common eye

samenwerken in allianties, netwerken en partnerships



Concentratie en **spreiding** als **samenwerkingsvraagstuk**

Opmaat naar daadwerkelijke **netwerkzorg**

Augustus
2026

Concentratie en spreiding ALS SAMENWERKINGSVRAAGSTUK, opmaat naar daadwerkelijke netwerkzorg

Tibor van Bekkum, Linda Klont en Wilfrid Opheij

De eerste afspraken over hoogcomplexe kanker- en vaatchirurgische zorg zijn gemaakt. Zij zijn niet bedoeld als eindpunt, maar bewust als eerste stap. De combinatie van inhoudelijke noodzaak en samenwerking over organisatiegrenzen heen maakt concentratie en spreiding tot één van de meest ingrijpende én complexe vraagstukken in de ziekenhuiszorg op dit moment. Het raakt niet alleen aan kwaliteit en toegankelijkheid van zorg, maar ook aan belangen, rollen en verhoudingen tussen organisaties. Juist daarom staan wij hierbij stil. Vanuit onze praktijk zien we in het hele land hoe deze beweging zich ontwikkelt, met alle dynamiek en spanning die daarbij hoort. In dit artikel delen we onze reflecties: wat komen we tegen en hoe kun je dit vraagstuk vanuit een andere, meer samenwerkingsgerichte bril bekijken.

1. Achtergrond: concentratiediscussie kent een lange historie

De beweging naar concentratie en spreiding van zorg kent een lange voorgeschiedenis. Al vanaf de jaren ’80 is zichtbaar hoe zorg zich anders is gaan organiseren. Aanvankelijk vond concentratie plaats via fusies van ziekenhuizen, terwijl spreiding vaak vorm kreeg via buitenlocaties. Drijvende krachten waren kwaliteit, efficiency en positionering in het zorglandschap. Ook professionele netwerken ontstonden al vroeg, zoals HOVON (1985), en vanaf het begin van deze eeuw kreeg de ontwikkeling een nieuwe impuls met de invoering van marktwerking en de Zorgverzekeringswet. Netwerken zoals Santeon (2006), traumanetwerken en de introductie van kwaliteitsnormen (zoals het eerste SONCOS-rapport in 2012) markeerden een verdere professionalisering van samenwerking en sturing op kwaliteit. In de jaren daarna werd deze lijn versterkt via landelijke afspraken, zoals de hoofdlijnenakkoorden, ‘Juiste Zorg op de Juiste Plek’ (2018) en, versneld door de COVID-periode. Er ontstond daarmee een groeiend besef dat concentratie van complexe zorg noodzakelijk is. De opening van het Prinses Máxima Centrum vormde daarbij een belangrijk ijkpunt. Met het Integraal Zorgakkoord (IZA) uit 2022 is deze ontwikkeling in een volgende, meer expliciete fase terechtgekomen.

Concentratie van zorg redt levens. Een van de auteurs van deze paper, Wilfrid, kwam ruim 10 jaar geleden na de diagnose acute leukemie terecht in een van de UMC’s, helemaal gespecialiseerd in deze aandoening. Dankzij de concentratie en mede door het gezamenlijke onderzoek in HOVON verband kroop hij door het oog van de naald met een allogene stamceltransplantatie. Meer dan 100 dagen in een gespecialiseerd centrum, hoogwaardige en gespecialiseerde expertise én een flinke dosis geluk maakten het verschil. Iedere Nederlander die een dergelijke levensbedreigende aandoening krijgt heeft recht op heel goede zorg en heel vaak kan die geboden worden dankzij concentratie. Tegelijkertijd vraagt dit ook om reflectie.

Van principe naar concrete keuze

De kern van concentratie en spreiding is dat niet alle zorg overal geleverd kan en hoeft te worden. Hoogcomplexe zorg vraagt om bundeling van expertise en ervaring, omdat dit aantoonbaar bijdraagt aan betere uitkomsten voor patiënten. Tegelijk blijft het uitgangspunt dat minder complexe, veelvoorkomende zorg dichtbij huis georganiseerd blijft, om toegankelijkheid te waarborgen. Concentratie én spreiding zijn nodig om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg te garanderen.

Met het IZA is deze beweging concreet gemaakt. In 2025 zijn in gezamenlijkheid - door zorgaanbieders, professionals, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties - volumenormen vastgesteld voor een eerste set hoogcomplexe oncologische en vaatchirurgische behandelingen.

Deze normen maken expliciet hoeveel behandelingen nodig zijn om kwaliteit te waarborgen en vormen daarmee een belangrijke basis voor keuzes in het zorglandschap. Deze afspraken zijn vervolgens verder geconcretiseerd.
De impactanalyses die hieraan voorafgingen, keken nadrukkelijk niet alleen naar volume en kwaliteit, maar ook naar reistijd, personele gevolgen en effecten op andere zorg in de regio. Daarbij is in de landelijke stukken ook benadrukt dat concentratie geen doel op zich is, maar alleen houdbaar wordt als zij samengaat met afspraken over spreiding, netwerkzorg en gegevensuitwisseling. In landelijke werkgroepen en ‘ronde tafels’ hebben veldpartijen voorstellen ontwikkeld, gebaseerd op bestaande kwaliteitsnormen en de relatie tussen behandelvolume en uitkomsten. De regionale herverdelingsscenario’s zijn vervolgens in het najaar van 2025 gepubliceerd; ziekenhuizen in vastgestelde regio’s kregen vanaf 1 januari 2026 tijd om de nieuwe verdeling zorgvuldig in te regelen richting 2027. Op basis daarvan zijn keuzes gemaakt en vertaald naar afspraken in de regio over waar deze zorg geconcentreerd wordt. Vanaf eind 2025 zijn ziekenhuizen gestart met de implementatie en herverdeling van deze zorg (wie wat gaat doen?).

2. Veronderstellingen: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

De beweging naar concentratie en spreiding lijkt op papier logisch en bijna onontkoombaar. Juist daarom is het interessant om stil te staan bij wat we ermee beogen en bij de veronderstellingen die daaronder liggen. Want hoe vanzelfsprekend zijn die eigenlijk, als je ze bekijkt vanuit de praktijk van samenwerken?

Kwaliteit – oefening baart kunst (maar welke kunst precies?)
De meest gehoorde redenering achter concentratie is eenvoudig: als je iets vaker doet, word je er (meestal) beter in. In de landelijke aanpak is dit vertaald naar volumenormen: aantallen ingrepen of patiënten die een locatie minimaal moet halen om die hoogcomplexe zorg te blijven leveren. Dat principe staat centraal in het traject rond hoogcomplexe oncologische zorg en vaatchirurgie.

Tegelijkertijd is het belangrijk om scherp te blijven op welke kwaliteit we doelen. De focus lijkt sterk te liggen op de technische kwaliteit (de ingreep ‘state of the art’), maar in de praktijk wordt kwaliteit ook bepaald door de passendheid van de behandeling én door het totale zorgproces rondom de patiënt. Kwaliteit kent dus een breder palet aan veronderstellingen besloten. De eerste is dat specialisatie volume vraagt: wie een complexe behandeling vaker uitvoert, bouwt meer routine op en bereikt doorgaans betere uitkomsten. Dat volume-denken vormt ook de basis onder de huidige normen. Een tweede veronderstelling is dat kwaliteit niet alleen in de ingreep zelf zit, maar in de organisatie van het volledige zorgpad. Concentratie van een hoogcomplex onderdeel vraagt daarom om goed georganiseerde netwerksamenwerking rond diagnostiek, multidisciplinair overleg, besluitvorming over beleid, voorbereiding, behandelingen, nazorg en het opvangen van complicaties. Een derde veronderstelling is dat randvoorwaarden, zoals goede gegevensuitwisseling en beschikbaarheid van relevante patiëntinformatie, cruciaal zijn. Als die randvoorwaarden onvoldoende op orde zijn, kan concentratie juist veiligheids- en kwaliteitsrisico’s met zich meebrengen, bijvoorbeeld door dubbele diagnostiek of gebrekkige overdracht.

Toegankelijkheid – dichtbij als het kan, verder weg als het moet
Concentratie staat in den beginne op gespannen voet met de toegankelijkheid van zorg: patiënten moeten vaker en vaak verder reizen. Juist daarom is er van toegankelijkheid een expliciet onderdeel van de landelijke aanpak gemaakt. Zo heeft de Nederlandse Zorgautoriteit niet alleen normen vastgesteld, maar is ook per regio de impact bekeken op onder andere de reistijd en de effecten voor personeel en andere zorg in de regio.

Ook onder toegankelijkheid liggen verschillende aannames. Zo wordt verondersteld dat extra reistijd voor patiënten aanvaardbaar is, mits het overige deel van het zorgpad goed in het netwerk is georganiseerd en voor- en nazorg, controles en delen van de behandeling dichter bij huis kunnen plaatsvinden. Tegelijk impliceert deze redenering dat spreiding geen bijzaak is, maar een noodzakelijke tegenhanger van concentratie.

Zonder bewuste keuzes over welke zorg regionaal of lokaal beschikbaar blijft, kan de toegankelijkheid juist verslechteren. Daaruit volgt nog een derde aanname: concentratie is pas verantwoord als het netwerk als geheel functioneert, zodat patiënten niet tussen instellingen gaan zwerven en informatie, verantwoordelijkheid en besluitvorming daadwerkelijk meebewegen met de patiënt.

Betaalbaarheid – meer doen met minder (maar niet eindeloos)
Concentratie en spreiding worden vaak ook gemotiveerd vanuit de vraag hoe we de zorg op de lange termijn betaalbaar houden. De onderliggende gedachte is logisch: door hoogcomplexe zorg te bundelen op een beperkt aantal plekken, kun je schaarse capaciteit, mensen, kennis en dure infrastructuur, efficiënter inzetten. In die zin draagt concentratie bij aan betaalbaarheid omdat expertise wordt gebundeld, dubbelingen afnemen en infrastructuur - zoals OK-capaciteit en gespecialiseerde teams - intensiever kan worden benut. Ook kunnen investeringen gerichter worden gedaan, in plaats van deze te versnipperen over meerdere locaties. Dat maakt scherpere keuzes mogelijk: niet elke organisatie doet alles, maar partijen versterken elkaar in een netwerk.

Onder deze redenering ligt de aanname dat bundeling de inzet van schaarse capaciteit en dure infrastructuur efficiënter maakt. We zien dat betaalbaarheid geen automatische opbrengst is van concentratiekeuzes alleen. Concentratie kan ook nieuwe risico's meebrengen, zoals extra coördinatielasten, marktmacht of ongewenste neveneffecten elders in het zorglandschap. Het is daarom belangrijk dat concentratie dwingt tot scherpere keuzes, en dat niet elk ziekenhuis alles doet. En dan wel zodanig dat ze elkaar versterken in een netwerk. Dit voorkomt dat capaciteit dun wordt uitgesmeerd en maakt het mogelijk om schaarse middelen daar in te zetten waar ze het meeste effect hebben.

Wat zeggen ons deze veronderstellingen?
Als we kijken naar de veronderstellingen onder kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid, valt één ding op: ze zijn grotendeels gebaseerd op een rationeel, inhoudelijk en bedrijfskundig perspectief.

Vanuit een samenwerkingsbril zien wij in de praktijk echter een ander beeld ontstaan. De veronderstellingen onder kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid gaan vaak uit van een maakbaar systeem waarin sturen op volume, normen en herverdeling min of meer vanzelf tot betere uitkomsten leidt. In de praktijk blijken de resultaten minstens zo sterk af te hangen van de kwaliteit van de samenwerking tussen partijen: van vertrouwen, gedeeld eigenaarschap en de bereidheid om over organisatiegrenzen heen keuzes te maken. Ook wordt regelmatig verondersteld dat samenwerking vanzelf volgt uit inhoudelijke logica, terwijl concentratie en spreiding in de samenwerking juist nieuwe spanningen en belangentegenstellingen oproepen, bijvoorbeeld rond functieverlies, regionale positie en organisatie-identiteit. Daar komt bij dat het debat zich gemakkelijk vernauwt tot technische kwaliteit, terwijl in de praktijk ook nabijheid, continuïteit, werkplezier en regionale verankering meewegen. Betaalbaarheid en efficiëntie blijken bovendien niet alleen het gevolg van structuurkeuzes, maar ook van de mate waarin partijen hun samenwerking goed weten te organiseren; slecht georganiseerde samenwerking leidt immers juist tot extra kosten, vertraging en frictie.

Wat we daarnaast in de praktijk scherp zien, is dat concentratie en spreiding geen op zichzelf staande beweging is. Keuzes om zorg te concentreren raken direct aan andere onderdelen van de organisatie en het netwerk binnen het ziekenhuis, zoals OK-capaciteit, inzet van personeel, opleidingsplekken en de inrichting van spoedzorg. Een keuze om iets af te staan werkt daardoor vaak verder door dan vooraf wordt overzien. Tegelijk betekent concentratie vrijwel altijd dat er elders ook iets moet terugkomen: samenwerken krijgt daarmee het karakter van ruilen, waarbij partijen voortdurend zoeken naar een nieuwe balans tussen halen en brengen in het netwerk. Dat vraagt dat organisaties elkaar niet alleen op inhoud kennen, maar ook zicht hebben op elkaars positie, belangen en ontwikkelrichting. Zonder dat inzicht wordt samenwerken al snel een optelsom van losse besluiten in plaats van een samenhangend geheel.

3. Dit gaat niet alleen over zorg, dit gaat over positie en soms existentie

De voorgaande reflectie laat zien dat concentratie en spreiding vaak worden geduid als een rationeel en inhoudelijk vraagstuk, gebaseerd op aannames over kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Vanuit een samenwerkingsbril zien wij echter dat deze beweging zich in de praktijk heel anders ontvouwt. Het gaat niet alleen om het organiseren van betere zorg, maar om het herverdelen van rollen, posities en toekomstperspectieven in een bestaand zorglandschap. Juist daar ontstaat de spanning en zijn dynamieken aan de orde die om aandacht vragen.

Veranderende identiteiten

Onder het inhoudelijke gesprek liggen een aantal andere, minstens zo bepalende krachten. Specialisatie raakt direct aan reputatie, zowel voor professionals als voor bestuurders, en die reputatie vertaalt zich weer naar aantrekkingskracht, positie, bekostiging en daarmee aan de identiteit van het ziekenhuis. Concentratie wordt daardoor zelden beleefd als een neutrale herschikking; in de beleving van partijen wint de één iets en verliest de ander iets. Partijen veranderen daarmee ten opzichte van elkaar in hun rol in de regio. Juist in de zorg werkt daarbij het hardnekkige gevoel mee dat wat eenmaal verdwijnt, niet eenvoudig terugkomt. Deze dynamieken kleuren vrijwel ieder gesprek over concentratie en spreiding, zichtbaar of onzichtbaar. Deze identiteitsdynamieken spelen in ieder gesprek en in iedere afweging op de achtergrond, boven of onder tafel.

Het risico van een glijdende schaal

In de praktijk zien we dat concentratie niet gaat over losse behandelingen, maar vaak over hoekstenen in het ziekenhuis. Het afstaan van een complexe functie raakt aan cruciale expertise en ervaring, aan opleidingsmogelijkheden, aan de aantrekkelijkheid voor professionals, aan de organisatie van acute zorg en aan de continuïteit van aanpalende zorg. Daarmee ontstaat het risico van een domino-effect of een glijdende schaal: een eerste stap in concentratie kan leiden tot een keten van effecten waarvan de uitkomst vooraf moeilijk te overzien is. Tegelijk voelt deze samenwerking, ondanks het sterke beroep op het maatschappelijk belang, voor veel ziekenhuizen als samenwerken met een concurrent. Zij bewegen zich immers in een spanningsveld tussen gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het systeem en het beschermen van de eigen organisatie, de eigen professionals en de eigen reputatie, positie en identiteit. Dat maakt vertrouwen, respect en wederkerigheid geen aandachtspunten, maar harde randvoorwaarden om beweging mogelijk te maken.

Concentratie krijgt de aandacht, spreiding moet je bevechten

Wat deze dynamiek verder versterkt, is dat concentratie en spreiding in de praktijk fundamenteel verschillende spelregels kennen. Concentratie is relatief scherp afgebakend, genormeerd en uiteindelijk afdwingbaar via contractering en toezicht. Spreiding is veel breder, minder precies gedefinieerd en in de praktijk veel afhankelijker van vrijwillige afstemming tussen partijen. Daardoor ontstaat een onevenwichtige beweging: concentratie trekt de aandacht en kent duidelijke druk om te leveren, terwijl spreiding telkens opnieuw bevochten en georganiseerd moet worden. Juist dat verschil verklaart waarom de beweging in de praktijk vaak scheef voelt, ook voor partijen die het inhoudelijke doel onderschrijven.

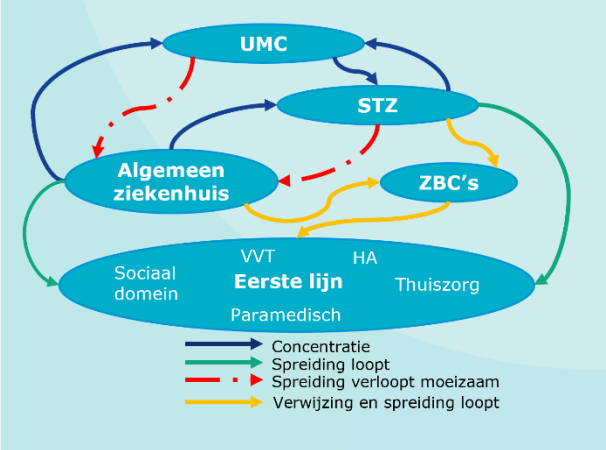
Dynamieken en kenmerken concentratie	Dynamieken en kenmerken spreiding
• Specifiek; het gaat om een gespecificeerde groep van aandoeningen • Genormeerd; de minimale volumenormen zijn vastgesteld • Spelregels; er zijn spelregels voor inhoud en proces • Verplichting; uiteindelijk zijn partijen verplicht om mee te werken, geregeld via contractering en toezicht IGJ	• Breed; er is niet afgesproken op welke terreinen spreiding aan de orde is • Open; er zijn geen normen behalve de professionele normen • Vrij spel der krachten; partijen moeten het zelf uitzoeken en oplossen met elkaar • Vrijwillig; er is niemand die toeziet of afspraken gemaakt én nagekomen worden

Het gevolg is een onevenwichtige beweging: concentratie vormt de kern van het gesprek en daar is de focus en aandacht op gericht; spreiding moet je echt bevechten. Die asymmetrie wordt ook in openbare documenten zichtbaar. Het Zorginstituut Nederland benadrukte in 2024 al dat concentratie en spreiding integraal bezien moeten worden en in hetzelfde tempo om uitwerking vragen.

Tegelijk laten recente landelijke en veldpublicaties zien dat afspraken over concentratie verder zijn geconcretiseerd dan afspraken over spreiding. Daarmee is het risico reëel dat de ene kant van de beweging sneller institutionele kracht krijgt dan de andere, terwijl juist het evenwicht tussen beide bepalend is voor de uitkomst in de regio.

Een verschuivend speelveld in de regio

In onze praktijk zien we dat deze dynamiek leidt tot duidelijke verschuivingen in de regio. Complexe zorg beweegt in veel gevallen van algemene ziekenhuizen naar STZ-ziekenhuizen en UMC's, gestuurd door volumenormen en regionale herverdelingsafspraken. Tegelijkertijd verschuift minder complexe en planbare zorg steeds vaker naar de eerste lijn en zelfstandige behandelcentra, mede vanuit het streven naar passende zorg en het ontlasten van dure ziekenhuiscapaciteit. De beweging van spreiding terug naar regionale algemene ziekenhuizen blijft daarentegen beperkt en moeizaam, juist omdat hiervoor minder harde normen en spelregels bestaan. Voor veel algemene ziekenhuizen heeft dit ingrijpende gevolgen: verlies van volume en expertise, afnemende aantrekkelijkheid voor professionals, druk op acute zorg en dienststructuren en risico's voor de continuïteit van basiszorg.



Figuur 1.: Verplaatsing van patiëntenstromen als gevolg van concentratie en spreiding

Zo ontstaat een paradox: terwijl de technische kwaliteit van hoogcomplexe zorg kan winnen, kan de kwaliteit en toegankelijkheid van reguliere hoog volume zorg in de regio juist onder druk komen te staan.

Voor veel algemene ziekenhuizen heeft dit ingrijpende gevolgen, bijvoorbeeld als we kijken naar de acute as. Concentratie wordt daarmee een existentiële vraag voor een aantal partijen, omdat het potentieel een groot effect heeft op het functioneren van het ziekenhuis in de breedte. Leidt kwaliteitswinst voor een kleine groep dan tegelijkertijd tot kwaliteitsverlies voor een brede groep?

Onze kernobservatie is daarom dat concentratie en spreiding niet simpelweg een afgebakend kwaliteits- en toegankelijkheidsvraagstuk vormen, maar in feite een fundamentele herverdeling van het zorglandschap. Daarbij worden belangen, reputaties en posities direct geraakt, blijken de regels voor concentratie en spreiding niet in balans en werken de effecten voor patiënten, professionals en instellingen door in het hele systeem. Juist daarom is de urgentie groot om deze beweging niet louter technisch en afgebakend te benaderen; dan blijven de onderliggende dynamieken te gemakkelijk buiten beeld en worden goede bedoelingen niet vanzelf werkelijkheid.

4. Netwerkzorg als wenkend perspectief

Wanneer concentratie als een geïsoleerd issue wordt benaderd en vooral wordt beleefd als een spel van winnaars en verliezers, stapelen weerstanden zich vanzelf op. Tel daarbij de twijfel op over of deze volume norm van 'x' ingrepen of patiënten het exacte kwaliteitscriterium is, dan is het niet verbazingwekkend dat tranche 1 in veel regio's moeizaam verloopt. Zo moeizaam, dat er hardop werd getwijfeld of het starten van trance 2 überhaupt wenselijk is. Eind juli werd aangekondigd dat tranche 2 hervat wordt. Na de zomer presenteren ziekenhuizen, zorgverzekeraars, medisch specialisten en patiënten een plan van aanpak. Er is dan ook reden te over om in deze fase de aanpak in de regio te heroverwegen.

De regio als ecosysteem

Iedere zorgregio functioneert als een ecosysteem: het samenspel tussen partijen rond de concentratie en spreidingsopgave bepaalt het gezamenlijke resultaat voor de regio. Wie andere uitkomsten wil creëren, zal dus ook de patronen in dat samenspel moeten veranderen. Dat vraagt in onze ogen om een andere aanvliegroute.

Om te beginnen helpt het om niet de concentratieopgave zelf, maar de regionale samenhang als vertrekpunt te nemen. Daarnaast is het verstandig concentratie van hoogcomplexe, laagvolumezorg en spreiding van meer hoogvolumezorg te zien als één regionaal ontwikkelproces, dat je monitort op effecten voor zorg, aanbieders en professionals, in plaats van als een eenmalige keuze voor onbepaalde tijd. Tot slot vraagt dit vraagstuk om een veranderkundige benadering, waarin niet alleen de inhoud centraal staat, maar vooral de condities worden gecreëerd waaronder partijen daadwerkelijk anders kunnen gaan samenwerken. Samenwerken tussen ziekenhuizen, samenwerken tussen professionals, samenwerken met verzekeraars en samenwerken met patiënten en hun vertegenwoordigers.

Ingrediënten van samenwerkingsgerichte regionale aanpak:

- regionale opgave en te bereiken impact als vertrekpunt
- eerlijke multilaterale én bilaterale afspraken over netwerkzorg
- periodieke monitoring over concentratie én spreiding
- een regionale incrementele veranderaanpak
  - een gestructureerde samenwerkingsaanpak, op basis van de condities voor kansrijke samenwerking (Kaats en Opheij, 2023)
  - expliciteren van de principes van netwerkzorg in deze regio
  - groot denken (op regioniveau), en klein - per aandoening - ontwikkelen en stapsgewijs netwerkzorg vormgeven en doen, met veel eigenaarschap van professionals
  - goede procesregie en een rol van bestuurders gericht op ondersteunen en faciliteren van de professionals
- recht doen aan en investeren in persoonlijke verhoudingen.

Regionale samenhang en opgave als vertrekpunt

Redeneren vanuit regionale samenhang betekent dat het functioneren van de regio als geheel het startpunt van denken wordt, in plaats van het perspectief van het eigen ziekenhuis of een afzonderlijk deelgebied. Dat schept ruimte, omdat het denkkader verschuift van het beschermen van het eigen domein naar het doordenken van de bijdrage die iedere speler aan de regio kan leveren in samenspel met anderen.

Het gaat om het realiseren van gezamenlijke impact. Zo'n regioperspectief vraagt om:

- een gedeeld beeld van de opgaven en hun onderlinge samenhang, om gemeenschappelijke regionale ambities die daadwerkelijk leidend zijn
- helderheid en openheid over de profielen van alle betrokken partijen, ontwikkelrichtingen, speerpunten en ondergrenzen in volumes van de verschillende ziekenhuizen
- het expliciteren van knelpunten voor de partijen én de regio en dat het eerlijke gesprek wordt gevoerd over gaten, afhankelijkheden en conflicten die in de nieuwe ordening ontstaan
- een gedeeld beeld van de impact op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Maar ook een beeld van impact op de mensen die in de regio werken en voor patiënten met die heftige aandoeningen.

De elementen van een dergelijk regioperspectief - of noem het een regiopuzzel - komen in de meeste regio's wel aan de orde, maar vaak niet allemaal en/of veel te oppervlakkig. Het eigen ziekenhuisperspectief blijft leidend. Iedere bestuurder en professional ziet dat eigen perspectief en heeft ook specifieke belangen. Het is de kunst daar het gemeenschappelijke perspectief aan toe te voegen en óók dat perspectief onderwerp van gesprek te maken. Het is onze ervaring dat ook beelden uit het verleden meespelen: wat is er al verplaatst en wat betekent dat voor de huidige positie en mogelijkheden.

Juist vanuit een gemeenschappelijk, doordacht en stevig regioperspectief - waarin de samenhang en het samenspel tussen de ziekenhuizen centraal staat - is het vervolgens de uitdaging om oplossingen te ontwikkelen over de grenzen van de individuele huizen heen: netwerkzorg creëert de ruimte om aan verschillende belangen tegemoet te komen, dat van de patiënten in de regio, het ziekenhuis én de professional. Regionale samenhang vraagt om regionaal denken én regionaal organiseren. Het RAKU is daar een mooi voorbeeld van, dat al lange tijd goed functioneert.

Eerlijke multilaterale én bilaterale afspraken over netwerkzorg

Vanuit die samenhang geredeneerd ontstaat een beeld van de gemeenschappelijke opgave en de rol en positie van ieder van de spelers in het netwerk. Tegelijkertijd zien we dat afspraken over concentratie en spreiding uiteindelijk gestalte krijgen in bilaterale afspraken. Het gaat om de combinatie van het regionale vertrekpunt- regionale opgave, spelers en hun positionering, een digitale infrastructuur, een infrastructuur van overleg en afstemming - gecombineerd met bilaterale en multilaterale afspraken over netwerkzorg.
In *netwerkzorg* ga je ervan uit dat je een heel zorgpad niet persé binnen een ziekenhuis organiseert, maar in samenhang met partijen in de regio. Concentratie gaat dan om het concentreren van die complexe ingreep op één plek met één team. Dat team kan bestaan uit professionals uit verschillende ziekenhuizen Tegelijkertijd worden er afspraken gemaakt over de rol en bijdrage van ieder van de partners die leidt tot een goed georganiseerde, patiëntgerichte netwerksamenwerking rond diagnostiek, multidisciplinair overleg, besluitvorming over beleid, voorbereiding, behandelingen, nazorg en het opvangen van complicaties. We hebben geleerd dat verschillende aandoeningen en regionale contexten leiden tot verschillende invulling van die netwerkzorg. Tegelijkertijd zijn er wel archetypen te onderkennen.

Het gaat ook om eerlijke afspraken. De combinatie van multilaterale en bilaterale afspraken leidt tot verschuivingen. Die verschuivingen moeten uiteindelijk bijdragen aan effecten op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Samen moet het beter. Tegelijkertijd speelt voor iedere partij de balans van brengen en halen. Als dit structureel uit balans is dan leidt dit onvermijdelijk tot stevige spanningen.

Periodieke monitoring van concentratie én spreiding

De effecten van concentratie- en spreidingsafspraken zijn vooraf nooit volledig te overzien. Ondertekenaars stappen dus per definitie een traject in met onzekerheden over implementatie, naleving en neveneffecten.

Het is daarom verstandig om concentratie en spreiding te benaderen als een gezamenlijk ontwikkelproces van de regio en niet als een eenmalig besluitmoment, op een afgebakende ingreep. Dat vraagt ten ene male om heldere afspraken aan de voorkant over het proces: over de beoogde herverdeling en wijze van organiseren, maar dat alleen is niet voldoende. Minstens zo belangrijk is het dat regio's de uitvoering en de effecten van die afspraken periodiek volgen, zodat tijdig kan worden geagendeerd, geëscaleerd en bijgestuurd wanneer er onvoorziene en onwenselijke effecten ontstaan. Daarbij is het van belang dat monitoring de effecten regio-breed transparant maakt en deze niet verscholen blijven in de bi- of trilaterale relaties tussen de uitwisselende partijen. Die transparantie heeft een disciplinerende werking op het samenspel. Kernvragen zijn daarin: krijgen afspraken daadwerkelijk gestalte? Wat zijn de gevolgen voor profielen en grenswaarden van ziekenhuizen? En welke onvoorziene knelpunten of conflicten zien we ontstaan met effect op de zorg in de regio? Hiermee wordt de zekerheid gecreëerd dat onzekerheden aan de voorkant van het proces op een later moment geagendeerd kunnen worden en bijsturing mogelijk is. Ook dit is een onderdeel van denken en werken vanuit regionale samenhang.

Kiezen voor een regionale, incrementele veranderaanpak

Concentratie en spreiding is daarmee een zorgtransformatievraagstuk dat veel verder reikt dan het onderwerp zelf. De verwevenheid met andere opgaven, de veelheid aan partijen en belangen en de onzekerheid over hoe de praktijk zich daadwerkelijk ontwikkelt, maken het tot een complex samenwerkings- en verandervraagstuk. Dat vraagt om specifiek handelingsrepertoire.

In de eerste plaats helpt het om expliciet te erkennen dat dit een dynamisch samenwerkingsproces is en het ook zo te organiseren: met procesregie, procesbegeleiding en aandacht voor inhoudelijke, sociale, procedurele en tijd- en taakzekerheid van de mensen die erbij betrokken zijn. En met aandacht voor het ontwikkelen van een gedeelde ambitie, voor belangen en relaties, een goed functionerende samenwerkingsorganisatie en periodieke monitoring en evaluatie van het proces. Bestuurders komen vooral in stelling om de condities te creëren die samenwerking mogelijk maken.

In de tweede plaats loont het om groot te denken (op regioniveau), maar klein te ontwikkelen en stapsgewijs te werken. Met eigenaarschap bij de mensen die het operationeel moeten gaan doen met elkaar. Dat voorkomt dat partijen blijven hangen in bestuurlijke abstracties en maakt het mogelijk om netwerkzorg te operationaliseren op concrete casuïstiek of aandoeningen, zodat men al doende leert en de reële consequenties beter overziet. Bovendien draagt het bij aan de ontwikkeling van persoonlijke relaties en het benodigde onderlinge vertrouwen: we zullen het straks toch echt samen moeten doen. Dus: duik de inhoud in op een concrete casus of aandoening: het helpt om te leren met elkaar, grip te krijgen op het vraagstuk en de reële consequenties te kunnen overzien.
Tenslotte vraagt kansrijke samenwerking om het operationaliseren en toepassen van de principes van netwerkzorg die voor de specifieke casus passend zijn. Concentreren rond een aandoening betekent niet 'alles' concentreren: welk deel van het totale zorgproces vraagt om concentratie? Wat kan gedeconcentreerd gebeuren, dicht bij huis? Hoe werken professionals in de regio samen, bijvoorbeeld rond het principe: een aandoening, een team? Gaan professionals ook in andere ziekenhuizen over muren van het ziekenhuis hun werk doen?

Recht doen aan en investeren in persoonlijke verhoudingen

Het lijkt een dooddoener, maar iedere keer zien we het weer: samenwerken is mensenwerk. Persoonlijke verhoudingen tussen professionals, bestuurders en met verzekeraars en de collectieve beelden over jezelf en de ander zijn minstens zo belangrijk als alle rationeel inhoudelijke overwegingen. Dit betekent dat je moet investeren in relaties. Dat draait om betekenisvolle ontmoetingen, elkaar ook persoonlijk leren kennen, de tijd nemen. Er staat heel veel op het spel, en dan is er altijd sprake van een zekere waakzaamheid.
Wordt die waakzaamheid in het proces bevestigd dan ontstaat er mogelijk wantrouwen. Wordt die waakzaamheid minder in het proces – door oprechte interesse in elkaar en in elkaars belangen, door openheid, door elkaars iets te gunnen, door transparantie en/of betrouwbaar gedrag- dan kan er vertrouwen ontstaan. Juist dat investeren in elkaar vanuit verschillende rollen is cruciaal om die concentratie én spreiding echt te laten werken.

5. Tot slot, regionale netwerkzorg als wenkend perspectief voor concentratie en spreiding

De huidige concentratie & spreiding beweging past in een langer perspectief. Een perspectief waarin we meer vanuit samenhang naar het zorglandschap kijken en waar we kwaliteit verbinden met toegankelijkheid en betaalbaarheid. Een perspectief waarin die partijen samen en in samenhang afspraken maken vanuit de principes van netwerkzorg, en zo meer waarde creëren met en voor patiënten. Een samenhang waar professionals daadwerkelijk gefacilieerd worden om samen passende zorg te bieden, in samenspraak met patiënten. Dat is belangrijk, redt levens. Maar als we niet oppassen dan stokt het proces op samenwerkingsdynamieken die naar hun aard goed hanteerbaar zijn. Als je het de aandacht geeft die heel hard nodig is.