



SUCCES EN FAALFACTOREN  
BIJ SAMENWERKING  
IN DE ZORG

**Vintura** <>  
*a different consulting experience*

Volgorde van  
binnenkomst is niet  
altijd de volgorde  
van behandeling!

# wachtkamer

## INSPIRATIE

VOORWOORD

Samenwerking tussen zorginstellingen is een voorwaarde om tot betere, meer betaalbare en beter toegankelijke zorg te komen. Vrijwel alle zorgaanbieders die wij in de dagelijkse praktijk tegenkomen zijn het daar mee eens. Op de vraag hoe die samenwerking succesvol vormgegeven en gerealiseerd moet worden, zijn de antwoorden echter veel minder eenvoudig.

Dit is voor ons de aanleiding geweest voor een onderzoek naar wat de succesfactoren zijn bij samenwerking in de zorg. Deels omdat het ons inspireert en helpt bij het verbeteren van de ondersteuning die wij onze cliënten bieden. Maar ook omdat wij overtuigd zijn van de kracht van samenwerking. Samenwerking tussen zorginstellingen kan leiden tot een zorglandschap waarin kennis sneller gedeeld wordt, expertises optimaal ingezet worden en de patiënt de vruchten plukt van daadwerkelijk geïntegreerde, multidisciplinaire zorg. Maar de patiënt

zal die vruchten alleen plukken indien de samenwerking ook daadwerkelijk succesvol gerealiseerd wordt. Hier willen wij met deze publicatie een bijdrage aan leveren.

Wij willen graag alle ziekenhuisbestuurders, medisch specialisten en andere ervaringsdeskundigen die hebben deelgenomen aan de vraaggesprekken of discussiebijeenkomsten in dit onderzoek bedanken voor hun bijdrage. Wij hopen dat het lezen van deze publicatie u nieuwe inzichten geeft om bestaande en nieuwe samenwerkingen te versterken. Wij zijn ook erg benieuwd naar uw ervaring met samenwerking. Wat werkt wel en wat niet? We delen met alle plezier onze uitgebreide ervaring op dit gebied met u.

Adriaan de Vries  
Bas Amesz  
Elvera Maas  
Remco Jansen



Gipskamer Polipllein 00

Route 720

Prikpost Polipllein

Route 719

## INHOUD

### INSPIRATIE

|           |   |
|-----------|---|
| Voorwoord | 2 |
|-----------|---|

### SAMENVATTING

|             |   |
|-------------|---|
| In het kort | 6 |
|-------------|---|

### INLEIDING

|                           |   |
|---------------------------|---|
| 1. Lessen uit de praktijk | 8 |
|---------------------------|---|

### FUSIES EN SAMENWERKING IN DE ZORG DOOR DE JAREN HEEN

|                            |    |
|----------------------------|----|
| 2. Tussen willen en moeten | 10 |
|----------------------------|----|

### RAAMWERK SUCCESFACTOREN

|                        |    |
|------------------------|----|
| 3. Een roos van succes | 14 |
|------------------------|----|

### SUCCESFACTOREN IN DE ORIENTATIEFASE

|  |    |
|--|----|
| 4. Van persoonlijke doelen naar gezamenlijke intenties | 22 |
|--|----|

### SUCCESFACTOREN IN DE INRICHTINGSFASE

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| 5. Van intenties naar ontwerp | 30 |
|-------------------------------|----|

### SUCCESFACTOREN IN DE REALISATIEFASE

|  |    |
|--|----|
| 6. Van ontwerp naar realiteit van de dag | 38 |
|--|----|

### NAWOORD

|          |    |
|----------|----|
| Tot slot | 43 |
|----------|----|

## IN HET KORT

### SAMENVATTING

Fusie en samenwerking tussen ziekenhuizen zijn van alle tijden, en recentelijk is door de ingrijpende markt- en stelselwijzigingen de aandacht hiervoor nog verder toegenomen. Maar hoewel veelbelovend bij de start, stranden fusieprocessen soms al vóór de eindstreep. En als zij op papier wél de eindstreep halen voldoen zij regelmatig niet aan de verwachtingen of oorspronkelijke doelstellingen. Ons onderzoek, gebaseerd op ervaring uit het veld, leert dat om wél succesvol te zijn, twee zaken van belang zijn:

1. Het volgen van een heldere en logische procesgang, gestart vanuit een duidelijke doelstelling
2. Expliciete aandacht voor dertien succesfactoren

De procesgang bestaat uit:

- Een oriëntatiefase waarin de noodzaak of wenselijkheid van de samenwerking duidelijk wordt.
- Een inrichtingsfase waarin de toekomstige situatie in toenemende mate van detail wordt ontworpen.
- Een realisatiefase waarin de samenwerking daadwerkelijk tot stand komt en de veranderingen worden doorgevoerd.

Voor een succesvolle fusie of samenwerking bestaat geen limitatieve checklist. De dertien factoren die hier gepresenteerd worden (zie tabel) zijn die succesfactoren die in de praktijk hebben bewezen een samenwerkingsproces te kunnen maken of breken. Dat gebeurt omdat ze onvoldoende aandacht krijgen, niet effectief worden ingevuld of simpelweg worden vergeten. Deze lijst is onder te verdelen in drie kernthema's, over de drie fases heen.

Samenwerking realiseren vereist intensieve, complexe verandertrajecten. Een one-size-fits-all aanpak bestaat niet. In plaats van een allesomvattende blauwdruk biedt deze publicatie dan ook een handvat, gebruikmakend van dat wat de praktijk ons leert. Het geeft bestuurders met de intentie tot samenwerking een richting en een manier om prioriteiten te bepalen bij de besluitvorming, inrichting en realisatie.

## SUCCESSFACTOREN INGEDEELD NAAR FASE EN KERNTHEMA

|  | Oriëntatiefase  | Inrichtingsfase  | Realisatiefase   |
|--|---|--|--|
| Strategie van de samenwerking          | <ul style="list-style-type: none"><li>• Stel heldere doelen en stem de samenwerkingsvorm hierop af</li></ul>                        | <ul style="list-style-type: none"><li>• Stel de bestuurlijke kaders</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Stuur op samenwerkingsdoelstellingen</li><li>• Maak resultaten zichtbaar</li></ul> |
| Organisatie van de verandering         | <ul style="list-style-type: none"><li>• Richt een klein kernteam in</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Richt strak programma-management in</li><li>• Zet de specialist in the lead</li></ul>                            | <ul style="list-style-type: none"><li>• Zorg voor behoud van momentum</li></ul>  |
| Communicatie en stakeholder management | <ul style="list-style-type: none"><li>• Creëer vertrouwen tussen bestuurders</li><li>• Deel de intenties met stakeholders</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Creëer vertrouwen tussen professionals</li><li>• Richt intensief intern en extern relatiemanagement in</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Zorg voor behoud van vertrouwen</li></ul>  |

# 1. LESSEN UIT DE PRAKTIJK

## INLEIDING

*Samenwerking tussen ziekenhuizen is actueler dan ooit. 89% van de bestuurders van ziekenhuizen in Nederland is bezig met de voorbereiding of het realiseren van samenwerking. Hiervan zitten 22 ziekenhuizen daadwerkelijk in de verkennende of voorbereidende fase<sup>1</sup>.*

Maar het onderwerp ligt maatschappelijk onder het vergrootglas. Velen bekijken de initiatieven tot samenwerking met argusogen. Uit publicaties, nieuwsberichten, blogs, columns, en online discussies blijkt dat de publieke opinie verdeeld is over het nut van fusies en samenwerkingen. De overheid zoekt een evenwicht tussen het stimuleren van samenwerking – ten behoeve van concentratie en spreiding van zorg – en het bewaken van de keuzevrijheid voor de patiënt.

Samenwerking tussen zorginstellingen is een voorwaarde om tot een beter zorglandschap te komen. Een zorglandschap waarin de patiënt de vruchten plukt van geïntegreerde, hoogwaardige multidisciplinaire zorg. Dit lukt alleen wanneer de samenwerking ook daadwerkelijk succesvol gerealiseerd wordt. Een aanzienlijk deel van de voorgenomen initiatieven wordt echter vroegtijdig afgeblazen of levert niet op wat oorspronkelijk werd beoogd.

Deze publicatie biedt bestuurders en professionals een handvat voor het realiseren van succesvolle samenwerking. Wij pellen af wat de kritische succesfactoren zijn: In welke situatie is welke vorm van samenwerking

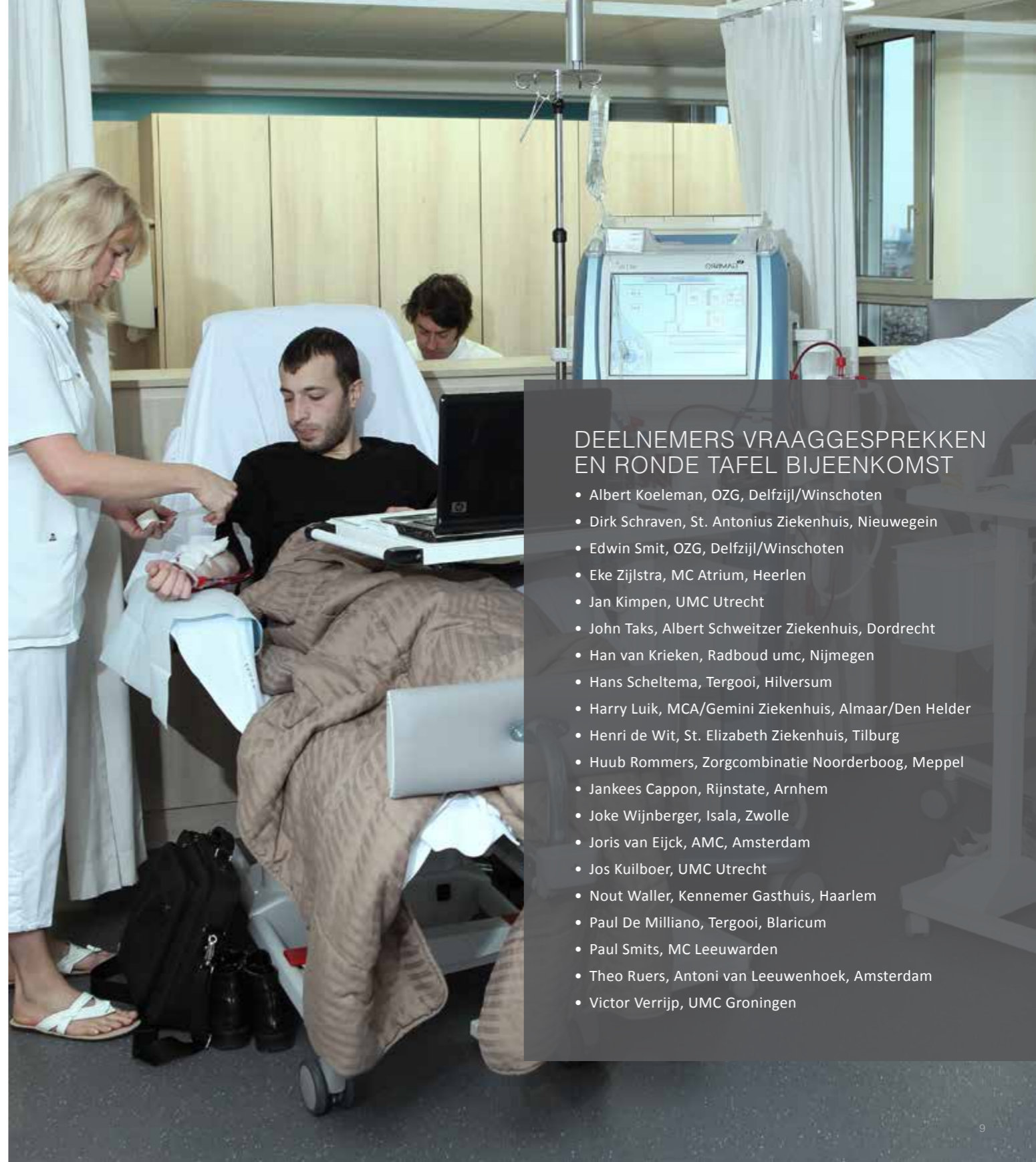
opportuun? Hoe mobiliseer ik de tandem zorgbestuurder – medisch specialist om tot vruchtbare samenwerking te komen? En hoe zorg ik dat de ingezette verandering ook daadwerkelijk leidt tot de beoogde winst voor patiënt, arts en organisatie?

In de aanpak is gebruik gemaakt van vier informatiebronnen:

- Vraaggesprekken met een groot aantal ervaringsdeskundigen waaronder bestuurders, medisch specialisten en programmamanagers
- Een ronde tafel bijeenkomst met een selectie van deze ervaringsdeskundigen
- Onze eigen ervaringen bij het begeleiden van fusies en samenwerkingsverbanden
- Publicaties en mediaberichtgeving

De insteek is niet een alomvattende blauwdruk voor succesvolle samenwerking te maken. De praktijk wordt aan het woord gelaten om te bepalen wat echt werkt, wat niet werkt en welke cruciale zaken vaak vergeten worden. Deze inzichten hebben we aangevuld met onze eigen praktijkervaring en kennis uit de literatuur. De hier voorliggende publicatie kan daarmee gelezen worden als een optelsom van concrete, hanteerbare succesfactoren, zogezegd ‘vanuit de modder’ ontstaan.

<sup>1</sup>Wie doet ‘t met wie in de zorg, 2013 - KMPG



## DEELNEMERS VRAAGGESPREKKEN EN RONDE TAFEL BIJEENKOMST

- Albert Koeleman, OZG, Delfzijl/Winschoten
- Dirk Schraven, St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein
- Edwin Smit, OZG, Delfzijl/Winschoten
- Eke Zijlstra, MC Atrium, Heerlen
- Jan Kimpen, UMC Utrecht
- John Taks, Albert Schweitzer Ziekenhuis, Dordrecht
- Han van Krieken, Radboud umc, Nijmegen
- Hans Scheltema, Tergooi, Hilversum
- Harry Luik, MCA/Gemini Ziekenhuis, Almeer/Den Helder
- Henri de Wit, St. Elizabeth Ziekenhuis, Tilburg
- Huub Rommers, Zorgcombinatie Noorderboog, Meppel
- Jankees Cappon, Rijnstate, Arnhem
- Joke Wijnberger, Isala, Zwolle
- Joris van Eijck, AMC, Amsterdam
- Jos Kuilboer, UMC Utrecht
- Nout Waller, Kennemer Gasthuis, Haarlem
- Paul De Milliano, Tergooi, Blaricum
- Paul Smits, MC Leeuwarden
- Theo Ruers, Antoni van Leeuwenhoek, Amsterdam
- Victor Verrijp, UMC Groningen

## 2. TUSSEN WILLEN EN MOETEN

FUSIES EN SAMENWERKING IN DE ZORG DOOR DE JAREN HEEN

### Samen beter dan alleen?

In de jaren tachtig van de vorige eeuw werden meerdere fusies ingezet tussen voornamelijk kleinere ziekenhuizen, vaak ingegeven door financiële problemen, vaak ook op last van de Rijksoverheid<sup>2</sup>. Tegelijk namen in deze periode voorheen logische redenen om verschillende zorginstellingen in één regio te behouden af in relevantie (zoals geloofsovertuigingen).

Rond de eeuwwisseling had de zogenaamde ‘fusiebonus’ als effect, dat ziekenhuizen door middel van fusievorming tot schaalvergroting kwamen. Immers: hoe groter het ziekenhuis, hoe meer geld het per opname kreeg<sup>3</sup>. In 2002 is deze grootte-toeslag afgeschaft.

Met de invoering van het huidige zorgstelsel in 2006, en de beoogde toenemende concurrentie tussen ziekenhuizen, zijn de redenen voor ziekenhuizen om de handen ineen te slaan veranderd.

Uit de gesprekken met bestuurders kwamen wij tot een aantal doelstellingen voor samenwerking. Deze zijn samen te vatten in drie categorieën (zie tabel):

1. Zorginhoudelijke doelstellingen
2. Organisatorische doelstellingen
3. Concurrentie doelstellingen

In het zorgveld leeft sterk het besef dat concentratie van zorg nodig is vanuit zowel een kwaliteits- als een kostenperspectief. De minimale volumennormen die de medische professie zichzelf oplegt, maken concentratie uit kwaliteitsoogpunt noodzakelijk en worden door zorgverzekeraars steeds vaker als contracteringsvoorwaarde overgenomen.

<sup>2</sup>Het ‘Plan Gardeniers’ (1982) was er op gericht om 800 miljoen aan structurele bezuinigingen te realiseren door middel van een beddenreductie van 8000 bedden en reductie van het aantal ziekenhuizen.

<sup>3</sup>De gedachte achter deze hogere vergoedingen voor grotere ziekenhuizen was dat grotere ziekenhuizen hogere kwaliteit en complexere en dus duurder zorg leveren.

## DOELSTELLINGEN VOOR SAMENWERKING TUSSEN ZIEKENHUIZEN

| Categorie              | Doelstellingen voor samenwerking  |
|------------------------|---|
| <b>Zorginhoudelijk</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Betere kwaliteit van zorg (door hogere volumes, concentratie IC)</li><li>• Voldoen aan volumennormen</li><li>• Kwaliteitsverbetering door 24/7 diensten te kunnen draaien op sub-specialisatie niveau</li><li>• Behoud van zorg voor de regio (complexe en acute zorg of voor/nazorg hiervan)</li><li>• Geografische uitbreiding van het adherentiegebied, onder andere ten behoeve van onderzoek en topklinische zorg</li><li>• Verkrijgen of behouden STZ status</li></ul>  |
| <b>Organisatorisch</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Lijfsbehoud instelling (bij dreigend faillissement)</li><li>• Creëren financiële armsgslag ten behoeve van benodigde investeringen</li><li>• Realiseren inkoopvoordelen</li><li>• Efficiency en kwaliteit overheadfuncties</li><li>• Gedeelde inzet van schaarse productiemiddelen</li><li>• Meer flexibiliteit ten behoeve van efficiënte inzet en 24/7 beschikbaarheid van zorg</li><li>• Aantrekkelijk werkgeverschap voor medisch professionals (ruimte voor subspecialisatie, onderzoeksmogelijkheden, status)</li><li>• Roosterflexibiliteit voor medewerkers (o.a. ontlasten van nachtdiensten)</li><li>• Invulling geven aan bestuurlijke groeiambities</li></ul> |
| <b>Concurrentie</b>    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Bestand zijn tegen concurrentiedruk in de regio (bestaande zorgaanbieders en nieuwe toetreders)</li><li>• Tegenstand bieden aan onderhandelingsmacht zorgverzekeraars</li></ul>   |



**“Zonder fusie is lateralisatie<sup>4</sup> niet mogelijk”**

Bovenstaande uitspraak wordt veel genoemd als noodzaak om te fuseren. In de praktijk blijkt echter dat het heel goed mogelijk is om zorg te lateraliseren zonder fusie. Dit betreft echter kleinschalige lateralisatie, zoals in een aantal regio's gebeurt met oncologische chirurgie. De verschillende behandelingen worden dan elk in een ander ziekenhuis geconcentreerd, waarbij aan stijgende volume- en kwaliteitsnormen wordt voldaan terwijl elk ziekenhuis een deel van de zorg behoudt.

De uitspraak geldt echter wel voor grootschalige lateralisatie zoals:

- Concentreren van SEH of IC op één locatie
- Oprichten van gezamenlijke centra, voor bijvoorbeeld moeder-kind zorg of oncologie
- Ontwikkelen van nieuwe zorgprofielen per locatie (electief vs. spoed; dagklinik vs. 24/7 bedrijf)

Goede afspraken maken tussen afzonderlijke ziekenhuizen over grootschalige lateralisatie blijkt in de praktijk erg ingewikkeld, soms zelfs ingewikkelder dan een fusieproces.

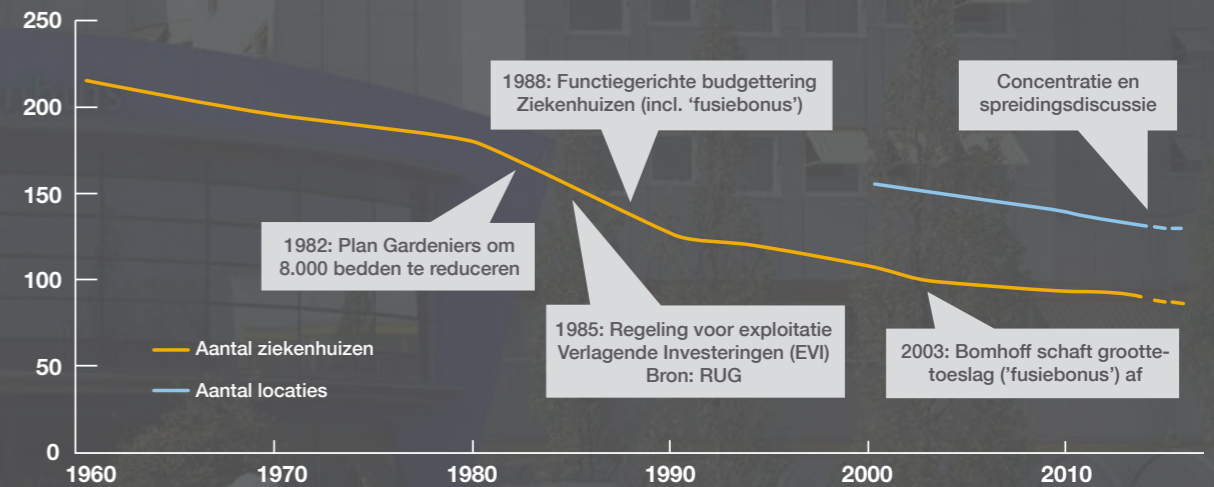
Sterk complicerende factoren hierbij deze grootschalige lateralisatie zijn:

- *De gevolgen voor betrokken medewerkers*  
Zij moeten mogelijk over naar een nieuwe werkgever, krijgen te maken met meerdere werkgevers of dreigen bepaalde typen patiënten te verliezen.
- *Domino-effect op rest van de zorg*  
Het risico bestaat dat het ziekenhuis met het verdwijnen van een behandeling, ook andere behandelingen niet meer kan aanbieden, omdat de schaal verdwijnt om de noodzakelijke expertise of infrastructuur te organiseren.
- *Financiële vooruitzichten*  
Het risico bestaat dat voor één van de ziekenhuizen het nieuwe zorgportfolio niet financieel rendabel is. In het bedrijfsleven wordt een overname van bedrijfsactiviteiten (en de bijbehorende investeringen en toekomstige opbrengsten) gecompenseerd door een koopsom. In de zorg is een dergelijke compensatie voor het over te nemen zorgaanbod (nog?) niet gebruikelijk.

Voor grootschalige lateralisatie van zorg, met sterk aangescherpte zorgprofielen per locatie, lijkt een fusie daarom tot op heden noodzakelijk.

<sup>4</sup>Lateralisatie: het concentreren van bepaalde ziekenhuiszorg op één locatie en het beëindigen van die zorg op een andere locatie. In de praktijk worden bij lateralisatie vaak bepaalde typen zorg over en weer op locaties geconcentreerd en is er dus sprake van een twee-richtingen oplossing.

**Aantal ziekenhuizen in Nederland**



NB: Weergave o.b.v. data over 1960, 1970, 1980, 1990, 1994, 1999, 2000, 2003, 2008, 2013, overige getallen zijn geïnterpoleerd

\* Bron RUG: *Ziekenhuisfusies, procesgang en resultaten beschouwing vanuit enkele Neo-institutionele en organisatiekundige theorieën*

Door fusies en overnames is sinds 2003 het aantal ziekenhuisorganisaties gedaald van 99 naar 92. Op basis van het aantal momenteel lopende gesprekken tussen ziekenhuizen wordt op korte termijn een verdere daling van nog eens 6 ziekenhuisorganisaties verwacht. Sinds 2003 is het aantal ziekenhuislocaties in Nederland gedaald van 151 naar 131. Het merendeel van de sluitingen van locaties in deze

periode heeft plaatsgevonden na een fusie met een ander ziekenhuis. Niet elke fusie leidt echter per definitie tot minder ziekenhuislocaties. Veel gefuseerde ziekenhuisorganisaties houden meerdere locaties in stand. Bovendien is sinds 2003 het aantal geregistreerde buitenpoliklinieken vervijfvoudigd, van 21 naar 106.<sup>5</sup>

<sup>5</sup>Bronnen: RIVM; Zorgatlas

# 3. EEN ROOS VAN SUCCES

## RAAMWERK SUCCESFACTOREN

### Succes, of toch niet?

Uit ons onderzoek blijkt dat een aanzienlijk deel van de voorgenomen samenwerkingstrajecten wordt afgeblazen. Gebeurt dit vroeg in het proces, dan blijven de voornemens publiekelijk nog 'onder de radar'. Maar ook van de fusies of samenwerkingen die reeds breed in de openbaarheid zijn aangekondigd, wordt één op de drie niet gerealiseerd.

Ook samenwerkingen die op papier wel de eindstreep halen voldoen vaak niet aan de verwachtingen of doelstellingen die vooraf werden gesteld. In de literatuur worden zelden hogere succesratio's dan 50% gerapporteerd ten aanzien van fusies in de private sector. Gezien de complexiteit van de zorginstellingen vormen fusies tussen ziekenhuizen hierop geen positieve uitzondering.

Ondanks deze negatieve statistieken kan een succesvolle samenwerking veel bieden. Vraag blijft dan wat een ziekenhuis moet doen om dat succes te realiseren. Ons onderzoek, op basis van ervaring uit het veld, leert dat hiervoor twee zaken van belang zijn:

- Een heldere en logische procesgang, gestart vanuit een duidelijke doelstelling
- Expliciete aandacht voor dertien succesfactoren

### Een heldere en logische procesgang, gestart vanuit een duidelijke doelstelling

De totstandkoming van een succesvolle samenwerking is een proces van actie en reflectie. Op sommige momenten is het nodig stil te staan bij het hoe en waarom en op andere momenten moet juist worden doorgepakt. Een goed proces begint met het hebben van een duidelijk organisatiedoel. Wat wil het ziekenhuis bereiken en wat zijn de uitdagingen

voor de (nabije) toekomst? Als dit doel helder is, wordt duidelijk óf en wát een samenwerking aan meerwaarde kan bieden.

Het doel van een samenwerking zal daarmee altijd een uitvloeisel zijn van de eigen organisatiedoelen en moet de eigen toekomstplannen ondersteunen. Voorbeelden waar deze samenhang tussen de organisatie- en samenwerkingsdoelen zichtbaar is:

- *Overleving*  
Als een ziekenhuis het niet 'in zijn eentje' redt en dreigt failliet te gaan, is aansluiting bij een ander ziekenhuis een reële optie.
- *Behoud van bepaalde topklinische zorg of ontwikkeling van medische speerpunten*  
Indien (veranderende) normen van medisch specialistische vakverenigingen schaalvergroting vereisen, kan samenwerking met een andere partij een oplossing bieden.

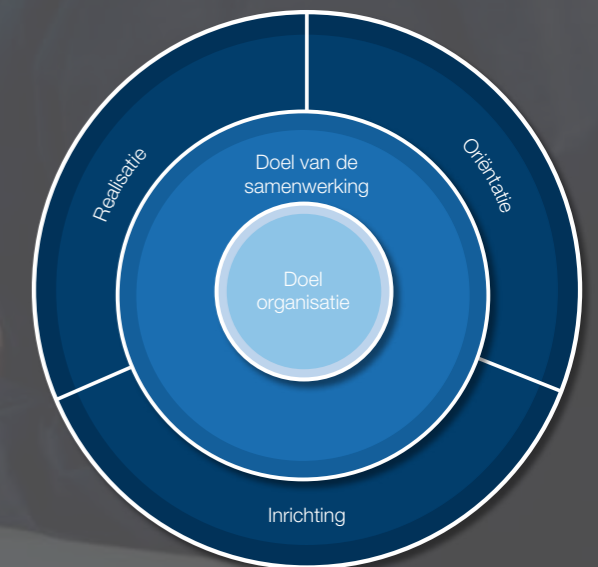
Het helder hebben van de organisatie- en samenwerkingsdoelen is niet alleen relevant voor het creëren van een inhoudelijk sterke basis voor de samenwerking. Het is ook van belang voor draagvlak en acceptatie van de omgeving. Delen van de noodzaak, liefst vóórdat de gesprekken tussen ziekenhuizen beginnen, zorgt voor minder onrust in een latere fase.

Met een helder doel voor ogen kan het proces van totstandkoming beginnen. Dit proces is onder te verdelen in drie fasen:

- I. Oriëntatiefase
- II. Inrichtingsfase
- III. Realisatiefase



## HET BASISMODEL: DE ROOS VAN SUCCES





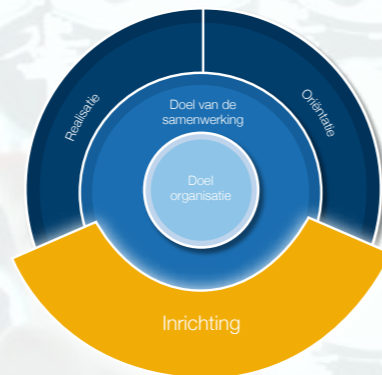


### I. Oriëntatiefase

In de oriëntatiefase wordt vastgesteld wat de noodzaak of wenselijkheid is van samenwerking met een andere zorgpartij. Deze fase kan opgedeeld worden in twee stappen:

- *Verkenning*  
Met een klein gezelschap worden de mogelijkheden en ambities van de samenwerking geïnventariseerd.
- *Concretisering*  
Ambities en vorm van de samenwerking worden steeds concreter. De aandacht verschuift richting het creëren van draagvlak en het aantal betrokkenen wordt gestaag uitgebreid.

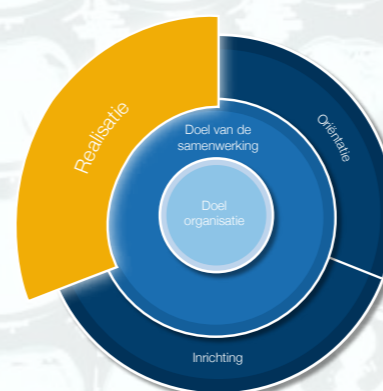
De oriëntatiefase wordt afgesloten met een intentieverklaring: beide partijen spreken formeel, en openlijk, het voornemen uit om de handen ineen te slaan en de samenwerking verder te onderzoeken en voor te bereiden.



### II. Inrichtingsfase

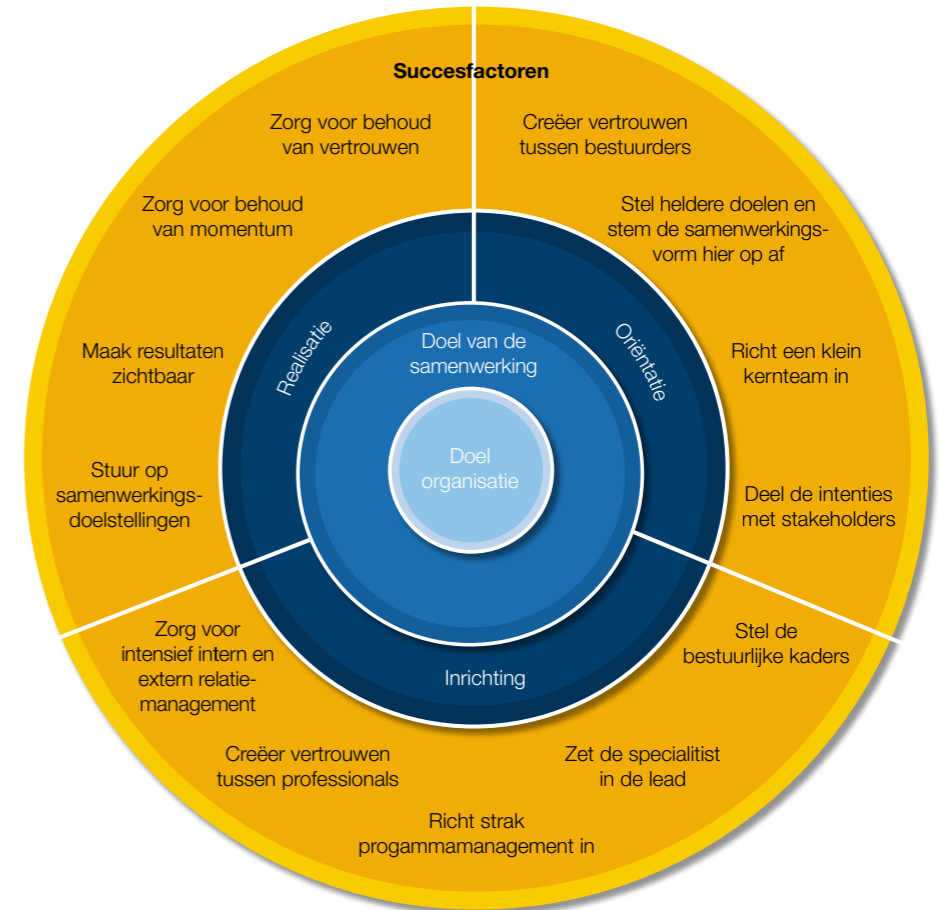
Tijdens de inrichtingsfase wordt de toekomstige situatie in toenemende mate van detail ontworpen. De partnerorganisaties stellen de missie, visie en kernwaarden voor de nieuwe entiteit vast en maken een gedetailleerde Business Case (inclusief financiële paragraaf). Er worden afspraken gemaakt over eventuele lateralisatie tussen locaties, de aansturing en de operationele invulling van de samenwerking. De juridische afspraken worden door beide partijen bekrachtigd in een formeel samenwerkings- of fusiedocument.

In deze fase zullen steeds meer – interne en externe – stakeholders betrokken zijn. Ook vindt bij een juridische fusie de ACM melding plaats in deze fase.



### III. Realisatiefase

Hier komt de samenwerking daadwerkelijk tot stand en worden de benodigde veranderingen doorgevoerd. Nieuwe systemen en processen worden in gebruik genomen en nieuwe zorgportfolio's ingevoerd. De ziekenhuizen werken niet meer elk apart maar de nieuwe organisatie wordt voor alle stakeholders steeds meer de realiteit van de dag.



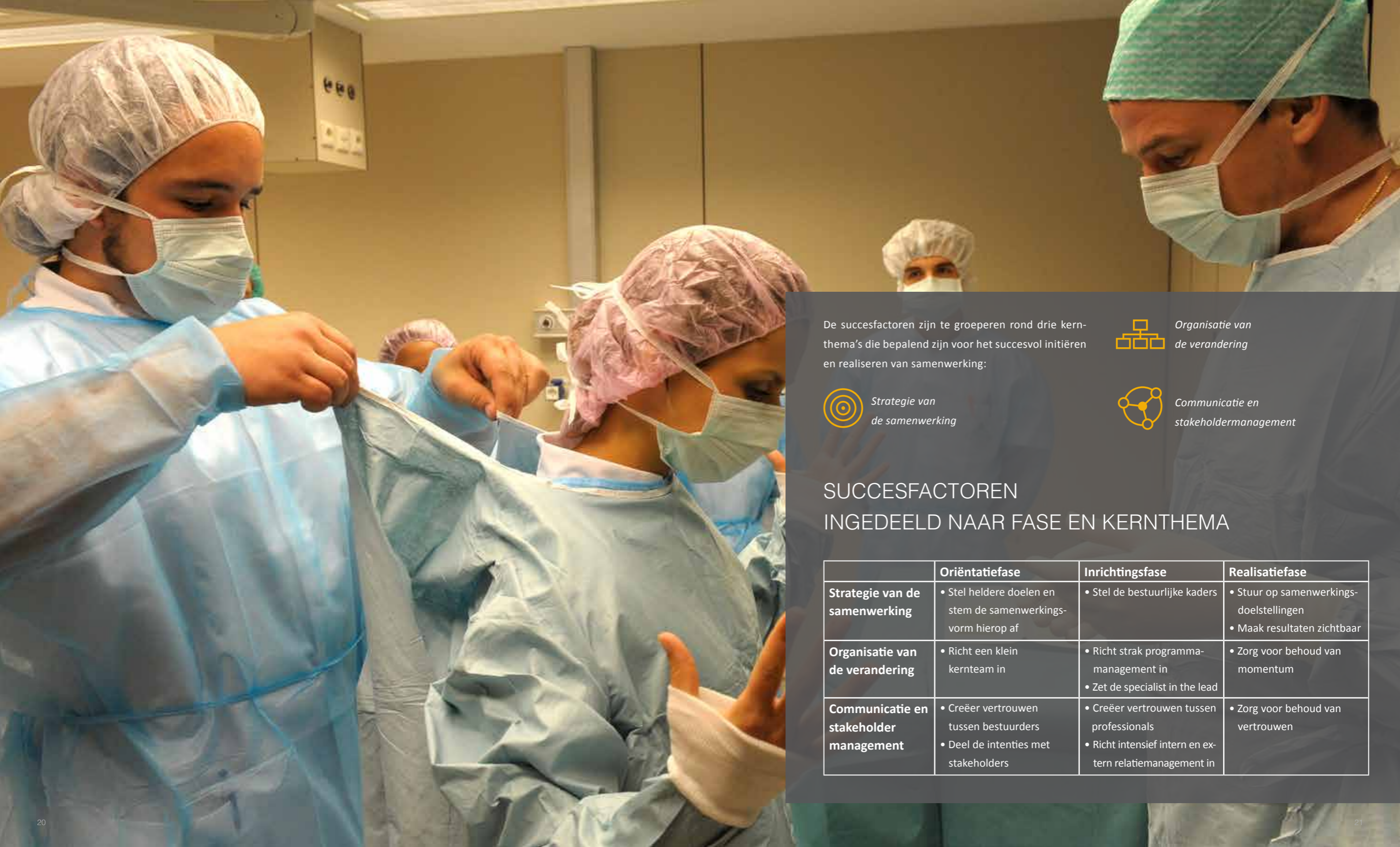
#### Expliciete aandacht voor dertien succesfactoren

Voor een succesvolle fusie of samenwerking bestaat geen limitatieve checklist. Bekende aspecten als het aangaan van gesprekken met de Ondernemingsraad of het opstellen van een Business Case zijn uiteraard noodzakelijk, maar blijken in de praktijk niet de oorzaken te zijn van het mislukken van een fusie of samenwerking.

zijn die factoren die in de praktijk het verschil blijken te maken tussen het slagen of mislukken van een samenwerkingsproces. Dat gebeurt omdat ze onvoldoende aandacht krijgen, niet effectief worden ingevuld of simpelweg worden vergeten, hoe vanzelfsprekend ze in eerste instantie ook lijken.

De dertien succesfactoren die hier gepresenteerd worden

Bovenstaande figuur ('De roos van succes') toont de succesfactoren verspreid over de drie projectfasen.



De succesfactoren zijn te groeperen rond drie kernthema's die bepalend zijn voor het succesvol initiëren en realiseren van samenwerking:



*Organisatie van de verandering*



*Strategie van de samenwerking*



*Communicatie en stakeholdermanagement*

## SUCCESSFACTOREN INGEDEELD NAAR FASE EN KERNTHEMA

|   | Oriëntatiefase   | Inrichtingsfase   | Realisatiefase  |
|---|--|---|---|
| <b>Strategie van de samenwerking</b>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stel heldere doelen en stem de samenwerkingsvorm hierop af</li> </ul>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stel de bestuurlijke kaders</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stuur op samenwerkingsdoelstellingen</li> <li>• Maak resultaten zichtbaar</li> </ul> |
| <b>Organisatie van de verandering</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Richt een klein kernteam in</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Richt strak programma-management in</li> <li>• Zet de specialist in the lead</li> </ul>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorg voor behoud van momentum</li> </ul>   |
| <b>Communicatie en stakeholder management</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Creëer vertrouwen tussen bestuurders</li> <li>• Deel de intenties met stakeholders</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Creëer vertrouwen tussen professionals</li> <li>• Richt intensief intern en extern relatiemanagement in</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorg voor behoud van vertrouwen</li> </ul>   |

# 4. VAN PERSOONLIJKE DOELEN NAAR GEZAMENLIJKE INTENTIES

SUCCEFACTOREN IN DE ORIENTATIEFASE



**Succesfactor 1: Creëer vertrouwen tussen bestuurders**

*'Volledige openheid van doelen leidt tot betere resultaten in de samenwerking'*

Als twee partijen elkaar gevonden hebben, begint eerst een fase van aftasten. Tussen de potentiële partners vinden in een informele setting gesprekken plaats waarbij intenties, meningen en inhoudelijke informatie worden gedeeld. Bij de inhoudelijke discussie is de kernvraag of de fusie/samenwerking het juiste antwoord is op de individuele organisatiebehoeften en of 'samen meer is dan alleen'. Maar nog belangrijker in deze fase is het bouwen van een persoonlijke relatie tussen bestuurders. Een 'persoonlijke klik' en onderling vertrouwen zijn essentieel.

*'Focus on interests, not positions'*<sup>6</sup>

Deze processtap verdient daarom ruim aandacht en tijd. Voor het onderlinge vertrouwen is het belangrijk dat ambities, maar ook bestaande zorgen en reserveringen openlijk worden besproken. Het is hierbij van belang dat alle onderwerpen op tafel komen. Te vaak wordt er slechts gesproken over interessante en makkelijke onderwerpen en blijven moeilijke onderwerpen als zeggenschap, organisatievorm of persoonlijke conflictsituaties buiten

beschouwing. De uitdaging is om dit niet uit te stellen tot het moment dat het spannend wordt, maar juist vooraf al goed te borgen. Dit zorgt voor het benodigde vertrouwen en voorkomt 'ruis' in een latere fase in het proces.



**Succesfactor 2: Stel heldere doelen en stem de samenwerkingsvorm hierop af**

De organisatiedoelstellingen van beide organisaties zijn de start van het samenwerkingsproces en bepalen uiteindelijk de keuze voor de (juridische/organisatorische) samenwerkingsvorm. Een grote valkuil hierbij is om deze keuze te vroeg in het proces te maken. Om deze valkuil te voorkomen, verdient het de voorkeur om in vijf stappen tot de (juridische) samenwerkingsvorm te komen. Hiermee wordt zorgvuldigheid in het keuzeproces ingebouwd, wat zich later terugbetaalt in een optimaal passende oplossing en haalbaarheid van het proces. Deze stappen zijn (zie figuur):

- 1. Vaststellen organisatiedoelstellingen van beide organisaties**  
Beide organisaties bepalen hun eigen doelstellingen voor de komende jaren.
- 2. Vaststellen samenwerkingsdoelstellingen**  
Als de eigen organisatie-doelstellingen helder zijn, kan de vraag gesteld worden of samenwerking met een andere partij kan helpen om die doelstellingen te bereiken.



## SAMENWERKINGSPROCES



- 1. Vaststellen organisatiedoelstellingen van beide organisaties**
- 2. Vaststellen samenwerkingsdoelen**
- 3. Vaststellen gezamenlijke doelstelling voor de samenwerking**
- 4. Vaststellen scope van de samenwerking**
- 5. Vaststellen juridische/organisatorische vorm van de samenwerking**

<sup>6</sup>Bron: "Getting to 'Yes'", Fischer & Ury

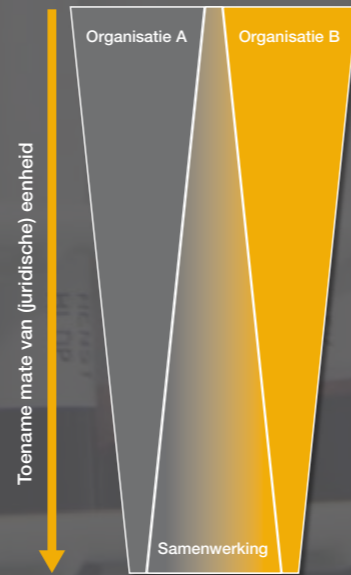


### Scope van de samenwerking



### Vorm van de samenwerking

- Onderlinge afspraken
  - MCNs (Medical Clinical Networks)
  - Collegiale consulten
- Samenwerkingsverband (bijv. cooperatie)
  - Kennisuitwisseling
  - Afstemmen speerpuntenbeleid
- Shared Service center
  - Inkoopcombinatie
  - Ondersteunende diensten
- Joint Venture
  - Lateralisatie van top-klinische zorg
  - Ondersteunende diensten (lab, apotheek)
  - Voor delen van het primaire zorgproces
- Bestuurlijke fusie (holding)
  - Holding met meerdere ziekenhuisorganisaties
- Volledige fusie
  - Eén ziekenhuisorganisatie, al dan niet op meerdere locaties



### 3. Vaststellen gezamenlijke doelstelling voor de samenwerking

De eigen samenwerkingsdoelstellingen van de beide organisaties vormen de basis voor het starten van open en eerlijke gesprekken over samenwerking. Hierbij is het geen probleem als de geformuleerde samenwerkingsdoelstellingen onderling verschillen, mits deze maar niet strijdig zijn. Een ziekenhuis dat op zoek is naar een financieel sterke partner en een ziekenhuis dat zijn adherentiegebied voor bepaalde typen zorg wil vergroten kunnen zeer wel tot een succesvolle samenwerking komen die aan de doelstellingen van beide organisaties voldoet.

### 4. Vaststellen scope van de samenwerking

Wanneer beide organisaties elkaar gevonden hebben in hun ambities, wordt vastgesteld welke scope en intensiteit van samenwerking het meeste geschikt is om aan de samenwerkingsdoelstellingen invulling te geven. De scope van de samenwerking kan variëren van bijvoorbeeld alleen de inkoopfunctie tot zorginhoudelijke samenwerking. Bij zorginhoudelijke samenwerking moeten weloverwogen keuzes gemaakt worden ten aanzien van de intensiteit: is het doel lateralisatie van een groot deel van het zorgaanbod, samenwerking op een specifiek deel van de zorg (bijvoorbeeld moeder-kind zorg of oncologie) of gaat het 'slechts' om samenwerking tussen twee vakgroepen?

### 5. Vaststellen juridisch/organisatorische vorm van de samenwerking

Wanneer er een gedeeld beeld bestaat van de scope, is de tijd rijp om de juridische en organisatorische vorm van de samenwerking te bepalen. Daarvoor bestaan meerdere mogelijkheden (zie figuur).

De keuze voor een bepaalde juridische vorm vindt plaats op basis van drie criteria, die in relatie tot elkaar staan (zie figuur):

1. *Realisatie van de samenwerkingsdoelstellingen*

De mate waarin met de desbetreffende juridische vorm de samenwerkingsdoelstellingen behaald kunnen worden. Dit is direct gerelateerd aan de vastgestelde scope van de samenwerking.

2. *Complexiteit van het verandertraject*

De mate waarin de samenwerking met deze juridische vorm haalbaar is.

3. *Effectiviteit van de eindoplossing*

De mate waarin de eindoplossing bedrijfsmatig effectief is. Bijvoorbeeld: hoe moeilijk zal de eindsituatie aan te sturen zijn? Wat zijn de fiscale consequenties?



Het grootste spanningsveld ontstaat tussen de complexiteit van het verandertraject en een effectieve, duurzame eindsituatie. Zo leidt een volledige fusie tot een intensief en complex integratieproces. Maar wanneer deze integratie een feit is, dan is de aansturing van de nieuwe organisatie eenvoudiger en kan de beoogde synergie sneller gerealiseerd worden.



**'Fusie mag wel, maar samenwerking niet'**

Een veelgehoord argument om voor een fusie te kiezen is dat het maken van afspraken tussen afzonderlijke ziekenhuizen over wie welke zorg gaat leveren niet mag van de Autoriteit Consument en Markt (ACM), omdat dit in strijd is met de Mededingingswet. De ziekenhuizen lopen dan het risico op een boete van de ACM. Binnen één juridische organisatie bestaat dit risico niet, omdat de ACM de fusie vooraf beoordeelt. Door deze werkwijze worden bestuurders met samenwerkingsambities richting de fusie 'gedwongen'.

Om deze ongewenste motivatie voor een fusie tegen te gaan, nodigt de ACM ziekenhuizen uit om vooraf langs

te komen om de samenwerkingsplannen voor te leggen. De ACM kan de ziekenhuizen dan voorzien van 'specifieke guidance, bijvoorbeeld in de vorm van een informele zienswijze'<sup>7</sup>. Hiermee geeft de ACM inderdaad richting, maar dit levert voor ziekenhuisbestuurders niet de gewenste zekerheid dat achteraf bepaalde vormen van samenwerking niet alsnog beboet zullen worden. Ook zullen bij iedere aanpassing van de samenwerkingsplannen opnieuw de ACM en stakeholders geconsulteerd moeten worden.

Wij onderkennen deze reële overweging bij bestuurders. Toch zijn wij van mening dat bestuurders de optimale samenwerkingsvorm primair moeten kiezen op basis van de samenwerkingsdoelstellingen en de genoemde criteria. Dat legt de beste basis voor een duurzame samenwerking.

<sup>7</sup> Bron: "Beoordeling fusies en samenwerkingen ziekenhuiszorg" - ACM 27-9-2013



#### Het belang van een voorloper

Voorlopers (met name binnen de medische staf) kunnen uitermate waardevol zijn om dingen in beweging te krijgen. Maar wie zijn het en hoe kunnen we ze de ruimte geven om optimaal effectief te zijn? Voorlopers voldoen aan de volgende criteria:

- Ze kunnen een visie uitdragen en durven er voor te gaan
- Ze worden breed in de organisatie gedragen, vanuit

aan zien/status of vanuit persoonlijke relatie met collega's

- Ze slagen er in om mensen met elkaar te verbinden. Ze worden gezien als neutrale betrokkenen zonder eigenbelang. Ze zijn niet bang voor de eigen positie en kunnen als zodanig holistisch naar de benodigde veranderingen kijken



#### Succesfactor 3:

##### Richt een klein Kernteam in

Als na de eerste verkennende gesprekken de ideeën over samenwerking concreter worden, is het zaak om snel een team te bouwen met de mensen die de samenwerking daadwerkelijk moeten gaan trekken. In de regel bestaat dit team op zijn minst uit de bestuurders en de voorzitters van de medische staf, maar het blijkt nuttig om ook andere, invloedrijke personen ('opinion leaders') aan het team toe te voegen. Deze mensen kunnen van onschatbare waarde zijn wanneer zij via het informele circuit de samenwerking promoten.

*“Doordat we de voorzitters van de Medische Staf te laat betrokken hebben, is het toen niet meer gelukt draagvlak te creëren – pas jaren later lukte dat, met een nieuw bestuur”*



#### Succesfactor 4:

##### Deel de intenties met stakeholders

*“Het bestuur ontwikkelt de visie, maar die moet wel passen bij wat er leeft in de organisatie”*

In het tweede deel van de oriëntatiefase worden spoedig meer stakeholders betrokken bij het proces. Denk hierbij aan

zorgverzekeraars, (lokale) politiek en patiëntenorganisaties. Hier ontstaat een spanningsveld tussen de behoefte aan vrijblijvend verkennen en de noodzaak om vroeg breed te communiceren. Daar waar er tot enkele jaren geleden meer tijd beschikbaar was om in klein comité de eerste contouren te ontwikkelen, is dit nu door de invloed van social media veel moeilijker.

*“Het twittert allemaal met elkaar”*

Om te voorkomen dat stakeholders via een andere weg ingelicht worden en hun eigen beeld vormen en posities innemen, is het van belang als bestuur of kernteam het initiatief te nemen en vroeg in het proces met hen in gesprek te gaan. Deze inspanning levert vertrouwen en goodwill op. Met name bij latere discussies rondom gevoelige onderwerpen zoals lateraliseren van spoedeisende hulp of geboortezorg kan dit van groot belang zijn.

Niet alle stakeholders zullen enthousiast te maken zijn. Soms gaan keuzes te zeer in tegen de belangen of overtuigingen van bijvoorbeeld specialisten (intern) of huisartsen (extern). Het is daarbij zaak zelf kritisch te blijven en de vraag te stellen “wie hebben we – echt – nodig om dit proces te laten slagen?” en daar de focus te leggen.

# 5. VAN INTENTIES NAAR ONTWERP

## SUCCESFACTOREN IN DE INRICHTINGSFASE



### Succesfactor 5: Stel bestuurlijke kaders

Bestuurders kunnen niet eenzijdig opleggen hoe het toekomstige ziekenhuis er uit moet zien. Toch geven verschillende bestuurders aan dat zij hebben ervaren dat echte integratie niet van de grond komt wanneer vakgroepen en maatschappen alle vrijheid krijgen om zelf de samenwerking vorm te geven.

Succesvolle bestuurders brengen heldere kaders aan waarbinnen de samenwerking ingericht moet worden. Die kaders zijn een logische uitwerking van de – reeds bekende – visie die door het bestuur is uitgedragen. Uiteraard verschillen de kaders en ook de diepgang ervan per situatie. Een ziekenhuis dat het zelfstandig niet meer redt kan op het financiële vlak minder speelruimte bieden dan een ziekenhuis dat mogelijkheden onderzoekt om door middel van samenwerking de kwaliteit van complexe zorg te verbeteren.

Vaak zijn specialisten zelf ook al bezig met samenwerkingsinitiatieven. Het risico bestaat dat deze initiatieven niet in lijn lopen, of zelfs haaks staan, op de strategie of op de samenwerkingsplannen van de instelling, of dat ze een holistische blik op het gehele zorgpad voor de patiënt missen.

*“Door te werken vanuit heldere kaders, creëerden we een zekere rust, ondanks de wisselende oplossingen die voorbij kwamen in de werkgroepen”*

Het is dus belangrijk te zoeken naar afstemming tussen alle lopende samenwerkingsinitiatieven. Door vanuit het patiëntbelang te redeneren kan die afstemming vaak het best bereikt worden. De juiste kaderstelling kan de specialisten dan de ruimte bieden om met een zekere autonomie de initiatieven vorm te geven, zo lang dat niet botst met de organisatiedoelstellingen.

Voor bestuurders zijn de kaders een middel om te sturen dat oplossingen worden uitgewerkt in de gewenste richting. Voor de betrokkenen bij die uitwerking bieden de kaders houvast, omdat er een duidelijk speelveld is waarbinnen naar oplossingen toegewerkt kan worden.

#### **TIP UIT HET VELD: Sneuveltekst**

*Ook de bestuurlijke kaders zullen in eerste instantie ter discussie staan binnen de medische staf. Om op voorhand de weerstand te beperken, maar toch met een richtinggevend document te komen, wordt soms een ‘sneuveltekst’ gebruikt. Van dit discussiestuk weet iedereen dat het niet het einddocument gaat worden. Daarmee is het minder bedreigend, maar is er wel een duidelijke basis voor discussie.*



#### **Draagvlak in de Polder**

In de Angelsaksische cultuur is het gebruikelijk dat het bestuur slagvaardig optreedt door een kleine groep om zich heen te formeren. Zij werken de ideeën van het bestuur verder uit - in korte tijd met sterke focus. De rest van de organisatie heeft dit dan te volgen. Een dergelijk model lijkt op het eerste gezicht wel voordelen te hebben:

*“Het lijkt ideaal als je als bestuurder gewoon de lijnen kon uitstippelen en in gang kon zetten, dan zou er veel sneller een ontwerp liggen en besluitvorming komen”*

In de Nederlandse praktijk is echter voor het verkrijgen van draagvlak een weloverwogen aanpak nodig met inbreng vanuit de gehele organisatie. In de eerste plaats van de specialisten, maar zeker ook van andere stakeholders. En met een goed draagvlak zal het proces steeds meer zelfsturend worden, met alle voordelen van dien. Zoals een van de bestuurders zei: *“Zo moet dat nou eenmaal in Nederland. En het is maar de vraag of dit “uitpolderen” minder succesvol - en zelfs minder snel - is dan de meer directieve aanpak in Duitsland en het Verenigd Koninkrijk...”*





#### Succesfactor 6:

##### Zet de specialist 'in the lead'

In het ontwerpen en inrichten van de nieuwe organisatie spelen de medisch specialisten een centrale rol. Niet alleen omdat zij de meest invloedrijke groep vormen binnen het ziekenhuis, maar juist ook omdat hun inhoudelijke bijdrage essentieel is voor goede samenwerkingsafspraken. In de inrichtingsfase is het daarom zaak om de specialisten 'in the lead' te zetten. Binnen de gestelde bestuurlijke kaders krijgen zij de mogelijkheid en de verantwoordelijkheid de samenwerking vorm te geven. Het kan daarbij bijvoorbeeld gaan om het uitwerken van de operationele zorginhoudelijke samenwerking (op vakgroepniveau en/of locatieprofielen), het vaststellen van de groeiambities per aandoening (en de bijbehorende capaciteitsbehoefte) of het opstellen van de gebruikseisen ten behoeve van de inrichting van het EPD.

Het helpt hierbij om:

- De specialisten die het meest invloedrijk zijn, en positief staan ten opzichte van de samenwerkingsplannen, vooruit te schuiven als trekkers van het veranderingsproces.
- Vooral ook die professionals te betrekken die over 10 jaar nog in het ziekenhuis zijn. Dit zijn immers diegenen die gaan profiteren van de lange termijn doelstellingen van de samenwerking.
- Te investeren in managementvaardigheden van specialisten om bij hen de kennis over het besturen van organisaties en veranderingsprocessen te vergroten.

***“Wij hebben een groep specialisten naar INSEAD laten gaan voor een MBA opleiding. Hoewel het een forse investering was, heeft dit zichzelf terugbetaald in effectiever werken binnen het ziekenhuis”***



#### Succesfactor 7:

##### Richt strak programma-management in

Wanneer de intentie tot samenwerking is uitgesproken, is het tijd om de afspraken te concretiseren. Daarvoor is veel werk te verzetten, in een complex proces met veel deelprojecten en vele betrokkenen.

Door middel van zorgvuldig ingericht programma-management kan dit complexe proces gestuurd en beheersbaar gemaakt worden. Daarbij ondersteunen de volgende aspecten het succes:

- Er zijn dedicated mensen uit beide huizen (voor een groot deel van hun tijd) vrijgemaakt voor deze rol.
- Er is een heldere opdracht vanuit de Raden van Bestuur, vertaald in doelstellingen en kaders.

- In beide huizen wordt een beheersbaar aantal werkgroepen gemobiliseerd:
  - Met elk hun eigen aandachtsgebied (zorgportfolio, huisvesting, ICT, HR etc.)
  - Samengesteld uit een mix van medewerkers, afhankelijk van het aandachtsgebied
- Het programma-management stuurt de werkgroepen niet inhoudelijk maar op output aan en controleert op basis van de geformuleerde doelstellingen en kaders.
- Er wordt gewerkt op basis van heldere tijdslijnen, gerelateerd aan de urgentie.
- Te nemen besluiten worden door de werkgroepen voorbereid ten behoeve van snelle besluitvorming door de Raden van Bestuur. Eventueel vindt voorbespreking plaats in het kernteam. Programma-management kan de werkgroepen hierin ondersteunen.



**Succesfactor 8:  
Creëer vertrouwen tussen professionals  
van beide partners onderling**

Voor een succesvolle samenwerking is onderling vertrouwen tussen beide ziekenhuizen essentieel. In de oriëntatiefase gaat het nog vooral om vertrouwen tussen bestuurders, in de inrichtingsfase is het essentieel dat de specialisten elkaar weten te vinden. Dit vertrouwen is zowel van belang om samen te kunnen werken aan plannen voor de toekomst, als ook voor effectieve – en patiëntveilige – samenwerking tussen de ziekenhuizen.

De mate van aandacht die gegeven moet worden aan het opbouwen van dit vertrouwen hangt sterk af van de bekendheid die er over en weer al bestaat. Zogezegd 'onbekend maakt onbemind'. Meestal bestaan er tussen een aantal specialisten reeds persoonlijke contacten (privé of professioneel). Door deze contacten te mobiliseren kunnen ze helpen bij het leggen van een brug tussen de verschillende instellingen.

Om het vertrouwen tussen professionals te creëren, investeerde één van de ondervraagde bestuurders graag in etentjes voor zijn specialisten, om hen op informele wijze kennis te laten maken met de vakbroeders uit het andere ziekenhuis. De positieve uitkomsten van deze diners waren dat de vakbroeders veel meer met elkaar gemeen bleken te hebben dan verwacht. De investering verdiende zich gemakkelijk terug in gewonnen snelheid en besparingen op externe ondersteuning.



**Succesfactor 9:**  
**Zorg voor intensief intern en extern relatiemanagement**

*“Vaak ben je als bestuurder bijna 100% van je tijd bezig met relatiemanagement”*

In de inrichtingsfase neemt het aantal betrokken stakeholders sterk toe. Als dat nog niet gebeurd is in een eerdere fase, is dit het moment om het overzicht te completeren van de belangrijkste spelers binnen en buiten de beide organisaties, inclusief hun positie en de communicatie-aanpak. Stel hierbij ten minste de volgende vragen:

1. Wie heeft invloed (formeel of informeel)?
2. Hoe lopen de machtsverhoudingen?
3. Wat is hun houding tegenover de verandering?

Voorbeelden van belangrijke interne stakeholders:

- Medische staf, voornamelijk de voorzitters medische staf en de meest invloedrijke specialisten
- Raad van Toezicht
- VAR
- Overige formele gremia, zoals Ondernemingsraad en Patiëntenadviesraad

Externe stakeholders zijn onder meer:

- Patiëntenverenigingen
- Eerste lijn (o.a. huisartsen en verloskundigen)
- Zorgverzekeraars
- Overheid
- Financiers (banken)
- Inwoners van de regio

Stakeholders die actief meegenomen worden in het toetsen van de samenwerkingsdoelstellingen en de besluitvorming kunnen pleitbezorgers worden van het veranderingstraject. Het hebben van een aansprekend gezamenlijk doel is hierbij van wezenlijk belang, waarbij redeneren vanuit het belang voor de patiënt het meest motiverend en bindend blijkt.

In de wijze van communiceren is van belang om:

- *Te zorgen voor een goede afstemming tussen de communicatie-plannen van beide organisaties*  
Niets zo vervelend als de verkeerde boodschap op het verkeerde moment, zonder dat de samenwerkingspartner er van af wist.
- *Gezamenlijk op te trekken en mensen over en weer uit te wisselen in de communicatie*  
Op deze wijze krijgt de partnerorganisatie een gezicht, bijvoorbeeld door het gezamenlijk bezoeken van vakgroep- of medewerkersbijeenkomsten of het uitbrengen van een gezamenlijk informatiebulletin.
- *Vertegenwoordigers aan te stellen*  
In dialoog met goed gepositioneerde vertegenwoordigers, met mandaat van de eigen achterban, wordt zowel informatie gegeven als opgehaald en kunnen bijvoorbeeld communicatie-scenario's worden getoetst.



## IN- EN EXTERNE STAKEHOLDERS



# 6. VAN ONTWERP NAAR REALITEIT VAN DE DAG

SUCCEFACTOREN IN DE REALISATIEFASE



**Succesfactor 10:**

**Stuur op samenwerkingsdoelstellingen**

Uit ons onderzoek blijkt dat men het er over eens is dat het succes van een samenwerking afgemeten dient te worden aan het behalen van de eerder vastgestelde samenwerkingsdoelen. Gedurende het veranderproces valt echter op dat deze doelen vaak worden ingewisseld voor een ander doel: een geslaagde samenwerking is een samenwerking die daadwerkelijk gerealiseerd wordt. Oftewel “Succes is als de nieuwe naam van het ziekenhuis op de gevel staat”.

Gedurende het traject dreigt er dus een verschuiving van focus plaats te vinden van de visie en doelstellingen van de samenwerking naar het ‘simpelweg’ halen van de eindstreep. In deze fase is het voor het management daarom zaak de oorspronkelijke doelen helder voor ogen te blijven houden en zich regelmatig af te vragen “waarom doen we het ook alweer?”. Niet alleen omdat een focus op die doelstellingen noodzakelijk is om ze ook daadwerkelijk te realiseren, maar ook omdat die doelen voor meer energie en motivatie zorgen dan de deadline van een projectplan.



**Succesfactor 11:**

**Maak resultaten zichtbaar**

Tijdens de realisatiefase moet datgene wat bedacht en afgesproken is in de praktijk worden gebracht, zodat de samenwerkingsdoelen intern en voor de patiënt merkbaar worden. Dit is een fase die veel vraagt van de medewerkers. Papier is geduldig, maar daadwerkelijk veranderen vraagt om loslaten van wat er was. Dit wekt soms weerstand op, hoe mooi het nieuwe perspectief ook is.

Om de motivatie te behouden is het benoemen en presenteren van (tussen)resultaten belangrijk, zoals:

- *Concrete verbeteringen van de zorg en andere aantoonbare synergievoordelen*

Pak de kansen om ‘laaghangend fruit’ in de synergie van de samenwerking te plukken en de uitkomsten breed te communiceren.

- *Afronding van een vooraf vastgestelde fase in het proces*

Het formeel akkoord door het bestuur dat een deel van het project succesvol afgerond is, is tevens het startschot voor de volgende fase.

- *Bijzondere mijlpalen, zoals de opening van een gezamenlijk oncologisch centrum*

Deze worden uiteraard groots gevierd, zodat men zowel binnen als buiten de organisatie ziet wat de samenwerking oplevert en hier trots op kan zijn.

*“Vier je successen,  
maar niet voordat je ze bereikt hebt.”*



#### TIP UIT HET VELD:

##### **Zoek – en pluk – het laaghangend fruit**

Daag de maatschappen/vakgroepen uit, om samen met de collega’s van de partnerorganisatie de kansen die de samenwerking biedt te inventariseren. Dit kan al voordat de formele fusie een feit is. Door op een selectie van deze kansen, beginnend bij het ‘laaghangend fruit’, werkelijk door te pakken kunnen al snel de eerste resultaten van de samenwerking gerealiseerd worden. Deze methodiek maakt snel de meerwaarde zichtbaar en kan een enorme stimulans voor verdergaande veranderingen creëren.



**Succesfactor 12:**  
**Zorg voor behoud van momentum**

Als de inrichting van de samenwerking duidelijk is en de handtekeningen op papier staan, ontstaat het risico dat het adrenalineniveau daalt en daarmee het momentum om ‘door te pakken’ verdwijnt. Terwijl juist in de realisatiefase het verschil gemaakt wordt: óf een succesvolle samenwerking óf een papieren construct, mooi bedacht, maar zonder daadwerkelijke synergievoordelen (of erger nog: grote onrust en frustratie op de werkvloer). Stilstand kan nu funest zijn. Kritische stakeholders die hun twijfels hadden bij de samenwerking zien dan hun twijfels bevestigd: ‘Zie je wel...’. En zelfs de meest enthousiaste artsen kunnen hun motivatie verliezen als blijkt dat ze pas over een paar jaar die gezamenlijke ‘Eerste Hart Hulp’ kunnen openen.

Dat wil niet zeggen dat alle samenwerkingsdoelen ook binnen korte tijd gerealiseerd moeten zijn. In bepaalde gevallen kan een temporisering van de implementatie op onderdelen ruimte geven om bestaande weerstanden te overbruggen of om de al gerealiseerde resultaten te borgen. Sommige doelstellingen zijn ook helemaal niet op korte termijn te realiseren, bijvoorbeeld het realiseren van synergie waar grootschalige nieuwbouw voor nodig is.

Om de benodigde voortgang in het proces te bewaken, is het goed om in deze fase een klein coördinatieteam in stand te houden dat zich verantwoordelijk voelt voor het ‘levend’ houden van het proces.

***“Het proces opnieuw opstarten na een pauze kost meer tijd en energie dan voortgang en momentum behouden”***



**Succesfactor 13:**  
**Zorg voor behoud van vertrouwen**

In de realisatiefase komt de nieuwe samenwerking daadwerkelijk tot stand. In de voorgaande fases werden stakeholders nog via vertegenwoordigers of selectieve plenaire bijeenkomsten betrokken bij het proces, nu ondervinden zij de veranderingen in de dagelijkse praktijk. Voor het behouden van vertrouwen – in het proces en in elkaar – blijft het belangrijk aandacht te besteden aan de communicatie en nog onopgeloste ‘onvolkomenheden’ te adresseren, zoals (nog) niet ingevulde verwachtingen bij stakeholders of sluimerende conflicten tussen specialisten.

Voor een werkelijk duurzame samenwerking is het van belang om te (blijven) bouwen aan een gemeenschappelijke cultuur, door consistent uit te dragen wat de beide organisaties bindt in de nieuwe visie en wat de gemeenschappelijke (kern)waarden zijn. In gezamenlijkheid wordt bepaald welke cultuuraspecten uit beide organisaties behouden moeten blijven. En door ook actief de cultuurverschillen tussen de beide oude organisaties te adresseren, kan een impliciet maar diepgeworteld wij-zij gevoel worden voorkomen. Deze verschillen kunnen bijvoorbeeld te maken hebben met de manier waarop artsen met hun patiënten omgaan, met werktijden of met de wijze van samenwerking met ondersteunende afdelingen. Concreet kan gedacht worden aan een periodieke sessie waarin per keer één verschil – of geschil – behandeld wordt. Eén voor één kan dan worden bepaald wat het beste past bij de visie van de nieuwe organisatie.

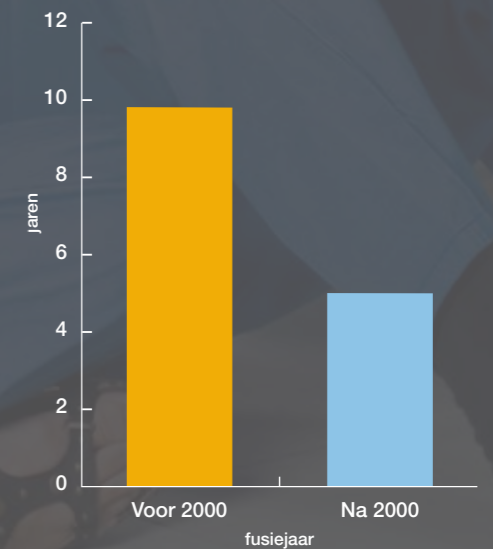


**Tijd tussen fusie en (zichtbare) lateralisatie van zorg gehalveerd**

Ingrijpende veranderingen, zoals concentratie van complexe of acute zorg, blijken in de praktijk vaak niet gerealiseerd te zijn aan het eind van het fusietraject. Op de lange termijn echter blijkt dat de fusie wel de basis was voor succesvolle samenwerking over meerdere locaties of voor verregaande lateralisatie. Deze beoogde veranderingen worden dan bijvoorbeeld pas gerealiseerd bij ingebruikname van nieuwbouw of integrale ICT innovaties, die zonder de fusie niet mogelijk waren geweest.

Ons onderzoek leert dat de tijdsperiode waarbinnen dit gebeurt de afgelopen decennia is verkleind. Bij de meer recente fusies (na 2000) komen de fusiepartners gemiddeld 5 jaar na het formaliseren van de fusie tot concrete vormen van lateralisatie, zoals het sluiten van één van de SEH's of IC's, of van een gehele locatie. In de vorige eeuw duurde dit gemiddeld bijna 10 jaar.

**Gemiddelde tijd tussen fusie en (zichtbare) lateralisatie van zorg**





## TOT SLOT

### NAWOORD

Iedere situatie waarin bestuurders of zorgprofessionals samenwerking overwegen is uniek. Een one-size-fits-all aanpak naar succesvolle samenwerking bestaat niet. Wij geven met dit praktijkonderzoek een aantal handvatten die u helpen de juiste richting en prioriteiten te bepalen bij de besluitvorming, inrichting en realisatie. Onderwerpen die u wellicht niet als grote verrassing voorkomen, maar die in de praktijk wel het succes van het project kunnen bepalen omdat ze in de hectiek van de verandering onvoldoende aandacht krijgen.

Realiseren van samenwerking is een intensief en complex verandertraject. Dit, terwijl de 'winkel' gewoon open blijft tijdens de verbouwing. Een op dit terrein ervaren extern adviesbureau kan het management helpen de verandering vorm te geven en de complexiteit hanteerbaar te houden. Op onderdelen kan een

adviseur u voorzien van expertmatige adviezen, maar ook kan een adviseur een goede rol spelen als procesbegeleider. In geen geval is het wenselijk dat een organisatie het samenwerkingsproces uit handen geeft. De bestuurders van beide organisaties blijven aan het stuur van het veranderproces en nemen verantwoordelijkheid.

De in de vraaggesprekken gedeelde ervaringen hebben waardevolle nieuwe inzichten opgeleverd en de discussies hebben geholpen om bestaande en nieuwe inzichten verder aan te scherpen. Inzichten die we inzetten in onze adviespraktijk. Graag gaan wij in de toekomst met u de uitdaging aan om bestaande en nieuwe samenwerkingen tot een succes te maken.



## LITERATUURLIJST

- Beoordeling fusies en samenwerkingen ziekenhuiszorg – Autoriteit Consument & Markt – 2013
- De relatie tussen volume en kwaliteit van zorg – Consortium Onderzoek Kwaliteit van Zorg (Nivel; IQ Healthcare; iBMG) – 2012
- Fusie is topsport – T. van Iperen – 2009
- Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg – Zorgverzekeraars Nederland – 2013
- Locaties ziekenhuizen 2003 – RIVM
- Locaties ziekenhuizen 2008 – RIVM
- Locaties algemene en academische ziekenhuizen 2013 – Deuning CM (RIVM)
- Marry in haste, repent at leisure: when do hospital mergers make strategic sense? – McKinsey – 2012
- Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg – Raad voor de Volksgezondheid en Zorg – 2003
- Schaal en Zorg – Raad voor de Volksgezondheid en Zorg – 2008
- Wie doet 't met wie – KMPG – 2013
- Ziekenhuisfusies, procesgang en resultaten: beschouwing vanuit enkele neo-institutionele en organisatiekundige theorieën – C. van der Lee, RUG – 2000

# OVER VINTURA

## Samen aan de slag

Vintura is een management adviesbureau gespecialiseerd in gezondheidszorg en internationale life sciences. Voor ziekenhuizen biedt ons team van 22 zeer ervaren consultants advies en ondersteuning bij vraagstukken op het gebied van o.a. samenwerking & fusies, strategie, business cases en operationele effectiviteit. Vintura heeft uitgebreide ervaring in de organisatie van oncologische zorg op ziekenhuis- en regionaal niveau. Wij helpen organisaties excelleren door het creëren van duurzame en betekenisvolle impact. Onze onderscheidende aanpak leidt tot concrete, gedragen en opmerkelijke resultaten, en kenmerkt zich door:

- De uitdaging van onze klanten écht begrijpen en analyseren
- Maatwerk bieden in aanpak en oplossingsrichtingen
- Co-creatie door bundeling van intellect en creativiteit
- Rekening houden met de impact op organisatie én mensen
- Gepassioneerd en vasthoudend zijn in het gezamenlijk realiseren van de verandering

## Vintura in de praktijk

Ter illustratie van onze expertise en ervaring in de gezondheidszorg treft u onderstaand voorbeelden aan van projecten die onze consultants succesvol hebben begeleid.

|                            |   |
|----------------------------|---|
| Samenwerking & fusies      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Begeleiding joint venture tussen categoriaal ziekenhuis en academisch ziekenhuis</li> <li>• Begeleiding fusie van twee ziekenhuizen - business case en organisatie-inrichting</li> <li>• Begeleiding samenvoeging microbiologische activiteiten van meerdere ziekenhuizen</li> </ul>         |
| Strategie                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluatie strategie en begeleiding nieuwe meerjaren strategie voor ziekenhuis</li> <li>• Ontwikkeling meerjarenplannen &amp; begeleiding implementatie voor divisies/afdelingen</li> <li>• Prognosemodel lange termijn oncologische zorgvraag en regionale capaciteitsbehoefte</li> </ul>    |
| Business cases             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Business case voor realisatie en financiering nieuwbouw ziekenhuis</li> <li>• Business case voor realisatie moeder-kind centrum</li> <li>• Business case realisatie regionaal borstkanker- en GE-oncologiecentrum</li> </ul>   |
| Operationele effectiviteit | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Herontwerp en optimalisatie bedrijfsvoering zorg- en ondersteunende functies</li> <li>• Realisatie sneldiagnostiek oncologie &amp; herontwerp follow-up in diverse ziekenhuizen</li> <li>• Strategisch veranderprogramma &amp; operational excellence voor diagnostische afdeling</li> </ul> |

## Contact



**Bas Amesz**  
Partner  
@ bamesz@vintura.com  
📞 06-51080935



**Remco Bervoets**  
Partner  
@ rbervoets@vintura.com  
📞 06-51101450



**Remco Jansen**  
Principal Consultant  
@ rjansen@vintura.com  
📞 06-51517399



**Adriaan de Vries**  
Principal Consultant  
@ adevries@vintura.com  
📞 06-21888349





# Vintura < >

*a different consulting experience*

Vintura is een management adviesbureau gespecialiseerd in gezondheidszorg en internationale life sciences. Onze onderscheidende aanpak leidt tot concrete, opmerkelijke en gedragen resultaten.

Vintura, Julianalaan 8, 3743 JG Baarn, 035 45 33 540  
[info@vintura.com](mailto:info@vintura.com), [www.vintura.com](http://www.vintura.com)