



Erasmus  
Centrum voor  
Zorgbestuur

# BeterKeten: Samen voor betere zorg

## Evaluatieonderzoek 2020

**Dr. E. van Veen-Berkx, onderzoeker Erasmus Centrum voor Zorgbestuur**

**Drs. M.S. Schouten, directeur Stichting BeterKeten**

**Drs. O.S. van der Woerd, promovendus Erasmus School of  
Health Policy & Management**

Rotterdam, maart 2021

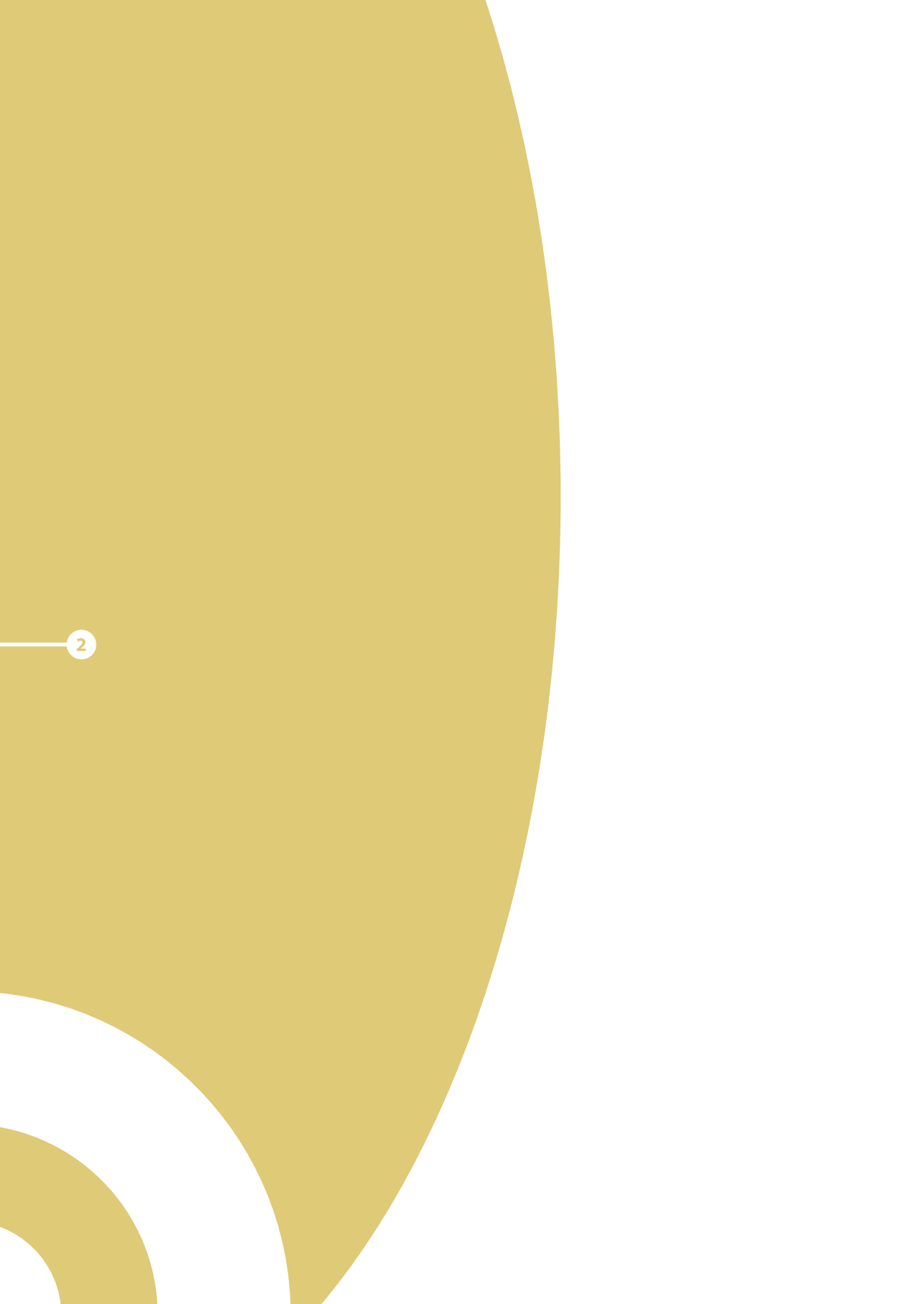
© Erasmus Centrum voor Zorgbestuur

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke nadere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteurs en/of voorzitters van de stuurgroep en programma board. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

# Inhoudsopgave

<b>1.</b>	<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Methoden van onderzoek, dataverzameling en analyse</b>	<b>5</b>
<b>3.</b>	<b>Resultaten</b>	<b>7</b>
	3.1 Context	7
	3.2 Mechanismen	10
	3.3 Uitkomsten: de meerwaarde van samenwerken	14
<b>4.</b>	<b>Toekomstbeeld</b>	<b>17</b>
<b>5.</b>	<b>Slothoofdstuk</b>	<b>23</b>
	<b>Literatuurlijst</b>	<b>30</b>
	<b>Bijlage I Semigestructureerde interviews</b>	<b>32</b>
	<b>Bijlage II Aanpak BeterKeten</b>	<b>35</b>





2

# 1. Inleiding

Daar waar zorginstellingen en (medische) professionals over de muren van hun specialisme en organisatie heen met elkaar samenwerken aan patiëntenzorg en wetenschappelijk onderzoek, kan méér gedaan worden voor de patiënt. In de regio Rotterdam-Rijnmond werken tal van zorgprofessionals en ziekenhuisbestuurders daarom met elkaar samen, zodat de patiënt in deze regio de beste zorg op de juiste plek krijgt. De stichting BeterKeten, opgericht in 2011, faciliteert en stimuleert deze samenwerking. Het Erasmus MC, Franciscus Gasthuis & Vlietland, Maasstad Ziekenhuis en Albert Schweitzer ziekenhuis zijn de vier bestuurlijke partners van de stichting BeterKeten. Er wordt nauw samengewerkt met de andere ziekenhuizen in de regio.

De ambitie van de stichting BeterKeten is om zorginstellingen te helpen samen de kwaliteit en doelmatigheid van zorg in de regio Groot-Rijnmond te versterken. Het helpen realiseren van de beste zorg op de juiste plek. Zorg die mensgericht, kwalitatief hoogwaardig en doelmatig is en naadloos op elkaar aansluit. De stichting bestaat uit een bestuurlijk samenwerkingsverband en een projectbureau dat ziekenhuis-overstijgende samenwerkingsvraagstukken in het domein van medisch-specialistische zorg oppakt, met verbreding naar de eerste lijn. Het projectbureau initieert, stimuleert, faciliteert en ondersteunt deze samenwerking op het gebied van zorg én wetenschappelijk onderzoek als onafhankelijk intermediair. Het realiseren van de ambities in de samenwerkingsvraagstukken is toonaangevend voor keten- en netwerkzorg<sup>1</sup>. Netwerkzorg is een gecoördineerde manier van samenwerken van een groep zorgaanbieders met als doel de gezondheidsuitkomsten voor een (deel) populatie te verbeteren. Bij BeterKetengaat het voornamelijk om aandoenings specifieke netwerken<sup>2</sup> die meerwaarde bieden in het vergroten van de kennis en expertise bij gespecialiseerde zorgverleners voor een bepaalde aandoening, door kennis en expertise te delen en het uitvoeren van gezamenlijk wetenschappelijk onderzoek. Interprofessionele en multidisciplinaire samenwerking over organisatiegrenzen heen en het leveren van doelmatige zorg worden hierbij bevorderd door het bestuur en het projectbureau van de stichting BeterKeten.

Het resultaat: nóg betere en efficiëntere patiëntenzorg, evenals innovatie van zorg door gezamenlijk wetenschappelijk onderzoek. Deze mooie voorbeelden van netwerkgeneeskunde zijn vaak succesvol dankzij de inzet en ambitie van meerdere professionals<sup>3</sup>. Sinds 2011 is al veel bereikt en staat er een stevig fundament voor structurele samenwerking. Een mooi moment om de meerwaarde van de BeterKeten nader inzichtelijk te maken om zodoende het succes ook te kunnen borgen, op te

1 Projectbureau BeterKeten. (2018). *Jaarplan 2019: Zichtbaar in Samenwerking en Resultaat*. Versie december 2018.

2 Eimers, M. & Tiemessen, M. (2019). *Handreiking aandoenings specifieke netwerken*. Ontwikkeld in het kader van het project 'Netwerkzorg, een wereld te winnen'. Mogelijk gemaakt door ZonMw.

3 Dit sluit aan bij de pijlers die de Federatie van Medisch Specialististen (FMS) in 2017 in het Visiedocument Medisch Specialist 2025 heeft omschreven: <https://www.demedischspecialist.nl/onderwerp/medisch-specialist-2025>

schalen en te kunnen blijven innoveren. De relevantie van dit evaluatieonderzoek ligt dan ook in het in kaart brengen van de opbrengsten van BeterKeten en welke mechanismen hieraan ten grondslag liggen, als ook het schetsen van een toekomstrichting voor BeterKeten.

## Doel van het onderzoek

Het doel van de evaluatie was drieledig:

- a) Het verkrijgen van inzicht in de opbrengsten van BeterKeten. Welke meerwaarde, in de breedste zin van het woord, is gecreëerd door de samenwerking in BeterKeten netwerken?
- b) Het ontrafelen van hoe deze opbrengsten tot stand zijn gekomen. Welke contextfactoren en mechanismen hebben bijgedragen?
- c) Het verkennen van mogelijke toekomstrichtingen. Wat is er nodig om met BeterKeten een volgende fase ('BeterKeten 2.0') in te gaan?

Dit evaluatieonderzoek richtte zich primair op het perspectief van de medische professional. Door ook het perspectief van de (medisch) bestuurders, directie en adviseurs van het projectbureau en twee experts van de universiteit te betrekken, is een breed actorperspectief en daarmee een breder inzicht ontstaan in de 'innerlijke werking' van BeterKeten en het ontrafelen van de meerwaarde van de samenwerkingsverbanden. Tot slot zijn twee experts van de universiteit betrokken bij het onderzoek ter validatie van de voorlopige resultaten uit de interviews met medisch specialisten, bestuurders en projectbureau. Met deze validatiestap is het perspectief van de 'externe expert opinion' ingebracht, aangezien de universiteit niet betrokken is bij BeterKeten.

4

Aanvullende doelstelling van het bestuur was om te onderzoeken wat er in de toekomst nodig is om met BeterKeten een volgende fase ('BeterKeten 2.0') in te gaan. Aan het einde van dit rapport is daarom een aantal toekomstrichtingen geschetst. Het gaat hierbij om een toekomstverkenning gezien vanuit BeterKeten zelf, als ook vanuit regionale ontwikkelingen in de context van BeterKeten die vragen om bijvoorbeeld andere samenwerkingsverbanden aan te gaan.

## 2. Methoden van onderzoek, dataverzameling en analyse

Het proces van samenwerken over organisatiegrenzen heen is dynamisch en complex. De BeterKeten samenwerkingsverbanden of netwerken kennen vele betrokkenen en daarmee een diversiteit aan belangen, perspectieven en identiteiten. Een klassieke evaluatiebenadering focust op aantoonbare (en meetbare) resultaten die bereikt zijn door samenwerking. Hoewel van nut, doet deze klassieke benadering weinig recht aan de complexiteit van samenwerking tussen organisaties, die we zojuist benoemden. De 'realistic evaluation' benadering van Pawson & Tilley<sup>4</sup> veronderstelt dat onderliggende mechanismen en aanwezige context van invloed zijn op hoe samenwerking in de praktijk vorm krijgt en kan leiden tot gewenste (en eventueel ongewenste) uitkomsten<sup>5</sup>.

De klassieke effectiviteitsvraag wat werkt (en is aantoonbaar en meetbaar) wordt in deze realistische benadering vervangen door een zoektocht naar waarom het werkt en hoe het werkt. We kozen daarom voor het toepassen van de zogeheten realistische evaluatiemethode. Met als reden dat we het 'hoe en waarom' van BeterKeten nader wilden ontrafelen en wat we daaruit kunnen leren over mogelijke toekomstrichtingen. In deze evaluatie stond dan ook de volgende onderzoeksvraag centraal: wat werkt, voor wie, onder welke omstandigheden en waarom?

In de gehanteerde methode gaat men ervan uit dat een BeterKeten samenwerkingsproject:

- altijd 'werkt',
- altijd complex is,
- dat vele factoren een rol spelen en
- dat de professionals die erin participeren de samenwerking 'maken'.

Het betrof een kwalitatief onderzoek, bestaande uit twaalf semigestructureerde diepte-interviews met direct betrokken medische professionals bij vier BeterKeten samenwerkingsverbanden. Zie de semigestructureerde topiclijst in bijlage I waarin de interviewvragen nader zijn geoperationaliseerd. De interviews hadden een duur van 45 tot 60 minuten. Hierna hebben in drie rondes betrokkenen en experts gereflecteerd op de bevindingen uit de diepte-interviews:

- de bestuurder en de voorzitter van de medische staf van alle vier de bestuurlijke partners, in koppels (2x4), acht (medisch) bestuurders in totaal;
- twee adviseurs van het projectbureau van BeterKeten en de voormalig directeur van de stichting BeterKeten;
- twee onderzoekers van de sectie Health Care Governance (HCG) – onderdeel van Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM) – met expertise op het gebied van netwerkbesturing in de zorg.

4 Pawson, R. & Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. London: Sage Publications.

5 Pawson, R., & Klein Haarhuis, C. (2005). Evaluatie van complexe programma's: Een theoriegestuurde aanpak. *Justitiële Verkenningen*, 31(8), 42-53.

De onderzoeker heeft samen met de huidige directeur van de stichting BeterKeten, en met goedkeuring van het bestuur, de volgende vier samenwerkingsverbanden geselecteerd voor het evaluatieonderzoek:

1. Centrum Gezond Gewicht
2. Schildkliernetwerk
3. Kinderreumatologie
4. Partners Gynaecologie, Obstetrie & Voortplantingsgeneeskunde

Het uitgangspunt voor deze selectie was het 'streven naar spreiding': de projecten variëren in leeftijd (ervaringsjaren), in aantal deelprojecten al dan niet afgerond, in succes en in het betrokken aantal ziekenhuizen. De selectie van respondenten binnen deze vier projecten hield ook rekening met dit uitgangspunt: zij zijn werkzaam in verschillende ziekenhuizen en afkomstig uit verschillende medische disciplines.

Een deel van de interviews vond 'live' en in de werkomgeving van de respondent plaats, het andere deel vond virtueel plaats via Zoom in verband met de COVID-19-uitbraak in de (thuis)werkomgeving van de respondent. De audio-opnames van alle interviews zijn letterlijk getranscribeerd door studenten van Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM) en hierna gecodeerd met behulp van ATLAS.ti 8, een softwareprogramma voor het analyseren van kwalitatieve data. In eerste instantie is de transcriptie van de interviews open gecodeerd in fragmenten, gerangschikt naar contextfactoren, mechanismen, meerwaarde en toekomstrichtingen en binnen deze codering op labels van de topiclijst. Hierna zijn de fragmenten rondom hetzelfde aspect (dezelfde code) vergeleken door middel van axiaal en selectief coderen. De resultaten zijn geanonimiseerd; gebruikte fragmenten of citaten zijn niet herleidbaar naar een specifiek BeterKeten project of naar specifieke, betrokken individuen.



## 3. Resultaten

In dit hoofdstuk presenteren we de resultaten van de diepte-interviews met medisch specialisten en de aanvullende reflectierondes. De aanvullende gesprekken hebben het actorperspectief verbreed en daarmee het in eerste instantie primair medisch-specialistische perspectief op BeterKeten weten te verrijken. We vatten de resultaten samen naar de drie componenten volgend uit de gehanteerde realistische evaluatiemethodiek: contextfactoren, mechanismen en uitkomsten. Hierna wordt apart aandacht besteed aan de resultaten die een blik werpen op de toekomst van BeterKeten.

### 3.1 Context

Contextfactoren kunnen betrekking hebben op fysieke factoren, economische of technologische omstandigheden, maar ook op bepaalde karaktereigenschappen van een doelgroep<sup>6,7</sup>. Contextfactoren kunnen van belang zijn om samenwerking over organisatiegrenzen heen te initiëren en een effect te laten hebben. Het bewustzijn van de context en het denken over context is essentieel in het aangaan van netwerken. Contextfactoren zijn van invloed op de bestaande samenwerking in BeterKeten netwerken. We bespreken hier de contextfactoren die door meerdere respondenten zijn benoemd.

Het inzicht dat er een relatie bestaat tussen hogere behandelvolumes en betere kwaliteit van zorg, heeft ertoe geleid dat wetenschappelijke beroepsverenigingen kwaliteitscriteria en **volumenormen** hebben geïmplementeerd voor bepaalde ingrepen en behandelingen. Deze externe ontwikkeling in de context van de ziekenhuiszorg maakte het zoeken naar samenwerking om zo een groter volume te kunnen realiseren of te blijven voldoen aan de criteria, urgenter dan voorheen. In de interviews werd deze contextfactor meerdere malen benoemd door verschillende medisch specialisten wanneer we spraken over het initiatief tot regionale samenwerking gefaciliteerd door BeterKeten: *“Een aantal jaren geleden kwamen er nieuwe normen van de wetenschappelijke verenigingen waar je aan moest voldoen om goede zorg te leveren. Dat was eigenlijk het moment waarop we dachten, oké, dit betekent dat er hoge eisen aan onze zorg gesteld gaan worden. Hoe gaan we dat professioneel aanpakken en hoe zorgen we dat we dat ook inzichtelijk kunnen maken? En hoe voldoen we straks als regio aan die normen? Toen hadden we besloten om samen met de andere ziekenhuizen in de regio Groot-Rijnmond iets op te zetten en al heel snel na een paar vergaderingen groeide dat uiteindelijk tot wat we nu hebben.”* (Respondent 10).

6 Pater, C.J., Sligte, H., Eck, E. van. (2012). *Verklarende evaluatie. Een methodiek*. Amsterdam: Kohnstamm Instituut

7 Verweij, S., & Pattyn, V. (2014). Beleidsevaluaties tussen methode en praktijk: Naar een meer realistische evaluatiebenadering. *Burger, Bestuur & Beleid*, 8(4), 260-267.

Uit de interviews met de medisch specialisten bleek dat samenwerken eenvoudiger is wanneer er een helder en gedragen beeld bestaat over **welke onderdelen van het zorgtraject waar plaats moeten vinden**: het gedeelte hoogcomplexen zorg in het universitair medisch centrum, en het gedeelte laagcomplexen tot complexe zorg (basiszorg en gespecialiseerde zorg) in het algemene en/of topklinische ziekenhuis. Afspraken over welke patiënt waar behandeld moet worden, staan al of komen eenvoudig op papier. Er is bekendheid met elkaars expertise en waar welke expertise wordt geleverd. Dat is bevorderlijk voor de samenwerking en patiënten worden over en weer naar elkaar verwezen: “... *Je zit dus minder in elkaars vaarwater. ... En dat maakt het makkelijker, want je kan makkelijker zeggen wij kunnen dit heel goed en jullie kunnen dat heel goed. We zijn geen concurrentie, ... maar dat kun je dus, qua ziekte kun je heel makkelijk organiseren wat hier moet en wat daar.*” (Respondent 4). Het, wellicht arbitraire, onderscheid tussen academische en niet-academische zorg functioneert als houvast voor het verdelen van taken in de regio en optimaliseren van kennis en expertise onder netwerkdeelnemers.

8

Samenwerken, of liever: ‘het organiseren van de samenwerking’ kost **tijd en inspanning**. Met andere woorden: netwerken is ‘net werken’. De tijd die medisch specialisten beschikbaar hebben om te besteden aan samenwerken, was veelvuldig onderwerp van gesprek: “*Kijk, centraal in ons project is het regionale multidisciplinaire overleg (MDO). Eén van de belangrijkste struikelblokken daarin is dat, in tegenstelling tot andere MDO’s [intern], wij dat doen aan het einde van de dag als iedereen al klaar is en een hele drukke dag achter de rug heeft en dan gaan wij nog even anderhalf, twee uurtjes met elkaar allerlei moeilijke dingen bespreken. Ja, ik vind dat ongelofelijk knap dat mensen er energie voor opbrengen om dat elke twee weken te doen. Dat maakt zo’n werkdag enorm lang en dan je eindig je nog eens met hele ingewikkelde problematiek.*” (Respondent 10).

De artsen legden hierbij ook regelmatig de relatie met het privéleven: “... *en het is ook weer de zoveelste avond dat je niet bij je gezin bent.*” (Respondent 7). De bestuurders erkennen de uitdaging die de artsen voelen rondom het bewaken van de work-life balance: “*Samenwerken wordt niet als werk gezien.*” (Respondent 13). Het organiseren van samenwerking, waaronder de nodige vergaderingen en het bijwonen van regionale MDO’s, wordt niet als werk ervaren, maar als extra taken ‘bovenop’ het direct patiëntgebonden werk. *Van die gedachte moeten we af. We moeten erkennen dat samenwerking tijd en investeringen kost. Hierbij kan niet verwacht worden dat “onze professionals dit er allemaal zomaar bij doen in de avonduren.”* (Respondenten 13a en 13b). “*Je zou ook de inzet van de professionals veel meer daarvoor willen belonen.*” (Respondent 16a en 16b). Dit werd door de bestuurders ook benoemd vanuit het idee dat het succes van de samenwerking niet afhankelijk blijft van een aantal specifieke personen die veel van hun vrije tijd in een project investeren. Hiernaast wordt door zowel de medisch specialisten als de bestuurders gezien dat sinds de uitbraak van COVID-19 in maart van dit jaar (2020), de manier waarop we ons werk doen een nieuwe, meer digitale vorm heeft gekregen. “*Ik denk dat door corona het digitale werken, het zoomen en teams, zeker als je kijkt naar tijdbesteding, dat kan juist in BeterKeten een enorm bevorderend effect hebben en de samenwerking versnellen.*” (Respondent 17).

De reflecties met de bestuurders en met het projectbureau brachten naar voren dat de opleiding tot medisch specialist een belangrijke contextfactor vormt. Tijdens de opleiding ontstane **persoonlijk/professionele relaties** vormen een rijke voedingsbodem voor samenwerking. Twee medisch specialisten die elkaar kennen, al met elkaar samenwerken, een gezamenlijke visie delen over hoe de kwaliteit en organisatie van de zorg voor een bepaalde patiëntengroep beter kan, is bevorderend voor de samenwerking over organisatiegrenzen heen.

Een door de artsen veelgenoemde contextfactor die van invloed is op samenwerking is dat het bestuur het BeterKeten project ondersteunt. De raad van bestuur en het bestuur van de medische staf werden hierbij in één adem genoemd. Het ging dan niet direct om de fysieke aanwezigheid van een bestuurder tijdens BeterKeten bijeenkomsten, maar dat het bestuur gewicht geeft aan de samenwerking, het belang ervan mede uitdraagt en het onderwerp agendeert bij verschillende gremia: *“Het werkt veel beter wanneer ik naar dat ziekenhuis ga en de staf heeft daar al van de raad van bestuur te horen gekregen dat ze de schouders eronder moeten zetten. We gaan hiervoor en we willen dat het een succes wordt.”* (Respondent 7). BeterKeten projecten zijn regelmatig gelinkt aan de speerpunten en meerjarenstrategie van één of meerdere ziekenhuisorganisaties. BeterKeten kan zodoende ook gezien worden als een vehikel om de eigen organisatiestrategie en speerpunten te realiseren.

De **financieel-economische context** van de zorgsector is ook frequent benoemd als een factor die van invloed is op de samenwerking. De prikkel tot productie in ons zorgstelsel maakt vernieuwing door samenwerking onaantrekkelijk: *“Vakgroepleden van de arts met wie we samenwerken vragen aan haar “hoeveel tijd ben je daaraan kwijt, wat kost het, wat levert het op?”, want er moet gewoon ook productie geleverd worden.”* (Respondent 4). Het verplaatsen van zorg van het ene ziekenhuis naar het andere ziekenhuis gaat niet altijd gelijk op met de financiering van de zorg. Onduidelijkheid over waar de kosten en inkomsten van zorg die verplaatst is van het ene naar het andere ziekenhuis terecht komen, kunnen samenwerking in de weg zitten: *“Echt patiënten naar elkaar verwijzen, nou ja ..., dokters houden natuurlijk altijd graag hun eigen patiënt. Als je een patiënt hebt en die opereer je op jouw locatie dan komt die op jouw payroll, maar als je hem naar de burens verwijst dan komt die op de payroll van de burens. Behalve de academie is iedereen toch eigen baas, dus er zit altijd een nadeel van die financiële prikkel achter. Dus het is niet zo gemakkelijk om te zeggen: kom een keer bij mij kijken, of, zullen we die patiënt samen opereren zodat je op die manier ook nog kennis kunt vergroten.”* (Respondent 6).

Niet alle bestuurders herkennen dit issue: *“Financiële prikkels, dat vind ik lastig, in de zin van, dat ik het me kan voorstellen wanneer het grote delen van de zorg betreft, dus als het echt om veel patiënten gaat. Maar in mijn beleving gaat BeterKeten juist vaak over hele specifieke zorg en valt het effect op de financiële prikkels wel mee. We hebben als ziekenhuis jaarlijks een dusdanige overproductie, dat als die paar patiënten elders heen gaan, dat gaat ons financieel niet raken. Misschien raakt het wel de vakgroep. De vakgroep kan het wel raken omdat het verdeelmodel wordt geraakt. Maar het ziekenhuis met overproductie, raakt het nauwelijks.”* (Respondent 16a en 16b).

Samenvattend bespreken we de volgende contextfactoren die van invloed zijn op BeterKeten:

- Contextfactoren die een stimulans kunnen vormen voor samenwerking:
  - De ontwikkeling van kwaliteitscriteria en volumenormen door de wetenschappelijke beroepsverenigingen;
  - Het bestaan van een helder en gedragen beeld over welke onderdelen van het zorgtraject waar plaats moeten vinden;
  - Het netwerk dat reeds is opgebouwd daar waar de medisch-specialistische (vervolg)opleiding is genoten;
  - Support voor de samenwerking vanuit het bestuur en de link met de strategie van een of meerdere zorgorganisaties;
- Contextfactoren die een belemmering kunnen vormen voor samenwerking:
  - Samenwerken kost extra tijd en inspanning, ‘netwerken is net werken’;
  - Financieel-economische omstandigheden en prikkels

## 3.2 Mechanismen

10

Het proces van samenwerken over organisatiegrenzen heen is dynamisch, complex en bevat meerdere lagen. BeterKeten initieert, stimuleert en faciliteert samenwerking tussen zorginstellingen. Dit kan alleen effect sorteren wanneer mensen of groepen mensen uit die zorginstellingen actief betrokken zijn<sup>8</sup>. Actief betrokken zijn uit zich via de denkwijze en het gedrag van mensen. Daarom is het van belang om aandacht te besteden aan mechanismen en deze te benoemen. Mechanismen zijn verschillende mogelijke determinanten van gedrag, die inzichtelijk maken hoe een netwerk ‘werkt’. Mechanismen zijn de ‘motoren’ achter (beleids)interventies om te komen tot samenwerking en zodoende de kwaliteit van zorg voor de patiënt nog verder te verbeteren. Inzicht in de mechanismen en leidende principes van de betrokken actoren verrijkt het begrip over hoe zij zich positioneren in en door BeterKeten. Tijdens de interviews met de medisch specialisten vroegen we naar *waarom en hoe* een BeterKeten netwerk de ene keer ‘als vanzelf loopt’ en de andere keer strubbelingen kent. Daarbij gaat het over niet-direct zichtbare of niet-direct tastbare mechanismen: houding en gedrag van betrokken personen, groepen en organisaties, (ir)rationele overtuigingen, sociale invloeden zoals ervaren support of juist druk (al dan niet opgelegd van buitenaf).

De medisch specialisten benadrukten dat de aanwezigheid van **vertrouwen en respect** voor elkaars kunnen, hét uitgangspunt is voor iedere vorm van samenwerking, zo ook voor BeterKeten. Hiernaast is een **flexibele houding** van betrokkenen nodig zodat samenwerking soepeler verloopt, omdat hiermee de bereidheid om zich aan te passen aan een veranderende omgeving en werkwijzen eenvoudiger wordt. Bij de start van een BeterKeten samenwerking bestaat er meestal al een vertrouwensbasis. Vertrouwen is echter niet vanzelfsprekend; uit de interviews bleek dat het van belang

8 Pawson, R., & Klein Haarhuis, C. (2005). Evaluatie van complexe programma's: Een theoriegestuurde aanpak. *Justitiële Verkenningen*, 31(8), 42-53.

is om energie te besteden aan het opbouwen én het onderhouden van vertrouwen. Netwerken als werkwoord resulteert dus niet alleen in een toenemende ‘drukte’ voor professionals en ook voor bestuurders, maar is bovendien relationeel; vertrouwen ontstaat niet zomaar en vraagt bewust om inspanning. Met andere woorden, het bouwen van vertrouwen is een doorlopend proces. Investeren in het leren kennen van elkaar, als persoon en als professional (elkaars expertise leren kennen), is hierbij van belang: *“We organiseren regelmatig bijeenkomsten, vergaderingen, we borrelen minimaal één keer per jaar. We hebben een groepsapp, we organiseren een jaardiner, waarbij we ook inhoudelijk evalueren: doen we nog de juiste dingen, willen we nieuwe dingen oppakken, waar willen we verbeteren, is iedereen nog blij, dat soort dingen.”* (Respondent 9).

In samenwerking is het, volgens de geïnterviewde artsen, essentieel dat je het op persoonlijk vlak goed met elkaar kunt vinden: *“Dat je elkaar leuk vindt, een beetje humor kunt maken, elkaar iets gunt en dat je allemaal een drive hebt om de patiëntenzorg te verbeteren.”* (Respondent 4). Niet in de zin dat de persoon met wie men samenwerkt hetzelfde type is, maar dat de intenties en de drive om de patiëntenzorg vooruit te brengen met elkaar overeenkomen. Die gemeenschappelijke ambitie vormt de basis voor **groepsvorming en groepsidentiteit**; het creëert een **‘wij-gevoel’ van professionele trots en ambitie**. De sociale behoefte om bij de groep te horen, blijkt een belangrijk mechanisme: *“We vormen een aparte club en je ziet ook dat mensen trots zijn om onderdeel van zo iets te zijn, omdat ze merken dat het hun werk tot een hoger niveau brengt en ook makkelijker maakt.”* (Respondent 10). Wat hierbij helpt is wanneer een sterk boegbeeld, een medisch specialist met expertise in het specifieke vakgebied, het voortouw neemt in de groep, in de samenwerking. Directie en medewerkers van het projectbureau onderschreven dit. Heeft een project een **boegbeeld**, een arts met naam en faam, én een **kartrekker**, een arts die zorgt dat iedereen aangehaakt blijft, dan verloopt dat project soepel. Soms zijn deze informele leiderschapsrollen van boegbeeld en kartrekker verenigd in een en dezelfde persoon, soms zijn het twee medisch specialisten naast elkaar. Hiernaast merkten zij op dat het in een project ingewikkeld en onduidelijk kan worden wanneer er te veel artsen met naam en faam bij betrokken zijn. Wanneer een boegbeeld of kartrekker wegens omstandigheden onverhoopt wegvalt, is het voor directie en projectbureau medewerkers soms ingewikkeld om het project draaiende te houden.

In relatie tot zowel het opbouwen van vertrouwen en de rol van het boegbeeld, spraken we veelvuldig over persoonlijkheden die zich **kwetsbaar durven opstellen**, die **open, transparant en eerlijk** hun aanpak en werkwijze delen (bespreken en laten zien) met anderen. Hierdoor bestaat de mogelijkheid om te leren van elkaar, BeterKeten kan aldus ook getypeerd worden als **‘professioneel leernetwerk’**. Door meerdere respondenten, vanuit verschillende ziekenhuizen, werd specifiek aandacht besteed aan de opstelling van ‘de academie’ en het uitgangspunt van gelijkwaardigheid tussen de samenwerkende ziekenhuizen. Universitair medisch specialisten zijn bewust bezig met transparantie geven en het creëren van een open en veilige cultuur: *“We zijn begonnen met vertellen dat het percentage van een bepaalde complicatie in ons ziekenhuis gewoon hoog ligt. Ik denk dat het wel in veel van ons, vanuit de academie, bewust zit om nooit met het vingertje te wijzen. Want dat is de aanname, de academie vertelt altijd wat elders niet goed gedaan wordt. Dus wij gaan dat juist heel bewust niet*

doen en praten openlijk over onze eigen fouten.” (Respondent 9). Ook de bestuurders onderschrijven dat het bevorderlijk is voor de samenwerking wanneer de arts uit de academie een **toegankelijk, benaderbaar en dienstbaar** persoon is, met een open en respectvolle houding, die gemakkelijk communiceert. Dienstbaar in de zin van het ‘levelen’ met elkaar als professionals en als verschillende type ziekenhuizen. Dit is in het bijzonder benoemd door medisch specialisten uit academische huizen. Kortom, de hierboven genoemde eigenschappen kunnen samengevat worden onder **‘medisch leiderschap’**.

Wat een positieve en ook negatieve invloed kan hebben op de samenwerking is de **balans tussen investeren en profiteren (‘halen en brengen’)**. In meerdere interviews was dit onderwerp van gesprek. **Wederkerigheid** is van belang in interpersoonlijke relaties en dus ook in de relaties tussen de samenwerkende ziekenhuizen. Het ging dan voornamelijk over het verdelen van zorg en het naar elkaar verwijzen van patiënten: *“En zo verwijzen wij die patiëntencategorie door naar dat ziekenhuis, maar ik heb nog nooit een kleiner probleem teruggezien.”* (Respondent 11). Ook ging het over een min of meer evenredige verdeling tussen ziekenhuizen wat betreft het investeren van mankracht, tijd en energie, zoals het aanwezig zijn bij vergaderingen, deelnemen aan het MDO en casuïstiek inbrengen.

De bestuurders herkennen dat wederkerigheid een essentiële rol speelt bij samenwerking en leggen hierbij de relatie met vertrouwen als onmisbare randvoorwaarde: *“Je ziet wel eens dat bij bepaalde deelnemers iets gloort van een ‘hidden agenda’ om zorg naar zich toe te trekken of welke beweegredenen dan ook. Vertrouwen is cruciaal om je kwetsbaar op te stellen als het gaat om je eigen kwaliteit en ook in het vertrouwen dat jouw patiënten niet uit handen worden genomen, maar dat je samen iets gaat doen wat beter is voor die patiënten.”* (Respondenten 13a en 13b). De bestuurders benadrukten hoe ambitieus deze regio is en dat ‘we’ met vertrouwen en respect met elkaar samenwerken. Naast vertrouwen en respect, gaat het ook om **‘gunnen’**. *“We zouden nog een stap verder kunnen gaan in het maken van keuzes en met elkaar afspreken dat een bepaalde behandeling of ingreep niet meer in dit ziekenhuis gedaan wordt, maar alleen nog maar in dat ziekenhuis. In het vertrouwen dat er de volgende keer iets onze kant op komt. En dat is nog best wel broos.”* (Respondent 16a en 16b). Hoewel herkenbaar, spraken de bestuurders tegelijkertijd verbazing uit over de waarde die wordt gehecht aan die balans tussen ‘geven en nemen’. De bestuurders hadden verwacht dat de samenwerking in de BeterKeten netwerken bij wijze van spreken ‘volwassen’ genoeg is dat het zoeken naar die balans geen hoofdrol meer speelt en het gemeenschappelijke doel altijd prevaleert. De bestuurders zien de balans op een hoger geaggregeerd niveau, op ziekenhuisniveau, in plaats van per project: *“Ik hoop dat we in een volgende fase, in de toekomst wat meer loskomen van het ‘what’s in it for me’, van het steeds maar zoeken naar die balans, dat vind ik best wat jammer soms. Soms moet je eerst iets brengen of meer brengen dan een ander voordat er iets te halen is.”* (Respondenten 14a en 14b).

Samenwerken, netwerken, het is allemaal mensenwerk en gaat over persoonlijke en interpersoonlijke aspecten, ofwel **relationele aspecten**. Samenwerken gaat om het persoonlijk vermogen om **verbinding** te maken met de ander. In die relatie speelt

**vertrouwen** een essentiële rol<sup>9</sup>. BeterKeten werkt alleen als de betrokken personen ervoor kiezen dat het werkt en dat zij in de juiste omstandigheden verkeren (context) om dat ook werkelijk te kunnen doen<sup>10</sup>. Een van de geïnterviewde artsen omschreef het als volgt: *“Het heeft echt te maken met de deelnemers. Ik denk dat de manier waarop wij met elkaar omgaan binnen het netwerk maakt dat het veilig is. We branden elkaar niet af als iemand een verkeerde keuze zou maken. Dat wordt dan in een heel vroeg stadium gecorrigeerd en we staan open voor feedback. Dat wordt echt bepaald door de deelnemers, niet omdat we een draaiboek hebben geschreven met hoe we dingen doen, niet omdat het vastgelegd is op papier, maar gewoon door de manier waarop we met elkaar omgaan.”* (Respondent 10).

Samenvattend bespreken we de volgende onderliggende mechanismen die van invloed zijn op BeterKeten:

- De aanwezigheid van vertrouwen en respect voor elkaars kunnen;
- Groepsvorming, groepsidentiteit, professionele trots en ambitie, als ook de aanwezigheid van een sterk boegbeeld;
- Karaktereigenschappen van ‘medisch leiders’: kwetsbaar durven opstellen, het open, transparant en eerlijk delen van (persoonlijke en organisatie-) aanpak en werkwijzen, benaderbaar, dienstbaar en respectvolle houding;
- De mogelijkheid om te leren van elkaar, BeterKeten is ook een ‘leernetwerk’;
- De balans tussen investeren en profiteren (‘halen en brengen’) en de bereidheid om bij te dragen aan het leernetwerk;
- Het persoonlijke vermogen om verbinding te maken met de ander.

Het voorafgaande stuk gaat overall over leiderschap en visie. Samenwerken begint met een visie op wat goede zorg is en een ambitie om de beste zorg voor de patiënt met elkaar te realiseren. Dit vraagt om over het eigen deelbelang heen te stappen; van medische professionals op het niveau van de eigen vakgroep, van bestuurders op het niveau van de eigen ziekenhuisorganisatie.

9 Kaats, E. & Opheij W. (2016). *Leren samenwerken tussen organisaties: allianties, netwerken, ketens, partnerships*. Deventer: Vakmedianet.

10 Pater, C.J., Sligte, H. & Eck, E. van. (2012). *Verklarende evaluatie. Een methodiek*. Amsterdam: Kohnstamm Instituut.



### 3.3 Uitkomsten: de meerwaarde van samenwerken

De artsen gaven aan dat het **delen van kennis en het leren van elkaar** op het gebied van de medische inhoud een zeer belangrijke meerwaarde is: *“Ik leer heel veel. Het allerbelangrijkste van het netwerk is dat het de knowhow, de deskundigheid van een [individuele] dokter vergroot.”* (Respondent 8). Ook gaat dit een stuk verder dan wat op medisch gebied met elkaar wordt gedeeld tijdens het MDO. Het gaat ook over het delen van kennis over het organiseren van zorg en het inrichten van processen: *“Hoe doen jullie dat? Bellen jullie direct de patiënt na, of sturen jullie een brief?”* Respondent 7. Het onderlinge contact is door de samenwerking nauwer, directer en frequenter geworden: *“Als je wat hebt dan kan je heel makkelijk wat uitwisselen. Dan stuur je een mailtje. Soms heb je een vraag en wil je eigenlijk nu het antwoord en niet wachten tot het MDO over een maand is, dan stuur je een bericht via Siilo [beveiligde messenger] en krijg je snel een advies van een collega uit een ander ziekenhuis. Dat je elkaar regelmatig ziet en spreekt, dat maakt de drempel wel lager.”* (Respondent 6). De lijnen zijn kort en er is snel toegang tot collega's uit andere huizen, waardoor raadpleging en kennisdeling vereenvoudigd wordt. Zoals in het vorige hoofdstuk reeds gezegd, kan BeterKeten ook getypeerd worden als **‘professioneel leernetwerk’**: een netwerk waarin wordt samengewerkt, kennis wordt gehaald en gebracht (gedeeld), waarin wordt geleerd van en met elkaar.

14

Omdat in de BeterKeten netwerken nauw wordt samengewerkt door zorgprofessionals uit verschillende ziekenhuizen kan aan patiënten met een bepaald ziektebeeld het **volledige behandelpalet** worden aangeboden. Ook wordt door de **gestandaardiseerde werkwijze** over de huizen heen, eenduidig en consistent hetzelfde verhaal tegen patiënten verteld. De **verwijspatronen** zijn helder en snel, en er kan onderling tussen de ziekenhuizen sneller worden geschakeld, bijvoorbeeld met preparaten tijdens de diagnostische fase. Een duidelijke meerwaarde voor patiënten is de **breed gedragen ‘professional opinion’** die een stuk verder reikt dan de bekende ‘second opinion’. In sommige BeterKeten netwerken kan het gaan om een gedragen ‘professional opinion’ vanuit wel tien verschillende ziekenhuizen. Een bijkomend voordeel hiervan is dat patiënten dichterbij huis geholpen kunnen worden: *“Wanneer een patiënt van ver uit de Rotterdamse regio zegt ‘ik wil naar het Erasmus MC’, dan kan de arts antwoorden: ‘ik geef meer, namelijk het Erasmus MC plus nog een aantal andere ziekenhuizen’. De patiënt hoeft dan niet naar Rotterdam te komen, want het beleid is besproken in het MDO met alle ziekenhuizen en dus breed gedragen. Het scheelt de patiënt een rit naar Rotterdam en weer terug.”* (Respondent 9). Een breed gedragen oordeel door meerdere professionals die gespecialiseerd zijn in een bepaald ziektebeeld en werkzaam zijn in verschillende ziekenhuizen verspreid over de regio Groot-Rijnmond. In de interviews gaven meerdere artsen aan dat hierdoor in de praktijk minder vraag ontstaat naar een second opinion.

In de bestaande netwerken wordt ook veelvuldig samengewerkt op het gebied van **wetenschappelijk onderzoek**. In relatie tot deze meerwaarde van BeterKeten werden twee voordelen benoemd, één voor de patiënt: *“Als je in de regio samenwerkt met de academie dan kun je het onderzoek vanuit hier coördineren, patiënten kunnen*



dan meedoen aan onderzoek zonder dat ze van ziekenhuis moeten wisselen.” en één voor de professional: “Ook biedt het de mogelijkheid om onderzoek te blijven doen zonder dat je zelf per se alle patiënten moet zien.” (Respondent 9). Aanvullend hierop werden specifiek de BeterKeten promotietrajecten genoemd als ‘bindmiddel’ in het netwerk. Eens in de zoveel jaar stelt het bestuur van de Stichting BeterKeten subsidie beschikbaar voor gezamenlijke promotietrajecten. De BeterKeten netwerken met een promotietraject ervaren de voordelen hiervan niet alleen op het gebied van het onderzoek maar ook in relatie tot de samenwerking en de kennisdeling over elkaars werkwijzen. Een promovendus ‘werkt aan het netwerk’ en vormt de verbindende factor tussen de samenwerkende ziekenhuizen: “Het mes snijdt echt aan twee kanten. Het is in het belang van het promotietraject, de promovenda legt korte lijntjes met ons, met de andere ziekenhuizen, dus het is ook in het belang van de samenwerking binnen de regio. Ik bedenk me nu, dat we waarschijnlijk hierdoor een zeer succesvol BeterKeten project gaan worden.” (Respondent 5).

Het realiseren van **netwerkwzorg** en daarmee het organiseren van **de juiste zorg op de juiste plek**, bij voorkeur dichtbij huis voor de patiënt, werd het meest genoemd als de meerwaarde van BeterKeten: “Kijk, ik vond de insteek van meet af aan heel positief en goed dat we samen de zorg in de regio Groot-Rijmond proberen te optimaliseren. Want we zaten toch allemaal heel vaak één ding te doen op onze eigen plek en als je de krachten bundelt, kun je de juiste zorg op de juiste plek krijgen, wat toch betere kwaliteit van zorg oplevert voor de patiënt”. (Respondent 7). In sommige netwerken gaat dit doel verder dan de muren van de ziekenhuizen, verder dan de meerwaarde die al wordt gerealiseerd door samenwerking tussen tweede en derde lijn. Daar is ook de eerste lijn en soms het sociale domein betrokken. Het netwerk richt zich dan niet alleen op behandelen maar juist op gezond blijven en speelt een rol in het preventiebeleid van de Rijksoverheid en gemeenten: “Ik denk dat onze zorg niet in het ziekenhuis thuis hoort. De behandeling hoort bij ons als medici, de rest van de aanpak willen we terug kunnen leiden naar de eerste lijn, de juiste zorg op de juiste plek en dichtbij huis.” (Respondent 2).

De bestuurders vulden hierop aan het netwerk ‘an sich’ als grote meerwaarde te zien. Professionals en ook bestuurders bouwen met BeterKeten op een eenvoudige wijze een tweede kring om zich heen met wie zij kunnen sparren en overleggen, bovenop de bestaande kring in het eigen ziekenhuis: “Het niveau van het overleg, het informele, collegiale overleg, wat je met elkaar krijgt met BeterKeten, dat dat bijdraagt aan goede patiëntenzorg.” (Respondenten 16a en 16b). Los van de medische inhoud en de meerwaarde voor de patiënt, benoemden de bestuurders de meerwaarde voor de professional, die in contact met andere professionals uit andere ziekenhuizen tot nieuwe inzichten komt over zijn eigen praktijk: “Waar je eventueel dingen anders zou kunnen doen. Slimmer of efficiënter, juist ook los van het specifieke zorgtraject waarin je samenwerkt, als je elkaar spreekt, gaat het heel vaak om de organisatie om de patiënt heen. Wat heb je dan beschikbaar, wie doet dan wat en hoe zit dat in een ander ziekenhuis?” (Respondenten 13a en 13b). Dit benadrukt wederom dat BeterKeten een **professioneel leernetwerk** vormt.

Samenvattend bespraken we de volgende uitkomsten (meerwaarde) van BeterKeten:

- Professioneel leernetwerk: het delen van kennis en daarmee het leren van elkaar, niet alleen op medisch gebied maar ook over het organiseren van zorg en het inrichten van processen;
- De korte lijnen met snelle toegang tot collega's uit andere huizen, waardoor raadpleging en kennisdeling vereenvoudigd wordt;
- Breed en volledig behandelpalet beschikbaar voor de patiënt;
- Gestandaardiseerde werkwijze en eenduidige informatie voor de patiënt (in en vanuit verschillende ziekenhuizen);
- Verwijspatronen tussen ziekenhuizen zijn helder en snel;
- Een breed gedragen 'professional opinion' voor de patiënt die verder reikt dan een 'second opinion';
- Het wetenschappelijk onderzoek en de promotietrajecten;
- Het realiseren van netwerkzorg en daarmee het kunnen organiseren van de juiste zorg op de juiste plek.

Het overall beeld wanneer het gaat om de meerwaarde, is dat door BeterKeten een 'professional community' en 'professioneel leernetwerk' neergezet wordt voor het leveren van de beste, innovatieve patiëntenzorg op de juiste plek en het stimuleren van gezamenlijk wetenschappelijk onderzoek.

## 4. Toekomstbeeld

Wanneer we spraken met de medisch specialisten over de toekomst van BeterKeten en wat er nodig is om een volgende fase van borgen, opschalen en innoveren in te gaan, noemden alle artsen dat zij graag **'méér van hetzelfde'** wensen, meer samenwerkingsverbanden, rondom andere aandoeningen, op de manier zoals BeterKeten het nu faciliteert en ondersteunt: *"Dit netwerk was nooit tot stand gekomen zonder BeterKeten, dat was nooit gelukt dat weet ik zeker. Omdat je nu een club hebt die je faciliteert, die je helpt, die meedenkt. Die het heel professioneel aanpakt, maar ook vanuit een onafhankelijke positie de brug vormt tussen de verschillende deelnemers en dat dan ook samenvoegt. Dat hadden we gewoon niet in ons eentje kunnen doen. We hadden de mankracht er niet voor, de expertise niet, de tijd niet, dus BeterKeten is voor ons netwerk echt van levensbelang geweest en nog steeds. We kunnen nog steeds niet zonder BeterKeten. Als BeterKeten dit netwerk niet meer zou faciliteren, dan gaat de professionaliteit, de cohesie eruit. Dan zijn de ontwikkelingen die we in gedachten hebben, die zullen veel langzamer tot stand komen of helemaal niet."* (Respondent 10). 'Meer van hetzelfde', want dát is juist de kracht van BeterKeten, zo geven de medisch specialisten stuk voor stuk aan. De aanpak van BeterKeten (zie bijlage II) kenmerkt zich door een aanpak die start bij de zorgprofessionals op de werkvloer en die ook alleen kan slagen door commitment en inzet van diezelfde zorgprofessionals. Juist deze werkwijze 'van binnenuit en van onderaf' is succesvol en dat is wat artsen graag willen uitbreiden.

De onderzoekers van Health Care Governance reflecteerden op de hoofdrol (faciliteren van samenwerking) van BeterKeten in relatie tot de toekomst: het is van essentieel belang dat deze hoofdrol zo blijft én dat de focus ligt op het versterken van het lerende vermogen van de samenwerkingsverbanden. Niet zozeer door te blijven herhalen wat al elders is gedaan, maar door wat sterk is te behouden én te verbreden naar nieuwe samenwerkingsverbanden en/of -vormen. BeterKeten is als het ware **'the network of networks'** en vormt het 'bindmiddel' in én tussen zorgnetwerken (de samenwerkingsverbanden). Met andere woorden: BeterKeten is het meta-netwerk wat netwerkvorming op medisch-specialistische thema's vormgeeft. BeterKeten kan gezien worden als de (be)hoeder van elk zorgnetwerk apart én van alle zorgnetwerken tezamen. BeterKeten heeft een beschermende rol ten opzichte van de ambities en doelstellingen op het gebied van kwaliteit van zorg, en houdt daarmee het netwerk 'levend', fluïde en dynamisch (zonder te 'verstenen').

In hun reflectie vroegen de onderzoekers zich af waarom het bestuur van de stichting BeterKeten in relatie tot de toekomst een 'volgende fase', een 2.0, verwacht. Een 'volgende fase' impliceert dat er iets 'anders' moet gaan gebeuren of dat er iets 'bij' moet. Is de toekomstvraag een relevante vraag? De onderzoekers onderschrijven de kracht van BeterKeten zoals benoemd door de artsen, de werkwijze 'van binnenuit en van onderaf', wat volgens hen betekent dat BeterKeten is wat het op dat moment moet zijn. BeterKeten is netwerken. Netwerken is **fluïde en dynamisch** en past zich aan aan wat de partners op dat moment nodig hebben. De onderzoekers verwezen in dit kader

naar het concept ‘negotiated order’<sup>11</sup>, wat continue onderhandeling en vernieuwing veronderstelt tussen partijen. Strauss et al. (1973) definiëren onderhandelen als een proces van geven en nemen, diplomatie bedrijven en overleg voeren<sup>12</sup>, wat ook een continu proces is tussen de BeterKeten samenwerkingspartners. De orde die voortkomt uit dit proces is een ‘negotiated order’: een tijdelijke en steeds veranderende combinatie van activiteiten en mechanismen die het samenspel en het gedrag van betrokken partijen in een bepaalde periode in een bepaald beleidsveld (de zorg in de regio) structureren<sup>13</sup>. Dit vraagt overigens ook van BeterKeten als netwerk om responsief te zijn op contextuele veranderingen, bijvoorbeeld de groeiende behoefte om meer met de eerste lijn op te trekken. Dit duidt op een dynamische samenwerking binnen het netwerk, die ook verder kan reiken dan het bestaande netwerk.

De adviseurs van het projectbureau BeterKeten illustreerden dit in hun antwoord op de vraag wat hun rol is en waar zij goed in zijn: *“We zijn goed in het creëren van netwerken, het onderhouden van relaties, het creëren van energie, het denken in mogelijkheden, het concreet maken van het enthousiasme van zorgprofessionals om samen te werken, dat enthousiasme te vertalen in acties, het stellen van de juiste vragen, het opvolgen van de acties, het bedenken van vervolgstappen hierop, het leggen van lijntjes tussen betrokkenen, het verbinden, het vinden van de juiste kanalen in de ziekenhuizen, het creëren van beweging. Kortom, stimuleren, faciliteren, agenderen.”* Hiernaast brengen de adviseurs concrete kennis in over **project- en procesmanagement**, iets waar de meeste zorgprofessionals minder kennis over hebben, en leggen zij de (medisch) inhoudelijke ambities en afspraken vast in beleidsnotities en notulen. De **onafhankelijke positie van het projectbureau** is hierin uniek en een bepalende factor voor het succes van de BeterKeten samenwerkingsprojecten.

18

Doorpratend over de toekomst gaven de adviseurs aan de meeste energie te stoppen in het initiëren, stimuleren en faciliteren, meer dan in het (periodiek) evalueren van de doelstellingen van een netwerk en of deze ook worden behaald. Er mag meer aandacht komen voor het meetbaar, zichtbaar én kenbaar maken van behaalde resultaten, en ook voor het afronden dan wel stoppen van een project dat na de start niet van de grond blijkt te komen. Met andere woorden, het **volledig doorlopen van de Plan-Do-Check-Act-cyclus**. Hiernaast willen de adviseurs in de toekomst bewuster bezig zijn met het vinden van ‘lijntjes’ met ondersteunende afdelingen in de betrokken ziekenhuizen, om zodoende een deel van de werkzaamheden van het projectbureau daar te beleggen. Specifiek werd dan gesproken over secretariële ondersteuning bijvoorbeeld bij het (door)plannen van vergaderingen. Ook in relatie tot het afronden van een BeterKeten-project werd dit genoemd. Als een netwerk ‘staat’, overzichtelijk is wat aantal samenwerkingspartners betreft en een goed draaiend regulier MDO heeft ingericht, zou secretariële ondersteuning vanuit de betrokken ziekenhuizen kunnen zorgen voor borging hiervan. Op deze manier creëren

11 Strauss, A., Schatzman, L., Ehrlich D., Bucher, R. & M. Sabshin. (1973). *The hospital and its negotiated order* in People and Organizations. Salaman, G. & K. Thompson (eds), 303-320, London: The Open University Press.

12 Kruijthof, C.J. (2005). *Doctors' Orders: Specialists' Day to Day Work and their jurisdictional Claims in Dutch Hospitals*. Nieuwegein: Drukkerij Badoux (proefschrift).

13 Scheer, van der. W. (2013). *Onder zorgbestuurders: omgaan met bestuurlijke ambiguïteit in de zorg*. Amsterdam: Reed Business Education (proefschrift).

de adviseurs van BeterKeten ruimte voor nieuwe initiatieven. De wens om verder door te ontwikkelen en te professionaliseren als projectbureau, werd ook uitgesproken door de adviseurs. Een aantal ontwikkelingen is in ieder netwerk een terugkerend thema, denk aan financiën, ICT, hoe delen we dossiers of beelden met elkaar. Het projectbureau wil zich op dergelijke thema's professionaliseren en voldoende kennis ontwikkelen om de rol van 'makelaar' (of 'verbinder') te vervullen om de betrokkenen uit het netwerk met de juiste organisaties in contact te kunnen brengen, om zodoende bijvoorbeeld het Zorgnetwerkplatform binnen de regio Groot-Rijnmond te realiseren.

Wanneer het ging om een doorkijk naar de toekomst, werd met artsen veelvuldig gesproken over het **'verbreden van netwerkzorg'**. De bestaande netwerken leggen vooral de focus op samenwerking tussen de tweede- en derdelijns medisch-specialistische zorg. Wanneer artsen spraken over de toekomst dan willen ze verbreding richting de eerstelijnszorg om zo ook de juiste zorg op de juiste plek te kunnen realiseren: *"We praten met verschillende huisartsengroepen. Ons streven is om de eerste lijn een belangrijke rol te geven en onze zorgpaden daarop af te stemmen, zodat patiënten uiteindelijk minder in de tweede en derde lijn terechtkomen of makkelijker terug kunnen naar de eerste lijn met goede afspraken, daar zijn we mee bezig."* (Respondent 2). De bestuurders verschilden van mening en gaven aan de ene kant aan: *"We hebben echt nog heel weinig trajecten waarin de eerste lijn een grote rol speelt en waar we echt 'over de muren heen' zorgpaden kunnen realiseren. Dat vind ik wel belangrijk om te noemen, dat staat ook al lang op de agenda en je zou denken dat nu de tijd rijp is om hier ook echt een zwaai aan te geven. Een aanvulling daarop, de juiste zorg op de juiste plek kan ook betekenen dat je bepaalde zorg ook op minder plekken doet en dat is eigenlijk de olifant in de kamer. Dat onderwerp wordt niet goed geadresseerd en ik denk dat het tijd zou zijn dat we dat wel gaan doen."* (Respondenten 13a en 13b). Aan de andere kant zeiden bestuurders: *"Of we structureel met de eerste lijn in zee moeten gaan, dat vind ik eerlijk gezegd een beetje te ver gaan. Dan worden je doelen en ambities zo groot. Ik zou dan juist willen voorstellen dat we ook wel gewoon een beetje de focus blijven behouden. De focus is de zorg in de tweede en derde lijn, die samenwerking. En daar waar een initiatief zoals Gezondio<sup>14</sup> ontstaat, kunnen we de eerste lijn wellicht aanhaken."* (Respondenten 14a en 14b).

Als wens voor de toekomst sprak een groot deel van de geïnterviewde artsen en bestuurders over **het bundelen van de krachten om slagkracht richting stakeholders te kunnen vergroten**. Hierbij werd bedoeld op het uitdragen van een gezamenlijke ambitie, het opbouwen van een gezamenlijke agendasetting in de regio en het gezamenlijk optreden richting stakeholders, zoals beleidsmakers, IT-bedrijven, NZa, zorgverzekeraars, brancheverenigingen. Waar medisch specialisten hierbij de nadruk vooral legden op het gezamenlijk optrekken rondom (veilige) informatie- en data uitwisseling, IT-infrastructuur en eHealth toepassingen, spraken de bestuurders meer over het beeld van een 'innovatielab', een gemeenschappelijke leeromgeving voor vernieuwingen in de zorg, op het gebied van zorgaanbod, organisatie- of financieringsvormen: *"Wat nu nog onontgonnen terrein is in de samenwerking, en je kunt zoiets ook beleggen bij de SRZ maar ik vind het eigenlijk veel meer passen*

14 <https://gezondio.nl/>

bij BeterKeten, is dat wanneer er nieuwe ontwikkelingen zijn in de zorg dat we gaan voorkomen dat de hele regio met hetzelfde bezig is. Hoe mooi zou het zijn dat je als BeterKeten partners met elkaar afstemt dat één organisatie, waar het initiatief vandaan komt, begint en wordt ondersteund door het projectbureau en dat de geleerde lessen in kaart worden gebracht. Vervolgens wordt bekeken of het een innovatie is die op meerdere plekken moet worden geïmplementeerd of dat het juist iets is dat je op één plek blijft doen en waar de andere ziekenhuizen patiënten naar toe gaan verwijzen. Dus dat BeterKeten veel eerder in het traject van innovaties steun aanbiedt, en ook met elkaar onderzoekt wat wel en niet werkt zodat je daarna met elkaar kunt bepalen waar die zorginnovatie moet worden aangeboden.” (Respondenten 13a en 13b).

Meerdere bestuurders opperden het idee om **rondom innovaties samen te werken met de universiteit**: “Ik denk dat we een unieke kans hebben samen met ESHPM, om bijvoorbeeld naar alternatieve organisatievormen voor verregaande samenwerkingsverbanden, denk aan het Schildkliernetwerk, te kijken. Het valt mij elke keer op als ik weer buiten onze regio kom, dat wij vooroplopen. We denken allemaal dat het heel normaal is, zoals we dat in netwerkverband in de regio met elkaar doen, maar dat is niet overal zo. Dus ik zou het ook wel heel mooi vinden als we wat dat betreft ook nog wat meer ambitie zouden hebben om ook te kijken hoe we met nieuwe financieringsvormen kunnen experimenteren.” (Respondenten 14a en 14b).

De bestuurders gaven aan dat zij graag zouden zien dat ‘de andere ziekenhuizen’ in de regio, naast de vier bestuurlijke partners, in de nabije toekomst aansluiten als volwaardig partners. Daarbij gaan de bestuurder ervan uit dat het **creëren van bestuurlijke gelijkwaardigheid** de uitrol van effectieve, regionale samenwerking zal bevorderen: “Het zou goed zijn, wanneer we ook de andere ziekenhuizen, in ieder geval Ikazia en Jsselland, in de regio, gewoon als volwaardige partners zouden aansluiten. Dat past gewoon in iedere ambitie die we bedenken voor de regio, de ambities reiken verder dan de bestuurlijke vier.” (Respondenten 15a en 15b). Het **verbreden van de regionale samenwerking met BeterKeten als vehikel**, is als duidelijke wens voor de toekomst geuit. Nauwe samenwerking met netwerkpartijen zoals de Stichting Samenwerkende Rijnmond Ziekenhuizen (SRZ)<sup>15</sup>, Gezond010 (Rotterdams Preventieakkoord)<sup>16</sup>, ZorgImpuls (eerste lijn en integrale zorg)<sup>17</sup>, deRotterdamseZorg (arbeidsmarkt)<sup>18</sup>, ROAZ (acute zorg)<sup>19</sup>, Stichting RijnmondNet (digitale communicatie)<sup>20</sup> en ConForte (VVT)<sup>21</sup>. Met als doel de krachten te bundelen, nog meer te kunnen betekenen op het gebied van ‘gezond blijven’ in plaats van ‘gezond maken’ en meer te kunnen bijdragen aan maatschappelijke vraagstukken, waaronder ook het betaalbaar houden van de zorg: “Als het gaat om het lobbyen en ook de maatschappelijke relevantie, dat is inderdaad zoiets als Gezond010, ons lokale preventieakkoord, dat is natuurlijk een fantastisch middel. Ik vind dat de zorg

15 <https://stichting-srz.nl/>

16 <https://gezond010.nl/>

17 <https://www.zorgimpuls.nl/>

18 <https://derotterdamsezorg.nl/>

19 <https://www.traumacentrumzwn.nl/activiteiten/roaz/>

20 <https://rijnmondnet.nl/>

21 <https://www.conforte.nl/>

daar relatief weinig in voorkomt dus ik probeer dat bij de wethouder op de agenda te krijgen. Wat ik met hem wil bespreken, is hoe de ziekenhuizen meer gaan bijdragen aan preventie, of het bevorderen van de gezondheid van Groot-Rotterdam en Rijnmond. Als er een vehikel is wat dat kan, dan is dat BeterKeten.” (Respondenten 14a en 14b). Andere voordelen die bestuurders noemden, luidden als volgt: “We moeten zorgen dat al die netwerken onder één dak komen. We zouden dan bijvoorbeeld samen met de medisch specialisten uit de ziekenhuizen en met de RotterdamseZorg een professional kunnen opleiden die een bepaalde (patiënten)doelgroep door de zorglijnen heen zou kunnen begeleiden en coachen. Als je breder met de regio samenwerkt, dan zou ik ook kansen zien voor een platform voor zinnige zorg, en dat je gezamenlijk met zorgverzekeraars afspraken daarover maakt.” (Respondenten 16a en 16b).

Bredere regionale samenwerking werd ook genoemd in relatie tot het **vermindere van bestuurlijke drukte**. Het idee werd geopperd dat het bestuur in de toekomst mandaat ‘durft’ te geven aan een ‘kleinere club’ betrokkenen, bijvoorbeeld het dagelijks bestuur van een netwerk of twee medisch specialisten en twee bestuurders, naar voorbeeld van het al bestaande duale voorzitterschap.

Met medisch specialisten spraken we in het kader van de toekomst meer dan eens over het zoeken naar een eventueel meer formele (juridische) organisatievorm, om al pratende tot de conclusie te komen dat een formele organisatievorm risico’s met zich meebrengt in het kader van verantwoording richting het eigen ziekenhuis, personeel, en dergelijke en dat dat niet de richting is voor de toekomst van de BeterKeten netwerken: “Dat is een onmogelijk iets voor de toekomst om allerlei aparte entiteiten op te richten. Dat hebben we ook al eens gemerkt bij een van de grotere, bestaande netwerken. We gaan er vaak in mee omdat we geen beter alternatief hebben. Maar dit is wel een vraagstuk waar we een oplossing voor moeten bedenken, absoluut. Maar het is wel tweërlei: je kunt aan de ene kant zeggen, een formele organisatievorm, aan de andere kant kun je zeggen dat het project een keer afgerond moet worden in BeterKeten verband. Dan moet het naar de ziekenhuizen zelf toe, en hoe doe je dat dan? Het moet een keer van de projectstatus af. Een optie zou kunnen zijn om iemand vanuit een (koploper)ziekenhuis verantwoordelijk te maken voor het hele netwerk. Maar dan moet je niet tegen de psychologische grens aanlopen dat betrokken netwerkpartners zoiets hebben van, ja, maar het is niet meer van ons, die projectleider is niet van de BeterKeten, die is van dat ene ziekenhuis. Het lastige is dat deze projectleiders zelf ook altijd primair de verantwoordelijkheid voelen naar de eigen organisatie.” (Respondent 17). Er werd geopperd om **gezamenlijk te experimenteren met andere organisatievormen of nieuwe vormen van ‘network governance’** en ook aan dit type onderwerpen wetenschappelijk onderzoek te koppelen.

Meerdere medisch specialisten gaven in relatie tot de toekomst aan dat **het leren van elkaars ‘best practices’** meer aandacht mag krijgen. Het vertalen van wetenschappelijke onderzoeksresultaten naar een breder publiek (lekenpublicaties), wat in een van de grotere, bestaande netwerken al gebeurt, viel in dit kader het meeste in de smaak: “Je ziet dat in de wetenschap van alles bekend is, maar dat dit niet bij de dokter terecht komt, en ook niet bij de patiënt. We geven veel nascholing, landelijk, internationaal, maar dat is eigenlijk heel inefficiënt. Daarom dacht ik eraan een boek

te schrijven wat geschikt is voor leken, maar ook voor artsen. De artsen krijgen de wetenschappelijke resultaten, inclusief referenties, voorgeschoteld in een taal die zij meteen met hun patiënt kunnen delen”. (Respondent 1).

Tot slot werd meerdere keren door zowel artsen, bestuurders, onderzoekers en projectadviseurs aangegeven dat het van belang is om te **blijven evalueren en leren** over de wijze waarop samenwerken succesvol is, en vooral ook wanneer de samenwerking in een netwerk niet meer succesvol/werkbaar dreigt te zijn en wat je eraan kunt doen om dat tegen te gaan of weer om te draaien: “De truc is dat je met BeterKeten een soort **‘levende blauwdruk’** gaat maken. Om samen na te denken over hoe kun je nou die netwerkorganisatie en die samenwerking zo goed mogelijk doen, dat is gewoon een manier van werken en een manier van aandacht geven aan bepaalde onderwerpen. En dan loop je ook nog tegen een aantal hobbels aan en daar hebben we die strategieën voor bedacht. Dat helpt enorm om het tempo erin te houden, denk ik.” (Respondenten 13a en 13b).

Samenvattend bespraken we de volgende ambities voor de toekomst van BeterKeten:

- Méér samenwerkingsverbanden, rondom andere aandoeningen, op de manier zoals BeterKeten het nu faciliteert en ondersteunt. Behoud van de succesvolle werkwijze ‘van binnenuit en van onderaf’. Behoud van de rol van BeterKeten als ‘the network of networks’.
- Meer aandacht voor het meetbaar, zichtbaar én kenbaar maken van behaalde resultaten, en ook voor het afronden dan wel stoppen van een project (indien nodig);
- Professionaliseren van het projectbureau tot de rol van ‘makelaar’ (of ‘verbinder’) om de betrokkenen uit het netwerk met de juiste organisaties in contact te kunnen brengen en zo oplossingen te bieden met betrekking tot grote, terugkerende thema’s als financiën en het veilig delen van data, dossiers en beeldmateriaal;
- Het verbreden van netwerkzorg richting de eerste lijn;
- Zinnige zorg en het verdelen van zorg en zorginnovaties in de regio;
- Gezamenlijk experimenteren met en onderzoek doen naar nieuwe financierings- en organisatievormen of nieuwe vormen van netwerk governance in een regionaal innovatielab;
- Het bundelen van krachten richting stakeholders door middel van een gezamenlijke ambitie en het opbouwen van een gezamenlijke agendasetting in de regio;
- Bestuurlijke gelijkwaardigheid creëren door alle ziekenhuizen in de regio aan te sluiten als volwaardig partner, dit zal de uitrol van effectieve, regionale samenwerking bevorderen;
- Het verminderen van bestuurlijke drukte;
- Het vertalen van de wetenschappelijke resultaten naar een breder publiek (patiënten én professionals);
- Het uitwerken en doorontwikkelen van een ‘levende BeterKeten blauwdruk’.



## 5. Slothoofdstuk

In de voorgaande hoofdstukken is beschreven welke contextfactoren en onderliggende mechanismen van invloed zijn op de gerealiseerde meerwaarde van BeterKeten. In dit slothoofdstuk wordt gereflecteerd op de resultaten.

### Geïdentificeerde thema's

Reflecterend op de evaluatieresultaten zijn verschillende thema's geïdentificeerd die elkaar overlappen: i) visie op (sub)regionale samenwerking, ii) professionele en bestuurlijke inzetbaarheid en iii) de governance van BeterKeten en specifiek de rol en positie van het projectbureau.

#### Visie op (sub)regionale samenwerking

BeterKeten is te omschrijven als een stevig meta-netwerk met meerdere sub netwerken, waarbij zowel het *formele* (de geplande professionele en bestuurlijke overlegstructuur en het projectbureau) als *informele* (het 'losse' interprofessionele en bestuurlijke contact naast structureel ingepland) overleg als meerwaarde worden omschreven. Alle respondenten – medisch specialisten, (staf)bestuurders en het projectbureau – zijn trots op de vele sub netwerken die zijn geïnitieerd in de afgelopen jaren. BeterKeten fungeert als professioneel en bestuurlijk 'bindmiddel' in de regio, waarbij het verbeteren van patiëntenzorg en wetenschappelijk ontwikkeling leidende principes zijn.

De stevigheid van BeterKeten wordt toegeschreven aan de aanpak 'van binnenuit en van onderaf' in het faciliteren van samenwerking tussen professionals. De ideeën van enthousiaste, ambitieuze en innovatiegedreven 'medisch leiders' komen in BeterKeten tot ontwikkeling, ondersteund door proces- en projectexpertise vanuit het projectbureau. De inzet en drive van de betrokken medisch specialisten is een kracht, maar kan ook een kwetsbaarheid zijn van BeterKeten projecten. De ondersteuning en begeleiding van het projectbureau helpen dit ondervangen. De insteek en inzet van deze medisch leiders bepaalt sterk *hoe* organisaties (veelal ziekenhuizen) met elkaar samenwerken. Interessant is dat BeterKeten voor verschillende betrokkenen een andere betekenis heeft: voor professionals nodigt deelname aan BeterKeten uit tot wederzijds leren en informele uitwisseling, en voor bestuurders resulteert het in waardevol (in)formeel contact en kunnen organisatorische speerpunten tot uiting komen via BeterKeten ondersteuning.

Bestuurders benadrukken het belang van een lange termijnvisie aangaande BeterKeten. Medisch specialisten omschrijven voornamelijk hoe een visie op samenwerking tot uitwerking komt in het dagelijks handelen en welke 'zichtbare' effecten dit oplevert voor patiënten. Hoe regionale samenwerking van invloed is op de eigen werkzaamheden in de praktijk is een wezenlijk vraagstuk. Waar bestuurders samenwerking als integraal onderdeel omschrijven van de professionele werkpraktijk,

benoemen medisch specialisten dat zij hier mee dienen te ‘dealen’ in de dagelijkse praktijk van werk en privé. De evaluatie laat bovendien zien dat netwerkvorming ook kan schuren. Een gemeenschappelijk doel waarbij de patiënt prevaleert wordt frequent genoemd, maar kan niet als vanzelfsprekend worden beschouwd. Belangen in termen van autonomie en financiële overwegingen botsen in sommige gevallen met een meer regionale logica van samenwerking.

### **Professionele en bestuurlijke inzetbaarheid**

Respondenten benoemen overeenkomstig de meerwaarde van BeterKeten voor de patiënt, medisch wetenschappelijke vooruitgang en het werkplezier van zorgprofessionals. De toenemende nadruk op netwerkvorming tussen zorgprofessionals, gestimuleerd door bestuurders en het projectbureau, resulteert echter in professionele drukte. ‘Netwerken’ als werkwoord vergt relationeel werk en vergt aanvullend tijd en inspanning bovenop het direct patiëntgebonden werk. Opvallend is dat eveneens bestuurders zich toenemend begeven in een veelvoud aan (in)formele overlegfora rondom netwerkvorming. De bestuurlijke drukte roept de vraag op hoe BeterKeten zich verhoudt tot andere overlegfora in Groot-Rijnmond en welke inhoudelijke of meer procesmatige thema’s waar effectief belegd kunnen worden.<sup>22</sup>

Aanpalend wordt ‘duurzame inzetbaarheid’ van zorgprofessionals als onderbelicht thema omschreven door respondenten. Enerzijds omvat dit vraagstuk wat het voor zorgprofessionals betekent om in een toenemend aantal professionele verbanden, al dan niet bewust, te ‘bewegen’. Anderzijds roept het de vraag op in hoeverre zorgprofessionals voldoende toegerust zijn om zich het toenemend aantal netwerkverbanden ‘eigen’ te maken. Dit laatste wordt door sommige respondenten omschreven als de wenselijkheid voor ‘netwerkcompetenties’, omdat het werk over organisatiegrenzen heen om andere denkmanieren, methoden of vaardigheden vraagt om effectief samen te kunnen werken.<sup>23</sup> Genoemde voorbeelden zijn het optimaal werken in teams over organisatiegrenzen heen, het vinden van een evenwicht in rollen takenverdeling en ‘medisch leiderschap’, waarbij minder het eigen specialisme en meer een breder maatschappelijk perspectief centraal staat.<sup>24</sup>

### **Governance**

BeterKeten, en specifiek het projectbureau, geeft structuur aan de regionale samenwerking: enerzijds behelst BeterKeten een meta-netwerk van bestuurders en anderzijds is BeterKeten de optelsom van sub netwerken. Als onafhankelijke intermediair is het projectbureau gepositioneerd als ‘network administrative organization’ (NAO).<sup>25</sup> Hoewel gevestigd op locatie bij een van de deelnemende bestuurlijke partners, is het projectbureau een aparte entiteit en dient het

22 Nowell, B., Hano, M.C., Yang, Z. Networks of Networks? Toward an External Perspective on Whole Networks, *Perspectives on Public Management and Governance*, Volume 2, Issue 3, September 2019, Pages 213–233, <https://doi.org/10.1093/ppmgov/gvz005>

23 Belbin, M.R. (1998). *Teamrollen op het werk*. Den Haag: Academic Services.

24 Schruijer, S.G. & L.S. Vansina. (2007). *Samenwerkingsrelaties over organisatiegrenzen: Theorie en praktijk*. M&O Tijdschrift voor Management en Organisatie, 61(3/4), 203-218.

25 Provan, K. G., & Kenis, P. N. (2008). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(2), 229-252.

meerdere sub netwerken in de regio. Naast de meer formele governance aspecten van BeterKeten, leert de evaluatie ons dat verschillende informele lagen een rol spelen in netwerkvorming. Een illustratie hiervan is de uitgesproken waardering voor BeterKeten als ‘professioneel leernetwerk’ met interprofessionele contacten. Hoewel het experimenteren met verschillende governance modellen is benoemd (bijvoorbeeld door meer in te zetten op ‘netwerkleiders’ en zelfsturend vermogen in de ziekenhuizen), lijkt de BeterKeten governance stabiel. Dit geeft kansen om in een toekomstvisie hier verder op te bouwen.

## Toekomstbeeld

Tijdens de rondgang zijn verschillende onderdelen benoemd waar BeterKeten zich op kan richten. Consensus onder respondenten is aanwezig om de ‘werkende’ bouwstenen in de sub netwerken te blijven benutten. Vooral medisch specialisten uit de vier sub netwerken geven aan dat het huidige palet aan activiteiten geïntensiveerd kan worden (‘meer van hetzelfde’). Dit betekent in kwantitatieve termen het initiëren van meer projecten, en in kwalitatieve termen het verbeteren van deze projecten door meer zichtbaarheid te geven aan reeds behaalde resultaten voor de patiënt. Bovendien wordt het vertalen van wetenschappelijk onderzoek naar een breder publiek (zowel naar patiënten als professionals), evenals de uitbreiding van bestuurlijke partners met meerdere ziekenhuizen in Groot-Rijnmond genoemd.

Aanpalend is het verder professionaliseren van het projectbureau en de gegeven ondersteuning in de regio meermaals genoemd als vervolgfase. Deze professionaliseringslag omvat enerzijds het borgen van projecten door een duurzame overdracht naar de betrokken zorgorganisaties (‘het landen in de organisatie’), en anderzijds het ontwikkelen van een ‘levende BeterKeten blauwdruk’. Een blauwdruk met een bewezen effectieve projectaanpak wordt als meerwaarde omschreven om het verloop van projecten van meer structuur te voorzien. De evaluatie laat echter zien dat projectimplementatie niet los gezien kan worden van de context, waarbij onderliggende mechanismen verschillende uitkomsten kunnen generen.<sup>26</sup>

26 Verweij, S., & Pattyn, V. (2014). Beleidsbeoordelingen tussen methode en praktijk: Naar een meer realistische evaluatiebenadering. *Burger, Bestuur & Beleid*, 8(4), 260-267.

# Literatuurlijst

- Belbin, M.R. (1998). *Teamrollen op het werk*. Den Haag: Academic Services.
- Schruijer, S.G. & L.S. Vansina. (2007). *Samenwerkingsrelaties over organisatiegrenzen: Theorie en praktijk*. *M&O Tijdschrift voor Management en Organisatie*, 61(3/4), 203-218.
- Eimers, M. & Tiemessen, M. (2019). *Handreiking aandoenings specifieke netwerken*. Ontwikkeld in het kader van het project 'Netwerkzorg, een wereld te winnen'. Mogelijk gemaakt door ZonMw.
- Federatie Medisch Specialististen (2017). *Medisch Specialist 2025. Ambitie, vertrouwen, samenwerken*. Visiedocument. Te raadplegen via: <https://www.demedischspecialist.nl/onderwerp/medisch-specialist-2025#visie-2025>
- Kaats, E. & Opheij W. (2016). *Leren samenwerken tussen organisaties: allianties, netwerken, ketens, partnerships*. Deventer: Vakmedianet.
- Kruijthof, C.J. (2005). *Doctors' Orders: Specialists' Day to Day Work and their jurisdictional Claims in Dutch Hospitals*. Nieuwegein: Drukkerij Badoux (proefschrift).
- Nowell, B., Hano, M.C., Yang, Z. Networks of Networks? Toward an External Perspective on Whole Networks, *Perspectives on Public Management and Governance*, Volume 2, Issue 3, September 2019, Pages 213-233. <https://doi.org/10.1093/ppmgov/gvz005>
- Pater, C.J., Sligte, H., Eck, E. van. (2012). *Verklarende evaluatie. Een methodiek*. Amsterdam: Kohnstamm Instituut
- Pawson, R., & Klein Haarhuis, C. (2005). Evaluatie van complexe programma's: Een theoriegestuurde aanpak. *Justitiële Verkenningen*, 31(8), 42-53.
- Pawson, R. & Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. London: Sage Publications.
- Projectbureau BeterKeten. (2018). *Jaarplan 2019: Zichtbaar in Samenwerking en Resultaat*. Versie december 2018.
- Provan, K. G., & Kenis, P. N. (2008). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(2), 229-252.
- Scheer, van der. W. (2013). *Onder zorgbestuurders: omgaan met bestuurlijke ambiguïteit in de zorg*. Amsterdam: Reed Business Education (proefschrift).

Strauss, A., Schatzman, L., Ehrlich D., Bucher, R. & M. Sabshin. (1973). *The hospital and its negotiated order* in *People and Organizations*. Salaman, G. & K. Thompson (eds), 303-320, London: The Open University Press.

Verweij, S., & Pattyn, V. (2014). Beleidsevaluaties tussen methode en praktijk: Naar een meer realistische evaluatiebenadering. *Burger, Bestuur & Beleid*, 8(4), 260-267.

<https://www.conforte.nl/>

<https://derotterdamsezorg.nl/>

<https://gezond010.nl/>

<https://stichting-srz.nl/>

<https://www.traumacentrumzwn.nl/activiteiten/roaz/>

<https://rijnmondnet.nl/>

# Bijlage I Semigestructureerde interviews

## Vertrouwelijkheid

- Van het interview wordt een audio-opname gemaakt.
- Het interview wordt ad-verbatim uitgewerkt (letterlijk getranscribeerd).
- Het transcript wordt vervolgens gebruikt in het verdere onderzoek.
- Uw privacy is en blijft maximaal beschermd.
- Er wordt op geen enkele wijze vertrouwelijke informatie of persoonsgegevens van u naar buiten gebracht.
- Onderzoeksgegevens worden geanonimiseerd.
- We citeren niet letterlijk uit interviews en noemen dus geen namen van personen.
- De opnames worden geanonimiseerd opgeslagen bij het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur (ESHPM, EUR).

## Interview

De interviewer zal doorvragen naar voorbeelden ter illustratie en om gegeven antwoorden concreter te maken.

28

### Gegevens

- Hoeveel jaar bent u al werkzaam als medisch specialist?
- Hoeveel jaar bent u al medisch specialist in dit ziekenhuis?

## Start/Context

- Sinds wanneer bent u betrokken bij BeterKeten?
  - Specifiek bij welke (deel)projecten van BeterKeten bent u betrokken?
- Waar kwam het initiatief voor de start van dit project vandaan? Wanneer, waar en door wie specifiek (geen naam nodig, functie en type persoon)?
- Hoe bent u betrokken geraakt?
- Hoe kijkt u terug op het 'inrichtingsproces' (de opstartfase)? Denk aan de projectorganisatie en ondersteuning.
- Wat zijn voor u de belangrijkste ambities van dit BeterKeten-project?
- Wat zijn voor u persoonlijk de drijfveren om hieraan te werken?
- Hoe ervaart u de samenwerking tussen de ziekenhuizen betrokken bij dit project?
- Waar bent u trots op in de samenwerking? Wat loopt soepel?
- Waar kan volgens u wellicht bijgestuurd worden in de samenwerking? Wat kan beter?
- Welke karaktereigenschappen zijn bevorderlijk voor de samenwerking?
- Welke karaktereigenschappen zijn minder bevorderlijk voor de samenwerking?

- Als we kijken naar de context waarin dit project zich afspeelt (op macro-, meso, microniveau), welke externe factoren zijn dan volgens u van invloed op de samenwerking?

## Meerwaarde

- Wat is volgens u de meerwaarde (in de breedste zin van het woord) van dit project?
- Wat levert het project concreet aan resultaten op (voor u als professional, voor de patiënt, voor het ziekenhuis, voor de maatschappij)?
- Heeft het project ook onverwachte effecten gehad (positief dan wel negatief)?

## Mechanismen

Het uitgangspunt voor deze evaluatie is dat BeterKeten-projecten “werken”, het feit dat er al 10 jaar wordt samengewerkt, is daar het bewijs van. Een klassieke evaluatie kijkt voornamelijk naar de resultaten die aangetoond ofwel gemeten kunnen worden, denk aan een verandering in verwijspatronen of uitkomstindicatoren. In deze evaluatie willen we graag achterhalen waarom het werkt en hoe het werkt. De vraag: ‘wat werkt, voor wie, onder welke omstandigheden (context) en waarom?’ staat centraal. Dat gaat vaak over niet-direct zichtbare en niet-tastbare mechanismen: houding en gedrag van bepaalde personen, groepen en organisaties, rationele/irrationele overtuigingen van personen, sociale invloeden vanuit collega’s zoals steun/support of juist druk/tegenmacht.

- Waarom werkt BeterKeten volgens u?
  - Wat werkt er dan volgens u, voor wie, onder welke omstandigheden en waarom?
- Wat zijn volgens u de werkende, onderliggende mechanismen in dit BeterKeten samenwerkingsproject?
- In de Brochure Trots en Nu (2017) wordt ook benoemd “Wist je dat? Niet alles een succes is en er ook projecten zijn geweest die nog niet hebben geleid tot waardevolle resultaten?” Waarom is dat volgens u? Wat zijn volgens u onderliggende mechanismen die juist belemmerend kunnen werken?
- BeterKeten laat zien dat samenwerking vele vormen kent, er zijn veel verschillende projecten, ook verschillende deelprojecten binnen één samenwerkingsverband. Wat maakt volgens u dat het ene (deel)project wel “als vanzelf loopt” en het andere project wat meer strubbelingen kent?

## Toekomst

- Zijn de ambities die u aan het begin van ons gesprek noemde, bereikt? Met andere woorden, waar staan jullie op dit moment?
- Wat willen jullie verder bereiken?
- Hoe ziet de volgende fase van dit specifieke project er volgens u uit?
- BeterKeten “2.0” wat is dat volgens jou? Borgen, opschalen, innoveren?
- Wat hebt u nodig om die volgende fase in te kunnen gaan?
- Wat hebben anderen nodig om die volgende fase in te kunnen gaan?
- Is er voldoende kennis, ervaring en competenties aanwezig voor die volgende fase?



# Bijlage II Aanpak BeterKeten



**BeterKeten**  
expertise door samenwerking



## Inzet en aanpak stichting BeterKeten

*“Regionale samenwerking tussen zorgaanbieders biedt toekomstperspectief.*

*Door méér samen te werken, kan méér bereikt worden voor de patiënt, de medisch specialist, de medewerker en de maatschappij dan ieder voor zich. De patiënt van vandaag verlangt dit van ons en de patiënt van morgen verwacht niet anders.”*

De stichting BeterKeten stimuleert, initieert en faciliteert regionale samenwerking rondom patiëntenzorg en wetenschappelijk onderzoek. Met als doel: samen de kwaliteit en doelmatigheid van zorg in de regio versterken. Het projectbureau van de BeterKeten is beschikbaar om samenwerkingsvraagstukken projectmatig en resultaatgericht te verkennen en te realiseren.

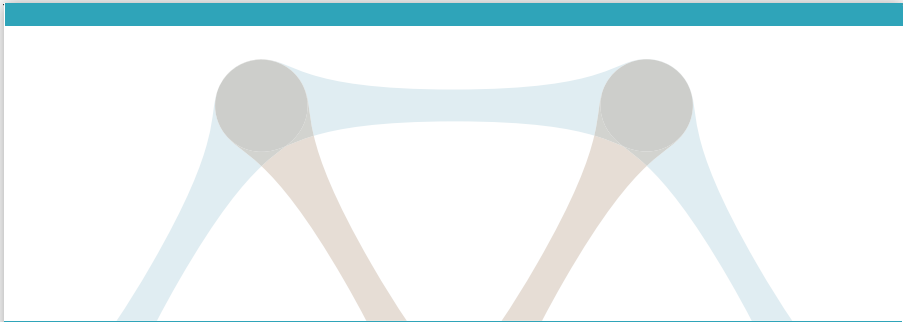
Kenmerkende elementen van een 'BeterKeten-project' zijn:

- Het betreft een zinvol vraagstuk: de patiënt heeft er baat bij en de verwachte impact is groot.
- Centrale thema is regionale samenwerking rondom patiëntenzorg en/of wetenschappelijk onderzoek.
- Samenwerking met professionals uit andere ziekenhuizen in regio Rijnmond is de basis. Daarbij is het streven om, indien relevant en zo nodig gefaseerd, alle ziekenhuizen uit te nodigen voor deelname.
- Partijen uit de eerste lijn worden betrokken bij de samenwerking. De keten begint en eindigt tenslotte veelal niet in een ziekenhuis.
- Doel van de samenwerking: samen de beste zorg op de juiste plek realiseren, waarbij deze naadloos op elkaar aansluit wanneer er sprake is van meerdere zorgaanbieders.
- De patiënt staat centraal, wat betekent dat alle andere belangen hieraan ondergeschikt zijn.
- De unieke ervaringsdeskundigheid van de patiënt wordt gebruikt als zinvolle input voor verbeteringen van zorg.

- Nadrukkelijke inzet op meetbare waarde. Consequenties van de samenwerking voor de patiënt worden inzichtelijk gemaakt. Samen wordt [verder] ingezet op transparantie over de kwaliteit van de geleverde zorg.

Belangrijke voorwaarde voor succes is dat er sprake is van een gedeelde ambitie die gedragen wordt door alle belanghebbenden. Realisatie van ambities vereist commitment en inzet van betrokken professionals en organisaties.

Elke professional of organisatie uit de regio kan een samenwerkingsvraagstuk indienen bij de BeterKeten. Heeft u een waardevol idee waardoor de zorg in de regio versterkt kan worden in samenwerking met anderen? Neem dan contact op met de BeterKeten. Het projectbureau bij de BeterKeten verkent graag met u of uw voorstel kan leiden tot een waardevolle samenwerking voor de patiënt in de regio.



*Professionals uit de ziekenhuizen kunnen in hun samenwerkingsambities ondersteund worden door het projectbureau van de BeterKeten. Vanuit een ondersteunende, adviserende en/of coördinerende rol kan ondersteuning geleverd worden in de zes fases van het project:*



#### FASE 1: VERKENNING

Van samenwerkingskansen met (medisch) professionals uit de betrokken zorginstellingen. Wat is de beoogde meerwaarde voor de patiënt, professionals en organisaties? Resultaat: ambitiedocument, wat voorgelegd wordt aan de gremia in de instellingen.

#### FASE 2: UITWERKING

Na goedkeuring wordt de ambitie uitgewerkt in concrete plannen en doelstellingen. Waar nodig, worden deze onderbouwd met data. Opnieuw wordt gekeken of het voorstel voldoende meerwaarde oplevert vanuit de perspectieven van patiënt, verzekeraar, verwijzer en professional. Consequenties en haalbaarheid van het voorstel worden inzichtelijk gemaakt.

#### FASE 3: VOORBEREIDING

Tijdens deze fase wordt een plan van aanpak opgesteld, waarin aangegeven wordt op welke wijze [hoe, wanneer, wie, wat] de plannen en doelstellingen gerealiseerd worden. Een projectorganisatie wordt ingericht. Concrete resultaten worden benoemd en eventueel wordt een nulmeting gedaan.

#### FASE 4: UITVOERING

De gemaakte plannen worden gerealiseerd. Tijdens de implementatie van het project heeft het projectbureau een coördinerende, regisserende en/of adviserende rol. Betrokkenen uit de ziekenhuizen zijn primair verantwoordelijk voor de daadwerkelijke realisatie in hun ziekenhuis.

#### FASE 5: NAZORG

Het project wordt afgerond door de samenwerkingsafspraken vast te leggen, afspraken te maken over de borging en evaluatie en over de rollen en verantwoordelijkheden.

#### FASE 6: EVALUATIE

Conform afspraken, wordt het project na een bepaalde periode geëvalueerd met de betrokkenen. Gekeken wordt of de doelstellingen zijn bereikt en wat de effecten zijn voor de kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Waar mogelijk worden patiëntenervaringen verzameld, als input voor de evaluatie.

Stichting BeterKeten, Bezoekadres: Erasmus MC, Z-gebouw, 's Gravendijkwal 230, kamer Z-546  
Postadres: Erasmus MC, kamer Z-546, t.a.v. BeterKeten, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam  
T: 010 - 703 12 96, E: info@beterketen.nl, www.beterketen.nl

**SAMEN WERKEN AAN DE BESTE ZORG IN DE REGIO**

Het Erasmus MC, Franciscus Gasthuis & Vlietland, Maastad Ziekenhuis en Albert Schweitzer Ziekenhuis zijn de bestuurlijke partners van de stichting BeterKeten. Op inhoud wordt nauw samengewerkt met alle ziekenhuizen in de regio.



**Erasmus University Rotterdam**  
**For ambitious thinkers and doers.**

