-normen worden in de portaal ook de NVVH-normen en indicatoren welke uit de DICA-registraties voortkomen uitgevraagd. Op deze manier wordt de gelijktijdige uitvraag van kwaliteitsindicatoren door allerhande partijen voorkomen (IKNL, 2015). DICA zelf komt voort uit verschillende (wetenschappelijke) beroepsverenigingen in Nederland maar is begonnen vanuit de darmkankerregistratie (DSCA). Zij geven inzicht in de kwaliteit van de medische zorg en wijzen verbeterpunten aan. Daarnaast faciliteert DICA klinische registraties volgens een vast format. Door dit vaste format zijn stakeholders in staat om, met hulp van betrouwbare data, afspraken te maken over verleende en nog in te kopen zorg. Inmiddels werkt DICA samen met grote organisaties in de zorg zoals patiëntenverenigingen, zorgverzekeraars en het ministerie van VWS (DICA, 2016). Zorgaanbieders die (nog) niet aan de norm voldoen gaan in overleg met de zorgverzekeraar welke regionale marktleider is. Hier zijn in principe twee uitkomsten mogelijk: stoppen met de betreffende behandeling waaraan niet wordt voldaan of het treffen van maatregelen om alsnog aan de norm te voldoen (ZN, 2016).

Van belang is dat de normen veelal betrekking hebben op specifieke onderdelen van de zorg, bijvoorbeeld een bepaalde chirurgische ingreep. Dit betekent niet dat een ziekenhuis geen voor- en natraject doet maar alleen voor een operatie samenwerkt met een ziekenhuis die volgens de norm geschikt is om de ingreep uit te voeren. Deze ontwikkeling draagt daarmee direct bij aan het ontstaan van netwerken van samenwerkende ziekenhuizen (ZN, 2016).

De gezondheidszorg kent inmiddels vele normen: normen voor opleiding en registratie, HKZ-keurmerk, NEN-normen voor veiligheid en e-health, kwaliteitsnormen van de wetenschappelijke verenigingen, operatieve processen (NNI), OK-normen en meer (IKNL, 2015). Wat betreft de oncologische zorg is er nog een andere relevante partij die de zorgkwaliteit tracht te waarborgen. Deze partij is het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ). Zij ontwikkelen kwaliteitsnormen en toetsen zorgaanbieders hierop. Beoordeeld wordt of aanbieders hun organisatie dermate hebben ingericht dat zij op een reproduceerbare wijze een acceptabel niveau van zorgkwaliteit realiseren. Als dat het geval is krijgt de instelling een accreditatie voor vier jaar, waarna een volledige hertoetsing plaatsvindt. De accreditatiestatus beoogt stakeholders, zoals patiënten, verzekeraars en overheden, vertrouwen te geven in een goed en veilig georganiseerde zorgaanbieder en poogt daarnaast structurele tekortkomingen uit te sluiten. Deelname aan het programma van het NIAZ is overigens geheel vrijwillig (NIAZ, 2010).

Het Internationale Accreditatieprogramma NIAZ 3.0 (Qmentum) is de nieuwe accreditatiecyclus van het NIAZ. Qmentum kent verschillende normen voor oncologische zorg welke bestemd zijn voor zorgaanbieders die acute oncologische zorg of oncologische zorg in een onafhankelijk centrum verlenen. Het NIAZ omvat preventie, vroegtijdige signalering, diagnose en behandeling, en palliatieve

zorgverlening als oncologische zorg. De normen uit Qmentum vinden hun grondslag in evidence--based richtlijnen. Deze richtlijnen richten zich op het genezen van patiënten, afremmen van kankerprogressie, en het verbeteren van de kwaliteit van leven van zowel cliënten als hun naasten. Het accreditatieprogramma kent drie accreditatieniveaus: Goud, Platina en Diamant. Elk niveau zorgt door middel van gestandaardiseerde processen voor consistentie en efficiëntie bij de zorgverlening en biedt internationale zorginstellingen op die manier een stappenplan op maat aangaande accreditatie en kwaliteitsverbetering. Voor ieder niveau ondergaat een aangesloten zorgaanbieder een extern auditbezoek, waarbij zij worden getoetst aan de hand van het huidige Qmentum referentiekader (NIAZ Qmentum International, 2016).

Landelijk

Zorgaanbieders moeten kunnen deelnemen in langdurige samenwerkingsverbanden welke zijn vastgelegd in bindende afspraken over het aanbieden van oncologische zorg op de juiste plaats. Hierin zijn tevens de verschillende verwijzingen tussen zorgaanbieders en onderdelen van het zorgproces gewaarborgd. Iedere actor is verantwoordelijk voor een schakel in de zorgketen waarvan inmiddels meerdere varianten bestaan uiteenlopend van regionale tumorspecifieke netwerken tot samenwerking op meerdere afdelingen tussen enkele ziekenhuizen. In de oncologie blijkt dat een samenwerking voor *laagvolumetumoren* een gemiddeld werkgebied van anderhalf miljoen burgers bestrijkt. Wat betreft de *hoogvolumetumoren* (mamma, colorectaal, long, prostaat en huid) is een half miljoen inwoners de maatstaf. Samenwerking in netwerken ontstaat voornamelijk tussen Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen (STZ) en de omliggende algemene ziekenhuizen (IKNL, 2015). De implementatie van oncologische zorgpaden kent doorgaans een complex verloop dat veel impact heeft op de organisatiestructuur en het functioneren van de talloze zorgaanbieders. Verwarring en onenigheid over de werkwijze en de te formuleren grondslagen zijn in de praktijk veelal de oorzaak van stroef lopende projecten (Hummel, De Meer, De Vries, & Otter, 2009).

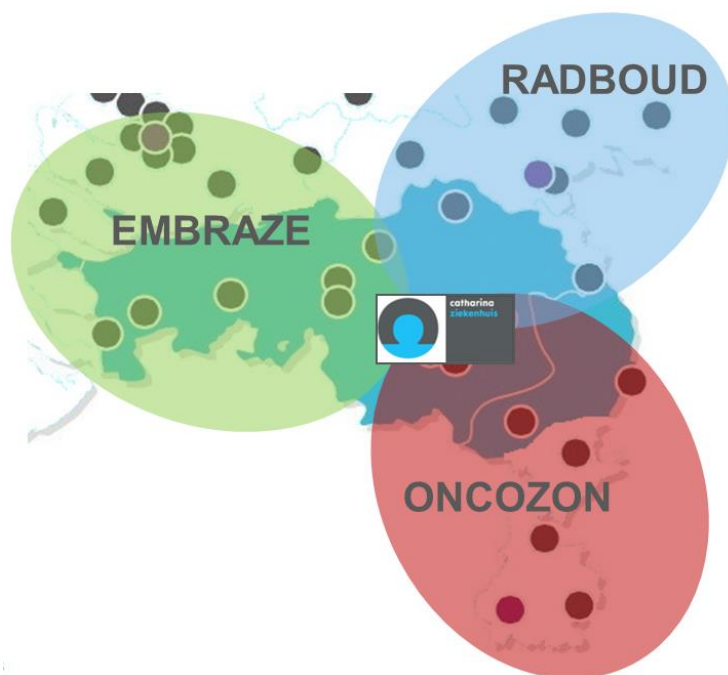
Het resultaat is dat de oncologische zorgkwaliteit grote verschillen per ziekenhuis vertoont en er sprake is van gebrekkige bundeling van kennis en ervaring. Direct hier aan gekoppeld is het beleid omtrent *concentratie* en *spreiding* van zorgvoorzieningen (RVZ, 2009).

Op nationaal niveau neemt het CKI met Santeon, het samenwerkingsverband tussen zes topklinische opleidingsziekenhuizen, een voortrekkersrol in de ontwikkeling van uitkomstindicatoren op het gebied van oncologie. Hiermee onderscheidt het ziekenhuis zich van rest in de regio. Dit samenwerkingsverband heeft oncologie expliciet als onderscheidende focus gekozen. Een belangrijk middel in de samenwerking tussen het CKI en de verwijzende ziekenhuizen is het regionale (video) MDO.

Supra-regionaal

In de regio Eindhoven is veel concurrentie die tevens de grootste bedreigingen bevat. Momenteel vormen veelal mondelinge afspraken tussen ziekenhuizen in de derdelijns oncologie de basis van het onderlinge verwijspatroon. Inmiddels worden deze mondelinge afspraken geformaliseerd in samenwerkingsovereenkomsten zoals SLA's.

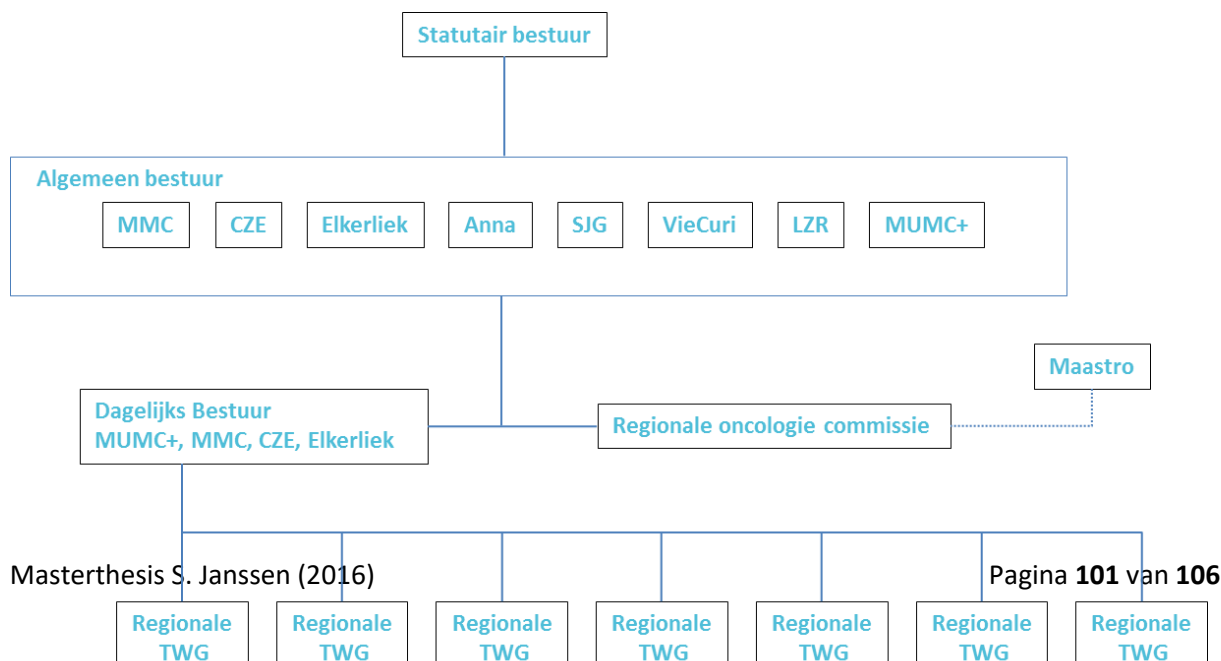
Aanvankelijk ligt de focus op de ontwikkeling van Comprehensive Cancer Networks (CCN) zoals OncoZON, welke gebaseerd zijn op oncologische ontwikkelingen in de VS. Vanwege de geografische ligging van het CKI (*fig. 1*) hoeft deze samenwerkingsvorm niet uitsluitend georganiseerd te worden binnen OncoZON maar kunnen zij ook participeren in ander CCN's of samenwerkingsverbanden.



Figuur 10: Geografische ligging CZE t.o.v. verschillende CCN's

In figuur 2 staat de huidige organisatiestructuur van OncoZON. Het CKI beschouwt het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC) als partner met betrekking tot OncoZON (het Comprehensive Cancer Center van Zuidoost Nederland). Uitgangspunt voor deze samenwerking is de al bestaande onderwijs- en opleidingsregio (OOR). Deze behelst, geografisch gezien, de provincie Limburg en regio Eindhoven. Beiden organisaties realiseren zich echter dat er een spanningsveld bestaat tussen het eigen organisatiebelang en samenwerking.

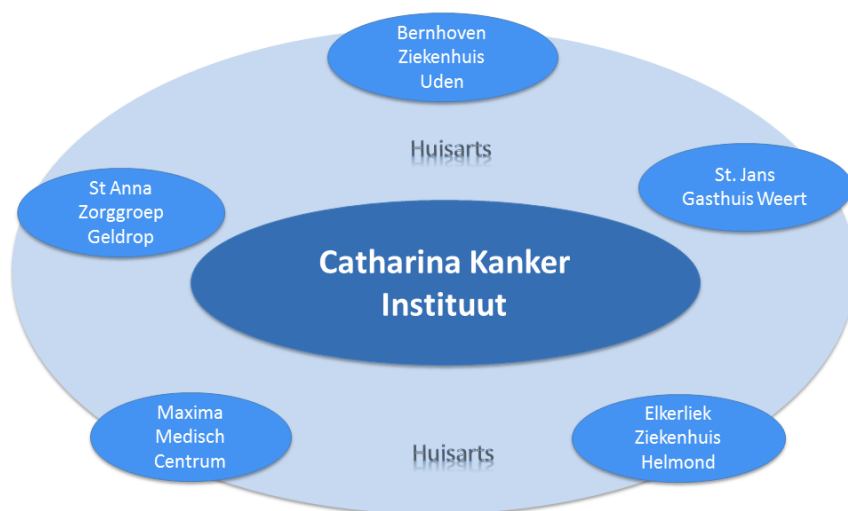
In een bilaterale overeenkomst is onder andere afgesproken dat het CKI in het noordelijke deel van OncoZON zal fungeren als topklinisch referentiecentrum. Het MUMC heeft daarnaast bilaterale overeenkomsten gesloten met andere ziekenhuizen in de regio. Uiteindelijk moet dit leiden tot een overkoepelende overeenkomst voor de hele regio. Uiteraard worden ook andere verwijzende ziekenhuizen als partner gezien maar het CZE hecht veel waarde aan netwerkvorming binnen OncoZON als paraplu overeenkomst. De overeenkomst is daarmee vooral strategisch van aard. Medisch-inhoudelijk zijn er momenteel weinig verwijsstromen met het MUMC.



Figuur 11: Huidige organisatiestructuur OncoZON

Regionaal

In de adherente regio van het CKI (fig. 3) bevinden zich de ziekenhuizen waarmee voornamelijk wordt samengewerkt. Als een van de grootste ziekenhuizen in de regio met veel hoogcomplexere behandelingen ontvangen zij vooral veel verwijzingen van de omliggende ziekenhuizen. De huisarts fungeert als poortwachter en primaire verwijzer voor zowel het CKI als de andere ziekenhuizen in deze regio.



Figuur 12: Adherente regio CKI

Kwaliteit en toegankelijkheid

Voor iedere patiënt met kanker zijn er in Nederland goede zorgvoorzieningen aanwezig. De wacht- en doorlooptijden zijn relatief kort en onderbouwd op basis van landelijke richtlijnen en normen (NFK, 2012). Behandellocaties zijn dichtbij waar mogelijk en verder weg wanneer dit de kwaliteit van aangeboden zorg ten goede komt (NFK, 2012). In het gehele zorgproces krijgen patiënten de ruimte om te kiezen uit diverse aanbieders en behandelopties (NFK, 2012). Mede hierdoor moeten universitaire, topklinische en algemene ziekenhuizen onderling hun rollen afstemmen. In navolging hiervan ontstaat er tevens het besef bij huisartsen dat zij een meer leidende rol gaan krijgen in vroege opsporing, behandel- en nazorgfase van de kankerpatiënt (IKNL, 2015).

Om optimale en doelmatige oncologische zorgverlening te realiseren is het noodzakelijk én onvermijdelijk om bepaalde oncologische zorg te concentreren. Dit wil zoveel zeggen als verdere specialisatie van zorg waarbij de behandeling van laagvolume tumoren op een beperkt aantal locaties vaker wordt uitgevoerd. Ziekenhuizen bouwen alleen namelijk te weinig ervaring op met de behandeling hiervan. Spreiding gaat daarentegen over het aanbieden van zorg dichtbij de patiënt. Hierbij is samenwerking tussen regionale ziekenhuizen gebaseerd op de behandeling van hoogvolume tumoren (IKNL, 2015). Volumenormen laten zien hoe frequent een zorgaanbieder een bepaalde behandeling jaarlijks minimaal moet uitvoeren om hierin voldoende ervaren te blijven (ZN, 2016). De discussie van concentratie en spreiding wordt mede gevoed door de SONCOS-normen. Deze zijn doorgaans breder dan alleen het noodzakelijke volume. Ze stellen tevens eisen aan de aanwezigheid van specialisten, de infrastructuur, maximale wachttijden en het deelnemen aan registraties (NVZ, 2014). Veel ziekenhuizen zijn naar aanleiding van de SONCOS-normen gestart met formaliseren van zorgpaden in SLA's (IKNL, 2014). SONCOS-normen zijn doorgaans breder dan alleen

het noodzakelijke volume. Ze stellen tevens eisen aan de aanwezigheid van specialisten, de infrastructuur, maximale wachttijden en het deelnemen aan registraties (NVZ, 2014). In 2014 heeft ZN aan de Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA) gevraagd om transparantie te faciliteren op het SONCOS-normenkader. De DICA heeft om die reden een zogenaamd transparantieportaal Zorg ontwikkeld (IKNL, 2015). Met dit portaal kunnen ziekenhuizen of zelfstandige behandelcentra (ZBC's) informatie over zorgkwaliteit delen met externe partijen (DICA, 2016).

Naast de SONCOS-normen worden in de portaal ook de NVVH-normen en indicatoren welke uit de DICA-registraties voortkomen uitgevraagd. Op deze manier wordt de gelijktijdige uitvraag van kwaliteitsindicatoren door allerhande partijen voorkomen (IKNL, 2015).

Van belang is dat normen veelal betrekking hebben op specifieke onderdelen van de zorg, bijvoorbeeld een bepaalde chirurgische ingreep. Dit betekent niet dat een ziekenhuis geen voor- en nazorg doet maar alleen voor een behandeling samenwerkt met een ziekenhuis die volgens de norm geschikt is om de ingreep uit te voeren. Deze ontwikkeling draagt daarmee direct bij aan het ontstaan van netwerken van samenwerkende ziekenhuizen (ZN, 2016).

Wat betreft de oncologische zorg is er nog een andere relevante partij die de zorgkwaliteit tracht te waarborgen. Deze partij is het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ). Zij ontwikkelen kwaliteitsnormen en toetsen zorgaanbieders hierop. Beoordeeld wordt of aanbieders hun organisatie dermate hebben ingericht dat zij op een reproduceerbare wijze een acceptabel niveau van zorgkwaliteit realiseren. Het Internationale Accreditatieprogramma NIAZ 3.0 (Qmentum) is de nieuwste accreditatiecyclus van het NIAZ. Qmentum kent verschillende normen voor oncologische zorg welke bestemd zijn voor zorgaanbieders die acute oncologische zorg of oncologische zorg in een onafhankelijk centrum verlenen. Het NIAZ omvat preventie, vroegtijdige signalering, diagnose en behandeling, en palliatieve zorgverlening als oncologische zorg. De normen uit Qmentum vinden hun grondslag in evidence-based richtlijnen.

Bestuurlijke en organisatorische uitdagingen

De zorg is in beweging, zo ook de oncologische zorg. Kwaliteitseisen worden strenger, de zorgvraag en concurrentie nemen toe, maar de groeimogelijkheden zijn beperkt. Dit geeft een bijzondere dynamiek, waardoor het CKI keuzes moet maken op welke zorggebieden zij kunnen en willen excelleren.

De oncologie is door het CZE benoemd als een speerpunt die zij graag willen uitdragen. Uit het visiedocument (CZE, 2015) komt naar voren dat het CZE momenteel een bovengemiddeld oncologisch karakter heeft. Dit profiel willen zij via het CKI verder uitbouwen in samenwerking met relevante zorgpartners om zo de patiënt optimaal te helpen met zijn of haar zorgvraag. Een van de strategieën om samenwerking te bevorderen is het ontwikkelen en verbeteren van zorgpaden. Dit vraagt om een andere wijze van organiseren. Het MDO, oftewel de beslismomenten in het pad dat de patiënt doorloopt, moet niet alleen per ziekenhuis goed georganiseerd zijn, maar het moet ook duidelijk zijn wanneer iemand verwezen wordt naar een ander ziekenhuis. Met dat inhoudelijke stuk zijn de specialisten in de verschillende ziekenhuizen nu hard aan de slag.

Uiteraard heeft ook het CKI te maken met concurrentie welke nauw samenhangt met het dominante paradigma van concentratie in de oncologische zorg. Voor veel verschillende vormen van kanker zijn door de SONCOS kwalitatieve en kwantitatieve normen vastgesteld. Hierdoor zullen sommige

oncologische centra niet meer in staat zijn bepaalde, veelal laagvolume, oncologische zorg aan te bieden. Zoals reeds eerder genoemd heeft Nederland de aankomende jaren door de vergrijzing en kleinere overlijdenskansen te maken met een toenemende prevalentie van kanker (Hans, 2015). Deze ontwikkeling wordt versterkt door een sterkere vergrijzing in de provincies Noord-Brabant en Limburg (CBS, 2016) maar ook de zorgvraag in de geografische omgeving van het CKI. In dat opzicht heeft het CKI dankzij de toenemende zorgvraag te maken met een bovengemiddelde vraag naar oncologische zorg.

Het Catharina Kankerinstituut

Het oncologiecentrum, ofwel Catharina Kanker Instituut (CKI), betreft het gebouw aan de westzijde van het Catharina Ziekenhuis Eindhoven (CZE). In het CKI is de oncologische zorg rond de patiënt op een fysieke plek in het ziekenhuis geconcentreerd. Naast de gebruikelijke behandelingen doen zij tevens topklinische behandelingen die maar enkele ziekenhuizen in Nederland kunnen uitvoeren. De oncologische zorg is vanwege de betrokkenheid van meerdere disciplines een verbindend specialisme binnen het CZE. Dit brengt complexiteit mee met betrekking tot zorgverlening en –afstemming tussen afdelingen en verwijzende ziekenhuizen. Momenteel vormen veelal mondelinge afspraken tussen ziekenhuizen in de derdelijns oncologie de basis van het onderlinge verwijspatroon. In de omgeving wordt tweedelijns oncologische zorg geboden in alle omliggende ziekenhuizen. Dit betreft voornamelijk hoogvolume (laagcomplex) oncologie maar in enkele gevallen ook laagvolume oncologie. Belangrijke actoren in de topreferente oncologische zorg zijn Bernhoven, het St. Jans Gasthuis en de St. Anna zorggroep. Het verzorgingsgebied focust zich op het bieden van oncologische zorg aan patiënten en ondersteuning aan ziekenhuizen in de regio Zuidoost-Brabant. Het totale bestrijdingsgebied strekt zich echter uit tot op nationaal niveau (CZE, 2015).

B2. Topiclijsten interviews

- Dank + Voorstellen
- Toelichting van het onderzoek
 - o Verhouding tussen ziekenhuizen in marktomgeving
 - o Samenwerking en concurrentie op gespannen voet
 - o Wetenschappelijk perspectief op samenwerking in zorgnetwerken en –ketens
 - o Relevante invloedsfactoren bij oncologische samenwerkingsverbanden
 - o Toelichten topiclijst
 - o Interesse in de inrichting van de huidige netwerken
 - o Interesse in de organisatie en coördinatie van huidige netwerken
 - o Zelf weinig medisch-inhoudelijke kennis
 - o Doorvragen naar voorbeelden
- Vragen?
- Opnemen?

Topics	Openingsvragen
	Doorvragen op : verwachtingen, ambities, voorkeuren
Algemene gegevens - Naam, functie, organisatie - Rol m.b.t. samenwerking - Huidige situatie - Betrokken partijen	Wat is uw naam, functie en de organisatie waar u werkzaam bent? In hoeverre bent u vanuit uw functie betrokken bij samenwerking in de oncologische zorg? Wat is daarin uw rol vanuit uw eigen organisatie? Met welke zorgaanbieders werkt u samen binnen de oncologische zorg? Wat is jullie positie daar binnen en wat vindt u daarvan?
Samenwerking in zorgketens	
- Motieven	Wat waren voor uw organisatie de voornaamste redenen om met andere zorgaanbieders samen te werken?
- Belangen	In hoeverre creëert de samenwerking met deze zorgaanbieders meerwaarde voor uw organisatie? Wat zijn jullie belangen?
Organisatie van het netwerk	Wat verstaat u onder een oncologisch zorgnetwerk?
- Regie & aansturing	Waar zou volgens u de regie van samenwerking in een oncologisch zorgnetwerk moeten liggen en waarom? In hoeverre is er volgens u een effectief functionerend zorgnetwerk?
- Ontstaansgeschiedenis	Hoe is het netwerk ontstaan en hoe kijkt u daar tegenaan?
- Kosten samenwerking	In hoeverre zijn de opbrengsten van samenwerking gelijk verdeeld als u dit afzet tegenover de investering in termen van tijd, geld en middelen?
- Gemeenschappelijke doelen	In hoeverre deelt uw organisatie dezelfde doelen met andere oncologische zorgaanbieders en waarom denkt u dat?

- Balans tussen samenwerking en autonomie (toelichten)	Waar staan jullie als organisatie en waar zouden jullie willen staan?
- Rolduidelijkheid	Welke rol is er voor uw ziekenhuis weggelegd in de samenwerking? Hoe zou dat volgens u moeten zijn? In hoeverre helpen richtlijnen of standaarden bij regionale netwerkvorming/samenwerking?
Onderlinge relaties	Hoe is de relatie met omliggende algemene ziekenhuizen, STZ-ziekenhuizen en UMC's in de ruimere regio? Hoe zouden deze relaties ingericht moeten worden om samenwerking te verbeteren?
- Afhankelijkheidsrelatie	In hoeverre is er sprake van afhankelijkheid tussen uw organisatie en andere zorgaanbieders?
- Wederkerigheid	In hoeverre is er sprake van geven en nemen in de samenwerking?
- Cultuurverschillen	In hoeverre ervaart u cultuurverschillen tussen de ziekenhuizen waarmee wordt samengewerkt en hoe gaat uw organisatie daarmee om?
- Betrokkenheid	Heeft u de indruk dat alle zorgaanbieders met voldoende betrokkenheid deelnemen in de samenwerking en waarom denkt u dat?
- Vertrouwen	In hoeverre vertrouwt u andere zorgaanbieders in de samenwerking en andersom? Waarom denkt u dat en wat zou u anders willen zien?
- Machtsverhoudingen	In hoeverre ervaart u verschillen in machtsverhoudingen in de samenwerking?
Afsluitende vragen	Hoe ziet het netwerk er over vijf jaar uit? (Verwachting) Hoe zou het ideale netwerk eruit moeten zien en wat is daar voor nodig? (ambitie)

Aanbevelingen?

Zijn er nog zaken die u kwijt wil?

Dank en afsluiting