



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

College Perinatale Zorg
T.a.v. mevrouw D. Moerman, directeur
Oudlaan 4
3515 GA Utrecht

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Geboortezorg & Gynaecologie
Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

Contactpersoon
R.A.J. Stüssgen
T +31 (0)6 830 237 54

2021009412

Datum 1 juni 2021
Betreft Verbetering kwaliteit geboortezorg in Nederland

Onze referentie
2021009412

Geachte mevrouw Moerman,

In de geboortezorg wordt hard gewerkt aan de verbetering van de zorg voor moeder en kind. Het CPZ en haar leden leveren daaraan een waardevolle bijdrage. Op basis van een korte terugblik en een schets van de huidige situatie willen wij in deze brief echter ook de grote uitdagingen benoemen waar de geboortezorgsector momenteel nog voor staat om de gemaakte afspraken over de verbetering van de kwaliteit van de Nederlandse geboortezorg te realiseren. In deze brief spreken wij de betrokken partijen aan op hun rol en verantwoordelijkheid voor de implementatie van de *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg* (ZIG). Met deze brief bieden wij u ook het rapport aan van adviesbureau Berenschot dat in opdracht van het Zorginstituut onderzoek heeft gedaan naar de samenwerking in Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's). Dit rapport lichten wij hieronder toe en vindt u als bijlage bij deze brief. Een afschrift van deze brief sturen wij naar de minister voor Medische Zorg en Sport, de inspecteur-generaal Gezondheidszorg en Jeugd van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en aan de voorzitter raad van bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit.

Terugblik

Begin 2008 trok de Nederlandse geboortezorg de aandacht door de signalering van een internationaal gezien relatief hoog perinataal sterftcijfer. Het rapport *'Een goed begin; veilige zorg rond zwangerschap en geboorte'* dat de *Stuurgroep Zwangerschap en geboorte* eind 2009 publiceerde, gaf een beeld van de huidige en de gewenste geboortezorg. De Stuurgroep constateerde en adviseerde met name dat de kwaliteit van de geboortezorg verbeterd kon worden door een betere samenwerking en communicatie tussen alle betrokkenen en formuleerde de ambitie om het aantal vermijdbare maternale en perinatale sterftegevallen in vijf jaar te halveren.

Ter ondersteuning van de geboortezorgpartijen bij de uitwerking van de opdracht de perinatale sterfte en de morbiditeit te verminderen is het *College Perinatale Zorg* (CPZ) ingesteld. Onder leiding van het CPZ is tussen 2014-2016 een integraal kwaliteitskader (ZIG) ontwikkeld. In eerste instantie slaagden de

veldpartijen er niet in om dit kader gezamenlijk vast te stellen; struikelblok was met name de vormgeving van de samenwerking rondom risicoselectie. Met doorzettingsmacht van het Zorginstituut is de ZIG in 2016 en de bijbehorende indicatorenset in 2017 na consent bij alle veldpartijen vastgesteld. Door het CPZ is januari 2020 geformuleerd als de maand waarin de implementatie van de zorgstandaard voltooid moet zijn (*Implementatieplan van de ZIG (2017)*).

Huidige signalen

Onderzoek RIVM naar trend in perinatale sterfte

Eind 2020 verschijnt het RIVM-rapport *Beter weten: een beter begin*. Hieruit blijkt dat de perinatale sterfte tussen 2008 en 2015 weliswaar daalde, maar de beoogde halvering niet is gerealiseerd. Vanaf 2015 stagneert de perinatale sterfte en stijgt deze recent zelfs. Dit komt vooral door de toename van het aantal vroeggeboortes. Deze toename hangt samen met de rol van risicofactoren zoals obesitas, ongezonde leefstijl en sociaaleconomische risicofactoren zoals armoede, taalachterstand en laaggeletterdheid. Om de babysterfte weer te laten dalen is volgens het RIVM betere collectieve preventie en samenwerking in de geboortezorg nodig, maar ook meer samenwerking tussen de geboortezorg en het sociale domein, gemeenten en de jeugdgezondheidszorg (JGZ).

Onderzoek Berenschot naar samenwerking in VSV's

Samenwerking en netwerkvorming in VSV's maken een belangrijk deel uit van de ZIG. De doorzettingsmacht waarmee het Zorginstituut deze standaard in 2016 heeft vastgesteld was vooral gericht op het stimuleren van deze samenwerking. Na ruim vier jaar heeft het Zorginstituut een evaluatieonderzoek laten uitvoeren om inzicht te krijgen in de mate waarin deze samenwerking tot stand is gekomen en welke omgevingsfactoren hierbij een rol hebben gespeeld. In opdracht van het Zorginstituut heeft adviesbureau Berenschot in 2020 dit onderzoek uitgevoerd.

Berenschot signaleert dat het rapport *Een goed begin* en de ZIG de ontwikkeling van de samenwerking en netwerkvorming in VSV's hebben versneld. VSV's willen zich verder doorontwikkelen maar lopen in hun ontwikkelproces tegen barrières aan waar zij in de praktijk wisselend effectief mee omgaan. Van de onderzochte VSV's bevindt een enkeling zich nog in fase 1: het vormgeven van praktische en inhoudelijke samenwerking op de werkvloer - met barrières op het niveau van monodisciplinaire zorgorganisatie. Het gros bevindt zich in fase 2 en 3: vormgeven van structurele, inhoudelijke en bestuurlijke netwerksamenwerking. De ervaren belemmeringen liggen hier op regionaal niveau en binnen hun eigen invloedssfeer¹. Enkele hebben fase 4 en 5 bereikt en opereren als één netwerk of integrale geboortezorg organisaties (IGO); zij ervaren barrières vooral op het niveau van landelijk opererende en belangenbehartigende partijen² en daarmee buiten hun directe invloedssfeer.

Tegelijkertijd formuleren VSV's op regionaal niveau de doelen van hun samenwerking (in termen van medische uitkomsten) zelden systematisch en monitoren het bereiken ervan dan dus ook niet.

Uit dit onderzoek van Berenschot kunnen we concluderen dat de samenwerking

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Geboortezorg & Gynaecologie

Datum
1 juni 2021

Onze referentie
2021009412

¹ Regionale belemmeringen betreffen de lage organisatiegraad van de afzonderlijke disciplines, meerdere ziekenhuizen in het VSV, meervoudige betrokkenheid van verloskundigenpraktijken bij één VSV en complexe sociale problematiek in de cliëntenpopulatie

² Een belangrijke landelijke belemmering betreft de problemen bij de informatie-uitwisseling binnen een VSV waardoor een gedeeld patiëntendossier en systematische monitoring op VSV-niveau bemoeilijkt worden.

binnen VSV's op basis van de ZIG achterblijft bij de afspraken die hierover zijn gemaakt. Ook kunnen we concluderen dat onvoldoende in beeld is gebracht in hoeverre inspanningen op VSV-niveau hebben geleid tot betere en meer doelmatige zorg met betere ervaring van cliënt en professional. De samenwerking en monitoring op VSV-niveau kunnen nog verder (door)ontwikkeld worden. Voor een belangrijk deel ligt dit binnen het bereik van VSV's zelf – maar voor een deel kunnen zij hierbij ondersteuning gebruiken.

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Geboortezorg & Gynaecologie

Datum
1 juni 2021

Onze referentie
2021009412

Rol IGJ en NZa

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) heeft ten behoeve van haar toezichtstaak in 2020 het toetsingskader Integrale geboortezorg ontwikkeld. Met haar toezicht wil de Inspectie goede integrale geboortezorg bevorderen, de implementatie van de ZIG stimuleren en een bijdrage leveren aan de vorming van beleid ten behoeve van de verbetering van de integrale geboortezorg.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beoogt met een (nu nog) experimentele 'integrale bekostiging' de integrale samenwerking tussen de verschillende disciplines in de geboortezorg te faciliteren. Dit heeft geleid tot de vorming van een aantal integrale geboortezorg organisaties (IGO's). Het RIVM volgt en evalueert dit experiment.

Verantwoordelijkheid partijen

Het Zorginstituut is verantwoordelijk voor het samenstellen van het pakket van goede verzekerde zorg. Vanuit deze publieke rol concluderen wij op basis van voornoemde signalen dat de Nederlandse geboortezorg nog niet die kwaliteit heeft bereikt zoals beschreven in de *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg*. De veldpartijen hebben de wettelijke plicht om de ZIG te implementeren binnen de afgesproken termijn zodat zorgverzekeraars weten wat ze moeten inkopen, zorgaanbieders weten hoe ze de zorg moeten organiseren en patiënten weten waarop ze kunnen rekenen. Deze termijn hebben de veldpartijen ruim overschreden. Wij vragen alle betrokken partijen om hun verantwoordelijkheid te nemen en om daar waar nodig hun rol te pakken in de Nederlandse geboortezorg.

Het CPZ is in 2020 gestart met de evaluatie van de implementatie van de ZIG en verwacht deze binnenkort op te leveren. Wij zijn benieuwd naar de bevindingen uit deze evaluatie en zullen de vorderingen rondom de implementatie nauwlettend blijven volgen.

Vraagstukken in de geboortezorg zijn verschillend van aard en spelen op verschillende niveaus. Landelijke vraagstukken vragen om een vorm van centrale regie van de Rijksoverheid of landelijke koepels, terwijl regionale vraagstukken juist een decentrale regie vergen. Bij normatieve vraagstukken is regie van de overheid op inhoud logisch, terwijl expertmatige vraagstukken gebaat zijn bij regie van de overheid op proces, met ruimte voor afstemming tussen inhoudelijke experts.

Het Zorginstituut vindt het belangrijk dat de regie waarmee een vraagstuk wordt opgepakt, op de bovenstaande differentiatie is afgestemd. Dit houdt in dat een vraagstuk alleen centraal wordt opgepakt als dat op een regionaal niveau niet mogelijk is. Het daadwerkelijke proces van samenwerken ligt bij de VSV's en kan goed decentraal opgepakt worden en worden uitgevoerd door de regionale veldpartijen.

Daarnaast vindt het Zorginstituut het belangrijk dat bij het vormgeven van goede zorg alle betrokkenen voortdurend samen leren en verbeteren. Op macroniveau

(landelijk), maar ook op mesoniveau (regionaal in VSV's) en op microniveau (ontmoeting tussen cliënt en zorgverlener). Dat geldt ook voor het in praktijk brengen van landelijke kwaliteitsstandaarden. Een goede dialoog met oog voor de regionale en individuele context is daarbij essentieel.

Ten slotte

Leren en verbeteren begint met het delen van de kennis met alle betrokken veldpartijen. Wij weten en waarderen dat het CPZ zich inspant om het lerend vermogen van de sector bij het verbeteren van samenwerking en netwerkvorming te versterken. De bevindingen uit het onderzoeksrapport van Berenschot kunnen hieraan bijdragen. Voor de kennisdeling met alle betrokken veldpartijen ziet het Zorginstituut een leidende rol voor het CPZ. Vanuit de Kwaliteitsraad kan hierbij desgevraagd ondersteuning geboden worden. Met het oog op het voorgaande wil het Zorginstituut vanuit het perspectief van samensteller van het pakket van goede verzekerde zorg een duidelijk signaal afgeven aan de veldpartijen. Het is belangrijk dat deze veldpartijen in de komende periode gaan zorgdragen voor een succesvolle implementatie van de ZIG. Het Zorginstituut zal de ontwikkelingen in de geboortezorg dan ook in de komende periode blijven monitoren.

Met vriendelijke groet,



Sjaak Wijma
Voorzitter Raad van Bestuur

Bijlage:

Onderzoeksrapport Berenschot: *Samen (net)werken in de zorg - doorbreken van patronen - Leren van de geboortezorg: evaluatieonderzoek naar (het ontstaan van) samenwerking in verloskundige samenwerkingsverbanden*

Kopie aan:

- Mevrouw T. van Ark, minister voor Medische Zorg en Sport
- Mevrouw M.A.W. Eckenhausen, inspecteur-generaal Gezondheidszorg en Jeugd, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
- Mevrouw M.J. Kaljouw, voorzitter raad van bestuur, Nederlandse Zorgautoriteit

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Geboortezorg & Gynaecologie

Datum
1 juni 2021

Onze referentie
2021009412

Samen (net)werken in de zorg: doorbreken van patronen

Leren van de geboortezorg: evaluatieonderzoek naar (het ontstaan van) samenwerking in verloskundige samenwerkingsverbanden

19 mei 2021

Samen (net)werken in de zorg: doorbreken van patronen

Leren van de geboortezorg: evaluatieonderzoek
naar (het ontstaan van) samenwerking in
verloskundige samenwerkingsverbanden

Christel van Zijp
Felix van Urk
Sofie Dreef
Aisha de Graaff
Marlous Verheul

19 mei 2021

Voorwoord

Het jaar 2020 was een zwaar jaar. De COVID-19-pandemie heeft de wereld en zeker de zorg voor altijd veranderd. Daar waar samenwerken in zorgnetwerken in de kinderschoenen stond en digitale zorg nog niet écht van de grond wilden komen, zien we dat in tijden van crisis handen ineengeslagen worden. Op veel plekken wordt nagedacht hoe we straks kunnen doorbouwen op ‘het goede’ van de COVID-crisis: beter samenwerken over lijnen en domeinen heen en breder gebruiken van digitale mogelijkheden. Tegelijkertijd wijst deze tijd ons ook op de nadelen van het versnipperd georganiseerde Nederlandse zorglandschap en zien we de roep om coördinatie toenemen (zie bijvoorbeeld de recente Discussienota Zorg van de Toekomst van het Ministerie van VWS).

In 2020 heeft Berenschot in opdracht van Zorginstituut Nederland onderzoek gedaan met als doel het verkrijgen van kennis over samenwerking en netwerkvorming in VSV's, de ervaringen van zorgverleners hiermee en het ervaren effect hiervan op de patiëntenzorg. Tweede doel van onderzoek is het vergroten van kennis over de omgevingsfactoren die een rol spelen bij het tot stand brengen van samenwerking en netwerken binnen VSV's.

Ruim tien jaar geleden, begin 2010, werd de geboortezorg geconfronteerd met zorgwekkende cijfers over de babysterfte in Nederland (rapport ‘Een goed begin’ van de stuurgroep Zwangerschap en geboorte). In het advies van de stuurgroep Zwangerschap en geboorte werd benoemd dat ‘onvoldoende samenwerken in de keten’ een van de onderliggende oorzaken was. Daar waar we in 2010 nog uitgingen van het beter doen aansluiten van de verschillende schakels in de zorgketen, zien we dat in 2020 nagedacht wordt over de kansen van het samen lijnloos vormgeven aan ‘shared care’.

In de dialoog over hoe we in de periode tot 2040 de kwaliteit, toegankelijkheid en beschikbaarheid van de Nederlandse zorg kunnen waarborgen (gelet op uitdagingen als een sterk toenemende zorgvraag en een krapte in middelen en menskracht) wordt van samenwerking in de regio veel verwacht.

Sinds 2018 wordt in Nederland actief ingezet op de ‘juiste zorg op de juiste plek’ (JZOJP) met als doel het waar mogelijk voorkomen, veranderen of verplaatsen van zorg. Het over lijnen en domeinen heen vormgeven aan regionale samenwerking speelt daarbij een belangrijke rol. Diverse onderzoeken, waaronder het onderzoek dat Berenschot voor het Ministerie van VWS uitvoerde naar de Stand van het land rond de Regiobeelden (2020), laten zien dat zorgnetwerken in ons huidige zorgstelsel tegen belemmeringen aanlopen. Soms kunnen zorgnetwerken deze belemmeringen zelf oplossen, soms liggen deze buiten de eigen cirkel van invloed. De vraag is wie er dan aan zet is en ook hoe landelijk beleid aan de regionale en lokale praktijk verbonden kan worden.

In 2010 lag de aanleiding om in de geboortezorg de regionale samenwerking te gaan versterken in de urgentie die naar voren kwam uit het eerder genoemde rapport ‘Een goed begin’. Vervolgens verscheen in 2016 met doorzettingsmacht van het Zorginstituut de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (ZIG). Met de introductie van de ZIG kreeg het samenwerken in de VSV's een extra stimulans. Hoewel de aanleiding in de urgentie rond de sterftcijfers lag, zien we tien jaar later dat samenwerken en netwerkvorming gezien worden als oplossing voor andere – breder in de zorg spelende – vraagstukken. VWS spreekt in de discussienota Zorg van de Toekomst over het streven naar integrale zorg, waarbij de zorg rondom een patiënt/cliënt als één geheel wordt georganiseerd en (sub) domeinen verbonden worden. De lessen uit voorliggend evaluatieonderzoek zijn vanuit dit perspectief mogelijk naast voor de geboortezorg ook in een bredere context interessant.

Na op basis van beschikbare literatuur en onderzoek tot een eerste analysekader te zijn gekomen, hebben wij vanaf juni 2020 met een grote vertegenwoordiging van betrokken professionals uit verloskundige samenwerkingsverbanden gesproken. In twee gespreksrondes hebben wij gesproken met 65 zorgverleners (van verloskundige tot gynaecoloog, kraamverzorger, jeugdarts en huisarts) uit zestien verschillende VSV's. Zij maakten tijd vrij in hun overvolle agenda, zelfs in COVID-tijd om met ons te praten over hoe de samenwerking en netwerkvorming bij hen verlopen is. Goed voorbereid hebben de professionals uit deze VSV's hun lessen met ons gedeeld om primair de geboortezorg naar een hoger plan te tillen, maar ook om het Zorginstituut te voeden en netwerkzorg in bredere zin een 'boost' te geven. Opvallend was hoe bevolgen en hoe open de gesprekspartners ons vertelden over hoe successen tot stand zijn gekomen, welke barrières zij tegenkomen en waarom de vaak zeer gewenste netwerksamenwerking soms toch stukt.

Belangrijke constatering is dat géén van onze gesprekspartners twijfelde of de ingeslagen weg van samen (net)werken de juiste is. Wel wijzen zij erop dat samenwerken in het huidige stelsel soms lastig is en veel tijd en energie kost, wat door de omgeving en door landelijke partijen niet altijd gezien lijkt te worden. Daar waar het – met het benodigde doorzettingsvermogen – lukt, hebben wij trots gezien en geven betrokkenen aan de volgende stappen te willen zetten. Daar waar het nog niet voldoende lukt om elkaar in het netwerk te vinden, hebben wij frustratie gevoeld omdat ook deze professionals inzien dat in de huidige tijdgeest wordt ingezet op samenwerken als de weg naar het verbeteren van zorg.

Goed om hier te benoemen is dat wij de aanpak van het onderzoek in actieve cocreatie met een begeleidingsgroep van het Zorginstituut hebben vormgegeven. Berenschot heeft het onderzoek vervolgens zelfstandig en onafhankelijk uitgevoerd. Voorliggende rapportage bevat dan ook de conclusies van de bij dit onderzoek betrokken onderzoekers. We hebben de samenwerking met het Zorginstituut als heel plezierig ervaren en gezien dat het Zorginstituut wil (blijven) leren hoe vanuit zijn rol maximaal waarde toegevoegd kan worden aan de in Nederland ingezette transformatie van zorg.

Gedurende de looptijd van het onderzoek hebben wij op een aantal momenten de interactie opgezocht met een klankbordgroep, waarin onder andere het College Perinatale Zorg, de Federatie van VSV's en het blikveld van de regionale consortia vertegenwoordigd waren. Deze interactie heeft het onderzoeksresultaat aangescherpt en het bleek belangrijk voorliggend onderzoek te verbinden met de veelheid aan andere evaluatieonderzoeken die er in 2020 gedaan zijn in en rond de geboortezorg (door onder andere RIVM, IGJ en NZa). Het was waardevol deze ervaring 'aan tafel' te hebben, waarvoor dank.

Eén van de geluiden die wij in onze gesprekken met het geboortezorgveld hebben gehoord is dat er veel wordt onderzocht en dat het nu tijd is om met de uitkomsten hiervan aan de slag te kunnen gaan. Wij hopen met voorliggend onderzoek een bijdrage te hebben geleverd aan verdere ontwikkeling van de netwerksamenwerking in de geboortezorg, en de zorg in bredere zin. We hebben er met veel inzet en plezier aan gewerkt.

Het onderzoeksteam van Berenschot

Inhoudsopgave

MANAGEMENTSAMENVATTING.....	6	BIJLAGE 1.	
1. INLEIDING	8	Ingezette expertise, Begeleidingsgroep en Klankbordgroep.....	32
1.1 Onderzoek netwerkvorming geboortezorg	8	BIJLAGE 2.	
1.2 Kennisdoelen	8	Overzicht geselecteerde VSV's.....	33
1.3 Aanpak: organisatie van het onderzoek, analysekaders en selectie betrokkenen	9	BIJLAGE 3.	
1.4 Inzichten voor geboortezorg, Zorginstituut en het bredere zorgveld	10	Basis voor onderzoek: enkele modellen	34
1.5 Leeswijzer	11	BIJLAGE 4	
2. BEANTWOORDING DEELVRAGEN EN REFLECTIE OP KENNISDOELEN.....	12	Interviewleidraad fase 1 veldonderzoek	35
2.1 Kennisdoelen.....	12	BIJLAGE 5.	
2.2 Beantwoorden vijf deelvragen	12	Veelgenoemde interventies bij netwerkbarrières	37
2.3 Evaluatiemodel netwerkvorming in de zorg	24	BIJLAGE 6.	
2.4 Conclusie	25	Voorbeelden CMO-configuratie.....	38
3. INZICHTEN PER KENNISDOEL	26		
3.1 Verkrijgen van kennis over samenwerking en netwerkvorming in VSV's, de ervaringen van zorgverleners hiermee en het ervaren effect hiervan op de patiëntenzorg	26		
3.2 Vergroten van kennis over de omgevingsfactoren en mechanismen die een rol spelen bij het tot stand brengen van samenwerking en netwerken binnen VSV's (deelvraag 5)	27		
4. WERKENDE INTERVENTIES: HANDVATTEN VOOR (GEBORTEZORG) NETWERKEN.....	29		
4.1 Effectieve interventies voor goede samenwerking in VSV-verband	29		
4.2 Regiocontext bepalend voor succes interventie	30		
4.3 Factoren buiten de directe invloedssfeer van VSV's.....	30		
4.4 Samenwerking als doel of middel.....	30		
4.5 Monitoring, benchmarking en uitkomstmaten.....	31		
4.6 Vervolg vragen	31		

Management-samenvatting

In de periode 2014-2016 hebben de partijen verbonden in het College Perinatale Zorg (CPZ) gewerkt aan een kwaliteitsstandaard voor integrale geboortezorg: de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (ZIG). Deze ZIG is in juni 2016 vastgesteld door het Zorginstituut Nederland, na gebruikmaking van zijn doorzettingsmacht. Belangrijk onderdeel van de ZIG vormt het verenigen van de bij geboortezorg betrokken disciplines in verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's). Het Zorginstituut heeft Berenschot gevraagd voorliggend onderzoek te doen met als doel het verkrijgen kennis over samenwerking en netwerkvorming in VSV's, de ervaringen van zorgverleners hiermee en het ervaren effect hiervan op de patiëntenzorg. Tweede doel van onderzoek is het vergroten van kennis over de omgevingsfactoren die een rol spelen bij het tot stand brengen van samenwerking en netwerken binnen VSV's.

In totaal zijn zestien VSV's verspreid over Nederland in twee rondes geïnterviewd. Criteria om tot de selectie van VSV's te komen waren onder meer de geografische spreiding over het land en de functie (academisch, topklinisch, perifeer) van het betrokken ziekenhuis. In een eerste ronde zijn zorgverleners uit deze VSV's monodisciplinair (en individueel) bevraagd. In een tweede ronde zijn de besturen van zeven van deze zestien VSV's multidisciplinair (in groepsverband) bevraagd op een aantal naar voren gekomen en te verdiepen thema's.

Uit het onderzoek blijkt dat er sinds, en mede als gevolg van, de introductie van het rapport 'Een goed begin' in 2010 en versneld door de introductie van de ZIG in 2016 in veel regio's grote inspanningen zijn geleverd in het opzetten en ontwikkelen van samenwerking in VSV's.

Het onderzoek laat zien dat samenwerking in VSV's zich lijkt te ontwikkelen aan de hand van vijf fases: van een start met praktisch samenwerken op de werkvloer tot het functioneren van een VSV als een volwassen netwerk of één organisatie. Ook zien wij dat de focus van een VSV zich gedurende deze fases ontwikkeld van een focus op het middel dat samenwerken is, richting een focus op het uiteindelijke doel van die samenwerking: betere en meer doelmatige zorg met een betere ervaring van cliënt en professional (quadruple aim).

Bij het doorontwikkelen van de samenwerking lopen VSV's in de praktijk tegen barrières aan. In de eerste fase van het ontwikkelproces spelen deze barrières zich vooral af binnen of tussen de individuele zorgverleners of praktijken in het VSV, in latere fases worden barrières op een landelijk niveau dominant. Uit het onderzoek blijkt dat VSV's wisselend effectief omgaan met de barrières die zich (mono- en multidisciplinair) op regionaal niveau voordoen. Naar voren komt dat het in principe mogelijk is om met behulp van praktische acties/interventies een groot deel van deze barrières te overkomen. Dit geldt vooral voor barrières die binnen de invloedssfeer van de eigen regio opgelost kunnen worden.

VSV's formuleren op regionaal niveau de doelen van hun samenwerking zelden systematisch en monitoren deze dan dus ook niet op VSV-niveau. Doordat monitoring van gezamenlijke doelen op VSV niveau nog ontbreekt, is het lastig hard te maken wat samenwerking en netwerkvorming feitelijk oplevert.

Deze bevindingen uit voorliggend onderzoek vormen een aanvulling op bestaande onderzoeken en discussies. Een van de conclusies is dat het zou helpen de gezamenlijke opdracht/opgave voor de geboortezorg te actualiseren vanuit een streven naar de juiste zorg op de juiste plek (JZOJP). Vanuit een heldere landelijke ambitie kan door regio's bekeken worden welke bijdrage zij daaraan willen en moeten leveren, evenals welke bijdrage de individuele zorgaanbieders willen en moeten leveren aan de regio-opgave. Een toekomstagenda waarin ieders bijdrage en perspectief duidelijk naar voren komen helpt bij gezamenlijke gerichtheid. Passende sturing op kwaliteit van zorg in dit verband (niet langer op individueel maar op netwerkniveau) en daarop aansluitende bekostigingsmodellen (over lijnen en domeinen heen) zijn belangrijke onderwerpen binnen deze agenda.

HOOFDSTUK 1.

Inleiding

1.1 Onderzoek netwerkvorming geboortezorg

De Nederlandse gezondheidszorg zet in op samenwerken. Duidelijk is dat de beschikbare middelen en menskracht de komende jaren niet toereikend zullen zijn om met de huidige manier van werken de stijgende en complexer wordende zorgvraag aan te kunnen. Het moet anders, is het credo. Onder de noemer 'juiste zorg op de juiste plek' wordt gewerkt aan het voorkomen, veranderen en verplaatsen van zorg. Ingezet wordt (onder meer) op opgavegericht werken en op het vormen van zorgnetwerken rond specifieke doelgroepen over lijnen en domeinen heen.

In de geboortezorg wordt van oudsher interprofessioneel samengewerkt. Toch luidde het stuurgroep rapport 'Een goed begin' in 2010 een nieuw tijdperk in. De stuurgroep constateerde en adviseerde dat beter samenwerken nodig was om vermijdbare babysterfte en mortaliteit te verminderen. Aan betrokken zorgverleners werd gevraagd hun samenwerking (verder) vorm te geven in zogenoemde verloskundige samenwerkingsverbanden, waarin verloskundigen, gynaecologen, kraamzorg en soms ook jeugdgezondheidszorg en huisartsen de handen ineensloegen om samen vorm te geven aan 'integrale geboortezorg'. Het College Perinatale Zorg (CPZ) werd opgericht om het veld van de geboortezorg en de VSV's bij hun opdracht te ondersteunen.

In de periode 2014-2016 hebben de partijen verbonden in het CPZ gewerkt aan een kwaliteitsstandaard voor integrale geboortezorg: de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (ZIG). Omdat tussen partijen zelf geen consensus werd bereikt, heeft het Zorginstituut gebruikgemaakt van zijn doorzettingsmacht en in juni 2016 de ZIG vastgesteld. In de ZIG staan onder meer aanbevelingen over het komen tot VSV's, waarin interprofessioneel, multidisciplinair en lijnoverstijgend wordt samengewerkt. Het Zorginstituut ziet dat er de afgelopen jaren in de geboortezorg ontzettend hard gewerkt is om de ZIG in praktijk te brengen en wil leren van de ervaring die de geboortezorg heeft opgedaan met het (vormen van) samenwerking in VSV-verband.

1.2 Kennisdoelen

Het voorliggende onderzoek dient twee kennisdoelen:

1. Verkrijgen van kennis over samenwerking en netwerkvorming in VSV's, de ervaringen van zorgverleners hiermee en het ervaren effect hiervan op de patiëntenzorg.
2. Vergroten van kennis over de omgevingsfactoren en mechanismen die een rol spelen bij het tot stand brengen van samenwerking en netwerken binnen VSV's.

Ter concretisering van deze centrale kennisdoelen formuleerde het Zorginstituut vijf deelvragen:

1. Welke strategieën en acties gericht op samenwerking en netwerkvorming hebben VSV's ondernomen?
2. Welke samenwerkingsvormen en netwerken hebben VSV's ontwikkeld?
3. Welke ontwikkelingsfasen in de totstandkoming van de samenwerking en netwerken zijn te onderscheiden? Welke reconstructies zijn er te maken van de totstandkoming van samenwerking en netwerken binnen de geselecteerde VSV's?
4. Welke (gewenste en ongewenste) resultaten en (neven) effecten van deze samenwerkingsvormen en netwerken (op de (kwaliteit van de) patiëntenzorg) hebben de betrokken zorgverleners ervaren?
5. Welke bevorderende en belemmerende omgevingsfactoren en mechanismen hebben een rol gespeeld bij de ontwikkeling van samenwerking en netwerken in VSV's?

In voorliggend rapport worden deze vijf deelvragen beantwoord en vertaald naar inzichten over de geformuleerde kennisdoelen.

1.3 Aanpak: organisatie van het onderzoek, analysekaders en selectie betrokkenen

Organisatie van het onderzoek

Berenschot heeft de gehanteerde onderzoeksmethode in nauwe cocreatie met de begeleidingscommissie van het Zorginstituut vormgegeven. Voorafgaand aan elke nieuwe fase van het onderzoek dachten wij samen na over hoe die fase zo goed mogelijk kon worden aangepakt. Het is gelukt om het geboortezorgveld zo te betrekken dat de opbrengst maximaal, maar hun inspanning – zeker in de hectische COVID-tijd – minimaal kon zijn. Waar mogelijk hebben onderzoekers zich aangepast aan de agenda van de zorgverleners en er is voordeel gedaan van het feit dat digitaal vergaderen in de afgelopen maanden gemeengoed werd.

Om te waarborgen dat het onderzoek zo goed mogelijk zou aansluiten bij de ‘taal van het veld’ is prof. dr. Kitty Bloemenkamp (hoogleraar Obstetrie, UMCU) als expert aan het onderzoeksteam verbonden. Zij heeft op gezette momenten meegedacht over de aanpak en het verloop van het onderzoek, en over de interpretatie van de uitkomsten.

Daarnaast is gedurende het onderzoek vijf keer van gedachten gewisseld met de klankbordgroep, waarin het CPZ en de Federatie van VSV's participeerden, evenals een expert betreffende de rol van de regionale consortia zwangerschap en geboorte, met als doel de verzamelde inzichten te duiden en te verbinden met andere lopende onderzoeken en ontwikkelingen in het geboortezorgveld. De samenstelling van het onderzoeksteam, de begeleidingsgroep en klankbordgroep is opgenomen in bijlage 1.

Berenschot heeft het onderzoek onafhankelijk uitgevoerd en de resultaten en conclusies die in dit rapport worden beschreven zijn die van de onderzoekers.

Analysekader gefundeerd op modellen afkomstig uit eerder onderzoek

Bij de start van het onderzoek hebben we een aantal eerder ontwikkelde modellen om tot netwerkvorming en samenwerking te komen nader bekeken:

- het generieke model voor samenwerken in zorgnetwerken van Ecorys en het Zorginstituut¹
- het model Regionale netwerkdialog van Berenschot
- het model voor samenwerken in de zorg van D'Amour et al.²
- het mechanismenkwaadrant van Berenschot en het Zorginstituut.

Deze vier modellen dienden om tot een analysekader en daaruit voortvloeiende interviewleidraad te komen waarmee de ervaringen met netwerkvorming en samenwerking op gestructureerde wijze konden worden opgehaald (bijlage 2).

Betrokkenheid van zestien VSV's in twee gespreksrondes

Gekozen is om veldpartijen in twee gespreksrondes te bevragen. In een eerste gespreksronde zijn betrokken geboortezorgverleners monodisciplinair bevraged. Vanuit de aanname dat perspectieven op samenwerken kunnen verschillen, wilden we de gesprekspartners hiermee de ruimte geven vrijuit hun ervaring te delen zonder erbij te hoeven nadenken of een ervaring daadwerkelijk door de andere partijen binnen ‘het VSV’ gedragen wordt. In deze eerste gespreksronde is met 65 zorgverleners uit zestien verschillende VSV's gesproken.

In overleg met de begeleidingscommissie en de klankbordgroep is op basis van de verzamelde inzichten uit gespreksronde 1 een aantal thema's geïdentificeerd waarop in gespreksronde 2 is ingezoomd. Voor deze tweede gespreksronde zijn de besturen van zeven van de eerder in ronde 1 betrokken VSV's multidisciplinair in een groepsgesprek bevraged.

De interviews uit beide rondes zijn verwerkt in bondige aantekeningen, waarna aantekeningen uit verschillende gesprekken aangaande dezelfde deelvraag zijn gecombineerd in MS Excel. Vervolgens zijn door het team van Berenschot relevante (casusoverstijgende) patronen gecombineerd in de resultaten die we in dit rapport beschrijven.

¹ Het Ecorys-model onderscheidt feedbackmechanismen voor (a) het creëren van randvoorwaarden voor samenwerking, (b) samenwerken, leren en ontwikkelen en (c) effecten van samenwerken, leren en ontwikkelen. Binnen deze drie categorieën, brengt het model onderscheid aan tussen in het model benoemde activiteiten (dat wat de stakeholders (samen) doen) en waar deze toe leiden (namelijk; randvoorwaarden, resultaten en effecten).

² D'Amour et al. (2008) A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health Services Research, 8:18

Selectie(criteria) VSV's

Om tot een representatieve selectie van te betrekken VSV's te komen zijn de volgende criteria gehanteerd:

- Spreiding over het land (vertegenwoordiging verschillende regionale consortia, grootstedelijk versus buitengebied).
- Juridische rechtsvorm (zoals coöperatie, vereniging, IGO).
- Type ziekenhuis (perifeer, academisch, tertiaire functie op basis van NICU).
- Meer of minder complexe regio (bijvoorbeeld hoge ziekenhuis en VSV-dichtheid, recente fusieziekenhuizen).
- Langere of kortere historie van samenwerken in VSV-verband.
- Aanwezigheid actieve moederraad.

In gesprek met de begeleidingscommissie en de klankbordgroep is tot een definitieve selectie gekomen. In totaal hebben drie VSV's aangegeven dat zij (mede door COVID-drukke) geen tijd konden vrijmaken voor het onderzoek. Deze VSV's zijn gedurende de looptijd van het onderzoek vervangen door twee vergelijkbare VSV's. De totale selectie van in voorliggend onderzoek betrokken VSV's³ ziet er als volgt uit:

Geselecteerde VSV's	Aantal gesprekken in gespreksronde	
	Ronde 1	Ronde 2
VSV Achterhoek Oost (Winterswijk)	3	√
VSV AMC	4	√
IGO Annature	3	√
VSV Drachten e.o.	4	√
VSV Den Bosch	4	
VSV Geboortezorg Salland	3	√
IGO IJmond	5	
VSV Preall(Almere)	5	
VSV Reinier	6	√
VSV Rotterdam Zuid	3	
VSV SamenZuyd	5	√
VSV SHE Treant Groep	3	
VSV Sneek	4	
VSV Uniek	3	
VSV Zwolle e.o.	4	
VSV ZorgSaam	6	
Totaal aantal gevoerde gesprekken	65	7

1.4 Inzichten voor geboortezorg, Zorginstituut en het bredere zorgveld

De opgehaalde inzichten zijn vertaald naar mogelijke handvatten om verder te komen met netwerkvorming en samenwerken in de zorg voor drie verschillende doelgroepen:

Doelgroep	Inzichten uit het onderzoek
1. Geboortezorg	In de gesprekken met professionals uit verschillende VSV's zijn voorbeelden naar voren gekomen, die in het dit onderzoeksrapport worden gedeeld. Aan welke concrete interventies kun je denken als je in een VSV tegen een barrière oploopt? Welke invloed heeft de context waarin je acteert? Wat kun je op eigen kracht oppakken, en waar zul je de handen ineen moeten slaan en/of de dialoog met stelselpartijen opzoeken?
2. Zorginstituut Nederland	De inzichten uit het onderzoek in de geboortezorg hebben wij op verzoek van het Zorginstituut vertaald naar een bijgewerkt evaluatiemodel voor samenwerking en netwerkvorming dat ook in andere sectoren van de zorg als handvat kan worden gebruikt. In welke fase loopt een netwerk tegen welke barrières aan? Welke rol kan het Zorginstituut spelen om hierin een stap verder te komen? En, welk gesprek kan het Zorginstituut initiëren op landelijk niveau om ook op stelselniveau gelijkgericht te (blijven) werken?
3. Zorgsector in brede zin	Met het oog op de bredere beweging van regionale samenwerking in de zorg, hebben wij meer generieke lessen uit dit onderzoek in het laatste hoofdstuk als 'bijvangst' opgenomen.

³ Zie bijlage 2 voor een volledig overzicht van de selectiecriteria op basis waarvan de VSV's zijn geselecteerd

1.5 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de uitkomsten van het onderzoek.

We beantwoorden de vijf deelvragen en presenteren het op basis van dit onderzoek doorontwikkelde 'evaluatiekader voor netwerkvorming en samenwerking in de zorg'. In hoofdstuk 3 zetten we de opgedane inzichten per kennisdoel op een rij.

In de gesprekken met het geboortezorgveld zijn veel interventies genoemd die zij hebben ingezet om de samenwerking een stap verder te brengen. Deze interventies belichten we in hoofdstuk 4, als handvatten voor de doorontwikkeling van (geboortezorg) netwerken.

HOOFDSTUK 2.

Beantwoording deelvragen en reflectie op kennisdoelen

2.1 Kennisdoelen

Het Zorginstituut heeft twee kennisdoelen met dit onderzoek:

1. Het verkrijgen van kennis over samenwerking en netwerkvorming in VSV's, de ervaringen van zorgverleners hiermee en het ervaren effect hiervan op de patiëntenzorg.
2. Het vergroten van kennis over de omgevingsfactoren en mechanismen die een rol spelen bij het tot stand brengen van samenwerking en netwerken binnen VSV's.

Om deze kennisdoelen te bereiken, heeft het Zorginstituut vijf deelvragen geformuleerd. Deze beantwoorden wij in de volgende paragraaf. Deelvragen 1 tot en met 4 richten zich op kennisdoel 1; deelvraag 5 richt zich op kennisdoel 2.

Met het vergroten van de kennis op deze onderwerpen levert het onderzoek meerwaarde voor drie doelgroepen:

2.2 Beantwoorden vijf deelvragen

Deelvraag 1: welke strategieën en acties gericht op samenwerking en netwerkvorming hebben VSV's ondernomen?

Een VSV is een regionaal netwerk waarin organisaties van verloskundig zorgverleners, regionaal actieve kraamzorgorganisaties en andere regionale geboortezorgprofessionals gezamenlijk het (kwaliteits) beleid rondom uitvoering van de zorg bij zwangerschap en geboorte vaststellen (multidisciplinaire en lijnoverstijgende samenwerking). De besturen van deze VSV's bestaan uit de zorgverleners zelf (mensen uit het veld). Dat lijkt een open deur, maar is een essentiële constatering om de strategieën en acties die VSV's hebben ondernomen te doorgronden.

Doelgroep	Meerwaarde evaluatieonderzoek
1. Geboortezorg	Partijen die in praktijk samen vorm geven aan implementatie van de ZIG zijn gebaat bij specifieke en praktisch toepasbare kennis over wat wel en niet werkt bij netwerkvorming en samenwerking, en welke rol de regionale context speelt. Om tot uitkomsten te komen waar het veld iets aan heeft, is het essentieel dat de evaluatie transparant is én adviezen navolgbaar zijn.
2. Zorginstituut Nederland	Met oog op 'state of the art'-kwaliteitsstandaarden, en als instituut dat kennis accumuleert over netwerkvorming en samenwerking in de zorg, ambieert het Zorginstituut kennisaccumulatie over werkzame mechanismen en bepalende contextfactoren voor succesvolle netwerkvorming en samenwerking.
3. Zorgsector in brede zin	De zorg is in het kader van de beweging naar Juiste Zorg op de Juiste Plek gebaat bij praktisch toepasbare, wetenschappelijk gefundeerde kennis over netwerkvorming en samenwerking over lijnen en domeinen heen. De meer generieke lessen uit dit onderzoek zijn in het laatste hoofdstuk als 'bijvangst' opgenomen.

Bij vrijwel alle in dit onderzoek betrokken VSV's is de dominante strategie om de samenwerking aan te vliegen langs de inhoudelijke lijn. Dit blijkt succesvol: zorgverleners vinden elkaar in een gedeelde ambitie om de beste zorg te leveren voor de zwangere en haar kind in de prenatale, natale en postnatale fase. Vanuit de praktische (soms nog ad hoc) ontmoeting op de werkvloer krijgt inhoudelijke samenwerking op VSV-niveau gestalte door samen protocollen en zorgpaden op te stellen, en gezamenlijke multidisciplinaire overleggen (MDO's) te organiseren. In alle VSV's is een structuur ingericht om die inhoudelijke samenwerking te ondersteunen (zie deelvraag 2).

Sommige VSV's zetten naast het op de werkvloer inhoudelijk samenwerken ook in op het versterken van de onderlinge relaties van betrokken professionals.

Door activiteiten te organiseren zoals heidagen en teamuitjes leren VSV-leden elkaar kennen en ontstaan kortere lijnen (men zoekt elkaar sneller op) en groeit onderling vertrouwen (bekend maakt (meer) bemind).

Voor zorgverleners zijn de VSV-taken in het merendeel van de gevallen 'liefdewerk, oud papier'. Hoewel er veel tijd in gaat zitten, zijn de bestuurs- en werkgroepfuncties vaak onbezoldigd. Bovendien zijn zorgverleners niet opgeleid als projectmanager of bestuurder. De VSV-taken vragen andere vaardigheden en competenties die niet iedereen in dezelfde mate bezit en/of ambieert. Een derde strategie is dan ook dat de VSV's de benodigde professionele inzet om de samenwerking een succes te maken beleggen bij personen die hier (bewezen) competent in zijn. Denk hierbij aan het benoemen van een technisch voorzitter van de bestuursvergadering (onafhankelijk of uit de eigen geledingen). Hiermee wordt (de schijn van) rolverwarring voorkomen. Ook kiezen sommige VSV's voor het inhuren van beleidsmatige, projectmatige en/of secretariële ondersteuning die hiertoe opgeleid is. Het organiseren van ondersteuning zorgt voor zowel professionalisering van het VSV als voor een lagere belasting van de zorgverleners.

Een aantal VSV's benadrukt dat een vierde strategie, het (verkennen van) opzetten van de samenwerking langs de financiële lijn, minder effectief was. Een nog broos onderling vertrouwen en onduidelijkheid over de vaak persoonlijke consequenties voor de individuele zorgverlener maken financiële samenwerking of zelfs integratie een onderwerp dat pas effectief in gesprek kan worden gebracht in een later stadium van samenwerking (zie ook de ontwikkelfases bij deelvraag 3). In VSV's die wél zijn gekomen tot financiële samenwerkingsafspraken, bleken onderlinge relaties al voldoende stevig en was eerst een inhoudelijke basis gelegd.

Deelvraag 2: welke samenwerkingsvormen en netwerken hebben VSV's ontwikkeld?

VSV's kiezen dominant voor drie juridische organisatievormen: de informele samenwerking op basis van samenwerkingsafspraken (waarbij geen rechtspersoon is opgericht), een vereniging of een coöperatie.

Ongeacht de juridische vorm kent elke onderzochte VSV ten minste een structuur waarin een bestuur, een vorm van een ledenvergadering en inhoudelijke werkgroepen zijn ingericht. Sommige VSV's kennen daarnaast een toezichthoudend orgaan. In alle onderzochte VSV's zijn de gynaecologen, eerstelijns verloskundigen en de kraamzorg in het bestuur vertegenwoordigd. Sommige VSV's hebben ervoor gekozen om daarnaast ook vertegenwoordigers van het ziekenhuis (de tactisch manager van geboortecentrum of het zorgcluster waarbinnen de gynaecologie valt, in een enkel geval de ziekenhuisbestuurder), de klinisch verloskundigen en/of de kindergeneeskunde een zetel te geven in het bestuur. In een van de onderzochte VSV's zijn daarnaast de jeugdgezondheidszorg en een verloskundig actieve huisarts in het bestuur opgenomen. Het aantal zorgverleners per beroepsgroep dat zitting heeft in het bestuur, verschilt per VSV. De omvang van de onderzochte VSV-besturen varieert daarmee van drie tot meer dan tien bestuursleden.

Integrale geboortezorgteams

In de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg wordt het individueel en regionaal interprofessioneel geboortezorgteam genoemd als belangrijke samenwerkingsvorm. Het eerste kent een wisselende samenstelling en opereert situationeel: 'tijdens de zwangerschap en/of bevalling wordt op indicatie een op een individuele situatie toegesneden individueel interprofessioneel geboortezorgteam samengesteld' (ZIG, pag. 12); het tweede kent een vaste samenstelling en structuur. Hier gaat het om een 'multidisciplinair samengesteld team van alle regionaal bij geboortezorg betrokken zorgverleners. Het interprofessioneel geboortezorgteam is onderdeel van het VSV en is op regionaal niveau gezamenlijk verantwoordelijk voor het uitvoerende beleid betreffende de zorg rond preconceptie, zwangerschap, geboorte en postnatale periode' (ZIG, pag. 12).

Het valt ons op dat de term 'integraal geboortezorgteam' door de zorgprofessionals die wij hebben gesproken, niet wordt gebezigd. Voor de gremia die zich richten op het ontwikkelen van regionaal beleid, gebruiken VSV's de term 'werkgroep (richtlijnontwikkeling en/of kwaliteit)' of 'multidisciplinair overleg'.

De ledenvergadering neemt verschillende vormen aan. De in het VSV actieve gynaecologen, eerstelijns verloskundigen en kraamverzorgenden hebben in elk geval zitting in de ledenvergadering, in sommige VSV's aangevuld met klinische verloskundigen, kinderartsen, huisartsen, ziekenhuismedewerkers, medewerkers van de ambulance-diensten, zorgverzekeraars, cliëntenraden en/of de Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS). In dergelijke gevallen wordt er onderscheid gemaakt tussen leden met stemrecht en adviserende leden (zonder stemrecht). Verder valt op dat de beide IGO's in onze steekproef ook leden hebben die wél onderdeel zijn van het VSV, maar géén onderdeel zijn van de integrale bekostigingsafspraken. De verloskundigen van praktijken die door hun geografische ligging in meerdere ziekenhuizen van verschillende VSV's bevallingen doen, kiezen er vaak voor om slechts in één VSV actief lid te zijn en in de andere VSV toehorend of adviserend lid te zijn. Ook komt het voor dat er geboortezorgverleners actief zijn in de VSV-regio die ervoor kiezen om géén lid te zijn van het VSV en zich daarmee niet gehouden voelen aan de gemaakte regionale afspraken.

Alle VSV's werken met een structuur van werkgroepen om de inhoudelijke samenwerking vorm te geven. Deze werkgroepen zijn ingericht op het vormgeven van kwaliteitsbeleid, transmurale protocollen, zorgpaden, gezamenlijke informatievoorziening naar de zwangere en organisatie van gezamenlijke training en audits. Bestuursleden van de VSV's nemen vaak zelf ook deel in de werkgroepen om zo de verbinding met het veld te maken en de voortgang van de processen te bevorderen. De werkgroepen bestaan grotendeels uit gynaecologen en verloskundigen. Kinderartsen, kraamzorg en jeugdgezondheidszorg worden vaak alleen betrokken als de onderwerpen direct hun vakgebied aangaan. In het ene VSV is deelname aan een werkgroep vrijblijvend, in het andere zijn alle VSV-leden verplicht om minimaal aan één werkgroep deel te nemen om hiermee de betrokkenheid bij de samenwerking te borgen.

Ten slotte komt het inrichten van een moederraad of ouderraad, een van onderdelen van de ZIG, zelden goed van de grond. De lastigheid zit hem in het feit dat zwangerschap en geboorte een episodische gebeurtenis is. Bestuursleden van de moederraad zijn hierdoor niet langdurig bij de geboortezorg betrokken en er is geen actieve achterban waar men visies en standpunten kan toetsen. De ervaring leert dat de moederraad derhalve vaak moet putten uit eigen ervaringen en dus regelmatig op persoonlijke titel spreekt.

Deelvraag 3: welke ontwikkelingsfases in de totstandkoming van de samenwerking en netwerken zijn te onderscheiden? Welke reconstructies zijn er te maken van de totstandkoming van samenwerking en netwerken binnen de geselecteerde VSV's?

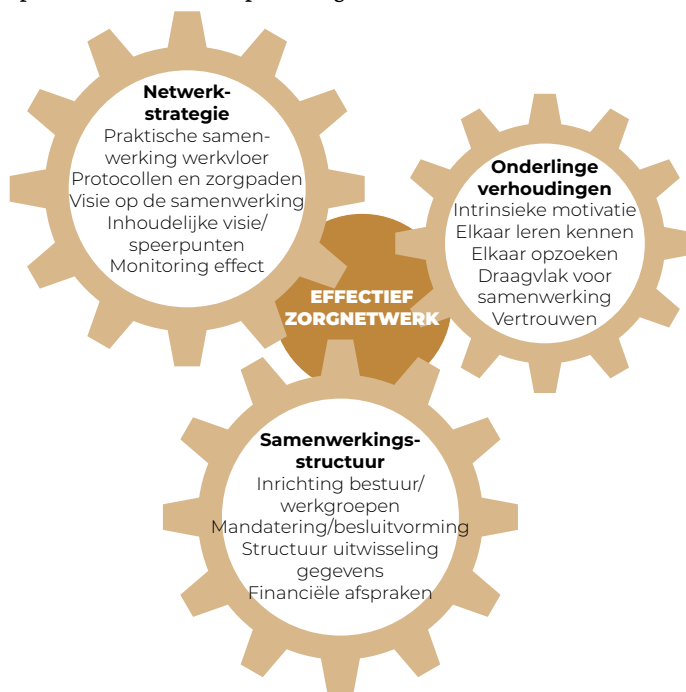
Een van de speerpunten uit het rapport 'Een goed begin' is dat alle geboortezorgverleners een netwerk vormen om samen een zo gezond en veilig mogelijke zorg rond zwangerschap en geboorte te bieden. De stuurgroep bepleitte dat elke betrokken zorgverlener in een VSV zou (gaan) participeren.

In de ZIG is het verloskundig samenwerkingsverband gedefinieerd als 'een *regionaal besluitvormend netwerk* waarin organisaties van verloskundig zorgverleners, regionaal actieve kraamzorgorganisaties en andere regionale geboortezorgprofessionals *gezamenlijk het (kwaliteits) beleid rondom uitvoering van de zorg rond zwangerschap en geboorte vaststellen* (multidisciplinaire en lijnoverstijgende samenwerking)'.

De mate waarin VSV's inderdaad functioneren als een regionaal besluitvormend netwerk waarin gezamenlijk (kwaliteits)beleid wordt vastgesteld, verschilt per VSV.

Op basis van de in dit onderzoek gevoerde gesprekken en kennis van de reeds bestaande modellen over samenwerking onderscheiden wij vijf fases in de ontwikkeling van een VSV als geboortezorgnetwerk.

In het uitwerken van elk van de vijf fases hebben wij de specifieke kenmerken per fase gerubriceerd in drie onderdelen:



1. De strategie en doelen van de samenwerking (netwerkstrategie).
2. De wijze waarop de samenwerking inhoudelijk en bestuurlijk is georganiseerd (samenwerkingsstructuur).
3. Het expliciteren en sturen op de voor succes benodigde houding en gedrag (onderlinge verhoudingen).

Het onderscheid in vijf ontwikkelfases weerspiegelt de onderzochte praktijk van samenwerking en netwerkvorming in VSV's. Het model laat zien dat er sprake is van een doorontwikkeling: na elke fase is er sprake van intensievere samenwerking tussen de geboortezorgverleners, waarbij de overgang van de ene naar de andere fase geen expliciete 'stap' is maar een geleidelijke ontwikkeling die de daartoe benodigde tijd vraagt.

De volgende tabel vat de vijf fases en het cumulatieve karakter ervan kernachtig samen. We merken daarbij op dat dit model doelbewust de complexiteit van de realiteit vereenvoudigt. In de werkelijkheid verloopt de ontwikkeling van een VSV niet lineair waarbij er telkens netjes één kenmerk bijkomt. Met dit model kan echter wel het principe geduid worden dat een VSV gestimuleerd door een inhoudelijke motor (de ZIG) steeds verder komt in de richting een netwerk dat samenwerkt aan gedragen en eenduidige doelstellingen:

Kenmerk ↓	Fase →	1	2	3	4	5
Het VSV is opgericht, nog geen sprake van structurele samenwerking		✓				
Het VSV is ingericht op structurele inhoudelijke samenwerking		✓	✓			
Het VSV is ingericht op bestuurlijke samenwerking		✓	✓	✓		
Het VSV functioneert als een volwassen netwerk		✓	✓	✓	✓	
Het VSV functioneert als één integrale organisatie		✓	✓	✓	✓	✓

Startpunt: samenwerken ontstaat door een intrinsieke of extrinsieke 'spark'

Uit het onderzoek komt naar voren dat er een reden moet zijn om met samenwerking te starten. Die reden is soms intrinsiek: mensen vinden elkaar op persoonsniveau of op inhoud, en er wordt een zaadje gepland dat de basis vormt voor het later ontkiemen van een bredere samenwerking. Soms is deze reden voor samenwerking meer 'opgelegd'. Het onderzoek laat duidelijk zien dat de intentie om tot samenwerking te komen, wordt getriggert en versneld door extrinsieke factoren als het rapport 'Een goed begin' en de introductie van de ZIG. Daar waar er op die momenten nog geen samenwerking bestond, kwam deze daardoor toen tot stand.

Fase 1. Het VSV is opgericht, nog geen sprake van structurele samenwerking

In fase 1 is het VSV weliswaar 'op papier' opgericht, maar is er nog geen sprake van een netwerkstrategie. De focus van de betrokken zorgverleners ligt op samenwerking op de werkvloer. Dit gebeurt grotendeels ad hoc op basis van ieders eigen professionele standaarden en ervaring, en niet vanuit (de wens tot) een gezamenlijke strategie en doelstellingen. Ook is er niet of nauwelijks sprake van gezamenlijk opgestelde zorgpaden of protocollen.

In deze fase is er een beperkte samenwerkingsstructuur. Het VSV-bestuur bestaat uit enkele zorgverleners die de kar (moeten) trekken, maar zij hebben geen mandaat van de achterban om besluiten te nemen. Voor deze achterbannen is de betrokkenheid bij het VSV vrijblijvend. Er is nog geen gestructureerde manier om informatie uit te wisselen, laat staan dat er sprake is van een gezamenlijke dossiervorming. Ook financiële afspraken zijn nog niet in beeld.

Betrokkenen kennen elkaar in sommige gevallen al vanuit het samenwerken op de werkvloer, maar zij komen ook nieuwe collega's rond een zwangere of bevalling tegen die zij nog niet eerder hadden ontmoet. Er wordt in deze fase niet bewust ingezet op het versterken van de onderlinge verhoudingen.

Fase 2. Het VSV is ingericht op structurele inhoudelijke samenwerking

In fase 2 ligt de focus van de samenwerking op het inhoudelijk vormgeven van zorgpaden, protocollen en het inrichten van MDO waarin casuïstiek wordt besproken. De samenwerking komt bottom-up tot stand, rond concrete casuïstiek of vraagstukken die in de praktijk van vandaag spelen. Er is nog geen sprake van een gedeelde inhoudelijke visie op de toekomst en/of visie op de samenwerking. Gewenste resultaten en effecten zijn niet geformuleerd en worden dan ook niet gemonitord.

Het ontwerpen en vormgeven van deze inhoudelijke samenwerking gebeurt in op inhoud ingerichte werkgroepen waarin een selectie van VSV-leden participeert. Het VSV-bestuur stuurt erop dat de werkgroepen worden ingericht en tot resultaat komen. Omdat deelname aan een werkgroep niet verplicht is terwijl dit wel extra inspanning vraagt van de zorgverlener ('liefdewerk oud papier'), lukt het niet altijd om de werkgroepen te vullen en springen bestuursleden soms zelf bij. Het onderzoek leert dat in deze fase vaak veel werk gedragen wordt door dezelfde (smalle) schouders.

In fase 2 is de bestuurlijke samenwerking weliswaar intensiever dan in fase 1; de inrichting ervan verschilt in de praktijk niet wezenlijk van fase 1. Zo is besluitvorming en mandatering nog niet geregeld en is het dus lastig om inhoudelijke werkwijzen te implementeren (wie spreekt wie aan als iemand zich er niet aan houdt?). Ook in deze fase is er nog geen gestructureerde manier om informatie uit te wisselen, evenals geen gezamenlijke dossiervorming en financiële afspraken.

Door het samenwerken in werkgroepen ontstaan korte(re) lijntjes: VSV-bestuursleden (en actieve werkgroepleden) zoeken elkaar (vaker) op. In veel VSV's wordt er bovendien ingezet op gezamenlijk leren en ontwikkelen in MDO's of in gezamenlijke multidisciplinaire opleidingsmiddagen.

In deze fase ontstaat 'effectieve ketenzorg': verschillende beroepsgroepen leveren vanuit gezamenlijke taakafspraken ieder hun eigen taak, zorgen dat de schakels meer op elkaar afgestemd worden en verzorgen afgestemde zorg aan cliënten.

Fase 3. Het VSV is ingericht op bestuurlijke samenwerking

VSV's in fase 3 geven net als in fase 2 samen vorm aan zorgpaden en protocollen, maar hebben ook in deze fase nog geen gedeelde inhoudelijke visie op wat de 'beste' geboortezorg is. Wél hebben partijen in deze fase een gedeelde visie op hoe de onderlinge samenwerking in het VSV eruit zou moeten zien (om in een latere fase tot deze inhoudelijke visie te kunnen komen) en hoe de samenwerking zou moeten functioneren.

In fase 3 wordt bovenop de structurele inhoudelijke samenwerking de bestuurlijke samenwerking ingericht, met heldere mandatering en afspraken over besluitvorming. De achterbannen van in elk geval de gynaecologie, de eerstelijns verloskunde en kraamzorg hebben zich zo georganiseerd dat zij een gemandateerde afgevaardigde in het bestuur kunnen leveren. Er zijn afspraken over hoe besluitvorming tot stand komt en is er is daardoor in principe draagvlak voor de genomen besluiten. Bij deze professionalisering hoort in veel gevallen ook het organiseren van ondersteuning voor de uitvoering van de bestuurstaken. VSV's geven hier verschillend invulling aan, denk bijvoorbeeld aan het aanstellen van een onafhankelijk voorzitter, project- of secretariële ondersteuning.

Ook in deze fase is er nog geen gestructureerde manier om informatie uit te wisselen, evenals geen gezamenlijke dossiervorming en financiële afspraken.

Uit het onderzoek blijkt dat het commitment aan het VSV in deze fase nog niet volledig is. Het bestuur werkt met mandaat maar heeft als het er écht op aankomt vaak geen doorzettingsmacht. Lastige besluiten worden daardoor (met vertraging) wel op papier, maar niet in praktijk genomen. VSV's geven aan dat partijen zich soms niet houden aan genomen besluiten en dat men elkaar hier onderling nog niet op aanspreekt (zowel tussen beroepsgroepen als binnen de eigen beroepsgroep). In sommige gevallen moet een genomen besluit worden teruggedraaid omdat een van de achterbannen na het formeel nemen van het besluit alsnog de 'hakken in het zand zet' en het besluit met een veto van tafel veegt.

Fase 4. Het VSV als volwassen netwerk

In de vierde ontwikkelfase is er sprake van een volwassen netwerk. De inhoudelijke en bestuurlijke samenwerking is op orde: structuren en processen zijn ingeregeld, er is regionaal beleid op de thema's uit de ZIG, het VSV werkt met jaarplannen en -verslagen, en het bestuur heeft mandaat om beslissingen te nemen en is in staat leden aan te spreken als nodig. In deze fase hebben alle partijen zich volledig gecommitteerd aan de visie op het inhoudelijke doel van de samenwerking en de wijze van uitvoering. Sommige VSV's hebben een gezamenlijk systeem om de gestelde doelstellingen te monitoren; bij andere VSV's staat dit nog in de kinderschoenen. Landelijke wet- en regelgeving betreffende de uitwisseling van gegevens tussen organisaties in het netwerk vormt in alle gevallen een barrière bij monitoring (zie deelvraag 5).

Kenmerkend aan deze fase is ook de relationele kant: er is draagvlak voor de samenwerking en onderling vertrouwen. De deelnemers beschouwen zichzelf niet langer als ketenpartners waarmee moet worden samengewerkt, maar als onderdeel van het geboortezorgnetwerk in de regio. Met andere woorden, zij hebben de samenwerking in VSV-verband verinnerlijkt en opereren als één netwerk rondom de zwangere. Als het erop aankomt, gaat het belang van het VSV boven het eigen belang. Veel VSV's geven aan deze fase als de eindfase van hun ontwikkeling te zien, het doorontwikkelen naar fase 5 (zie hierna) voegt voor deze VSV's aan het resultaat in hun context onvoldoende toe.

Fase 5. Het VSV functioneert als één organisatie

In de vijfde fase is er geen sprake meer van een netwerk, maar is één nieuwe integrale organisatie⁴ ontstaan, een VSV waarin de deelnemers vanuit een juridische eenheid rondom de zwangere samenwerken. De focus ligt op het leveren van effectieve shared of integrated care vanuit een gedeelde visie en strategie, waarbij de zorgverlener per definitie niet redeneert vanuit de eigen organisatie (als onderdeel van het VSV-netwerk) maar zijn of haar waarde toevoegt aan het perspectief van de cliënt. Betrokkenen nemen als collega's een gedeelde verantwoordelijkheid voor de zwangere gedurende het hele zwangerschapstraject.

Doordat er sprake is van één organisatie, is er in tegenstelling tot in fase 4 geen sprake van knelpunten betreffende de uitwisseling van gegevens. Er is een voor iedereen toegankelijk, integraal dossier beschikbaar zodat dubbel uitvragen en registreren niet meer nodig zijn en de data die nodig zijn voor monitoring goed kan worden verzameld. Tevens is er een passende vorm van financiering die de integrale zorg ondersteunt.

Overzicht van de vijf fases

In het volgende overzicht is samengevat welke elementen van netwerkstrategie, samenwerkingsstructuur en onderlinge verhoudingen de VSV's (gemiddeld genomen) per fase wel of niet op orde hebben. Een groen vinkje betekent dat de meeste VSV's dit onderdeel in deze fase op orde hebben; het rode kruisje vice versa. Met een zwarte stip geven we aan dat een onderdeel in sommige VSV's wel, en in andere VSV's niet op orde is. In dat geval is een onderdeel dus niet definiërend voor die specifieke fase.

Ook hier geldt weer de eerder gemaakte opmerking over het reduceren van complexiteit in dit model: in de werkelijkheid zal het onderscheid tussen welke elementen een VSV wel en niet op orde heeft in een bepaalde fase verschillen, en ook elementen die een VSV op hoofdlijnen op orde heeft kunnen nog steeds remmend zijn voor de samenwerking.

Eindfase: volwassen netwerk of één integrale organisatie

Het grootste verschil tussen fase 4 en fase 5 is dat partijen in een volwassen netwerk naast een gezamenlijke visie en strategie ook een eigen visie en strategie nastreven. Er is immers nog steeds sprake van individuele organisaties die een netwerk vormen, terwijl er in fase 5 één organisatie met één visie en strategie is ontstaan.

VSV's hebben wisselende beelden bij de mate waarin een integraal tarief (wel in fase 5, niet in fase 4) noodzakelijk is om écht vanuit één en dezelfde missie en visie op het samen te kunnen werken aan betere resultaten. VSV's die geen IGO zijn geven aan dat zij dit ook zonder integrale bekostiging (hebben) kunnen bereiken; VSV's die wél IGO zijn hebben ervaren dat er zonder integraal tarief sprake blijft van individuele organisatiebelangen die sturen op de gezamenlijke doelen kunnen belemmeren.

⁴ Met integrale organisatie bedoelen we in dit onderzoek één organisatie die shared care levert. Dat kan in de vorm van een IGO, maar ook in een andere juridische vorm.

Het overzicht is bedoeld om in één oogopslag de accentverschillen te zien:

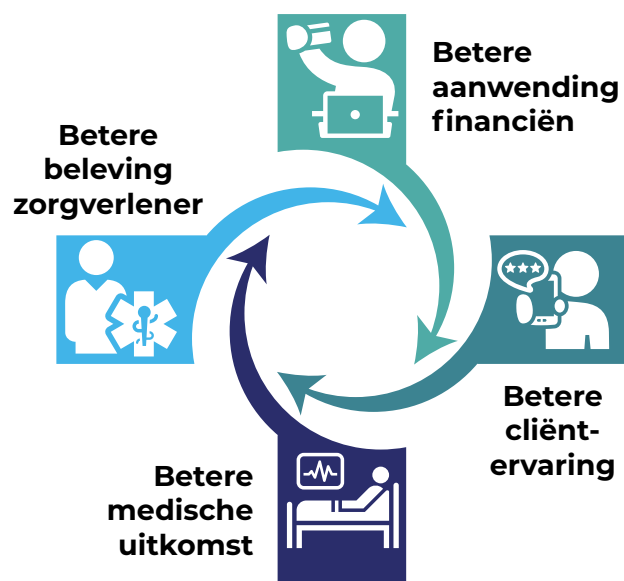
	Netwerkstrategie	Samenwerkingsstructuur	Onderlinge verhoudingen
Fase 1. Oprichting samenwerkingsverband	☒ Praktische samenwerking werkvloer ☒ Protocollen en zorgpaden ☒ Visie op de samenwerking ☒ Inhoudelijk visie/ speerpunten ☒ Monitoring effect	☒ Inrichting bestuur/werkgroepen ☒ Mandatering/ besluitvorming ☒ Structuur uitwisseling gegevens ☒ Financiële afspraken	☒ Intrinsieke motivatie ☒ Elkaar leren kennen • Elkaar opzoeken • Draagvlak voor samen • Vertrouwen
Fase 2. Focus op de inhoud	☒ Praktische samenwerking werkvloer ☒ Protocollen en zorgpaden ☒ Visie op de samenwerking ☒ Inhoudelijk visie/ speerpunten ☒ Monitoring effect	☒ Inrichting bestuur/werkgroepen ☒ Mandatering/ besluitvorming ☒ Structuur uitwisseling gegevens ☒ Financiële afspraken	☒ Intrinsieke motivatie ☒ Elkaar leren kennen ☒ Elkaar opzoeken • Draagvlak voor samen • Vertrouwen
Fase 3. Bestuurlijke samenwerking	☒ Praktische samenwerking werkvloer ☒ Protocollen en zorgpaden ☒ Visie op de samenwerking ☒ Inhoudelijk visie/ speerpunten • Monitoring effect (individueel, niet als netwerk)	☒ Inrichting bestuur/werkgroepen ☒ Mandatering/ besluitvorming ☒ Structuur uitwisseling gegevens ☒ Financiële afspraken	☒ Intrinsieke motivatie ☒ Elkaar leren kennen ☒ Elkaar opzoeken • Draagvlak voor samen • Vertrouwen
Fase 4. Volwassen netwerk	☒ Praktische samenwerking werkvloer ☒ Protocollen en zorgpaden ☒ Visie op de samenwerking ☒ Inhoudelijk visie/ speerpunten • Monitoring effect (gegevensuitwisseling issue)	☒ Inrichting bestuur/werkgroepen ☒ Mandatering/ besluitvorming • Structuur uitwisseling gegevens ☒ Financiële afspraken	☒ Intrinsieke motivatie ☒ Elkaar leren kennen ☒ Elkaar opzoeken ☒ Draagvlak voor samen ☒ Vertrouwen
Fase 5. Shared/integrated care	☒ Praktische samenwerking werkvloer ☒ Protocollen en zorgpaden ☒ Visie op de samenwerking ☒ Inhoudelijk visie/ speerpunten ☒ Monitoring effect (een 'integrator')	☒ Inrichting bestuur/ werkgroepen ☒ Mandatering/ besluitvorming ☒ Structuur uitwisseling gegevens ☒ Financiële afspraken	☒ Intrinsieke motivatie ☒ Elkaar leren kennen ☒ Elkaar opzoeken ☒ Draagvlak voor samen ☒ Vertrouwen

De zestien onderzochte VSV's bevinden zich in verschillende fases van ontwikkeling. Enkele VSV's bevinden zich aan de uiteinden van het spectrum (fase 1 of juist fase 4 of 5). Het gros van de door ons onderzochte VSV's bevindt zich in fase 2 en 3. Wel dient te worden opgemerkt dat hierbij sprake is van een selection bias; de in de inleiding genoemde selectiecriteria zijn in enige mate voorspellend voor de fase waarin het VSV zich bevindt.

Onder deelvraag 5 gaan we uitgebreid in op de barrières die VSV's ervaren om van de ene naar de andere fase te komen. We gaan daar ook in op wat de spreiding van de VSV's over de fases betekent voor de mogelijkheden voor doorontwikkeling van de samenwerking in deze netwerken.

Deelvraag 4: welke (gewenste en ongewenste) resultaten en (neven)effecten van deze samenwerkingsvormen en netwerken (op de (kwaliteit van de) patiëntenzorg) hebben de betrokken zorgverleners ervaren?

Om inzicht te krijgen in welke resultaten en effecten van samenwerkingsvormen en netwerken de betrokken zorgverleners hebben ervaren, hebben wij als handvat gebruik gemaakt van de quadruple aim. In het onderzoek is naar voren gekomen dat op VSV niveau vaak nog geen expliciete afspraken gemaakt worden over wat de VSV samenwerking aan resultaten moet opleveren in termen van de quadruple aim. De doelen die de VSV's met elkaar stellen, zijn nog niet altijd even scherp.



Figuur 1. Sturen op doelen van de Quadruple Aim

Door alle onderzochte VSV's wordt aangegeven dat het structureel monitoren van resultaten en effecten van de samenwerking nog te weinig plaatsvindt. Wel wordt monodisciplinair periodiek geëvalueerd en wordt de uitkomst daarvan soms op VSV-niveau ingebracht om samen van te leren. Een enkel VSV voert cliënttevredenheidsonderzoeken uit, maar in het merendeel van de gevallen vinden deze plaats op het niveau van de individuele zorgverlener. VSV's leveren jaarlijks de uitgevraagde data aan Perined, waarmee enig zicht wordt verkregen op hoe het VSV presteert ten opzichte van anderen. Doorvragend blijkt dat de vertaalslag van deze inzichten naar structureel anders samenwerken of sturen niet wordt gemaakt. In de gesprekken komt naar voren dat VSV's zelf nog niet altijd nadenken over de mate waarin zij op VSV-niveau worden bevraagd op resultaat. Zij ervaren ook dat nog niet alle landelijke stelselpartijen (zoals bijvoorbeeld de IGJ) hen op de gezamenlijke verantwoordelijkheid aanspreken. Dit is anders voor de kwaliteitsindicatoren Integrale Geboortezorg die in het register zijn opgenomen (zie integrale geboortezorg indicatoren).

Gevraagd naar welke resultaten en effecten van de samenwerking in het VSV zij zelf hebben ervaren, geven zorgverleners aan dat het streven naar een betere cliëntervaring dominant is. Vanuit het principe van samen beslissen wordt gewerkt aan meer regie bij de zwangere en gestuurd op betere continuïteit van zorg. Individuele zorgverleners en een enkel VSV monitoren cliëntervaring met cliënttevredenheidsonderzoeken, soms wordt aanvullend met focusgroepen gewerkt. Het merendeel van de VSV-professionals is ervan overtuigd dat de samenwerking in VSV-verband bijdraagt aan een betere ervaring voor de zwangere. Harde cijfers over hoe groot deze bijdrage is, ontbreken.

De samenwerking in VSV's tijdens de huidige COVID-crisis laat volgens meerdere gesprekspartners goed zien dat samenwerken loont. De VSV-structuur, de korte lijnen én opgebouwde vertrouwensband maken dat er bij crisis adequater kan worden gehandeld dan wanneer deze structuren er niet zouden zijn.

Waar ten tijde van 'Een goed begin' een betere medische uitkomst (in de vorm van voorkomen van vermijdbare babysterfte en mortaliteit) nog centraal stond, lijkt deze doelstelling op het niveau van de individuele VSV's meer op de achtergrond te zijn geraakt. Op landelijk niveau wordt gesproken door onder meer (branchepartijen in) het CPZ en Perined over hoe Nederland presteert op indicatoren als babysterfte en mortaliteit. Daar komt naar voren dat de ingezette daling van babysterfte stagneert in 2012 voor de à terme bevallingen en in 2015 voor de preterm bevallingen (jaarbeeld Perined 2019). De aanname is dat een verdere daling moet worden gevonden in preventie door het verbreden van de samenwerking van de geboortezorg met jeugdgezondheidszorg en sociaal domein. Opvallend is dat dit landelijke gesprek in de gesprekken met de VSV's helemaal niet naar voren komt. VSV's benoemen als netwerk (nog) geen eigen gezamenlijke indicatoren op terrein van de medische uitkomst en monitoren dit dan ook niet.

Of het VSV bijdraagt aan een betere beleving van de zorgverlener (verhogen werkplezier) hangt af van de ontwikkelfase. In VSV's waar weinig tot geen ondersteuning voor de samenwerking beschikbaar is, wordt de benodigde bijdrage aan het VSV vaak als belastend ervaren. Ook geven sommige gesprekspartners aan dat zij niet voor niets zorgverlener zijn geworden en geen (project)manager of regiobestuurder. De intrinsieke motivatie komt uit het werken met zwangeren, niet uit het sturen op bestuurlijke samenwerkingsprocessen. Wanneer een VSV in een verdere ontwikkelfase zit, komt de inhoud meer op het vizier, krijgt de samenwerking meer vleugels en draagt gezamenlijk succes vaak bij aan een vergroot werkplezier van de zorgverlener. De samenwerking wordt dan professioneler, er wordt meer ruimte gemaakt voor ondersteuning en er is een cultuur gegroeid van onderling vertrouwen en elkaar iets gunnen. Het gevoel om samen bij te dragen aan betere resultaten waarin de zwangere centraal staat blijkt essentieel voor een positieve beleving.

Op de vraag of zorgprofessionals ook op terrein van doelmatigheid (als onderdeel van de quadruple aim) meerwaarde van de samenwerking ervaren, komt naar voren dat zij hier weinig tot geen zicht op hebben. Vooralsnog leidt samenwerken in de ogen van onze gesprekspartners nog

vooral tot extra administratieve taken. Bovendien leidt de onduidelijkheid over de financiering op langere termijn en inspelen op eventuele frictiekosten op de weg daarnaartoe tot onzekerheid bij individuele zorgverleners (mogelijke consequenties voor de continuïteit van de eigen onderneming). Hierover voeren de regio's op eigen kracht nog maar moeilijk het gesprek.

Deelvraag 5: welke bevorderende en belemmerende omgevingsfactoren en mechanismen hebben een rol gespeeld bij de ontwikkeling van samenwerking en netwerken in VSV's?

De ontwikkeling van netwerken in de zorg gaat niet vanzelf. Zij wordt beïnvloed door omgevingsfactoren, die maken dat het zorgverleners en/of organisaties wel of niet lukt om een stap verder te komen in hun samenwerking. Uit het onderzoek komt duidelijk naar voren dat op weg naar een volgende stap in de ontwikkeling van het zorgnetwerk een aantal barrières geslecht moet worden.

Soms zijn barrières lastig te beïnvloeden, maar het gaat ook om barrières die binnen de invloedssfeer van de eigen organisatie en/of de regio geslecht kunnen worden (dat laten VSV's dan ook in de praktijk zien, zie de voorbeelden van mogelijke interventies in hoofdstuk 3). Het onderzoek laat zien dat als de zorgnetwerken verder in hun ontwikkeling komen, zij tegen barrières aanlopen die zij niet op eigen kracht kunnen oplossen – daar lijkt het landelijk niveau aan zet. In deze paragraaf beschrijven we de barrières die wij konden identificeren op drie niveaus.

Niveau 1. Het niveau van de zorgverlener/monodisciplinaire zorgorganisatie(s)

1. Historie van samenwerking

Veruit de meeste VSV's die in dit onderzoek zijn betrokken kennen al een lange historie van samenwerken, slechts een enkel VSV is de samenwerking gestart bij het verschijnen van de ZIG. De samenwerkingshistorie kan bevorderend of belemmerend werken. Bevorderend, als de persoonlijke chemie goed is en de samenwerking goed loopt. Het onderling vertrouwen groeit, net als de intrinsieke motivatie om samen te werken. Deze samenwerking verloopt immers prettig én zorgverleners hebben het gevoel dat samenwerken vruchten afwerpt.

Een geschiedenis van moeizame samenwerking werkt echter zeer belemmerend, komt uit het onderzoek naar voren. Hier geldt het adagium 'vertrouwen komt te voet, maar gaat te

paard'. Samenwerken kost dan veel tijd en energie, maar levert nog weinig op. Er is dan sprake van vastgeroeste patronen en onderling wantrouwen, waar partijen zonder gerichte interventies niet uitkomen.

Opvallend is de invloed van fusies op samenwerking. Deze leiden altijd tot druk op de bredere samenwerking: zorgverleners die werkzaam zijn bij bijvoorbeeld de fuserende ziekenhuizen (gynaecologen, tweedelijns verpleegkundigen) worden in de periode voor en direct na de fusie vaak opgeslokt door fusieperikelen, waardoor er minder tijd en aandacht is voor samenwerking in het VSV. Ook moeten verschillende culturen aan elkaar wennen. Dat heeft zijn weerslag op de vakgroepen, maar ook op het VSV. Bovendien staat het VSV na fusie voor de opgave om eerder ontwikkelde protocollen en zorgpaden te harmoniseren. Voor VSV's waar de samenwerking lastig van de grond kwam, kan een fusie overigens ook een positief effect hebben geven gesprekspartners aan: oude patronen worden doorbroken en er ontstaat ruimte voor een nieuwe koers.

2. Aantal verloskundigen(praktijken) in het VSV

In praktische zin geldt dat het makkelijker samenwerken is met minder spelers. In de geboortezorg is het veld van verloskundige zorg van oudsher gestoeld op zelfstandige praktijken, die in meer of mindere mate zijn samengevloeid in gezamenlijke praktijken. Als het aantal spelers of praktijken kleiner is, zijn de lijnen over het algemeen korter omdat zorgverleners elkaar al kennen van de werkvloer. Het lukt dan makkelijker om met alle betrokkenen bijeen te komen voor vergaderingen. In sommige regio's is de verhouding tussen het aantal verloskundigen(praktijken) en het aantal cliënten een belemmerende factor voor samenwerking. Er is in een aantal regio's praktisch sprake van 'een te kleine koek'. Als het aanbod van verloskundigen groter is dan gegeven de populatie zwangeren nodig is, kan er dusdanige competitie tussen praktijken ontstaan dat dit de samenwerking in de weg zit. Elke verloskundige(praktijk) vecht, logischerwijs, voor de continuïteit van de eigen onderneming. Dit leidt tot onderlinge spanning binnen dit domein en daarmee ook het VSV.

Tegelijkertijd zijn er regio's waar er sprake is van een tekort aan verloskundigen. Juist in deze regio's gaven de gesprekspartners aan dat de samenwerking in het VSV een extra wissel trekt op de beschikbare verloskundigen. Goed om op te merken is dat ook waar dit niet speelt naar voren is gekomen dat de 'liefdewerk, oud papier'-inzet van professionals het gevoel van 'dit moet er even bij' versterkt.

Niveau 2. Het niveau van de regio/multidisciplinaire zorgorganisatie(s)

De volgende factoren hebben betrekking op het 'DNA' van de regio. Dit DNA wordt gevormd door de historie van samenwerking tussen betrokken partijen, de kenmerken van het zorglandschap binnen de regio en aangrenzende regio's, en de kenmerken van de cliëntpopulatie. Deze factoren zijn in meer of mindere mate beïnvloedbaar op het niveau van het VSV (mogelijke interventies komen in het volgende hoofdstuk naar voren).

3. Organisatiegraad van de afzonderlijke disciplines

De wijze waarop met name de eerstelijns verloskunde en de kraamzorg zijn georganiseerd, verschilt sterk per VSV. In sommige regio's hebben verloskundigen- en kraamzorgpraktijken zich verenigd of is er sprake van een klein aantal grotere organisaties. In andere regio's is het verloskundigen- en kraamzorgveld versnipperd. Een versnipperd veld maakt het ingewikkeld(er) om betrokkenheid van leden en mandatering van bestuursleden goed te regelen.

De mate waarin domeinen de eigen organisatiegraad kunnen organiseren (afvaardiging in werkgroepen, mandatering en ook het aanspreken van professionals als zij zich niet aan gemaakte afspraken houden) blijkt belangrijk voor effectieve netwerkvorming. Zonder enige mate van organisatie is het lastig om de achterban goed te bereiken en te zorgen dat individuele praktijken zich committeren aan de genomen besluiten.

4. Het aantal ziekenhuizen in het VSV

De aanwezigheid van meerdere ziekenhuizen in één VSV maakt samenwerken complexer, geven de zorgverleners aan. In het algemeen geldt dat het met meer partijen lastiger samenwerken is (zie punt 2), omdat er meer belangen en standpunten zijn die met elkaar moeten worden verenigd. Door het grotere aantal spelers, is het minder vanzelfsprekend dat de leden van het VSV elkaar kennen, wat het bouwen aan onderling vertrouwen bemoeilijkt. Soms speelt tussen ziekenhuizen enige (inhoudelijke) animositeit in het VSV.

In feite brengt een tweede ziekenhuis in het VSV een extra partij inclusief achterban mee aan de bestuurstafel. Beide vakgroepen gynaecologie zijn apart georganiseerd en komen elkaar op de werkvloer niet tegen, waardoor de lijnen langer zijn. Ook is het niet vanzelfsprekend dat beide vakgroepen gynaecologie dezelfde visie hebben op de geboortezorg, dit maakt dat er langs meerdere lijnen overeenstemming moet worden gevonden.

5. Verloskundigenpraktijken zijn bij meer dan één VSV betrokken

In sommige VSV's is er één ziekenhuis en is nauwelijks sprake van overloop naar een andere VSV's. Dan zijn verloskundigenpraktijken op dat specifieke ziekenhuis aangewezen voor hun cliënten. Een dergelijke context zorgt voor duidelijkheid: verloskundigen opereren binnen één VSV, kunnen daar dedicated bijdragen en werken vanuit één set protocollen en afspraken. Dit kan echter ook belemmerend werken doordat de verloskundigen zich in een afhankelijke positie ten opzichte van het ziekenhuis bevinden. In sommige VSV's bestaat het gevoel dat het ziekenhuis gebruikmaakt van zijn positie en zich dominant opstelt. Dit komt de onderlinge verhoudingen tussen de betrokkenen niet ten goede.

Andersom zijn er regio's met verloskundigenpraktijken die op de rand van het VSV liggen. Dan doen zij per definitie bevallingen in meerdere VSV's. Voor deze praktijken is het vaak een te grote tijdsinvestering om zich aan beide VSV's te committeren: bestuurs- of werkgroeptaken in twee VSV's doen trekt een te grote wissel op de zorgverleners.

Een veel gehoorde oplossing is dat een verloskundigenpraktijk zich committeert aan één VSV, en bij het andere meelezend lid is. Deze heeft dan geen stemrecht, maar is wel inhoudelijk op de hoogte van de gemaakte afspraken.

Daarnaast maakt onvoldoende inhoudelijke afstemming tussen verschillende VSV's het bijzonder ingewikkeld voor verloskundigen. Zij hebben dan in de praktijk te maken met verschillende protocollen per VSV. Dit geeft de cliënt weliswaar keuzevrijheid, maar vraagt van de verloskundige actueel beschikbare kennis (en het liefst betrokkenheid bij de ontwikkeling) van verschillende protocollen over eenzelfde thema.

6. *Complexe sociale problematiek*

In sommige regio's is er sprake van complexe sociale problematiek bij een groot deel van de zwangeren. Dit vraagt een intensievere samenwerking van gynaecoloog, verloskundigen en kraamzorg, maar vergt ook een intensievere samenwerking met de andere partners binnen de regio te weten jeugdgezondheidszorg, huisarts en sociaal domein. In het ene VSV werkt een dergelijke context verbindend. Verschillende disciplines moeten rond de zwangere en de geboorte op elkaars ervaring vertrouwen en dit vertrouwen op de werkvloer werkt door in de bestuurlijke samenwerking. In andere VSV's zorgt het juist voor extra complexiteit in de samenwerking, omdat visie en beleid met een grotere groep zorgverleners moet worden afgestemd.

Niveau 3. Niveau van het landelijke stelsel

De laatste vier factoren die netwerkvorming beïnvloeden hebben betrekking op landelijke wet- en regelgeving, normen en prikkels. Deze factoren kunnen de samenwerking in het VSV bevorderen of belemmeren, maar liggen buiten de invloedssfeer van het VSV.

7. *Kwaliteitsgelden*

In het rapport 'Een goed begin' wordt netwerkvorming in de geboortezorg bepleit om samen een zo gezond en veilig mogelijke zorg rond zwangerschap en geboorte te bieden. Meer samenwerking leidt tot meer kwaliteit, zo is de gedachte. VSV's geven aan dat het niet altijd duidelijk is van welke stimuleringsgelden zij gebruik kunnen maken om deze kwaliteit van zorg samen verder te brengen. Ook horen wij dat er verschillen bestaan in hoe de domeinen ondersteund worden op weg naar samenwerking: sommige werkgroepleden krijgen hun tijd vergoed, anderen niet (al dan niet uit eigen middelen).

VSV's geven aan dat het ontbreken van voldoende transformatiegelden een verdere kwaliteitsimpuls belemmert. Dit geldt bijvoorbeeld voor het opzetten van een gedeeld patiëntendossier en een systeem voor effectmonitoring. Helderheid en gelijkgerichtheid over welke ondersteuningsgelden beschikbaar zijn en voor wie, helpen. Ook weten niet alle zorgverleners in een VSV welke mogelijkheden er wel/niet zijn en komt naar voren dat het aanvragen van transformatiegeld een tijdrovende klus is.

8. *Ontbreken gezamenlijke declaratie als gevolg van ontbreken landelijke bekostigingssystematiek voor integrale zorg*

In nagenoeg alle gesprekken die wij in het kader van voorliggend onderzoek hebben gevoerd, werd door de gesprekspartners het onderwerp integrale bekostiging op tafel gelegd. Over de mate waarin dit wel of niet zou helpen om tot samenwerking te komen, wordt heel wisselend gedacht. De IGO's die reeds met integrale bekostiging werken, willen hiermee graag verder en geven aan dat mede door deze bekostiging het gevoel van gezamenlijke verantwoordelijkheid is vergroot. Andere VSV's geven aan meer nadelen dan voordelen te zien voor de eigen regio (grote administratieve lasten, risico van gedoe en weinig verwachte winst).

VSV's hebben in de gesprekken aangegeven aan dat het belangrijk is om een bekostigingsvorm te kunnen vinden die past bij de eigen context (en dus niet van bovenaf wordt opgelegd).

9. Ontbreken afspraken over financiële verdeling als gevolg van ontbreken landelijke verdelingssystematiek voor integrale zorg

Het blijkt voor VSV's ingewikkeld tot concrete afspraken te komen over de verdeling van inkomsten na realisatie van substitutie van zorg (bijvoorbeeld tussen 2^e en 1^e lijn). In de IGO's zijn er wel afspraken over gezamenlijke integrale declaratie, maar vindt verdeling achter de voordeur plaats op basis van historische productiepatronen en niet op basis van de huidige praktijk.

Hoewel VSV's ondersteund zijn vanuit een landelijke taskforce, is er landelijk nog geen verdelingssystematiek ontwikkeld. VSV's geven aan dat zij zelf de expertise niet in huis hebben om een dergelijk systeem op te zetten.

10. Geen/beperkte gegevensdeling als gevolg van onduidelijkheid over wet- en regelgeving, inhoudelijke vormgeving en kosten gezamenlijk dossier

VSV's geven aan dat een gedeeld patiëntendossier essentieel is om op efficiënte wijze gezamenlijke zorg over lijnen en domeinen heen te kunnen leveren. Zij ervaren belemmeringen op het gebied van wet- en regelgeving over persoonsgegevens, inhoudelijke vormgeving en bijkomende kosten die niet op VSV niveau kunnen worden opgelost.

Op basis van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Algemene verordening persoonsgegevens (AVG) is uitwisseling van medische gegevens via een landelijk Elektronisch Patiëntendossier (EPD) alleen toegestaan met voorafgaande toestemming van de patiënt. Ook voor regionale uitwisseling – tussen zorgverleners binnen één VSV – kan toestemming vereist zijn. Een complicerende factor is dat de gynaecologen hun dossier delen met andere zorgverleners in het ziekenhuis.

Patiënten gaan niet altijd akkoord om gegevens over niet zwanerschap gerelateerde zaken te delen met de verloskundige of kraamverzorgende (die niet BIG-geregistreerd is). Andersom kan het zijn dat patiënten gegevens uit het sociaal domein niet willen delen met andere zorgverleners (met name bij complexe psychische en sociale problematiek). Voor IGO's gaat deze belemmering in mindere mate op: hier is immers sprake van één organisatie. De aanschaf of verandering van een elektronische patiëntendossiers is een kostbare aangelegenheid die voor veel organisaties (te) grote investeringskosten met zich mee brengt. Hierbij is het de vraag of gezien de bovenstaande complexiteit (iedere VSV deelnemer is weer onderdeel van een eigen context met eigen eisen en wensen) een nieuw dossier zich in doelmatigheid terugverdient. Gesprekspartners geven aan dat de regie op de ontwikkeling ervan wordt gemist en dat een terugkerende vraag is wie de investeringskosten zou moeten en kunnen dragen.

Manifestatie belemmeringen ten opzichte van ontwikkelfases

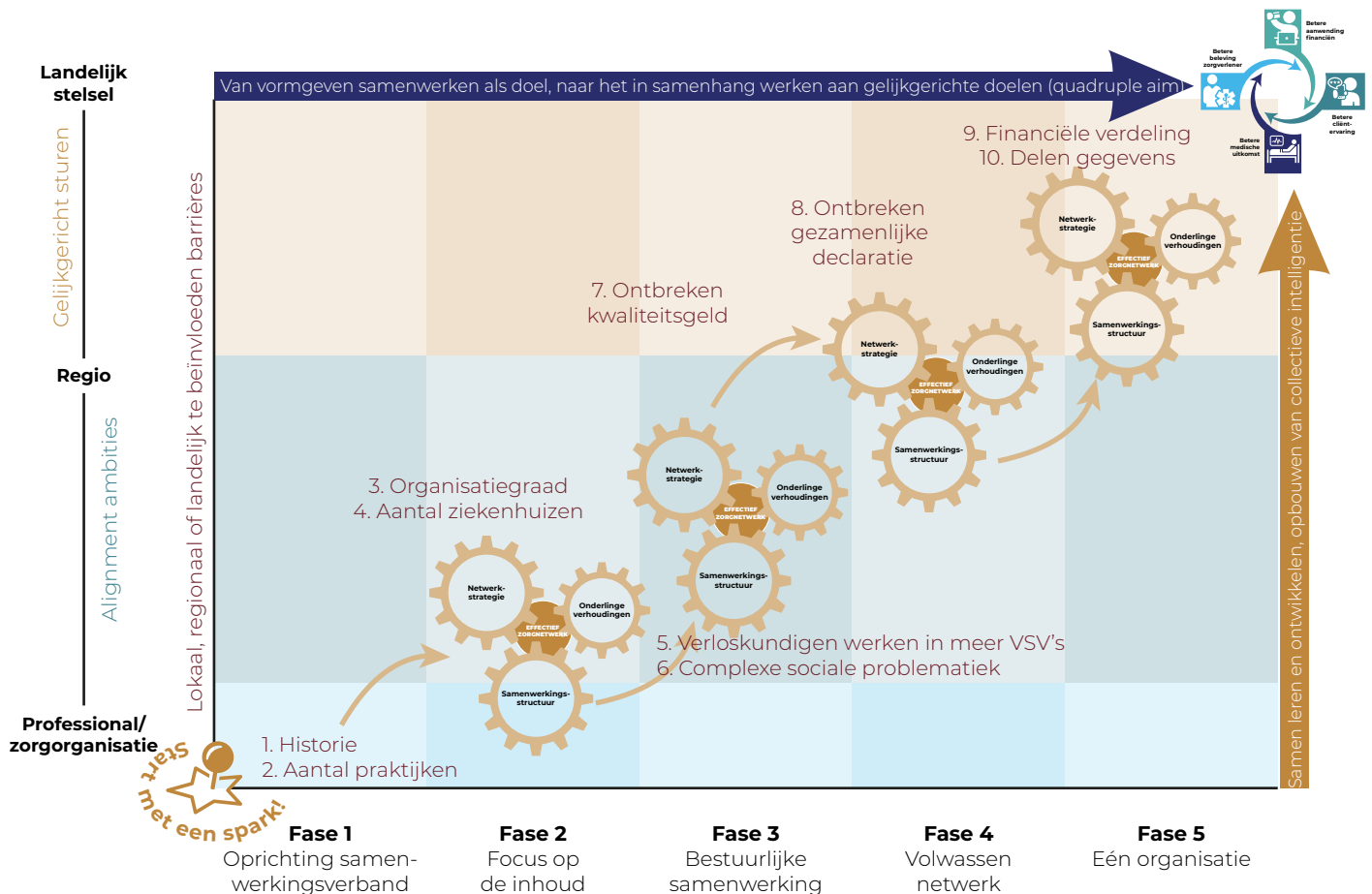
In de volgende figuur is weergegeven in welke ontwikkelfase de beschreven factoren zich als belemmering manifesteren. In fase 1, wanneer de samenwerking primair vorm krijgt op de werkvloer, doen zich barrières voor op het niveau van de zorgverleners/monodisciplinaire zorgorganisaties. In fases 2 en 3, wanneer er voor het eerst sprake is van inhoudelijke en daarna ook bestuurlijke samenwerking, manifesteren zich barrières op regionaal niveau. Met andere woorden, tot en met fase 3 doen zich barrières voor om de samenwerking verder te brengen die binnen de invloedssfeer van het VSV of de individuele zorgverlener opgepakt zouden kunnen worden, al is de beïnvloedingsruimte bij de ene factor groter dan bij de andere. In ontwikkelfases 4 en 5, als sprake is van een volwassen netwerk of één organisatie, wordt doorontwikkeling van het netwerk belemmerd door barrières op het niveau van het stelsel.

Factor ↓	Fase →	Fase 1. VSV Opgericht	Fase 2. Inhoudelijke samenwerking	Fase 3. Bestuurlijke samenwerking	Fase 4. Volwassen netwerk	Fase 5. Eén organisatie
Niveau van de zorgverlener/monodisciplinaire zorgorganisatie(s)						
1. Historie samenwerking		◆				
2. Aantal verloskundigen(praktijken)		◆				
Niveau van de regio/multidisciplinaire zorgorganisatie(s)						
3. Organisatiegraad disciplines			◆			
4. Meer dan één ziekenhuis in het VSV			◆			
5. Verloskundigen bij meer dan één VSV betrokken				◆		
6. Complexe sociale problematiek				◆		
Niveau van het stelsel						
7. Kwaliteitsgelden				◆		
8. Ontbreken gezamenlijke declaratie					◆	
9. Financiële verdeling						◆ ◆
10. Delen persoonsgegevens						◆

De onder deelvraag 3 genoemde spreiding van de in dit onderzoek geïncorporeerde VSV's over de ontwikkelfases impliceert dat het gros van de VSV's nu aan de lat staat om barrières op regionaal niveau te beslechten in het verder brengen van hun netwerksamenwerking. Een enkel VSV loopt nog tegen barrières aan op het niveau de individuele zorgverlener/monodisciplinaire zorgorganisatie, en een klein aantal VSV's loopt aan tegen barrières op het niveau van het stelsel. In de volgende hoofdstukken werken wij uit welke interventies de VSV's inzetten om de genoemde barrières te slechten.

2.3 Evaluatiemodel netwerkvorming in de zorg

Het Zorginstituut heeft ons gevraagd het eerder ontwikkelde generieke model voor de totstandkoming van samenwerking, samen leren en ontwikkelen in zorgnetwerken, ontwikkeld op basis van een evaluatieonderzoek naar (het ontstaan van) samenwerking in regionale IC-netwerken (zie bijlage 2B), door te ontwikkelen op basis van voorliggend onderzoek onder VSV's. Naast dit eerder ontwikkelde model hebben we hiervoor de in de inleiding genoemde modellen gebruikt (zie bijlagen 2A, 2C en 2D). Deze vier modellen vormden het startpunt voor het onderzoek en het opstellen van de interviewleidraad (zie bijlage 3). Met de verzamelde inzichten uit het onderzoek hebben wij deze modellen vertaald tot het volgende model voor samenwerken en netwerkvorming:



Op de horizontale as staan de vijf fases van samenwerking en netwerkvorming die naar voren zijn gekomen uit voorliggend onderzoek (deelvraag 3). In het doorlopen van deze fases verschuift de nadruk van samenwerken als doel op zich, naar het in samenhang werken aan gelijkgerichte doelen (de quadruple aim, gevisualiseerd in de cirkel rechtsboven).

Ontwikkeling van de ene naar de andere fase gebeurt door een combinatie van impulsen op netwerkstrategie, samenwerkingsstructuur en onderlinge verhoudingen (de drie tandwielen). In het in de praktijk brengen daarvan lopen VSV's tegen barrières aan (deelvraag 5). Deze barrières zijn aangegeven in rood en deze manifesteren zich op het niveau van de zorgverlener/monodisciplinaire zorgorganisatie, het niveau van de regio of het niveau van het landelijk stelsel (verticale as links). Dit wordt gevisualiseerd door de blokken in lichtblauw (onder), blauw (midden) en geel (boven).

De linker verticale as visualiseert dat het doorontwikkelen van samenwerking en netwerken in de zorg vraagt om verbinding tussen landelijk beleid, regionaal handelen en de impact op individuele zorgverlener/organisatie. Als deze verbinding onvoldoende wordt gelegd, kan er sprake zijn van tempoverschil tussen VSV's en tegengestelde prikkels vanuit het stelsel. Sommige VSV's hebben minder lokale en regionale barrières te beslechten óf zijn op eigen kracht beter in staat om dat te doen dan andere. In een latere fase van samenwerking ervaren VSV's landelijke barrières in de vorm van tegengestelde prikkels of niet-helpende structuren voor financiering en/of gezamenlijke dossiervoering.

2.4 Conclusie

De introducties van 'Een goed begin' en de ZIG hebben de ontwikkeling van samenwerking en netwerkvorming in VSV's versneld. Er is in de afgelopen jaren veel en goed werk verricht door zorgverleners in de regio. De ontwikkeling van samenwerking en netwerkvorming die VSV's doorlopen, kan worden onderscheiden in vijf fases: van de start met praktische samenwerking op de werkvloer tot het functioneren van het VSV als een volwassen netwerk of één organisatie.

Alle zestien VSV's uit onze deelpopulatie zijn gedreven om zich door te ontwikkelen, maar lopen in de praktijk tegen barrières aan. In de eerste fase van het ontwikkelproces spelen deze zich vooral af op het niveau van de individuele zorgverlener of -praktijk; in de fases van inhoudelijke en bestuurlijke samenwerking (fase 2 en 3) vooral op het niveau van de regio en in de laatste fases vooral op het niveau van het landelijke stelsel. Veel VSV's geven aan dat ze fase 4 (het volwassen netwerk) als de eindfase van hun ontwikkeling zien, het doorontwikkelen naar fase 5 (één integrale organisatie) voegt voor sommige VSV's aan het verwachte resultaat in hun context onvoldoende toe.

De genoemde barrières zijn door VSV's in meer of mindere mate te overkomen, afhankelijk van de aard van de barrière en of ze wel of niet binnen de eigen invloedssfeer liggen.

HOOFDSTUK 3.

Inzichten per kennisdoel

Nadat in hoofdstuk 2 de opgehaalde inzichten per deelvraag zijn beschreven, vertalen we deze in hoofdstuk 3 naar het niveau van de twee centrale kennisdoelen van voorliggend onderzoek.

3.1 Verkrijgen van kennis over samenwerking en netwerkvorming in VSV's, de ervaringen van zorgverleners hiermee en het ervaren effect hiervan op de patiëntenzorg.

3.1.1 Kennis over samenwerking en netwerkvorming in VSV's (deelvraag 1, 2 en 3)

Gefaseerde ontwikkeling samenwerking

Het onderzoek leert dat samenwerking en netwerkvorming in VSV's langs vijf fasen verlopen, van informele samenwerking (fase 1) via effectieve ketenzorg (fase 2) en bestuurlijke samenwerking (fase 3) naar een volwassen netwerk (fase 4) of 'shared care' vanuit een integrale organisatie (fase 5). Naarmate de samenwerking groeit, verschuift de focus van het realiseren van de samenwerking op zich naar het feitelijke doel van de samenwerking: het verbeteren van de geboortezorg. Het merendeel van de door onderzochte VSV's bevindt zich in de fasen van effectieve ketenzorg en bestuurlijke samenwerking.

Om van de ene fase naar de andere fase te komen, maken de VSV's stappen op drie gebieden: 1. Netwerkstrategie, 2. Samenwerkingsstructuur en 3. Onderlinge verhoudingen. De belemmeringen waar VSV's tegenaanlopen bij het maken van een stap naar de volgende fase van samenwerking, liggen in de eerste fasen vooral binnen de eigen invloedssfeer van het VSV en in latere fasen vooral erbuiten. Met andere woorden, partijen kunnen op eigen kracht grote stappen zetten in de samenwerking, maar doorontwikkeling naar een volwassen netwerk of integrale organisatie vraagt (ook) om inzet van de stelselpartijen.

Praktische inrichting van de samenwerking

VSV's worden bestuurd door goedwillende zorgverleners die dit bestuur combineren met een drukke (vaak professioneel inhoudelijke, soms management) baan. Dit maakt dat samenwerkende partijen in VSV's in eerste instantie vooral een inhoudelijke drijfveer hebben en zeker in de eerste jaren minder gericht zijn op onderwerpen als doelmatigheid. Door meerdere VSV's is expliciet aangegeven dat opzetten van samenwerking langs de financiële lijn minder effectief bleek – dit lijkt alleen te lukken als onderlinge relaties al voldoende stevig zijn en eerst een inhoudelijke basis is gelegd. Voor de zorgverleners is het VSV-werk vaak onbezoldigd, door veel gesprekspartners benoemd als 'liefdewerk, oud papier'. In een aantal gevallen wordt ondersteuning, project- of managementkennis ingehuurd.

Organisatie van de samenwerking

VSV's kiezen dominant voor drie juridische organisatievormen: de informele samenwerking op basis van samenwerkingsafspraken (waarbij geen rechtspersoon is opgericht), een vereniging of een coöperatie. Het bestuur van de VSV is een afspiegeling van de in het VSV betrokken partijen: altijd eerstelijnsverloskundigen, kraamzorg en gynaecologen/ziekenhuis, soms aangevuld met een kinderarts, huisarts of jeugdgezondheidszorg. De bestuurssamenstelling varieert van 3 tot meer dan 10 personen. De ledenvergadering kent een vergelijkbare diversiteit. Naast hierboven genoemde partijen sluiten daar soms ook de ambulancevervoerder en de ROS (regionale ondersteuningsstructuur) aan. Opvallend is dat in geval van een IGO partijen kunnen kiezen wel lid te zijn van het VSV maar niet mee te doen aan de financiële afspraken die het IGO maakt. Ook komt het voor dat geboortezorgverleners kiezen om geen lid te zijn van een VSV, of juist actief lid bij één VSV en toehorend of adviserend lid bij een ander VSV.

VSV's werken allemaal met een structuur van werkgroepen gericht op kwaliteitsbeleid, gezamenlijke protocollen, ontwikkelen van zorgpaden, gezamenlijke informatievoorziening aan de zwangere en organisatie van training en audits. In sommige VSV's is deelname aan een werkgroep voor ieder lid verplicht. De mate waarin VSV's (conform ZIG) functioneren als regionaal besluitvormend netwerk waarin gezamenlijk (kwaliteits)beleid wordt vastgesteld, verschilt per VSV.

3.1.2 Ervaringen zorgverleners met samenwerking en netwerkvorming in VSV's en het ervaren effect op de patiëntenzorg (deelvraag 4)

Ervaringen zorgverleners

De betrokken zorgverleners ervaren in het VSV een gezamenlijk streven naar het verbeteren van de zorg. Vanuit 'samen beslissen' wordt gewerkt aan meer regie bij de zwangere en betere continuïteit van zorg.

Het merendeel van de geïnterviewde VSV-professionals is ervan overtuigd dat samenwerking bijdraagt aan een betere ervaring voor de zwangere. Harde cijfers hierover ontbreken. Geen van de gesprekspartners twijfelt of de ingeslagen weg van samen (net)werken de juiste is.

In het onderzoek is de Covid-19 crisis vaak genoemd als situatie waarin blijkt dat samenwerken loont: door de ingerichte VSV structuur, de al korte lijnen en de opgebouwde vertrouwensband kon adequater worden gehandeld.

Tegelijkertijd geven zorgverleners aan dat samenwerken in het huidige stelsel soms lastig is – door onduidelijkheid over of regionetwerken de toekomst hebben en ervaren knelpunten rond het delen van gegevens – en de nodige (liefdewerk, oud papier) tijd en energie kost. Op de vraag of de samenwerking leidt tot een toename van het werkplezier, antwoorden zorgprofessionals wisselend. Als er weinig ondersteuning voor het VSV beschikbaar is, geven zij aan de samenwerking erg belastend te vinden. De intrinsieke motivatie is er voor zorginhoudelijk werk, niet voor bestuurlijke processen.

Gesprekspartners zijn trots dat zij ondanks ervaren belemmeringen toch blijven werken aan het verbeteren van de samenwerking – en daarmee het verbeteren van de patiëntenzorg. Het gevoel om samen bij te dragen aan betere resultaten voor de zwangere blijkt essentieel voor een positieve beleving van de samenwerking.

Ervaren effect op de patiëntenzorg

Op VSV niveau worden vaak nog geen expliciete afspraken gemaakt worden over welke concrete resultaten de samenwerking moet opleveren in termen van de quadruple aim. Betrokken zorgverleners geven aan dat de doelen die de VSV's met elkaar stellen, nog niet altijd even scherp zijn. VSV's benoemen als netwerk nog geen eigen indicatoren op het terrein van bijvoorbeeld medische uitkomst, te behalen gezondheidswinst of doelmatigheid. Ook geven aan zij dat structureel monitoren van resultaten en effecten van samenwerking nog te weinig plaatsvindt. Een enkel VSV organiseert gezamenlijk het patiënttevredenheidsonderzoek. In een aantal VSV's worden monodisciplinair opgehaalde inzichten, bijvoorbeeld vanuit patiënttevredenheidsonderzoeken, met elkaar gedeeld.

3.2 Vergroten van kennis over de omgevingsfactoren en mechanismen die een rol spelen bij het tot stand brengen van samenwerking en netwerken binnen VSV's (deelvraag 5)

Uit het onderzoek blijkt dat zowel het rapport 'Een goed begin' uit 2010 als de introductie van de ZIG in 2016 een versnellend effect heeft gehad op het opzetten en ontwikkelen van samenwerking in VSV's.

Nagenoeg alle VSV's hebben in dit onderzoek aangegeven de ZIG als handvat te gebruiken in het doorontwikkelen van de multidisciplinaire samenwerking. Daar waar op landelijk niveau uiteindelijk doorzettingsmacht van het Zorginstituut nodig was om tot vaststelling van de ZIG te komen, is er in het veld van de zorgverleners geen discussie over de meerwaarde ervan. Professionals van alle disciplines hebben in het onderzoek aangegeven dat de ZIG een helpend referentiepunt biedt om met elkaar te komen tot de benodigde vertaalslag in de eigen regionale context. De ZIG bepaalt de agendaopbouw van de gezamenlijke besprekingen en helpt bij het stellen van prioriteiten voor doorontwikkeling.

Het onderzoek laat daarnaast zien dat omgevingsfactoren een duidelijke rol spelen bij samenwerking en netwerken binnen VSV's. Uit de gesprekken met zorgprofessionals en de validatiegesprekken VSV besturen, komen een aantal duidelijke barrières naar voren die bepalend zijn voor het verder komen in de samenwerking. Deze barrières liggen zowel binnen als buiten de eigen invloedssfeer van de VSV's.

Op het niveau van de eigen invloedssfeer is *historie* belangrijk. Als er in het verleden een negatieve ervaring met samenwerkingspartners is opgedaan, blijft dit in de geboortezorg-netwerken decennialang een rol spelen, zo komt uit de gesprekken naar voren. Er zijn voorbeelden van VSV's die deze dynamiek hebben weten te doorbreken, maar dit gaat niet vanzelf. Andersom komt de samenwerking makkelijk op gang als er een goede persoonlijke klik is.

Een tweede factor is de *invloed van fusies*. Die leidt bij de bij fusie betrokken partijen tot focus op interne dynamiek, die niet naar de samenwerking op VSV niveau gaat. Praktisch geldt dat na een fusie van bijvoorbeeld twee ziekenhuizen, na deze fusie de eerder geharmoniseerde protocollen opnieuw bekeken moeten worden.

In algemene zin geldt: hoe minder spelers in een VSV, hoe gemakkelijker de samenwerking. Mensen kennen elkaar, lijnen zijn korter. Andersom geldt dat als er veel spelers zijn, er een issue is of er genoeg vraag is om iedereen een goed gevulde praktijk te kunnen laten draaien. Als er sprake is van overcapaciteit, vinden mensen elkaar minder makkelijk omdat risico is dat de samenwerking de eigen bedrijfsvoering raakt.

Op het niveau van de VSV regio speelt *de organisatiegraad van de betrokken disciplines* een rol. In diverse regio's is het landschap van verloskundigen en kraamzorg versnipperd. Dit maakt het organiseren van gedragen en navolgbare besluitvorming ingewikkeld.

De in het onderzoek betrokken zorgverleners geven aan dat de *aanwezigheid van meerdere ziekenhuizen* in een VSV de samenwerking complexer maakt (meerdere vakgroepen gynaecologie, meerdere managers/bestuurders). Het is dan niet altijd vanzelfsprekend dat iedereen elkaar kent. Soms speelt ook (inhoudelijke) animositeit een rol.

Grensdynamieken spelen een rol. Sommige zorgaanbieders bevinden zich aan de randen van een VSV regio en leveren daarmee per definitie een bijdrage aan de geboortezorg in meer dan één VSV regio's. Dat betekent vaak werken met verschillende afspraken en protocollen. Ook verschilt de sociale problematiek per regio, en heeft dit invloed op welke afspraken gemaakt worden.

Geïnterviewde geboortezorgprofessionals geven aan de mate waarin er *stimulering(sgeld)* beschikbaar is, van invloed is op de samenwerking. Niet iedereen vindt zijn of haar weg even makkelijk in de beschikbare wegen om ondersteunende middelen aan te vragen. Ook vinden zorgverleners het ingewikkeld dat de ene professional aan tafel wél een vergoeding krijgt voor de tijd die besteed wordt aan samenwerking, terwijl de ander dat niet krijgt. Over de meerwaarde van integrale bekostiging wordt wisselend gedacht.

Tenslotte wordt het (niet) *kunnen delen van relevante informatie* tussen netwerkpartijen als een belangrijke omgevingsfactor genoemd. Naast AVG vraagstukken speelt hier ook het grote kostenplaatje van aanschaf van een gezamenlijk of te verbinden EPD een rol.

HOOFDSTUK 4.

Werkende interventies: handvatten voor (geboortezorg) netwerken

In de gesprekken met het geboortezorgveld zijn veel interventies genoemd die zij hebben ingezet om de samenwerking een stap verder te brengen. In dit hoofdstuk zetten we deze interventies op een rij als handvatten voor de doorontwikkeling van (geboortezorg)netwerken. In de eerste paragraaf beschrijven we wat individuele geboortezorgnetwerken kunnen doen om een volgende stap in hun samenwerking te zetten. Steeds weer blijkt dat de regionale context bepalend is voor hoe effectief een interventie zal zijn. Daarna beschrijven we tegen welke belemmeringen VSV's die buiten hun eigen invloedssfeer liggen. In paragraaf 4.3 belichten we kort onze bevinding dat samenwerking vaak nog als doel op zich wordt gezien, en wat ervoor nodig is om samenwerking als middel in te zetten. Voorts staan we stil bij het belang van monitoring, benchmarking en het vaststellen van multidisciplinaire uitkomstmaten. We eindigen met een aantal kennisvragen die als input kunnen dienen voor de verdere vormgeving aan een toekomstbestendig geboortezorglandschap.

4.1 Effectieve interventies voor goede samenwerking in VSV-verband

De verzamelde interventies zijn te onderscheiden in 'harde' interventies (formele afspraken) en 'zachte' interventies (bevordering onderlinge werkrelatie). In bijlage 4 hebben we de meest genoemde interventies opgesomd en ook aangegeven bij welke barrières deze worden ingezet.

Op deze plek zetten we met oog op de leesbaarheid alleen de meest genoemde interventies op een rij:

Harde interventies

- Opstellen schriftelijke samenwerkingsovereenkomst
- Onafhankelijke voorzitter aanstellen
- Participatieplicht: alle VSV-leden nemen verplicht deel aan minimaal één werkgroep of project
- Supraregionale afstemming (over VSV-grenzen heen)
- Inhuur van externe projectondersteuning
- Kwaliteitscycli op basis van monitoring op VSV-niveau
- Samen leren en verbeteren (bijvoorbeeld perinatale audits, MDO's)
- Brede partners (jeugd, gemeente, etc.) structureel aanhaken, in bestuur of in werkgroepen
- Monitoring van cliënt- en ledentevredenheid op VSV-niveau

Zachte interventies

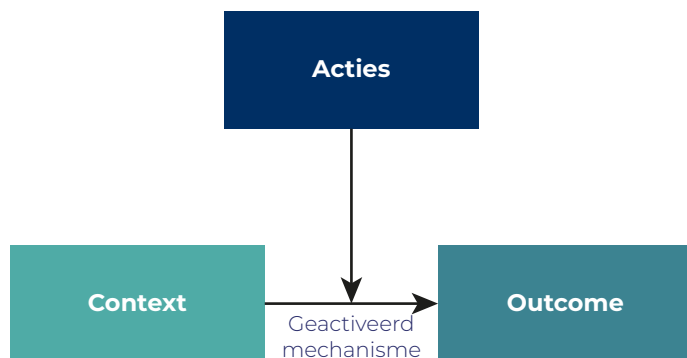
- Oud zeer bespreekbaar leren maken (vaak met hulp van ervaren gespreksbegeleiding)
- Gezamenlijke inhoudelijke en ontspanningsactiviteiten (bijvoorbeeld heidagen of teamactiviteiten)

4.2 Regiocontext bepalend voor succes interventie

Het onderzoek laat duidelijk zien dat niet elke interventie eenzelfde werking zal hebben in elke regio. De context lijkt bepalend voor de werking van een interventie: deze helpt wel of juist helemaal niet. Dit maakt dat je eerst de regiocontext goed moet kennen om te bepalen welke interventie je moet inzetten om een stap verder te komen in de samenwerking.

Als je onderzoek wilt doen naar welke interventie helpt om een volgende stap te zetten als zorgnetwerk, kunnen de gevonden barrières een handvat bieden. Deze barrières beschouwen als contextfactor helpt om interventies beter te richten.

Om vanuit een context waarin belemmeringen bestaan tot een gewenste outcome te komen, moet een mechanisme worden geactiveerd: er moet iets veranderen zodat beter dan voorheen kan worden omgegaan met de belemmering. De logica van context, mechanisme en outcome wordt vanuit de realistische evaluatiemethode⁵ samengevat in de context-mechanisme-outcome (CMO-)configuratie⁶. Hierna geven we deze logica weer in een plaatje:



Figuur 2. De logica van de CMO-configuratie.

In bijlage 5 hebben we een aantal van deze CMO's uitgewerkt om de werking hiervan in de praktijk te laten zien. Zo beschrijven we bijvoorbeeld een context waarin het VSV een oplossing wil vinden voor de belemmerende werking van het verschil in organisatiegraad van de verschillende deelnemers. De werking van een interventie blijkt af te hangen van of er een lage of een hoge mate van onderling vertrouwen is. Bij een lage mate van onderling vertrouwen wordt gekozen voor besluit-vormingsafspraken in de ALV; bij een hoge mate van onderling vertrouwen zet men in op het vormen van een coöperatie. Dit voorbeeld maakt duidelijk dat samenwerken in de zorg complex is.

Het inzetten van interventies vraagt om eerst goed zicht krijgen op de context (met de te nemen barrières als spiegel) en vervolgens te zoeken naar de vele voorbeelden van mogelijke stappen die er zijn (op te halen via de collega-VSV's, via het CPZ en/of de Federatie van VSV's).

4.3 Factoren buiten de directe invloedssfeer van VSV's

Het onderzoek laat zien dat er een moment in de samenwerking komt waarop de regiosamenwerking niet op eigen kracht verder komt. De geïnterviewde zorgprofessionals wijzen op de volgende ervaren belemmeringen op stelselniveau:

1. Het ontbreken van voldoende (ontwikkel- of) kwaliteits-gelden om alle elementen uit de ZIG te implementeren, zoals het aanschaffen van een gezamenlijk EPD.
2. Onduidelijkheid over wat wel en niet toegestaan is betreffende informatiedeling op basis van relevante wet- en regelgeving aangaande privacy.
3. Het ontbreken van een landelijke systematiek voor eenduidige declaratie van prestaties als VSV.
4. Het ontbreken van een landelijke systematiek voor de verdeling van de inkomsten van een VSV na gezamenlijke declaratie.

Zorgprofessionals in VSV's ervaren onzekerheid of ook op langere termijn zal worden ingezet op regionale samenwerking en integrale zorg. Deze onzekerheid draagt niet bij aan het versnellen van de samenwerking.

4.4 Samenwerking als doel of middel

Daar waar in 2010 de opdracht van de samenwerkende partijen in de geboortezorg helder was, namelijk het terugdringen van de vermijdbare babysterfte en waar mogelijk voorkomen van mortaliteit, blijkt uit voorliggend onderzoek dat voor veel VSV's samenwerking en netwerkvorming een doel op zich lijken te worden. Het actualiseren van het daadwerkelijke doel van samenwerken (verbeteren van de uitkomsten in de geboortezorg) zou nieuw perspectief kunnen geven.

Het is belangrijk dat dit perspectief niet alleen op landelijk niveau wordt vormgegeven, maar juist ook op het niveau van de VSV's zelf. Als zorgprofessionals samen helder hebben wat de samenwerking kan en moet opleveren, is hun inhoudelijke gedrevenheid groot.

⁵ Zie: Pawson, R., & Tilley, N. (1997). Realistic evaluation. Sage.

⁶ De realistische evaluatiemethode, het onderscheid tussen context en mechanismen en de CMO-configuratie vormen ook de basis voor veel inzichten die voort zijn gekomen uit de evaluatie van de impact van het Zorginstituut die Beren-schot in 2019 en 2020 voor het Zorginstituut heeft uitgevoerd.

VSV's hebben aangegeven in de eerste fase van hun ontwikkeling vooral met de vormgeving van de samenwerking zelf bezig te zijn geweest. Pas in een latere ontwikkelfase komt het daadwerkelijk formuleren van doelstellingen op de quadruple aim in beeld. Zolang de zorgaanbieders en professionals samenwerken en geen nieuwe entiteit vormen, worden zij door het merendeel van de stelselpartijen nog op zelfstandig niveau aangesproken op het behaalde resultaat in termen van kwaliteit (IGJ) en financiën (verzekeraar).

Op landelijk niveau wordt nagedacht over mogelijkheden voor regiobekostiging (passende bekostiging, NZa) en kwaliteitstoetsing op regioniveau (toezicht op zorgnetwerken, IGJ), inclusief toereikende kwaliteitsgelden. De geboortezorg lijkt gezien de uitkomsten van dit onderzoek bij uitstek een sector die klaar is voor het (experimenteel) toepassen daarvan.

4.5 Monitoring, benchmarking en uitkomstmaten

Monitoring binnen het eigen VSV

De door het CPZ in samenwerking met het Jan van Es instituut ontwikkelde VSV-spiegel (quickscan en integratiemeter) vormt een handvat om binnen het eigen VSV te bepalen waaraan het VSV zou kunnen werken om een volgende stap te zetten.

Naar voren komt dat het vaststellen van multidisciplinaire standaarden de zorgnetwerken helpt als 'objectieve' basis voor het multidisciplinaire gesprek over onderwerpen die soms op individueel niveau lastig bespreekbaar zijn. Hier gaat het onder meer over het doorontwikkelen van beroepen (wie gaat waarover?) en over grensvraagstukken (wie mag wat?). Ook gaat het over de vraag hoe er balans gevonden kan worden tussen uniformiteit en praktijkvariatie.

Benchmarking

De gesprekspartners geven aan dat het helpt om periodiek te horen hoe het VSV zich qua tempo van ontwikkeling verhoudt tot andere VSV's. Een benchmark (waar loopt het VSV voor, waar moet een been bijgetrokken worden, van wie kunnen we wat leren?) kan dus een handvat bieden om verder te komen in de samenwerking. Als de verbinding tussen de elementen uit de ZIG hierin gemaakt kan worden, wordt ook monitoring gemakkelijker.

Multidisciplinaire uitkomstmaten

Het onderzoek leert dat multidisciplinaire uitkomstmaten op VSV niveau worden gemist. Met de ontwikkeling van het dashboard kwaliteit door de werkgroep indicatoren van het CPZ een belangrijke stap gezet richting de monitoring van kwaliteit op VSV-niveau. Op andere onderdelen van de quadruple aim (zoals doelmatigheid of tevredenheid van medewerkers) worden nog nauwelijks tot geen doelen gesteld. In de interviews is aangegeven dat het zou helpen als er op landelijk niveau uitkomstmaten zouden worden geformuleerd, die dan in het VSV naar de eigen regionale context vertaald kunnen worden. Hiermee worden individuele deelnemers aan de VSV's uitgenodigd hun uitkomstindicatoren te delen en een meer open gesprek met elkaar aan te gaan over waarom het wel of juist niet lukt gewenste doelen in praktijk waar te maken. Pas dan ontstaat het samen leren en kan gebouwd worden aan collectieve intelligentie.

4.6 Vervolg vragen

Dit onderzoek levert een aantal kennisvragen op die als input kunnen dienen voor de verdere vormgeving aan een toekomstbestendig geboortezorglandschap:

1. Hoe ziet het toekomstig geboortezorglandschap anno 2030 eruit? Welke transformatieopgave levert dit beeld op voor de verschillende betrokken partijen en zorgprofessionals (veranderende rol, verantwoordelijkheid, positie etc.)?
2. Hoe kan deze toekomstambitie worden vertaald naar concrete quadruple-aimdoelen voor de geboortezorg en bijpassende uitkomsten?
3. Hoe kunnen deze doelen/uitkomsten structureel op landelijk niveau en per VSV gemonitord worden, en in relatie worden gebracht met verschillende manieren van samenwerking in VSV-verband, zodat inzicht ontstaat in effectieve en minder effectieve samenwerkingsvormen?
4. Welke rol hebben landelijke veld- en stelselpartijen, regiotafels en individuele zorgorganisaties/professionals (mono- en/of multidisciplinair) bij deze transformatie?
5. Hoe kan aansluiting gevonden worden tussen de inhoudelijke visie op doorontwikkeling en de zoektocht naar passende bekostiging (NZa)?
6. Op welke manier kunnen bijkomende frictie- en transitiekosten worden gedragen? En, hoe kan passend worden omgegaan met deze consequenties zodat met vertrouwen verder kan worden gewerkt aan een duurzame transformatie?

BIJLAGE 1.

Ingezette expertise, Begeleidingsgroep en Klankbordgroep

Onderzoeksteam Berenschot

Sofie Dreef Msc LLM	Senior consultant samenwerken en publieke innovatie, onderzoeker
Dr. Aisha de Graaff	Consultant zorg, arts, onderzoeker
Drs. Marlous Verheul	Managing consultant zorg en publiek domein, senior onderzoeker
Dr. Felix van Urk	Managing consultant zorg, onderzoeksleider
Drs. Christel van Zijp	Senior managing consultant zorg, projectleider
<i>Aangevuld met expertise van:</i>	
Prof. Dr. Kitty Bloemenkamp	Hoogleraar obstetrie, expert verbinding wetenschap en praktijk

Begeleidingsgroep Zorginstituut Nederland

Dr. René Stüssgen	Kwaliteitsadviseur
Dr. Uriëll Malanda	Programmamanager Samen Beslissen, Adviseur geboortezorg
Dr. Noor Heim	Adviseur
Dr. Emmy van Woerden, gynaecoloog n.p.	Adviseur zinnige zorg

Klankbordgroep

Dineke Moerman MBA	Directeur College Perinatale Zorg
Marlies Kluiters, verloskundige	Bestuurslid Federatie van VSV's en VSV Eindhoven
Prof. Dr. Koos van der Velden	Hoogleraar public health Radboudumc, Voorzitter ZonMW programma Zwangerschap & Geboorte

BIJLAGE 2.

Overzicht geselecteerde VSV's

Geselecteerde VSV's	Regionaal Consortium	Samenwerkings-vorm	Stedelijk/ landelijk	Complexe zorgvraag ¹³	Ziekenhuis	Complexe samenwerking ¹⁴
1. VSV Achterhoek Oost (Winterswijk)	Oost Nederland	Regulier	Buitengebied		Perifeer	X
2. VSV AMC	Noord-West Nederland	Regulier	G10	X	Academisch	
3. IGO Annature	Zuid-West Nederland	Integraal (IGO)	G10		Topklinisch	
4. VSV Drachten e.o.	Noord Nederland	Regulier	Buitengebied	X	Perifeer	
5. VSV Den Bosch	Brabant	Regulier	Regiofunctie		Topklinisch	
6. VSV Geboortezorg Salland	Midden Nederland	Integraal (IGO)	Regiofunctie		Perifeer	
7. IGO IJmond	Noord-West Nederland	Integraal (IGO)	Regiofunctie		Topklinisch	
8. VSV Preall (Almere)	Noord-West Nederland	Regulier	G10	X	Perifeer	
9. VSV Reinier	Zuid-West Nederland	Regulier	Regiofunctie		Topklinisch	X
10. VSV Rotterdam Zuid	Zuid-West Nederland	Regulier	G10	X	Topklinisch	
11. VSV SamenZuyd	Limburg	Regulier	Regiofunctie	X	Topklinisch	
12. VSV SHE Treant Groep	Noord-Nederland	Regulier	Regiofunctie		Perifeer	X
13. VSV Sneek	Noord-Nederland	Regulier	Regiofunctie		Perifeer	
14. VSV Uniek	Midden Nederland	Regulier	G10		Topklinisch	
15. VSV Zwolle e.o.	Overijssel	Regulier	Regiofunctie		Topklinisch/ NICU	
16. VSV ZorgSaam	Zuid-West Nederland	Regulier	Buitengebied		Perifeer	X

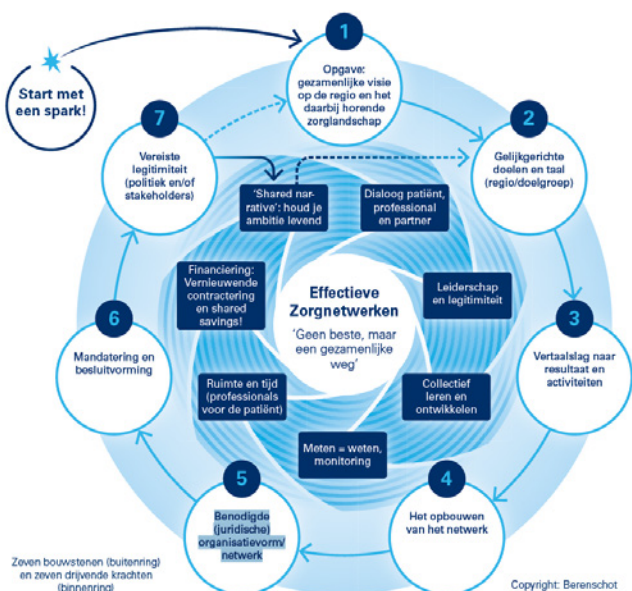
7 Bijvoorbeeld lage SES, migratieachtergrond.

8 Bijvoorbeeld (de-) concentratie.

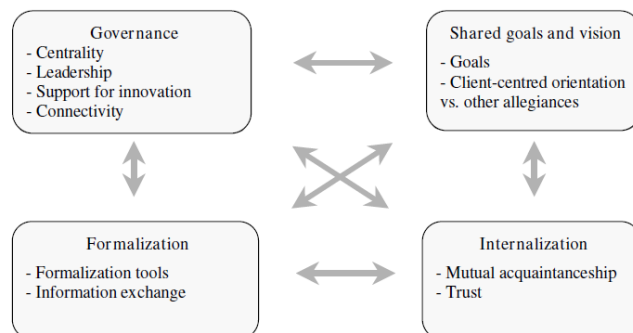
BIJLAGE 3.

Basis voor onderzoek:
enkele modellen

Model A: Regionale Netwerkdialoog (Berenschot)



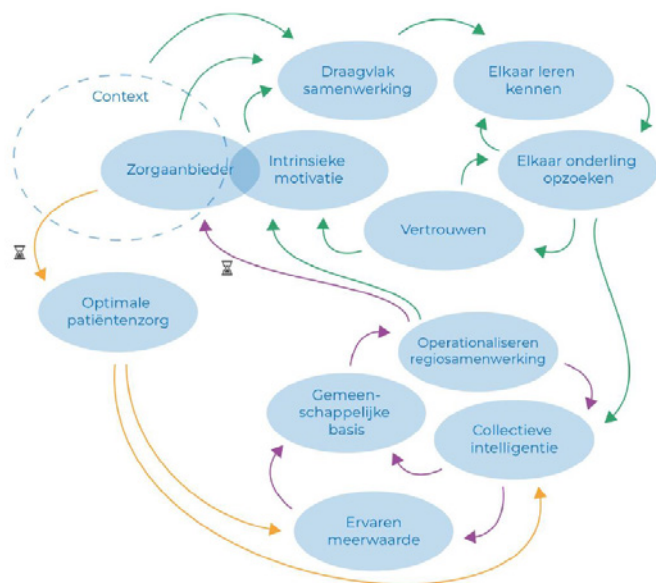
Model C: Samenwerken in de zorg (D'Amour)



Model D: Mechanismen van Effect (Berenschot)



Model B: Samenwerken in zorgnetwerken (Ecorys)



BIJLAGE 4

Interviewleidraad fase 1 veldonderzoek

Deelvragen	Relevante aspecten uit 4 analysemodellen	Concrete uitwerking
1. Welke strategieën en acties gericht op samenwerking en netwerkvorming hebben VSV's ondernomen?	Samenwerken in de zorg (D'Amour) - Gedeelde visie en doelen - Internaliseren (erkennen van onderlinge afhankelijkheden) Samenwerken in zorgnetwerken (Ecorys) - Creëren van randvoorwaarden - Activiteiten: Elkaar leren kennen; Elkaar opzoeken	Visie en doelen - Geboortezorgaanbieders hebben een gedeelde visie op 'goede' geboortezorg - Geboortezorgaanbieders erkennen dat zij wederzijds afhankelijk zijn om die 'goede' geboortezorg te kunnen leveren - Geboortezorgaanbieders hebben gezamenlijk doelen vastgesteld Elkaar kennen - Geboortezorgaanbieders kennen elkaar - Geboortezorgaanbieders hebben een goed beeld van de doelen van andere partijen in het netwerk Rol van voortrekkers - Zijn er partijen en/of individuen aan te wijzen die een voortrekkersrol hebben gespeeld? - Taak- versus relatiegeoriënteerde voortrekkersrol
2a. Welke samenwerkings vormen en netwerken hebben VSV's ontwikkeld?	Regionale netwerkdialog (Berenschot) - Bouwsteen 5: Benodigde (juridische) organisatievorm /netwerk - Bouwsteen 6: overlegstructuur / besluitvorming en mandatering Samenwerken in zorgnetwerken (Ecorys) - Activiteiten: Operationaliseren van de samenwerking Samenwerken in de zorg (D'Amour) - Formaliseren - Governance	(Rechts)vorm: - Samenwerking zonder schriftelijke afspraken - Samenwerking o.b.v. schriftelijke afspraken; geen rechtspersoon - Rechtspersoon (vereniging, stichting, coöperatie, of BV) [NB: is een voorwaarde voor integrale bekostiging] Gremia binnen VSV: - Wel /geen VSV bestuur - Vaste voorzitter - roterend voorzitter – geen voorzitter Afspraken in ZIG: - Een regionaal interprofessioneel geboortezorgteam, bestaande uit een vertegenwoordiging van alle bij de geboortezorg in een regio betrokken zorgverleners; - Een regionale adviesraad van zwangeren/(jonge) ouders - Vraaggestuurd: Individuele interprofessionele geboortezorgteams samengesteld rondom een individuele zwangere, conform regionale afspraken en zorgpaden Overlegstructuur: <i>Afspraken in ZIG:</i> - VSV heeft min. maandelijks multidisciplinair overleg (MDO) - VSV heeft min. jaarlijkse bespreking van regionale jaarcijfers omtrent de kwaliteit van geboortezorg, inclusief de kraamzorgdata. - VSV bespreekt jaarlijks het gezamenlijk kwaliteit jaarverslag en de beleidsplannen met de regionale adviesraad Besluitvorming en mandatering: - Procedures voor besluitvorming en mandatering zijn schriftelijk vastgelegd - Besluitvorming vindt plaats d.m.v. sociocratische kringmethode (consentbeginnel)
3. Welke ontwikkelings fases in de totstandkoming van de samenwerking en netwerken zijn te onderscheiden? Welke reconstructies zijn er te maken van de totstandkoming van samenwerking en netwerken binnen de geselecteerde VSV's?	Regionale netwerkdialog (Berenschot) - Gehele model (Alle zeven bouwstenen) Samenwerken in zorgnetwerken (Ecorys) - Alle activiteiten	Concreet te onderscheiden stadia - Gezamenlijke opgave in beeld - Overeenstemming over doelstellingen - Vertaalslag naar activiteiten en resultaten - Opbouw van het netwerk - Juridische/organisatievorm vastgesteld - Mandatering en besluitvorming bepaald - Legitimiteit georganiseerd Bepalende activiteiten daarbinnen - Elkaar leren kennen - Elkaar opzoeken - Overeenkomen gemeenschappelijke basis - Operationaliseren van de samenwerking

Deelvragen	Relevante aspecten uit 4 analysemodellen	Concrete uitwerking
4. Welke (gewenste en ongewenste) resultaten en (neven)effecten van deze samenwerkingsvormen en netwerken (op de (kwaliteit van de) patiëntenzorg) hebben de betrokken zorgverleners ervaren?	Samenwerken in zorgnetwerken (Ecorys) • Effecten: Optimale patiëntenzorg zoals ervaren door zorgaanbieder(s) en waar mogelijk zwangeren	• Gewenste effect van de samenwerking op de kwaliteit van de patiëntenzorg, volgens de stakeholders. • <i>Daadwerkelijke</i> effect van de samenwerking op de kwaliteit van de patiëntenzorg, volgens de stakeholders In het bijzonder, Afspraken in ZIG: - VSV heeft regionaal beleid met betrekking tot: • de risico-inschatting medisch en psychosociaal • omgaan met klachten • calamiteiten en incidenten • voor zorg aan kwetsbare zwangeren - VSV heeft regionaal beleid en cliëntenvoorlichting over pijnbestrijding (in samenspraak met de regionale anesthesisten). - VSV neemt deel aan Perinatale Audit - VSV levert een gezamenlijk kwaliteit jaarverslag op. • Effectgrootte (per patiënt), volgens de stakeholders • Bereik van het effect (voor de eigen patiëntenpopulatie), volgens de stakeholders
5. Welke bevorderende en belemmerende omgevingsfactoren en mechanismen hebben een rol gespeeld bij de ontwikkeling van samenwerking en netwerken in VSV's? a. Welke onderlinge dynamiek is tussen deze factoren en mechanismen van invloed: hoe werken deze ten opzichte van elkaar? b. Welke voorbeelden van optimale factoren en mechanismen voor succesvolle samenwerking en netwerkvorming kunnen worden geïdentificeerd? c. In hoeverre en op welke manier heeft de Zorgstandaard IG eraan bijgedragen om samenwerking en netwerkvorming binnen VSV's op te pakken en te ontwikkelen?	Mechanismenkwaadrant (Berenschot) • Verklaring(en) van de stakeholders voor het door hen ervaren daadwerkelijke effect van de samenwerking op de kwaliteit van de patiëntenzorg • Ingedeeld aan de hand van de dimensies <i>impactversterkend vs impactverzwakkend</i> en binnen en buiten de invloed van het VSV Samenwerken in zorgnetwerken (Ecorys) • Randvoorwaarden voor samenwerking: draagvlak, intrinsieke motivatie, vertrouwen • Resultaten van samenwerking, leren en ontwikkelen: collectieve intelligentie; meerwaarde	• Verklaring(en) van de stakeholders voor het daadwerkelijke effect van de samenwerking op de kwaliteit van de patiëntenzorg. Op voorhand te verwachten bevorderende en belemmerende factoren en mechanismen, zijn (toetsen Ecorys model): - Draagvlak - Intrinsieke motivatie - Vertrouwen - Collectieve intelligentie - Meerwaarde - De onderlinge dynamiek tussen deze factoren en mechanismen

BIJLAGE 5.

Veel genoemde interventies bij netwerkbarrières

Onderstaand zijn de in het onderzoek veel genoemde – in de praktijk toegepaste – interventies op een rij gezet:

Interventie	Hard/ Zacht	Effect	Helpt bij barrière(s)
Schriftelijke samenwerkings-overeenkomst opstellen	Hard	- Groter vraagstuk wordt in behapbaardere delen geknipt (onderwerpen in overeenkomst) - Afspraken worden expliciet gemaakt - Handvatten om elkaar constructief aan te spreken en te monitoren	- Organisatiegraad disciplines - Meer dan één VSV voor verloskundigen - Meerdere ziekenhuizen in één VSV - Groot aantal verloskundigenpraktijken
Oud zeer bespreekbaar maken (vaak: met hulp van ervaren gespreksbegeleiding)	Zacht	- Gevoelens van wantrouwen, ontevredenheid, etc. krijgen een plaats binnen het VSV - Basis voor toename van het onderling vertrouwen - Zicht op aandachtspunten die moeten worden opgelost op weg naar doorontwikkeling	Historie van samenwerking
Onafhankelijk voorzitter aanstellen	Hard	- Gesprek gaat over algemeen belang, geen dubbele pet voorzitter - Onderling wantrouwen staat het gesprek minder in de weg	Historie van samenwerking
Gezamenlijke inhoudelijke en ontspanningsactiviteiten (b.v. heidagen of teamactiviteiten)	Zacht	- Mogelijkheid voor gezamenlijke reflectie en intervisie - Toename plezier in de samenwerking - Toename onderling vertrouwen	Historie van samenwerking
Participatieplicht: alle VSV-leden nemen verplicht deel aan minimaal één werkgroep of project	Hard	- Alle VSV-leden zijn actief aangehaakt - Vergroten van betrokkenheid - Er is meer draagvlak voor besluitvorming	- Organisatiegraad disciplines - Meer dan één VSV voor verloskundigen - Groot aantal verloskundigenpraktijken
Supra regionale afstemming (over VSV-grenzen heen)	Hard	- Gezamenlijke kwaliteitsverbetering - VSV-leden kunnen gemakkelijker in de praktijk samenwerken met omliggende VSV's	- Meer dan één VSV voor verloskundigen - Meerdere ziekenhuizen in één VSV - Groot aantal verloskundigenpraktijken
Inhuur van externe projectondersteuning	Hard	- Heldere rollen (opdrachtgever, -nemer, -ondersteuner) - Voorkomen overbelasting van professionals - Projecten worden sneller en professioneler uitgevoerd	- Organisatiegraad disciplines - Historie van samenwerking - Complexe sociale problematiek - Groot aantal verloskundigenpraktijken
Kwaliteitscycli op basis van monitoring op VSV niveau	Hard	- Evidence-informed aanpak t.b.v. verhogen kwaliteit - Op basis van feiten samenwerken aan kwaliteit bevordert vertrouwen en goede samenwerking	- Historie van samenwerking - Complexe sociale problematiek
Samen leren en verbeteren (b.v. perinatale audits, MDO's)	Hard	- Kwaliteit van zorg neemt toe - Samen leren van situaties bevordert vertrouwen en goede samenwerking	- Historie van samenwerking - Complexe sociale problematiek
Brede partners (jeugd, gemeente, etc.) structureel aanhaken, in bestuur of in werkgroepen	Hard	- Ketenpartners zijn actief aangehaakt bij het VSV - VSV houdt proactief rekening met rollen en afhankelijkheden van ketenpartners	Complexe sociale problematiek
Monitoring van cliënt- en leden-tevredenheid op VSV niveau	Hard	- Gezamenlijk doelen stellen verbindt de samenwerking - Samen leren van feedback bevordert vertrouwen en goede samenwerking - Mogelijkheid om feedback te geven bevordert vertrouwen en draagvlak onder leden	- Organisatiegraad disciplines - Historie van samenwerking - Complexe sociale problematiek - Groot aantal verloskundigenpraktijken

BIJLAGE 6.

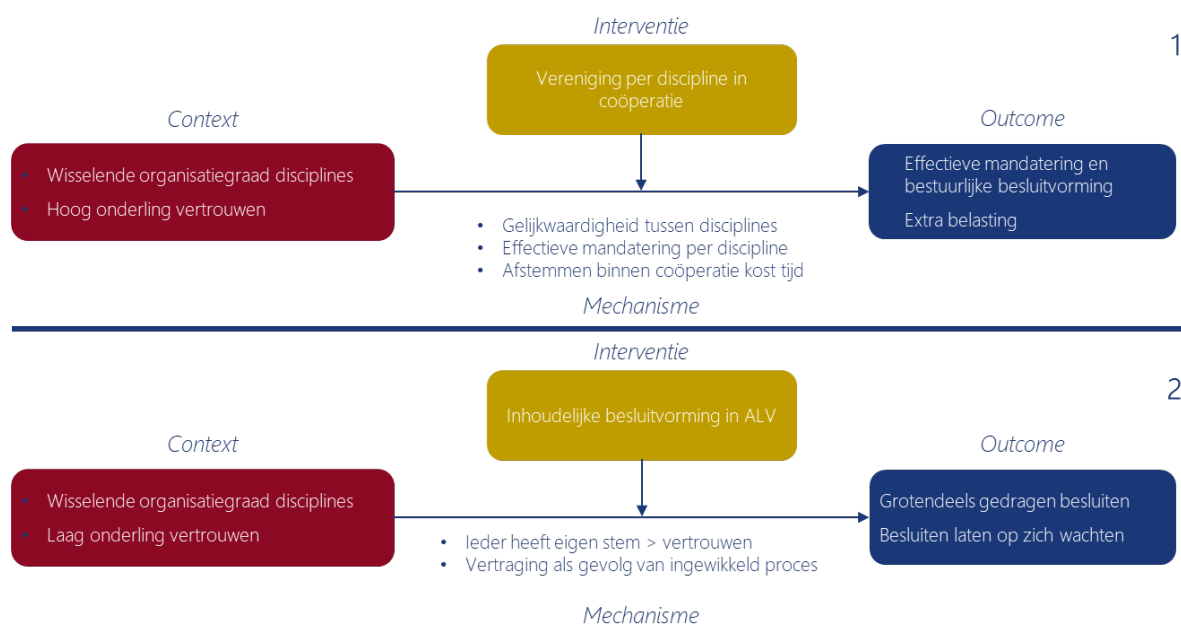
Voorbeelden CMO-configuratie

Om te laten zien hoe een VSV vanuit de eigen context met behulp van interventies kan werken aan doorontwikkeling, werken we hieronder CMO's uit voor de twee regionale barrières die in het onderzoek het vaakst naar voren kwamen:

1. Verschillen in organisatiegraad tussen de verschillende deelnemers in het VSV
2. Verloskundigen werken in meerdere VSV's

1. CMO - verschillen in organisatiegraad tussen de verschillende deelnemers in het VSV

Uit het onderzoek blijkt dat het regelmatig voorkomt dat de in het VSV deelnemende disciplines een wisselende organisatiegraad kennen. In onderstaande CMO beschrijven we twee dominante manieren hoe VSV's hier in de praktijk mee omgaan. Vervolgens geven we aan tot welke positieve of juist minder positieve resultaten deze interventies leiden.



Figuur 3. CMO voor twee dominante manieren van omgaan met verschillen in organisatiegraad tussen verschillende disciplines

Situatie 1: wisselende organisatiegraad – (relatief) hoog onderling vertrouwen

We geven hierboven twee situaties weer. In situatie 1 is er sprake van een wisselende organisatiegraad tussen de disciplines in combinatie met een (relatief) hoog onderling vertrouwen, in ieder geval binnen de eigen discipline. In dat geval gaat het er vooral om ervoor te zorgen dat de disciplines in formele zin gelijkwaardig aan elkaar zijn en dat er sprake is van effectieve mandatering per discipline. Vereniging van de deelnemende organisaties binnen de afzonderlijke disciplines (bijvoorbeeld verloskundigenpraktijken, kraamzorgorganisaties) in een coöperatie is dan een oplossing. Dit draagt volgens de geïnterviewde professionals en besturen bij aan effectieve mandatering en bestuurlijke besluitvorming. Het levert wel extra administratieve last op: het afstemmen binnen de coöperaties.

Situatie 2: wisselende organisatiegraad – laag onderling vertrouwen

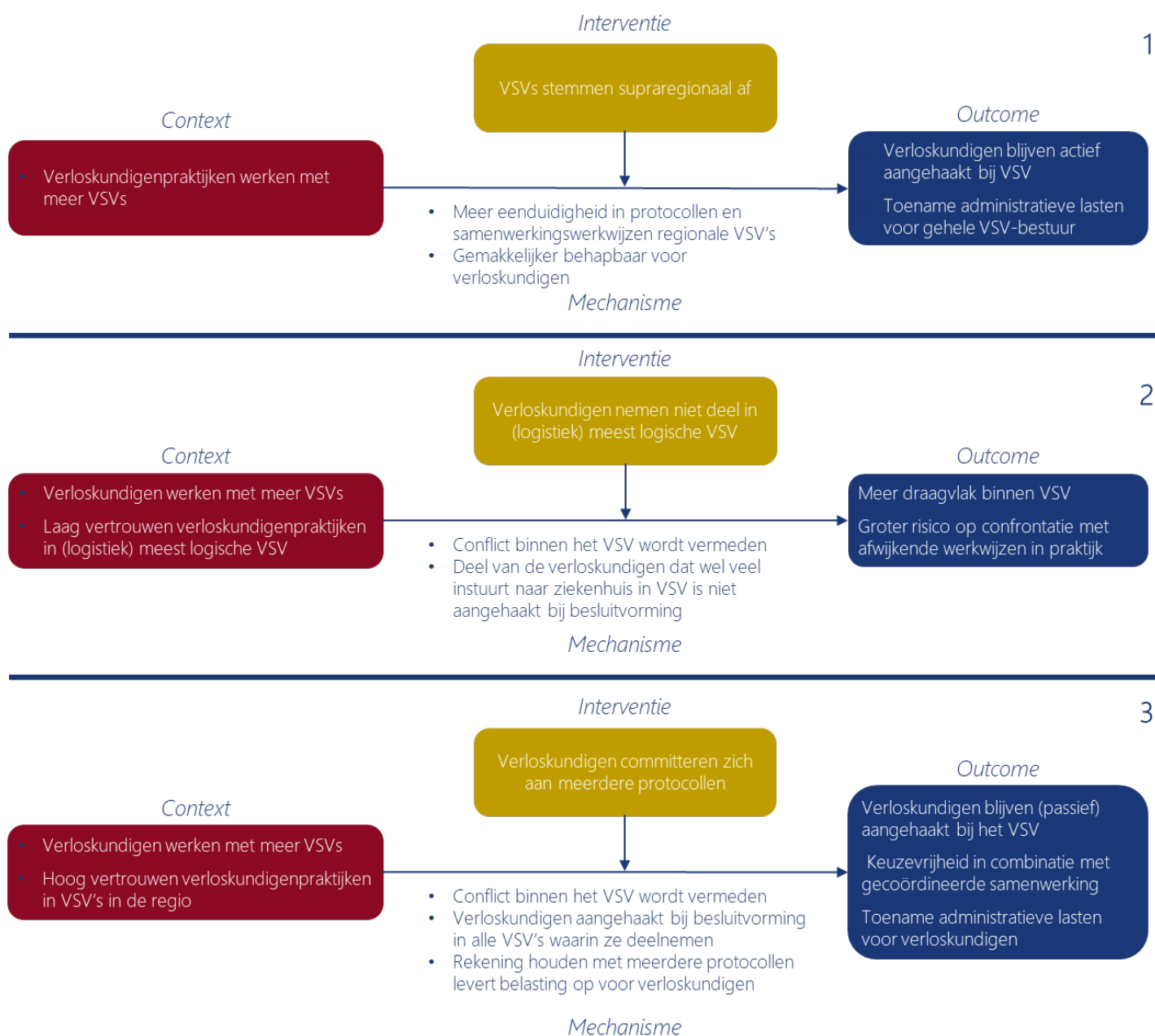
In situatie 2 is er ook sprake van een wisselende organisatiegraad tussen de disciplines, maar is er juist sprake van een laag onderling vertrouwen, in ieder geval binnen de eigen discipline. In dit geval werkt vereniging van disciplines in een coöperatie niet. In dat geval kan worden gewerkt met een algemene ledenvergadering waarbij iedere afzonderlijke deelnemer aan het VSV (dus iedere praktijk, organisatie, maatschap) een eigen stem heeft. Dit lijkt in de praktijk tot vertrouwen in 'eerlijke' besluitvorming en draagt bij aan (grotendeels) gedragen besluiten. De besluitvorming loopt echter wel stroperig als gevolg van het ingewikkelde proces en besluiten kunnen (lang) op zich laten wachten.

Waarschijnlijk zal geen enkele interventie in elke context en voor alle partijen volledig ideaal zijn. Dit hoort nu eenmaal bij bestuurlijke samenwerking in complexe settings. Het is zaak op de juiste manier te anticiperen op de context van het specifieke VSV en gebruik te maken van de interventies die de beweging wel een stap verder brengen.

2. CMO - verloskundigen werken samen met meerdere VSV's

Binnen de onderzochte VSV's komt het regelmatig voor dat verloskundigen hun cliënten 'insturen' naar ziekenhuizen over de grenzen van de 'eigen' VSV heen. Dit kan verschillende oorzaken hebben, zoals de voorkeuren van cliënten of verloskundigen zelf, het grote werkgebied van een verloskundige in sommige regio's of een hoge dichtheid van ziekenhuizen met capaciteitstekorten in sommige steden.

Sommige verloskundigen kiezen ervoor lid te worden van meerdere VSV's, anderen zijn lid van één VSV en werken met meerdere VSV's samen. In onderstaande CMO geven we deze situatie weer en werken we drie dominante manieren uit waarop VSV's hier in de praktijk mee omgaan. Vervolgens geven we aan tot welke positieve en minder positieve resultaten deze interventies in de onderzochte praktijk leiden.



Figuur 4. CMO voor drie dominante manieren van omgaan met het samenwerken met meerdere VSV's door verloskundigen.

Situatie 1 – verloskundigen werken met meerdere VSV's

We geven hierboven drie situaties weer. In situatie 1 is er sprake van verloskundigenpraktijken die samenwerken met meerdere VSV's en zijn er verder geen noemenswaardige contextfactoren. Om ervoor te zorgen dat de situatie behapbaar blijft voor de verloskundigen en om ervoor te zorgen dat een 'couleur locale' per ziekenhuis niet leidt tot al te grote verschillen in behandelingen van cliënten kan een VSV er voor kiezen om samen met andere VSV's in aangrenzende regio's supraregionaal af te stemmen. Dit leidt tot eenduidigheid in de protocollen en maakt het mogelijk voor verloskundigen om actief deel te nemen binnen één VSV (bijvoorbeeld datgene waar ze het vaakst mee samenwerken) zonder dat dit ten koste gaat van effectieve samenwerking met andere VSV's.

Situatie 2 – verloskundigen werken met meerdere VSV's én er is sprake van laag vertrouwen in meest logische VSV

In situatie 2 is er sprake van verloskundigenpraktijken die samenwerken met meerdere VSV's en is er sprake van een laag vertrouwen vanuit sommige praktijken in de samenwerking met het (logistiek) meest logische VSV. In het onderzoek hebben we gezien dat in een paar gevallen er dan voor wordt gekozen om samen te werken met een 'coalition of the willing' van verloskundigen en te accepteren dat niet alle 'logische' verloskundigenpraktijken zich bij het VSV aansluiten. Dit zorgt ervoor dat conflict (bijvoorbeeld over protocollen) wordt vermeden binnen het VSV, maar in de praktijk zal regelmatig worden samengewerkt met verloskundigen die zich niet expliciet hebben gecommitteerd aan de protocollen van het VSV en er inspraak in hebben gehad. Dit resulteert in meer draagvlak binnen het VSV voor de protocollen, maar de kans dat partners binnen het VSV in de praktijk samenwerken met partners buiten het VSV met afwijkende werkwijzen neemt toe.

Situatie 3 – verloskundigen werken met meerdere VSV's en een hoge mate van vertrouwen in meest logische VSV

In situatie 3 is er sprake van verloskundigenpraktijken die samenwerken met meerdere VSV's maar is er juist sprake van een hoge mate van vertrouwen vanuit verloskundigenpraktijken in de samenwerking met de meerdere VSV's waar zij mee samenwerken. Veelal werken zij samen met meerdere VSV's omdat zij tegemoet komen aan de specifieke wensen van hun verschillende cliënten. Dit onderzoek laat zien dat het niet strikt noodzakelijk is om supraregionaal af te stemmen om deze verloskundigen effectief samen te laten werken met de protocollen van verschillende VSV's. In sommige gevallen nemen verloskundigen zelfs zeer actief deel aan verschillende VSV's. Dit gaat in praktijk wel ten koste van de administratieve lasten voor deze verloskundigen.



‘WIJ ZIJN BERENSCHOT, GRONDLEGGER VAN VOORUITGANG’

Wij zien een Nederland dat altijd in ontwikkeling is. Zowel sociaal als organisatorisch verandert er veel. Al meer dan 80 jaar volgen wij deze ontwikkelingen op de voet en werken we aan een vooruitstrevende samenleving. Daarbij staan we voor duurzaam advies en de implementatie hiervan. Altijd gericht op vooruitgang én echt iets kunnen betekenen voor mensen, organisaties en de maatschappij.

Alles wat we doen, is onderzocht, onderbouwd en vanuit meerdere invalshoeken bekeken. In ons advies zijn we hard op de inhoud, maar houden rekening met de menselijke maat. Onze adviseurs doen er alles aan om complexe vraagstukken om te zetten naar praktische oplossingen waar u iets mee kan.

Wij geven advies en bieden digitale oplossingen waarbij we ons focussen op:

- Toekomst van werk en organisatie
- Energietransitie
- Transformatie van zorg
- Transformatie van openbaar bestuur

Berenschot Groep B.V.

Van Deventerlaan 31-51, 3528 AG Utrecht

Postbus 8039, 3503 RA Utrecht

030 2 916 916

www.berenschot.nl