



Mobiele diagnostiek: Een strategie voor verbinding tussen de interne en externe omgeving?

“Wie de diagnostiek heeft, heeft de patiënt” (Plexus, 2010).

M. Bour, 3538427

Begeleid Docent: Dhr. M. van Slobbe

Begeleiding organisatie: Laboratoria Sassen Klinieken

Het citaat op het voorblad "*Wie de diagnostiek heeft, heeft de patiënt*" is een credo uit het veld van de eerstelijnsdiagnostiek. Geciteerd uit een adviesrapport van onderzoeksbureau Plexus dat haar klanten in de zorgsector adviseert en ondersteunt bij de uitdagingen waar ze voor staan. De afbeelding op de voorpagina is afkomstig van www.kknf.nl.

Omdat in dit onderzoek wordt gesproken over een interne strategie zijn alle betrokken plaatsen en organisaties gefingeerd. Wanneer er bekende namen worden gebruikt berust dit geheel op toeval.

VOORWOORD

Geachte lezer,

Voor u ligt de masterscriptie *'Mobiele diagnostiek: Een strategie voor verbinding tussen de interne en externe omgeving?'*. Deze scriptie is het resultaat van zes maanden onderzoek naar de relaties tussen een interne laboratoriumorganisatie en het veranderende speelveld van de eerstelijnsdiagnostiek. Deze masterscriptie is voor mij ook de afsluiting van de eenjarige universitaire master *Organisaties, Verandering en Management* aan de Universiteit Utrecht. Met deze afsluiting komt een eind aan de fijne jaren die ik als student heb beleefd op de Universiteit Utrecht en in het bijzonder op de USBO, Departement Bestuurs- en Organisatiewetenschap.

Dit onderzoek naar mobiele diagnostiek heeft mijn interesse gewekt voor organisatorische veranderingen in de zorgsector. Het organiseren van de zorg, daarin innoveren en sturen op efficiëntie, vergt meer dan het inzetten van nieuwe methoden en technieken. De rol die relaties innemen in het zorgveld moet intern door ziekenhuisorganisaties niet onderschat worden. En ik ga deze resultaten dan ook zeker vertalen naar een business-plan voor de Sassen Klinieken.

Met dit grote onderzoek heb ik de afgelopen periode nogal wat geworsteld. Ik vond het moeilijk om te focussen. In mijn hoofd wist ik goed waar ik naar toe wilde, maar het op papier krijgen vergde behoorlijk wat moeite. Het toewerken naar een stukken waar ik zelf tevreden over was lukte me niet altijd even goed, waardoor ik mezelf in dit proces tegenkwam. Maar door een hele fijne begeleiding vanuit allereerst de universiteit lukte het me toch om dit proces af te ronden. Michel, ik wil je dan ook bij deze hartelijk bedanken voor je goede adviezen, kritische reflecties en scherpe vragen. Maar bovenal wil ik je bedanken voor je positieve opmerkingen en het geduld dat je met me hebt gehad. Want de communicatie en mijn tijdmanagement liet nog wel eens te wensen over.

Daarnaast wil ik graag de Sassen laboratoria van bedanken voor de mogelijkheden die ik heb gekregen om dit onderzoek uit te voeren. Robbert, bedankt dat je altijd de tijd nam om met me te sparren over het onderzoek. Gijs bedankt voor de respondenten die je hebt aangeleverd en je kritische vragen tijdens bijeenkomsten. Bert, bedankt voor je uitgebreide toelichting rondom de casus. Marco, bedankt voor je betrokkenheid en ideeën. Marion, bedankt dat je mij zo actief ondersteunde in de organisatie. Ineke, bedankt voor je persoonlijke betrokkenheid en het regelen van afspraken.

Ook zou ik graag mijn tutorgroepje, Maartje en Evelien, willen bedanken. Jullie zijn voor mij een luisterend oor geweest en hebben ervoor gezorgd dat ik stappen kon maken in dit onderzoek.

Tot slot wil ik mijn familie, vrienden en geliefde bedanken. Jullie zijn mijn steun en toeverlaat, ieder op zijn eigen manier.

Rest mij nu nog te zeggen: Veel leesplezier!

Miebet Bour

SAMENVATTING

Deze scriptie is het resultaat van een interpretatief kwalitatief onderzoek naar de interne vormgeving van een strategie waarbij de relatie met de omgeving van groot belang is. De laboratoria van de Sassen Klinieken te Zwoest moeten opereren in een veranderd speelveld van de eerstelijnsdiagnostiek. Nieuwe aanbieders, technische mogelijkheden, veranderende behoeften en eisen van afnemers zorgen ervoor dat de laboratoria de wens hebben om de eerstelijnsdiagnostiek ook in mobiele vorm aan te bieden. Deze mobiele diagnostiek is een strategie waarop de laboratoria meer huisartsen en verpleeghuizen aan zich willen binden. Want wat voor type relatie is er nodig voor de verbinding tussen eerste en tweede lijn, wil je als laboratoria meer diagnostiekaanvragen krijgen en dus meer patiënten in het ziekenhuis. Immers het adagium; *“Wie de diagnostiek heeft, heeft de patiënt”* (Plexus, 2010, p.3) is van kracht in het veld van de eerstelijnsdiagnostiek. Wanneer een laboratorium de diagnostiek heeft zou dit laboratorium dan ook meer macht en controle kunnen krijgen in het speelveld van de eerstelijnsdiagnostiek, dat is de vraag. De betekenissen die huisartsen en ouderen specialisten geven aan de innovatie mobiele diagnostiek, geven inzichten in de strategievorming van ziekenhuislaboratoria in een veranderend speelveld en de relatie en verhoudingen tussen een aanbiederende organisatie en haar omgeving.

INHOUD

VOORWOORD	3
SAMENVATTING	4
INHOUD	5
1.1 Wat is eerstelijnsdiagnostiek?	8
1.2 Fasen van eerstelijnsdiagnostiek	9
1.3 Aanbieders.....	9
1.4 De Sassen Klinieken als aanbieder	10
1.5 Maatschappelijk belang van eerstelijnsdiagnostiek	10
1.6 Waarde voor de patiënt.....	11
1.7 Marktwerving in de zorg.....	11
1.8 Het onderzoek.....	12
Leeswijzer.....	12
II LITERATUUR.....	13
2.1 Introductie.....	13
2.2 Organisatiestrategie.....	13
2.3 Organisatie, grens en omgeving.....	14
2.4 Interorganisatorische samenwerking.....	15
2.5 Het netwerkmodel	17
2.6 Macht in relaties	18
2.7 Sociaal kapitaal en relaties	20
2.8 Kernconcepten.....	21
III METHODOLOGISCHE VERANTWOORDING	22
3.1 Onderzoeksstrategie.....	22
3.2 Data	24

3.3 Analysemethode	27
3.4 Kwaliteitscriteria	27
IV BEVINDINGEN	29
4.1 “Ik zie mobiele diagnostiek als overtreffende trap in de vormgeving van dienstverlening dicht bij de patiënt”	29
4.2 “Het ziet er uit als een soort stratego of risk en dat is het eigenlijk ook”	33
4.3 “Het is van groot belang dat om de binding met de huisartsen te vergroten. De lijntjes worden namelijk steeds korter”	36
4.4 “Het idee zou moeten zijn: echt een stabiele ICT-verbinding”	45
V ANALYSE	48
5.1 Grenzen en macht.....	48
5.2 Netwerken	48
5.3 Verschillende functies van mobiele diagnostiek	49
5.4 Relatie	50
VI CONCLUSIE	52
Wat kunnen we leren van dit onderzoek.....	53
REFERENTIES.....	54

I INLEIDING

Nederland heeft te maken met een toenemende druk op de kosten in de zorgsector. Doordat Nederland vergrijsst en het aantal chronisch zieken groeit, neemt de zorgbehoefte op grote schaal toe. Echter blijven de personele capaciteit en de financiële mogelijkheden achter (Plexus, 2010, Schippers, 2013). Dit heeft als gevolg dat het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) streeft naar concentratie van de dure, complexe en acute zorg. De minder complexe zorg wil de regering juist dicht bij de mensen organiseren. *“Beide is goed voor kwaliteit én kosten”* (Regeerakkoord, 2012). Hierdoor zal een verschuiving plaatsvinden van minder zorg in het specialistische circuit naar meer zorg in het generalistische circuit. Met generalistische zorg, wordt eerstelijnszorg bedoeld. Dat met deze verschuiving en de al groeiende zorgvraag de druk op het veld van de eerstelijnszorg toeneemt, is een logisch gevolg. Ook de omvang van de eerstelijnsdiagnostiek zal door deze ontwikkelingen vergroten (Nederlandse Zorgautoriteit, 2011). Het veld van de eerstelijnsdiagnostiek is dan ook aan het veranderen, want doordat marktwerking in de zorgsector mogelijk is neemt het aantal aanbieders in deze groeiende markt toe. Ziekenhuislaboratoria hebben dus in toenemende mate te maken met nieuwe aanbieders. Door deze toenemende concurrentie is het van cruciaal belang dat er een relatie is met eerstelijnsdiagnostiekafnemers. De invloed van de externe omgeving op het interne beleid van ziekenhuislaboratoria is dus groot. De afnemers van eerstelijnsdiagnostiek verkrijgen door de toename van aanbieders in feite een grotere machtspositie, want ze zijn minder afhankelijk van één aanbieder. Deze toenemende druk op het veld van de eerstelijnsdiagnostiek wordt ook ervaren door aanbieders van eerstelijnsdiagnostiek binnen de laboratoria van de Sassen Klinieken te Zwoest. De laboratoria van de Sassen Klinieken worden uitgedaagd in te spelen op deze veranderende markt.

Het adagium *“wie de diagnostiek heeft, heeft de patiënt.”* (Plexus, 2010, p.3) spreekt boekdelen als het gaat om marktwerking in het veld van de eerstelijnsdiagnostiek en zet de toon in de wijze waarop diagnostische laboratoria in dit veld opereren. Hieruit blijkt dat leveren van diagnostiek gaat om concurren, patiënten veroveren en winst maken; macht hebben in het veld van de eerstelijnsdiagnostiek. Het leveren van diagnostiek brengt dus voor een laboratorium een machtspositie met zich mee en brengt een kettingreactie op gang want het betekend letterlijke en figuurlijke groei van de positie in de markt. Het is de vraag waar de macht ligt in het veld van de eerstelijnsdiagnostiek, en hoe daar als aanbieder mee om moet worden gegaan. Het is de vraag hoe de laboratoria zich moeten gaan positioneren in het veranderende veld van de eerstelijnsdiagnostiek, waarin de concurrentiesfeer nieuw is. Biedt mobiele diagnostiek een antwoord op de eisen, mogelijkheden en verwachtingen in het veranderende veld van de diagnostiek? De belangen en betekenissen die in de externe omgeving van de Sassen laboratoria spelen geven hier inzicht in. De externe omgeving beïnvloedt namelijk in grote mate de vorming van strategieën en tegelijkertijd de slagingskansen van de strategie. Uit het jaarverslag (2011) van de afdeling Pathologie wordt duidelijk dat veranderprocessen binnen de afdeling veelal worden beïnvloed door externen. *“Samenwerking met andere partners (ziekenhuizen, huisartsen en laboratoria), de steeds maar veranderende politieke keuzes en de gewijzigde rol van zorgverzekeraars zorgen voor een onstuimig werkveld”* (Jaarverslag afdeling pathologie, 2011, p.71).

Dit onderzoek gaat over de interne vormgeving van een strategie waardoor er ingespeeld wordt op deze veranderende markt. Met het in mobiele vorm aanbieden van eerstelijnsdiagnostiek wordt getracht huisartsen en ouderen specialisten aan de laboratoria van Zwoest te binden. Over deze mobiele diagnostiek als strategie bestaan, door eigen belangen, verschillende strategische doelen die afdeling specifieke binnen de laboratoriumorganisatie. Het is belangrijk dat de aansluiting binnen de interne context en met de externe omgeving gevonden wordt. De verbinding tussen aanbieder van diagnostiek en afnemer van diagnostiek is vanuit relationeel opzicht erg belangrijk. De invloed die de omgeving heeft op de vorming van strategie, maar vooral op de mate van afhankelijkheid staan centraal in dit onderzoek. Macht en afhankelijkheid zijn bepalend voor het gedrag van betrokkenen en zijn bepalend voor de belangen die betrokken hebben.

De context van de zorgsector is zeer dynamisch en onderhevig aan vele veranderingen. Innovaties in de zorg ontstaan veelal door technische mogelijkheden in de zorgsector (Putters & Frissen, 2006). De zorgsector moet inspelen op de eisen en wensen van haar omgeving. *“In een wereld die zo in beweging is als de gezondheidszorg, met een steeds groter wordende variëteit van betrokken partijen die elk hun eigen belangen en doelen kennen, is het van groot belang dat tijdig wordt ingespeeld op nieuwe uitdagingen. Vernieuwing van producten, processen en diensten is door al deze ontwikkelingen dus noodzakelijker dan ooit. Zonder vernieuwing zal de sector snel achter gaan lopen (Putters & Frissen, 2006, p. 5-6).* Organisaties in de zorgsector zijn dus in grote mate afhankelijk van de context en de externe omgeving van een organisatie. De invloed die de omgeving heeft op de strategie van een organisatie is zeer groot en mag niet onderschat worden. Bovendien biedt de technologische ontwikkelingen mogelijkheden om zorg op vernieuwende manieren aan te bieden. Mobiele diagnostiek, het mobiel aanbieden van diagnostische diensten is hier een voorbeeld van. Maar wanneer er een dergelijke innovatie bedacht wordt brengt dat verschillende verwachtingen met zich mee. De wenselijkheid van zorginnovaties zijn verschillend. Het is van belang het veld van de eerstelijnsdiagnostiek te schetsen om op die manier te kunnen begrijpen wat de context is van mobiele diagnostiek en wat er in de omgeving speelt

Om het veld van de eerstelijnsdiagnostiek te kunnen begrijpen wordt allereerst toegelicht wat er onder eerstelijnsdiagnostiek verstaan wordt, welke diagnostische fasen er zijn en welke aanbieders het veld kent. Vervolgens zal dit worden toegespitst op het veld van de Sassen Klinieken als een van de ziekenhuizen dat eerstelijnsdiagnostiek verzorgt voor huisartsen en ouderen specialisten.

1.1 Wat is eerstelijnsdiagnostiek?

Onder eerstelijnsdiagnostiek verstaat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) diagnostiek die wordt verricht op aanvraag van een eerstelijnszorgverlener. In de praktijk wordt eerstelijnsdiagnostiek voornamelijk aangevraagd door huisartsen en verloskundigen (NZa, 2011). In dit onderzoek wordt ook de ouderen specialist, werkzaam in verpleeghuizen gezien als een aanvrager van eerstelijnsdiagnostiek. Eerstelijnsdiagnostiek betreft laboratoriumonderzoek (bloedanalyses en urineonderzoek en onderzoek van ander patiëntenmateriaal), beeldvormende diagnostiek (echo's en MRI's) en functieonderzoek (ECG's, longonderzoeken en scopieën) (NZa, 2011). De Nza geeft aan dat er een belangrijk verschil bestaat tussen laboratoriumonderzoek en de andere beschreven vormen van

eerstelijnsdiagnostiek omdat voor laboratoriumonderzoek de patiënt materiaal moet afstaan. Bij de andere diagnostische onderzoeken moet de patiënt zelf aanwezig zijn om te kunnen. Dit zorgt voor verschillende logistieke invullingen als het gaat om het kunnen uitvoeren van de diagnostiek. Bovendien kan dit vanuit het oogpunt van de patiënt leiden tot andere eisen in het aanbod (Nza, 2011). In dit onderzoek wordt met eerstelijnsdiagnostiek veelal bedoeld op laboratoriumonderzoek, wanneer er sprake is van andere vormen van eerstelijnsdiagnostiek dan zal dit expliciet vermeld worden.

1.2 Fasen van eerstelijnsdiagnostiek

Wanneer laboratorium diagnostiek wordt aangevraagd volgen verschillende fasen van diagnostiek elkaar op. De aanbieders hebben hiervoor logistieke activiteiten. Ten eerste de pre-diagnostische fase, dit is de afname van patiëntenmateriaal. Voor bloedonderzoek, wordt er dan dus bloed geprikt. Vervolgens vindt de diagnose plaats, ook wel analyse genoemd. De diagnostiek is voltooid na de post-diagnostische fase, waarin de patiënt op de hoogte wordt gebracht van de analyse. In eerste instantie wordt dit gedaan door de eerstelijnszorgverlener, maar ook de medische specialist kan hier een consultatieve functie in hebben (Nederlandse Zorgautoriteit, 2011). Volgens de landelijke branchevereniging van huisartsenlaboratoria en medisch diagnostische centra (De SAN), waar het laboratorium van de Sassen Klinieken lid van is, is Nederland onderscheidend in het aanbieden van een totaaloplossing als het gaat om diagnostische dienstverlening. Bij deze totaaloplossing worden de pre-diagnostische- (prik-), de diagnostische- (analyse-) en de post-diagnostische- (consult-) fase namelijk gecombineerd (PWC, 2011). Bovendien zal de consultfunctie door specialisten alleen maar groter en belangrijker worden wanneer de workload toeneemt bij eerstelijnszorgverleners (PWC, 2011).

1.3 Aanbieders

Een eerstelijnszorgverlener kan diagnostiek aanvragen bij verschillende aanbieders:

- Huisartsenpraktijken; naast aanvrager of afnemer van een dienst kunnen huisartsen ook zelf uitvoerder zijn van diagnostisch onderzoek of nemen patiëntenmateriaal af voor analyse.
- Huisartsenlaboratoria ook wel eerstelijns diagnostische centra (EDC's) genoemd; Deze centra verlenen vaak zowel laboratoriumonderzoek, als functieonderzoek als beeldvormende techniek op aanvraag van eerstelijnszorgverleners.
- Ziekenhuizen; die beschikken over eigen laboratoria faciliteiten, uitgebreide voorzieningen voor beeldvormende techniek (MRI, Echo en CT) en functieonderzoek.
- Productiesamenwerkingsverbanden; veelal laboratoria die gezamenlijk door ziekenhuizen zijn opgericht.
- Zelfstandige Behandelcentra; hebben de mogelijkheid om alle soorten diagnostiek aan te bieden in het veld van de eerstelijnsdiagnostiek.
- Zorggroepen; hebben ook mogelijkheden om diagnostiek te verlenen. De focusgebieden wisselen per zorggroep. Veel huisartsen nemen het initiatief om zich aan te sluiten bij een zorggroep.
- Buitenlandse laboratoria; richten zich vooral op de analyse van patiëntenmateriaal. En verzorgen meestal niet de pre-diagnostische prikfase. (NZA, 2011).

1.4 De Sassen Klinieken als aanbieder

Ziekenhuizen verzorgen 60-70 procent van de diagnostiek die wordt aangevraagd door de eerste lijn (PWC, 2010). Op dit moment vindt de pre-diagnostische fase, het afnemen van patiëntenmateriaal plaats, door thuisprikkers, bij prikposten of binnen huisartsenpraktijken door ofwel prikkers van de Sassen Klinieken ofwel assistenten van de huisarts. De Sassen Klinieken heeft ongeveer 70 prikposten in de regio waar patiënten op gezette tijden bloed kunnen laten prikken. Daarnaast bevindt zich naast het ziekenhuis een diagnosepunt dat speciaal is opgericht voor de huisartsenpopulatie, daar worden dan ook veel patiënten geholpen die bijvoorbeeld niet meer terecht kunnen bij een prikpost. De diagnostische fase vindt plaats in de laboratoria van de Sassen, en op kleine schaal bij de huisartsen en in verpleeghuizen met onder andere 'point of care-testen', point of care is diagnostisch testen op locatie. Point of care testen worden gedaan door een professional met behulp van kleine diagnostische apparaten. Daarnaast hebben verpleeghuizen vaak ook de beschikking over een aantal diagnostische apparaten. Tot slot is het aanbieden van een consultfunctie aan zorgverleners in de eerste lijn een onderdeel van de diagnostische dienstverlening wordt om zo de zorgverlener te ondersteunen.

De logistieke organisatie van de pre-diagnostische fase en het ophalen van patiëntmaterialen wordt door de klinische chemie, de microbiologie en de pathologie gezamenlijk georganiseerd. *"(...) nu is vrijwel het gehele adherentiegebied [het gebied waar Sassen zorg levert] van de Sassen klinieken gedekt door onze mobiele huisartsenservice. Hierbij rijden auto's met medewerkers van de Sassen klinieken dagelijks een route waarbij elke huisarts aangedaan wordt om patiënten materiaal op te halen en materiaal om diagnostiek mee te verrichten achter te laten. Deze service zorgt niet alleen voor een enorme kwaliteitsverhoging, maar ook voor een toename in accuratesse (er raakt geen patiëntenmateriaal meer verloren bij de TNT) en bewegingsvrijheid van de huisarts (een diagnostische test kan nu op elke moment van de dag worden afgenomen waar voorheen rekening moest worden gehouden met bijvoorbeeld openingstijden van een postkantoor). Verder hoeft de patiënt niet meer stad en land met het eigen materiaal af te rijden om dit persoonlijk bij de desbetreffende afdeling af te leveren"* (Jaarverslag pathologie, 2011). Moeke en Verkooijen (2010) definiëren logistiek in de zorgomgeving als zoektocht naar een evenwicht tussen moeilijk verenigbare doelstellingen. *"(...) het zo beheersen van behandel- / zorg- / ondersteuningsprocessen en daarmee verbonden inzet van medewerkers, informatie- en goederenstromen, dat tegen optimale kosten aan de wensen van cliënten / mensen kan worden voldaan"* (Moeke en Verkooijen, 2010, p.4). De balans tussen kosten-minimalisatie en klantenservice vraagt om een is moeilijke, er vindt altijd een *trade-off* plaats tussen cliëntgerichtheid en efficiëntie. Strategische uitgangspunten vormen het logistieke doelstellingen. Er zijn externe en interne doelstellingen te onderscheiden. Externe doelstellingen zijn klantgerichte doelen en intern worden efficiënt gerichte doelen gesteld. De logistieke inrichting is sterk afhankelijk van de kenmerken van een organisatie.

1.5 Maatschappelijk belang van eerstelijnsdiagnostiek

Minister van Volksgezondheid, Edith Schippers bestempelt de eerstelijnsdiagnostiek als cruciaal voor houdbare en duurzame zorg (Schippers, 2013). Eerstelijnsdiagnostiek is volgens de rapporten van de SAN en Plexus een essentieel onderdeel van de geneeskundige zorg omdat deze diagnostiek circa 70% van de medische besluitvorming beïnvloedt en maar een zeer klein aandeel van de totale zorgkosten bedraagt (SAN, 2010;

Plexus, 2010). De verschuiving van meer zorg van de tweede naar een kwalitatief goede en efficiënt georganiseerde eerste lijn draagt volgens de rapporten van de SAN (2010) en Plexus (2010) dus bij aan het reduceren van de kosten in de gezondheidszorg. Bovendien wordt gesteld dat een sterke eerstelijnsdiagnostiek ondersteunend kan werken voor de huisarts in de fase van probleemherkenning of diagnosestelling (Schipper, 2013; SAN, 2010; Plexus, 2010). Schipper (2013) benadrukt het belang van zorg en diagnostiek in de eerste lijn, door te stellen dat een sterke functie van eerstelijnsdiagnostiek de medicalisering kan terugdringen. Doordat de huisarts met een generalistische blik naar patiënten kijkt en er hierbij van uit gaat dat de patiënt gezond is. Terwijl een medisch specialist er juist vanuit gaat dat de patiënt iets onder de leden heeft. *“Een generalistische setting waarin diagnostiek plaatsvindt, biedt veelal een uitstekende basis voor diagnostisering en behandeling (...) De vergoedingen van een tweedelijns poliklinische behandeling liggen meestal fors hoger dan de vergoeding van de behandeling in een generalistische setting”* (Schipper, 2013, p.3).

1.6 Waarde voor de patiënt

“De patiënt heeft baat bij kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare eerstelijnsdiagnostiek” (Nederlandse Zorgautoriteit, 2011, p. 17). De NZa komt op voor de publieke belangen van patiënten. Met kwalitatief goede eerstelijnsdiagnostiek doelt de NZa (2011) op het voorkomen van onnodige diagnostiek en vervolgbehandeling. Daarnaast heeft zijn servicegerichtheid, snelle en de juiste diagnosestelling belangrijke vereisten voor patiënten. Toegankelijke zorg moet volgens de NZa door het veld georganiseerd worden, door de juiste mensen op de juiste plek te zetten. *“Prijs en kwaliteit, waaronder de juistheid van uitslagen en serviceaspecten zoals bereikbaarheid, uitstraling en snelheid van terugkoppeling, moeten een belangrijke rol spelen in de keuze (door de consument, de verzekeraars en eerstelijns zorgaanbieders) voor de aanbieder”* (Nederlandse Zorgautoriteit, 2011, p.18). Bij toegankelijke zorg zou ook gedacht kunnen worden aan het One-Stop-Shop concept; Van *many doors for one services* naar *one door for many services*. Minister Schipper schrijft dat innovaties in de eerste lijn zich op dit concept zouden moeten richten: *“een toegangspoort voor diagnostiek op aanvraag, met goede serviceverlening voor de patiënt, dicht bij huis”* (2013, p.3).

1.7 Marktwerking in de zorg

Met de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet in 2006 wordt getracht de kosten te reduceren en tegelijkertijd de kwaliteit te verhogen. Doordat zorgvragers zelf kunnen bepalen bij welke zorgverzekering en zorgaanbieder ze terecht willen, wordt beoogd de concurrentie te vergroten. Met als doel de transparantie, kwaliteit, efficiëntie, effectiviteit en de kosten in de zorgsector te verbeteren.

Door deze marktwerking in de zorg wordt er van ziekenhuizen een andere manier van werken verwacht. Voor ziekenhuizen betekent meer marktwerking namelijk dat er andere eisen worden gesteld aan de zorg en dienst die ze leveren. Factoren als, klanttevredenheid, concurrentie en omzet zijn toonaangevend. De zorgsector moet dus meer gaan opereren als bedrijf. Deze veranderingen beïnvloeden ook de strategische keuzes die een ziekenhuis moet maken. Om te kunnen overleven in een veranderende omgeving. Deze veranderende omgeving zorgt voor bedreigingen, maar er zijn ook *windows of opportunity* (Porter, 2006, Minzberg, 2009).

Schoorl, Schoorl en Bartels (2008) stellen dat marktwerking er toe leidt dat laboratoria zich extern duidelijker gaan profileren. Dat laboratoria door de toenemende concurrentie ook elkaars regio's gaan betreden is onder andere het gevolg van overcapaciteit in hun eigen regio. *“Gezien de marktontwikkelingen staat het laboratorium voor de strategische uitdaging om naast klantgericht meer marktgericht te opereren”* (p.204).

1.8 Het onderzoek

Dit onderzoek focust zich enerzijds op attitudes, belangen en visie vanuit de interne aanbieders van diagnostiek en belicht anderzijds de perspectieven van de huisartsen en ouderen specialisten. Deze perspectieven samen geven inzicht in de verbinding tussen *binnen* en *buiten*.

De doelstelling van dit onderzoek is erop gericht inzicht te krijgen in de betekenissen die worden gegeven aan de mobiele diagnostiek als strategie in het veranderende veld van de eerstelijnsdiagnostiek zowel *binnen* als *buiten* het ziekenhuis. De betekenisgeving is van wezenlijk belang voor de vervolgstappen van de vormgeving van mobiele diagnostiek. Uiteindelijk wil ik hiermee een kwalitatieve bijdrage leveren aan een businessplan voor de diagnostische laboratoria van de Sassen Klinieken.

De doelstelling van dit onderzoek is:

“Inzicht verkrijgen in de betekenissen die door aanbieders en afnemers in het veld van de eerstelijnsdiagnostiek worden gegeven aan de veranderende organisatie van diagnostiek, teneinde een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van mobiele diagnostiek”

Bij de formulering van deze doelstelling is rekening gehouden met het doel dat de laboratoria van de Sassen Klinieken voor ogen hadden met dit onderzoek. Namelijk onderzoeken welke mogelijkheden mobiele diagnostiek voor de laboratoria met zich mee brengt.

Om deze doelstelling te bereiken is de volgende centrale vraagstelling geformuleerd:

“Welke betekenissen geven intern en extern betrokken actoren aan mobiele diagnostiek in het veranderende veld van de eerstelijnsdiagnostiek?”

In deze vraagstelling worden intern en extern betrokken actoren genoemd. De intern betrokkenen zijn de stakeholders die bezig zijn met het vormgeven van mobiele diagnostiek als strategie. De extern betrokken actoren zijn eerstelijnszorgverleners die in aanmerking komen voor het gebruik van mobiele diagnostiek.

Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk zal relevante theoretische verdieping worden gegeven op de thema's organisatiegrenzen, interorganisatorische samenwerking, netwerken, relaties, macht en sociaal kapitaal. Het hoofdstuk daaropvolgend zal ingaan op de methodologie. In dat hoofdstuk komen de onderzoeksstrategie, de methoden van onderzoek en de kwaliteitscriteria aan de orde. Het derde hoofdstuk zal een uitgebreid overzicht geven van de bevindingen die in dit onderzoek heeft opgeleverd. Vervolgens worden deze bevindingen geanalyseerd in het analyse hoofdstuk door een koppeling te maken met de beschreven literatuur. Op basis van de bevindingen en de analyse wordt in het afsluitende hoofdstuk antwoord gegeven op de hoofdvraag en andere conclusies getrokken.

II LITERATUUR

De literatuur is in dit onderzoek niet leidend geweest. De empirische data zijn bepalend geweest voor de theoretische onderwerpen. In de analyse van de data wordt de literatuur gebruikt om boven de gevonden resultaten uit te stijgen.

2.1 Introductie

In de organisatiesociologie is de sociale context of de omgeving van een organisatie misschien wel een van de belangrijkste thema's wanneer we willen begrijpen waarom er bepaalde acties door organisaties ondernomen worden. "*Emphasis on the environment as a way of understanding organizations*" (Pfeffer & Salancik, 2003, p. 18). Onder andere door het bestuderen van organisatiestrategieën kan het duidelijk worden hoe organisaties reageren op hun omgeving, dit maakt het mogelijk om organisaties te kunnen duiden. Granovetter (1985) en Mastenbroek (1996) zien organisaties ingebed in netwerken van interdependenties en sociale relaties. Granovetter beargumenteert dat *embeddedness*, de verwevenheid van organisaties door sociale relaties, zo groot is dat organisaties niet geconstrueerd kunnen worden als onafhankelijke organisaties (Granovetter, 1985). Door wederzijdse sociale inbedding zijn organisaties afhankelijk van elkaar waardoor interorganisatorische samenwerking wenselijk en misschien wel noodzakelijk is. Het belang van *relationele resources* wordt in het verband van afhankelijkheid benadrukt. Relationele resources zijn fundamenteel voor relaties: Sociaal kapitaal is de driver om deze resources te bemachtigen (Westerlund & Svahn, 2008,). Van der Zaal (1997) sluit hierop aan; relaties hebben een sterke mate van verwevenheid door uitwisseling van *complementaire resources*. Echter kleeft aan deze verwevenheid ook een risico. Het risico van kapitaalvernietiging is groot wanneer een relatie niet naar wens in stand blijft. Een relatie is dus een vorm van kapitaal. Kapitaalvernietiging kan ook strategisch nadelige gevolgen hebben doordat het vertrouwen in een bepaalde organisatie wordt geschaad. Bovendien kunnen resources ook macht- en afhankelijkheidsrelaties vergroten doordat deze resources in feite machtsbronnen zijn waardoor er controle uitgeoefend kan worden in de relatie (Pfeffer Salancik, 2003).

In deze introductie zijn de belangrijkste begrippen die in dit literatuurhoofdstuk aan bod komen geïntroduceerd. In de volgende paragrafen zullen deze onderwerpen uitgebreider aan bod komen.

2.2 Organisatiestrategie

Strategievorming in de publieke sector is een steeds belangrijker component van management geworden (Davenport & Leitch, 2005). Porter (2006) stelt dat strategische vraagstukken de positionering in de markt bepalen. Met een strategie worden namelijk organisatiedoelen gesteld. Wanneer organisaties afhankelijk zijn van hun omgeving dan moet de strategie ook betekenisvol zijn voor de omgeving van de organisatie. Het is dus van belang dat met een strategie waarde wordt gecreëerd voor belanghebbende actoren zoals afnemers en de maatschappij (Porter, 2006). Organisatiestrategie zou volgens Mastenbroek (1996) beschouwd moeten worden in samenhang met de aard van het *netwerk* en de *interdependenties* binnen het netwerk. Het netwerkperspectief richt zich op de wederzijdse

afhankelijkheden tussen actoren, waarbij spanningen zijn tussen verbindingen van de netwerkpartijen. Een netwerkperspectief op organisaties is ook toepasbaar in de publieke sector, waarin organisaties in steeds grotere mate afhankelijk worden van hun omgeving en daar dus ook hun strategie op aan moeten passen; *“Public sector agencies have multiple and diverse external stakeholder groups that they need to influence in order to implement their strategies”* (Davenport & Leitch, 2005, p. 1603).

2.3 Organisatie, grens en omgeving

In de organisatieliteratuur wordt een onderscheid gemaakt tussen *organisatie* en *omgeving*, dit geeft aan dat er een grens bestaat tussen een organisatie en haar omgeving (Van der Zaal, 1997). De term organisatiegrenzen of *organizational boundaries* is in de organisatieliteratuur een veel onderzocht verschijnsel. Organizatiegrenzen zijn eigenlijk niet meer dan denkbeeldige lijnen tussen de organisatie en haar omgeving. De organisatie kan de omgeving beschouwen als een *opportunity*, maar ook als een *thread*. Het strategisch management gaat op zoek naar de juiste afstemming met de omringende omgeving. Bij deze afstemming tussen de interne en externe omgeving spelen organisatiegrenzen een sleutelfunctie (Keuning en Eppink, 1985 in Van der Zaal, 1997 p.25). Scott (1988) typeert *boundaries* als een lokaal en collectief fenomeen. De grenzen worden gelimiteerd door een sociale structuur. De balans tussen kwesties als autonomie versus controle, flexibiliteit versus inflexibiliteit, integratie versus afstand en faciliteren versus interfereren moeten organisaties op de grenzen van elkaar organiseren. Wanneer er sprake is van een wisselwerking tussen de organisatie en de omgeving om organisatiedoelen te kunnen realiseren, wordt de organisatie beschouwd als een open systeem. *“Organisaties worden dan beschouwd als systemen (verzamelingen van verbonden componenten) die bij de omzetting van inputmiddelen naar outputproducten relaties aangaan met hun omgeving. Adaptatie aan de externe omgeving vormt een kritisch element voor de efficiëntie en effectiviteit van interne transformatieprocessen. Om succes te boeken moeten zowel de grenzen van de organisatie als de interne processen goed beheerd worden”* (Schemerhorn in Desmidt & Heene, 2005). De interne organisatie wordt dus in sterke mate beïnvloedt door de externe omgeving. Wanneer een organisatie wordt gezien als een gesloten systeem, dan beschouwd de organisatie zich als niet afhankelijk van haar omgeving. Managementbenaderingen focussen zich dan voornamelijk op interne processen.

Voor de juiste afstemming voor een organisatie met haar omgeving zijn twee zogenaamde *afstemmingsstrategieën*, of zoals in van der Zaal (1997) *grensstrategieën*, te onderscheiden. Ten eerste is het de vraag waar de organisatiegrens komt te liggen, dit is te bepalen door kernactiviteiten en andere strategische belangrijke activiteiten te bepalen. Deze grens is op te rekken wanneer dit strategische voordelen oplevert (Kerosuo, 2004). De tweede grensstrategie die van der Zaal (1997) omschrijft gaat over de vormgeving van grenzen, hierbij gaat het om de vraag hoe contacten met de omgeving worden vormgegeven. Dit kan dilemma's veroorzaken in de samenwerking tussen partijen, het is moeilijk in te schatten welke relatievormen er ingezet dienen te worden om de samenwerking in goede banen te leiden. In deze tweede strategie is gericht op het managen van verbindingen tussen de interne organisatie en haar externe omgeving. In de eerste strategie wordt meer uitgegaan van de eigen kernactiviteiten, de *core business* van de organisatie en waar deze activiteiten stoppen. Al zijn er ontwikkelingen gaande volgens Kerosuo dat deze grenzen niet vastliggen maar verplaatsbaar zijn.

Als we het hebben over relatievormen tussen interne en externe omgeving van organisaties dan is binnen economische markten een veelgebruikt onderscheid horizontale relaties versus verticale relaties. De relatie tussen vrager en aanbieder is een verticale relatie. De relatie tussen twee concurrerende organisaties is een horizontale relatie. In concurrentierelaties ligt in de literatuur meer nadruk op strategie. Terwijl de relatie tussen vrager en aanbieder meer een marketing gerelateerd vraagstuk is. Verticale relaties zijn in sterke mate afhankelijk van elkaar, daarom kan dit type relatie gezien worden als een *opportunity*. Deze relatie is kansrijk omdat de relatie een duidelijke toegevoegde waarde kan hebben voor het functioneren van de eigen organisatie en belangen veelal in elkaars verlengde liggen. Daarnaast gaan steeds meer organisaties horizontale relatie samenwerkingsovereenkomsten omdat een zogenoemde strategische relatie voor beide partijen voordelen biedt, in dat geval kunnen ook horizontale relaties worden gezien als kans. Wanneer de relatie als kans wordt gezien is een *bridging strategy* een logische strategie om met grenzen om te gaan, omdat een *bridging strategy* een strategie is waarbij bewust contact gezocht wordt met de omgeving, om op die manier de interorganisatorische contacten te versterken (Van der Zaal, 1997).

Scott (2012) suggereert dat organisaties zijn ingebed in een veld waarin complexe processen de boventoon voeren; “(...) *most behavior takes place in circumscribed arenas dominated by a set of relatively specialized, independent, but interdependent organizations*” (p.32). Organisaties die actief zijn in hetzelfde veld, als een soort community die onderlinge relaties met elkaar hebben en vaak en met vertrouwen communiceren en uitwisselen. Een organisatieveld omvat drie componenten. Ten eerste actors, ten tweede institutionele waarden en tot slot beleidsstructuren. “*An organization field approach encourages attention to the dynamics of the components and their interrelations: changes in the types, number, relative power of individual and collective actors over time; changes in the prevailing logics as the influence*” (Scott, 2012, p.32). Met dit citaat geeft Scott aan dat organisatievelden niet vast liggen, maar worden beïnvloed door veranderingen in de omgeving. Door nieuwe praktijken en overtuigingen in het veld kan de institutionele waarde afnemen. Dit proces noemt Scott *deinstitutionalization* (Scott, 2001 in Dacin, Goodstein en Scott, 2002). Oliver (1992) noemt drie krachten die drukken op bestaande instituties. Ten eerste zorgen veranderingen in de omgeving, zoals competitie, er voor dat de prestaties van een institutie achteruit gaan. Dit veroorzaakt functionele druk. Ten tweede resulteert politieke druk in *deinstitutionalization* door verschuivingen van belangen en onderlinge machtsverdelingen. Tot slot noemt Oliver sociale druk als kracht. Verschillende overtuigingen kunnen institutionele acties verhinderen (Oliver 1992, in Dacin, Goodstein en Scott, 2002). Het volgende citaat uit Pfeffer en Salancik sluit hier mooi op aan, echter zien zij de invloeden van de omgeving als manier waardoor organisaties juist kunnen evolueren en zich kunnen positioneren in het veld. “*As organizations try to alter their environments, they become subject to new and different constraints as their patterns of interdependence change (...) The image presented is one of dynamic interaction and evolution of organizations, environments, and interorganizational relations over time as the various social actors maneuver for advantage*” (2003, p 39).

2.4 Interorganisatorische samenwerking

In de literatuur zijn twee perspectieven op interorganisatorische samenwerking gehanteerd. Ten eerste is het een “outside / in”- perspectief een veel gebruikte manier van kijken. Het

“outside / in”- perspectief wil zeggen dat de externe omgeving buiten de organisatiegrenzen voor het krachtenveld in de samenwerkingsrelatie als bepalend wordt beschouwd. Vanuit dit perspectief wordt er naar interorganisatorische samenwerking gekeken gelet op de dimensies *afhankelijkheid* en *onzekerheid*. Dit zijn bepalende factoren voor de samenwerking tussen organisaties vanuit het “outside / in”- perspectief.

Daarnaast bestaat het “inside / out”-perspectief. Binnen dit perspectief is juist de interne omgeving van de organisatie van doorslaggevend belang voor het krachtenveld in de samenwerkingsrelatie. Dit perspectief is belangrijk voor de vorming van strategisch beleid; “(...) *interorganisationele samenwerkingsrelaties krijgen aandacht vanwege de strategische relevantie die (de relatie met) de partner kan hebben voor de interne dynamiek van de focal organization*” (van der Zaal, p.23). Van der Zaal omschrijft dit als ‘*resource criticality*’ en onderscheidt dit naast *afhankelijkheid* en *onzekerheid* als kerndimensie, aanknopingspunt als het gaat om de vormgeving van strategisch management van interorganisatorische samenwerkingsrelaties. Daarbij moet wel gezegd worden dat de literaire onderbouwing enkel de impliciete aanleidingen geven om deze drie dimensie te onderscheiden.

Daarnaast hebben relaties tussen organisaties niet enkel te Pampen met coördinatie, controle en legitimatie zoals in veel literatuur wordt aangegeven. De zogenaamde *problems of understanding* binnen interorganisatorische relaties zijn onderdeel van de interorganisatorische samenwerkingsproblematiek (Vlaar, Van den Bosch en Volberda, 2006). Organisaties begrijpen elkaar niet goed door verschillen in cultuur, organisatiedoelen, grootte, structuur, geschiedenis, et cetera. Daarnaast veroorzaken onzekerheid en ambiguïteit in de eerste fases van interorganisatorische samenwerking problemen voor wederzijds begrip. Dit sluit aan bij het gedachtegoed van Porter (2006) en Van der Zaal (1996). Door complexiteit van omgevingsfactoren en dynamieken in het veld nemen onzekerheid en ambiguïteit toe bij strategische partijen. Waardoor belangen in het krachtenveld alleen maar sterker worden (Vlaar et al, 2006, Porter, 2006). Vanwege deze *problems of understanding* zou volgens Vlaar et al (2006) enige mate van formalisatie nodig zijn. Door afspraken te maken over regels, contracten en procedures. Het is volgens de auteurs namelijk van belang dat samenwerkingspartners in staat zijn om betekenisvolle relaties aan te gaan, waarin partners niet alleen elkaar begrijpen maar ook de context waarin deze relatie zit ingebed. “*Sencemaking processes are therefore assumed to play a central role during collaborative efforts*” (Vlaar et al, 2006, p. 1619). Een voorbeeld van processen die de *sencemaking* ontwikkelen zijn onderhandelingen. Om via zogenaamde *sencemaking* deze diepgaande *understanding* te kunnen behalen zijn volgens Vlaar et al (2006) vier mechanismen te onderscheiden die formalisatie van interorganisatorische relaties realiseren. “*We suggest that formalization may function as a means to make sense, enabling participants in collaborative relationships to cope with problems of understanding*” (Vlaar et al, 2006, p.1622). Formalisatie zou het mogelijk maken om aandacht te focussen, overlegstructuren en reflecties in te bouwen. Daarnaast zet formalisatie aan tot interactie en het daarvan onderhouden. Tot slot vermindert formalisatie oordelen, fouten en inconsistentie tussen actoren in interorganisatorische relaties. Via deze mechanismen zou formalisatie een bijdrage kunnen leveren teneinde van het begrijpen van elkaar in de samenhangende en dynamische context, waarin de actoren ingebed zijn met elkaar.

De rol van managers bij het *managen* van interorganisatorische samenwerkingen of relaties,

moet grens overstijgend zijn, waarbij managers zich zowel *inside* als *outside* een organisatie, markt, relatie of kennisveld kunnen plaatsen. Kennis van de omgeving is hiervoor noodzakelijk, wil je als manager op de juiste plaatsen interfereren (Ellis & Ybema, 2010). Het omarmen van verschillende identiteiten van netwerkactoren maakt het mogelijk om te kunnen navigeren door een complex en dynamisch veld van interorganisatorische samenwerkingen. Wanneer managers en dus organisaties dit goed doen groeit de status van de organisatie, maar ook van het individu. Wanneer partijen worden binnen- of buitengesloten of wanneer verschillen zijn in afhankelijkheid ontstaan relaties waarin *power status* aanwezig is. (Ellis & Ybema, 2010). Managers die interorganisatorische relaties moeten onderhouden hebben een ambigue *in-between* positie, die vaak moeilijk is te begrijpen voor de interne organisatie (Westerlund, Svahn, 2008).

2.5 Het netwerkmodel

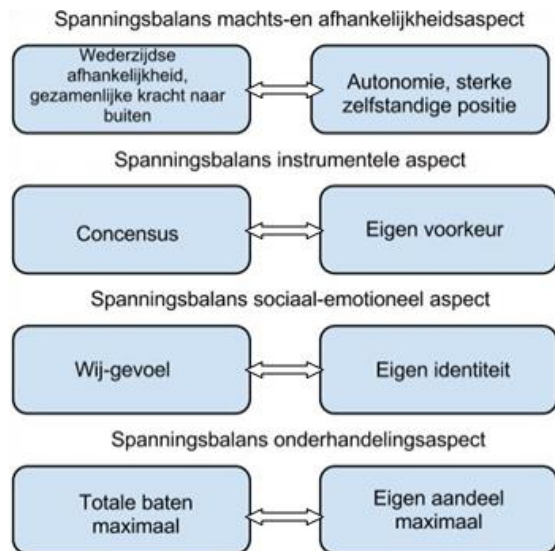
Mastenbroek (1996) omschrijft organisaties als volgt; “*Organisaties zijn netwerken van interdependente groepen. De relaties tussen deze groepen zijn gekenmerkt door coöperatie én door competitie. Men is van elkaar afhankelijk én heeft eigen belangen. Men kan in zekere zin spreken van een coalitie van uiteenlopende belangen*” (p.29). Scott (2012) sluit hierop aan, door *organization fields* te omschrijven als arena's waarbinnen zowel sprake is van conflict als coöperatie. In de relatie tussen interdependente groepen is dus enerzijds sprake van coöperatie, samenwerking, anderzijds speelt competitie een belangrijke rol. Dit beïnvloedt het gedrag tussen groepen en de manier waarop mogelijke spanningsbalansen ontstaan. Een spanningsbalans wil zeggen dat er tegenovergestelde gedragingen aanwezig zijn waardoor zich een balans vormt.

Mastenbroek (1996) bespreekt in zijn netwerkmodel, het functioneren van netwerken binnen organisaties. Het netwerkmodel als organisatie-model bekijkt Mastenbroek vanuit twee perspectieven, zogenaamde theoretische bouwstenen. Ten eerste de structuur van het netwerk; waarin verschillende partijen een rol spelen en de relaties over en weer de verbondenheid en afhankelijkheid schetsen. Ten tweede zorgt de cultuur voor verschillende gedragstendenties van partijen. Bovendien speelt de dynamiek van organisaties in het netwerk een belangrijke rol. Als er wordt gesproken over de dynamiek van het netwerk gaat het vaak om spanningen tussen eenheden, terugkerende problemen en dominerende partijen. Daarnaast kunnen zich ook positieve spiralen zich voordoen. Greep krijgen op de dynamiek is een belangrijke uitdaging voor partijen binnen het netwerk (Mastenbroek, 1996, p. 30-32).

Relaties tussen eenheden is een belangrijk onderdeel voor de verdere uitwerking van het netwerkmodel. Mastenbroek hanteert twee perspectieven om relaties te typeren. De relaties in het netwerk worden enerzijds getypeerd op het niveau van de hele organisatie, hierbij wordt een structuur/cultuur perspectief toegepast en anderzijds op het niveau van de relatie tussen mensen. Op het relatieniveau zijn vier relatie-aspecten te onderscheiden. Op beide niveaus zijn macht en afhankelijkheid belangrijke factoren. De relatie-aspecten komen tot uiting door de eerder beschreven spanning tussen wederzijdse afhankelijkheid en het streven naar autonomie (Mastenbroek, 1996, p.32-33).

1. Instrumentele relaties; mensen hebben elkaars kwaliteiten nodig om doelen te bereiken.
2. Sociaal-emotionele relaties; gevoelsmatige banden tussen mensen. Samenwerken creëert vaak loyaliteit waardoor een gemeenschappelijke identiteit kan ontstaan.

3. Machts- en afhankelijkheidsrelaties; deze relaties kenmerken zich door een strategisch spel waarin partijen elkaars gedrag proberen te sturen.
4. Onderhandelingsrelaties; deze relaties zijn gebaseerd op het ruilprincipe. In de besluitvormingsfase zijn partijen afhankelijk van elkaar en dus moet elke partij binnen het netwerk deel uit maken van het grotere geheel. (Mastenbroek, 1996)



(Bron: Mastenbroek 1996)

2.6 Macht in relaties

Het machts- en afhankelijkheidsaspect van relaties is volgens Mastenbroek (1996) het belangrijkste en altijd aanwezig in relaties. Daarom is dit relatieaspect onderdeel van alle relatie-aspecten, Mastenbroek spreekt van een 'één-op-drie model', waarbij de overige relatie-aspecten hun plaats vinden binnen het overkoepelende machts- en afhankelijkheidsaspect van relaties. Gedrag tussen organisaties in een netwerk is goed te verklaren vanuit dit spanningsveld. Partijen zijn van elkaar afhankelijk wanneer; de één activiteiten van de ander als belangrijk beschouwd en als er weinig vervangingsmogelijkheden zijn. Hoe meer de partijen binnen het netwerk van elkaar afhankelijk zijn des te meer macht er uitgeoefend kan worden. In de vier spanningsbalansen benadrukt Mastenbroek het machts-en afhankelijkheidsperspectief binnen alle relatie-perspectieven. Het aspect van afhankelijkheid in relatie tot organisatie en omgeving is ook terug te vinden in Pfeffer en Salancik (2003) *"Because organizations import resources from their environments, they depend on their environments. Survival comes when the organization adjusts to, and copes with, its environment, not only when it makes efficient internal adjustments"* (p.19).

Veranderingen of effecten in een bepaalde relatie of spanningsbalans moeten worden opgemerkt en geanalyseerd binnen de organisatie. Verhoudingen en posities veranderen namelijk, maar bepalen wel nog steeds de dynamiek en de wederzijdse afhankelijkheid. Van der Zaal (1997) sluit op deze gedachten en voegt toe dat verhoudingen tussen interorganisatorische samenwerkingen niet vast liggen. De dynamieken die er spelen, in de vaak dynamische context van organisaties zorgt er voor dat de verhoudingen kunnen omslaan. Pfeffer en Salancik (2003) beschouwen deze dynamische interactie tussen actoren

als organisaties die strategisch handelen om hun eigen afhankelijkheid en bronnen te managen.

Wanneer organisaties worden belicht vanuit een politiek perspectief staan macht en conflict centraal. Tegenstrijdige belangen spelen een belangrijke rol in de dynamieken tussen en binnen organisaties, waardoor macht een belangrijke troef is (Bolman en Deal, 2008). De organisatie context wordt gezien als arena: "*The political frame views organizations as roiling arena's hosting ongoing contests of individual and group interests*" (Bolman & Deal, 2008, p. 194). De omschreven arena benadering van Scott (2012) sluit hierop aan. De

Ook volgens Pfeffer en Salancik draagt *the importance of the construct of power* bij aan het begrijpen van zowel intra organisatorisch als interorganisatorisch gedrag. "*External resource dependencies also affected internal power dynamics. The people, groups, or departments inside organizations that could reduce uncertainty, manage important environmental dependencies, and help the organization obtain resources held more power as a result of their critical role in ensuring organizational survival if not success*" (2003, p. 21). Volgens Granovetter (1985) bieden voornamelijk persoonlijke verbanden de mogelijkheid tot het verkrijgen van macht.

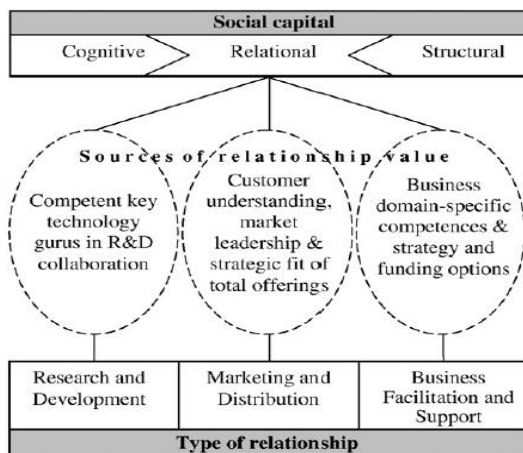
Ring en Perry (1985) onderscheiden twee onderliggende thema's die belangrijk zijn om macht, afhankelijkheid en ambiguïteit te kunnen begrijpen. Het eerste thema gaat over over macht en afhankelijkheid tussen stakeholders. Machtsbronnen die nodig zijn om de resultaten van een strategie te controleren liggen vaak bij een van de betrokken organisaties. Binnen het netwerk van verwante stakeholders of concurrenten moet er dus rekening worden gehouden met machtsverhoudingen en -relaties. In het tweede thema gaat het over 'open discussion'. In de competitie tussen bijvoorbeeld ziekenhuizen voor macht en machtsbronnen maakt dat de kans dat deze ziekenhuizen gaan samenwerken wordt verkleind. Bovendien zorgt dat ervoor dat openheid in de publieke sector minder aanwezig is. Ambiguïteit als onderdeel van de strategie wordt door Ring en Perry dan ook als karakteriserend omschreven (in Davenport & Leitch, 2005). "*The usefulness of strategic ambiguity stems, we would argue, from the tension faced by organizations between their desire to control stakeholders and their need for positive collaboration with these same stakeholders in order to achieve their goals*" (Reed, 1985, in Davenport & Leitch, p. 1607).

Clagg (1989) heeft een framework gemaakt waarin twee '*circuits of power*' worden gepresenteerd. Hierin gaat het om machtsrelaties tussen een organisatie en haar stakeholders. *Most power relationships between organizations and stakeholders are episodic circuits of power whereby resource dependence is exacerbated by prohibitive rules. Such relationships are usually constraining rather than empowering and generate resistance and reluctant compliance rather than co-operation and creativity* (in Davenport & Leitch, 2005, p.1603) Davenport (2005) omschrijft dit framework vanuit een interorganizational perspectief; "*An organization's power is realized through the management of 'standing conditions' by which the resources needed by other organizations controlled*" (p. 1608). In het tweede power circuit wordt macht gezien als een manier waarop productiviteit gerealiseerd kan worden. Dit circuit komt in beeld wanneer de regels in het veld, of de praktijken veranderen. Veranderde regels in relaties in betekenis en verbondenheid zorgen er voor dat de manier waarop sociale relaties zich voor doen. Dit kan invloed hebben op de

mate waarin productiviteit kan plaatsvinden; “(...) *empowering or disempowering stakeholders that the central organization wishes to influence*” (Davenport & Svahn, 2005 p.1606). Het autoriteit gehalte en de mate van delegatie is belangrijk voor het resultaat van de sociale relaties en uitkomsten van de interorganisatorische samenwerking. “*Corporate actors embed self-presentation strategies in their external communication in an attempt to control perceptions within their organizational field. Deniability is an important property of strategic ambiguity in these times*” (Davenport & Svahn, 2005 p.1606).

2.7 Sociaal kapitaal en relaties

Het begrip sociaal kapitaal kan op verschillende manieren belicht worden, afhankelijk van de context waarin het begrip wordt toegepast. Maar er lijkt in de literatuur een consensus te zijn over het de verbintenis van sociaal kapitaal met relaties (Westerlund en Svahn, 2008). Waarbij relatie een cruciaal element vorm van sociaal kapitaal. Bourdieu (1992) ziet sociaal kapitaal als bezit, iets wat kan worden ingezet waarmee rendement te behalen valt. Echter wordt sociaal kapitaal ook wel gezien als het enige kapitaal dat niet alleen een bezit is, maar ligt in de relatie tussen individuen of groepen. In Westerlund en Svahn worden verschillende elementen van sociaal kapitaal toegelicht. Ten eerste de structurele dimensie van sociaal kapitaal, dit is de configuratie van een netwerk, de verbindingen en de contacten. De tweede dimensie is het cognitieve aspect, dit houdt in dat er sprake is van een gedeelde werkelijkheid; “*Shared systems of meaning among the partners*” (p. 492). Tot slot is er de relationele dimensie waarbij het gaat om de kwaliteit van de relaties op basis van vertrouwen en nabijheid. De link tussen sociaal kapitaal en netwerken wordt gemaakt: “*The nature of social capital both structures and facilitates the operation of networks*” (Westerlund & Svahn, 2008, p. 493) Sociaal kapitaal is een wenselijk onderdeel van netwerken, door de relaties die er in een netwerk aanwezig zijn. De waarde van relaties wordt in het onderstaande figuur zichtbaar. Het type verbinding of relatie is bepalend voor de bronnen die de waarde van de relatie verhogen. Het is van belang om in organisatiestrategieën de waarde voor andere actoren te verhogen; “*Relationships with key stakeholders and parties are enhanced through the implementation of value-based strategies, enacted through value propositions (...) the opportunities for value creation are enhanced through the development of relationships*” (Westerlund & Svahn, 2008). Het creëren van waarde voor andere actoren en betekenisvolle relatie is dus in sterke mate met elkaar geïntegreerd. Westerlund en Svahn (2008) stellen dat sociaal kapitaal een basis biedt voor waardevolle relaties in netwerken en dan in het bijzonder in ondernemende netwerken die vernieuwing in het netwerk willen brengen.



Bron: Westerlund en Svahn (2008)

Fig. 2. Revised framework of social capital as a basis for relationship value in different business relationships.

2.8 Kernconcepten

In deze paragraaf worden de kernconcepten die gebruikt worden bij het analyseren van de onderzoeksbevindingen benoemd. Uit deze theoretische verdiepen komen namelijk een aantal zeer relevante aspecten naar voren die zijn te koppelen aan de empirische bevindingen. Ten eerste blijkt uit omschreven theoretische perspectieven dat organisaties gezien kunnen worden als netwerken. Strategie moet zich aanpassen aan de aard van het netwerk en de interdependenties, de actoren die een positie innemen in het netwerk, hierbij moet rekening gehouden worden met wederzijdse afhankelijkheid en spanningen tussen de actoren in het netwerk. Deze spanningen zijn niet alleen terug te vinden binnen netwerken, maar ook op de grenzen van organisaties. Grenzen tussen een organisatie en de omgeving liggen niet vast, maar zijn oprekbaar, wanneer dat strategische voordelen oplevert. Het wordt duidelijk dat organisatie en omgeving elkaar in sterke mate beïnvloeden. Interorganisatorische samenwerking Volgens Scott (2012) zijn organisaties ingebed in een dynamisch veld en kunnen veranderingen in dit veld er voor zorgen dat organisaties hun institutionele waarde verliezen.

Als het gaat over het managen van de omgeving zijn is het voor organisaties heel belangrijk om op de juiste manier relaties aan te gaan met de omgeving. Van der Zaal (1997) benoemt dit naast afhankelijkheid en onzekerheid als één van de kerndimensies als het gaat de factoren die samenwerking en strategische managementstrategieën beïnvloeden. Daarnaast wordt een netwerk opgebouwd uit relaties. Er zijn verschillende relatie-aspecten te onderscheiden, die verschillende spanningsbalansen in het netwerk veroorzaken. Het belangrijkste aspect dat altijd onderdeel is van relaties, is volgens Mastenbroek (1996) macht en afhankelijkheid. Wanneer we het machtsaspect nader beschouwen vanuit literatuur, dan kunnen we dit zien als een spel waarin tegenstrijdige belangen de boventoon voeren. De verhoudingen tussen actoren liggen niet vast, maar kunnen verschuiven. En macht beïnvloedt in grote mate het speelveld, wat niet resulteert in positieve effecten op de onderlinge relatie van actoren. Tot slot wordt sociaal kapitaal gezien als het construct voor netwerken, waarbij het gaat om het creëren van waardevolle relaties.

III METHODOLOGISCHE VERANTWOORDING

In deze paragraaf zal allereerst de verantwoording van de onderzoeksstrategie worden onderbouwd. De keuze voor een kwalitatieve onderzoeksstrategie heeft de onderzoeksmethode bepaald. De wijze waarop de data zijn verzameld en de manier waarop de analyse is uitgevoerd wordt volgend op de strategie toegelicht.

3.1 Onderzoeksstrategie

Dit onderzoek is gedaan vanuit een kwalitatieve, interpretatieve benadering. Kwalitatief interpretatief onderzoek richt zich op het verkrijgen van empirische kennis, gebaseerd op de betekenissen en interpretaties die betrokkenen geven (Boeije, 2006). Deze interpretaties construeren een werkelijkheid die niet eenduidig is, taal vormt de representatie van de werkelijkheid. Respondenten hebben eigen waarheden die naast elkaar bestaan. “(...) *the human world is never a world in itself; it is always an experienced world that is always related to a conscious subject*” (Sandberg & Targama, 2007, p. 27). Deetz (1992) sluit hierop aan, hij zegt dat mensen zich gedragen op de manier zoals ze zelf de wereld begrijpen; “(...) *person and world are inextricably related through the person’s lived experience of the world. (...) we always live and act within our understanding of the world* (Deetz in Sandberg en Targama, 2007, p. 28). Dit is een basisassumptie die ten grondslag ligt aan de interpretatieve benadering. Een andere basisassumptie is dat kennis sociaal geconstrueerd wordt, door ervaringen in een sociale context, in interactie met anderen en door communicatie en beïnvloeding van anderen in de omgeving (Boeije, 2006; Sandberg & Targama, 2007). Interpretatief onderzoek bestaat uit verschillende lagen van interpretatie. Ten eerste geven betrokken betekenis en waarde aan het onderzoeksobject, door het verwoorden van gebeurtenissen en ervaringen. Vervolgens interpreteer ik als onderzoeker deze bevindingen. Tot slot interpreteert de lezer deze bevindingen en neemt deze interpretaties mee in zijn of haar eigen percepties. Door deze verschillende lagen van interpretatie is het van belang om hier als onderzoeker bewust mee om te gaan. Aan het einde van dit hoofdstuk zal in worden gegaan op de *trustworthiness* of te wel betrouwbaarheid van dit onderzoek.

Dit onderzoek is een *case study* naar mobiele diagnostiek in het veld van de eerstelijnsdiagnostiek rondom de Sassen Klinieken te Zwoest. Of specifieker de laboratoria van de Sassen en haar omgeving. Dit is een gevalstudie naar een onderzoeksonderwerp onderzocht in de natuurlijke situatie ook wel ‘het veld’ genoemd (Van Thiel, 2010). Een kwalitatieve onderzoeksstrategie past bij een *case study* omdat dit type onderzoek de mogelijkheid geeft om diepgaand onderzoek te doen, en een realistisch beeld geeft van wat er speelt Flyvberg (2006). Onderzoek van een lokale context biedt geen algemene onafhankelijke kennis, waardoor er geen mogelijkheid is om te generaliseren. Maar dat is ook niet het doel, het doel is inzicht geven in wat er speelt zodat handvatten geboden worden voor vergelijkende situaties of organisaties die zich herkennen dynamieken die spelen. Op deze manier wil ik als onderzoeker bijdragen aan het in kaart brengen van maatschappelijke en organisatorische vraagstukken. Echter is het belangrijk om daarom aandacht te besteden aan de betrouwbaarheid van het onderzoek.

Deetz geeft aan dat het belangrijk is voor het doen van onderzoek van een interpretatief perspectief, dat je zo open mogelijk, zonder theoretisch begrippenkader het onderzoek in stapt (Deetz, 1996). Agar (2010) sluit hierop aan wanneer hij spreekt over abductie. “*Abduction is the heart of ethnography, it’s a great strength. It seeks out unexpected data and creates new concepts to explain them*” (Agar, 2010, p. 289). Als onderzoeker heb ik me laten leiden door wat er in de organisatie speelde, waarin ik me heb open gesteld voor verrassingen. Op deze manier ben ik op zoek gegaan naar de zogenaamde *puzzle*, opvallendheden, interessante gebeurtenissen die vragen om extra onderzoek om zo mogelijk de achterliggende betekenissen te begrijpen en ook te verklaren in de organisatorische context (Agar, 2010). De data zijn bepalend geweest voor de richting van het onderzoek. Deze onderzoeksstrategie past bij Silverman’s (2011) benadering van *natural occurring data*. Waarbij de data zich aandient in natuurlijke situaties in de organisatie, waarop ik als onderzoeker geen invloed heb gehad. Het is de vraag of mensen zich in de aanwezigheid van een *buitenstaander* zich hetzelfde gedragen als zonder die aanwezigheid. Doordat ik me, bijvoorbeeld in vergaderingen rondom de logistiek van de diagnostiek, zo min mogelijk als onderzoeker heb opgesteld maar meer als gelijke sloot ik aan op de normale gang van zaken.

In kwalitatief onderzoek speelt de interpretatie van de onderzoeker een belangrijke rol. Daarom zal ik de rol die ik heb gespeeld in dit onderzoek toelichten. Door een open sollicitatie te sturen naar de *Sassen Academie*, het expertise en ontwikkelingscentrum van de Sassen Klinieken ben ik in contact gekomen met de Sassen laboratoria. Binnen een samenwerkingsverband van het Klinisch Chemisch Laboratorium, de Microbiologie en de Pathologie voor de logistieke vormgeving en dienstverlening van de eerstelijnsdiagnostiek kreeg ik een onderzoeksplek. Formeel viel ik als stagiaire onder de Microbiologie, maar ik was drie tot vier dagen aanwezig op het KLC, omdat de klinisch chemici met zijn tweeën de meeste mogelijkheid hadden om mij te begeleiden en omdat het KCL de voortrekkersrol hebben rondom de mobiele vorm van diagnostiek. Gedurende mijn lange verkennende onderzoeksfase van ongeveer twee maanden heeft mijn hoofdbegeleider Robbert Slingerland mij betrokken in vele van zijn activiteiten, waardoor ik een zeer compleet beeld heb gekregen van de dagelijkse gang van zaken op het laboratorium. Dit hield vooral in dat ik heb gevolgd hoe contacten verlopen met belangrijke omgevingspartijen als technologische en farmaceutische bedrijven en zorgverzekeraars. We hebben veel gesprekken gevoerd over hoe diagnostische zorg en de laboratoriumorganisatie er uit zouden moeten zien en wellicht in de toekomst er uit zal zien. Het doel, voor mij als onderzoeker, is om door de empirische kennis de beweegredenen en gebeurtenissen rondom de organisatorische context en centrale onderzoeksthema’s inzichtelijk te maken en te begrijpen (Boeije, 2006). In de onderzoekspraktijk is deze onderzoeksstrategie enerzijds toegepast door in de organisatie aanwezig te zijn. Het gevaar van veel in de organisatie aanwezig zijn was echter wel dat het soms moeilijk was om objectief naar mobiele diagnostiek te blijven kijken. Ik werd namelijk zo meegesleurd door de overtuigende verhalen en ideeën dat je er bijna zelf in mee gaat. Binnen de laboratoria kon ik me dit wel permitteren maar in de gesprekken buiten de laboratoria heb ik erg op gelet me niet te laten sturen door de voorkennis en ideeën.

Daarnaast beïnvloedde interne worstelingen veel bij de klinische betrokkenen. Onenigheid over de koers van het KCL zorgde voor discrepanties binnen de maatschap, hoewel dit niet erg te merken was op de werkvloer werd ik hier wel door beïnvloed als persoon en als

onderzoeker. Dit onderzoek naar mobiele diagnostiek was namelijk niet bekend bij andere leden van de maatschap waardoor ik me soms onveilig voelde als onderzoeker omdat ik niet vrijuit over mijn onderzoek durfde te praten. Ik wist namelijk niet goed tegen wie ik wel of geen dingen kon zeggen. Waardoor ik maar een klein groepje binnen het laboratorium had met wie ik sprak over mijn onderwerp. Dit heeft mijn vrijheid voor het doen van onderzoek binnen de maatschap beperkt. Ik had namelijk krijg met de overige leden van de maatschap gesproken over hun percepties ten aanzien van mobiele diagnostiek, maar omdat dit te gevoelig lag heb ik besloten dat niet te doen. Dat maakt dat ik naar deze interne kwestie niet veel dieper onderzoek naar heb kunnen doen, hoewel ik wel merkte dat dat dergelijke interne processen invloed hebben op het gehele functioneren als maatschap en dus als laboratorium. Daarmee wil ik niet zeggen dat het laboratorium niet goed functioneert. Mijn onderzoek heeft in eerste instantie niets te maken met deze maatschap problematiek toch raakt het wel mijn onderzoek omdat deze interne frictie ervoor zorgt dat het moeilijk is om een strategie te bepalen als laboratorium. Daarom heb ik deze invloed heb ik beperkt opgenomen in mijn bevindingen.

3.2 Data

In dit onderdeel wordt toegelicht hoe de onderzoeksdata zijn verkregen. De data zelf worden in het volgende hoofdstuk gerapporteerd. In deze paragraaf worden de gebruikte onderzoeksgroepen toegelicht en de methoden van onderzoek geïllustreerd.

In dit onderzoek staan twee onderzoeksgroepen centraal. Zoals al eerder is aangegeven is mobiele diagnostiek een innovatie die bedacht is door verschillende intern betrokken stakeholders. Deze interne stakeholders houden zich in samenwerkingsverband bezig met de logistiek en de diagnostiek binnen de eerste lijn. De eerstelijnsdiagnostiek wordt verzorgd door de laboratoria van de Sassen. De medische intern betrokkenen zijn dan ook werkzaam binnen de maatschappen klinische chemie, medische microbiologie en de afdeling pathologie. Respectievelijk twee klinisch chemici, een microbioloog en een patholoog vormen de medische stakeholders. De Resultaat Verantwoordelijke Eenheid manager (PA en KCL), het hoofd van de afdeling radiologie en een senior beleidsadviseur vormen de overige intern betrokkenen, binnen de Sassen Klinieken. De extern betrokkenen binnen dit onderzoek naar de betekenisgeving aan mobiele diagnostiek zijn de afnemers van eerstelijnsdiagnostiek. Dit zijn zowel huisartsen als ouderenspecialisten. Indirect zijn de concurrerende aanbieders, de zorgverzekeraars en de overheid actoren die vanuit de omgeving invloed hebben op mobiele diagnostiek als strategie. Deze overige actoren zijn niet bevroegd maar in dit onderzoek spelen ze toch een rol in de dynamische context van het veld van de eerstelijnsdiagnostiek. Al deze ondervraagden betrokken actoren geven vanuit hun eigen perspectief betekenis aan mobiele diagnostiek. Uit deze betekenissen zijn verschillende belangen, doelen en voorwaarden naar voren gekomen.

Interne actoren	Externe actoren
Klinisch Chemici (2)	Huisartsen (9)
Microbioloog	Ouderen specialisten (5)
Patholoog	Concurrerende aanbieders (voornamelijk andere ziekenhuizen)

Manager Pathologie en Klinisch Chemisch Laboratorium	Zorgverzekeraars
Hoofd Radiologie	Overheid
Senior beleidsadviseur	

Veel en belangrijke data zijn verkregen door het afnemen van **interviews**. De interpretatieve kwalitatieve onderzoeksstrategie heeft in grote mate de onderzoeksmethode bepaald. Omdat ik er achter wilde komen welke betekenissen worden gegeven aan mobiele diagnostiek geven in de veranderende context is het houden van diepte-interviews een goede methode. Allereerst heb ik met de interne respondenten open gesprekken gehouden om het onderwerp te verkennen. Zonder vooraf opgestelde thema's heb ik met deze gesprekken een start gemaakt met de eerder genoemde *puzzle*. Deze gesprekken zijn gehouden in een informele setting en zijn daarom ook niet opgenomen. Ik heb wel veel aantekeningen gemaakt tijdens deze gesprekken en ook na afloop de belangrijkste conclusies uit de gesprekken genoteerd. Er hebben erg veel van dit soort gesprekken plaatsgevonden, dat had als voordeel dat ik erg veel informatie kreeg, maar ook irrelevante informatie die eruit gefilterd moest worden. Daarnaast spraken we veel over hetzelfde thema maar veranderde uitspraken wel steeds iets. Dat maakte het soms lastig te bepalen wat voor de respondent de belangrijkste uitspraak was. Om dit probleem te tackelen heb ik na veel informele gesprekken met de twee klinisch chemici en met de manager PA en KCL ook een formeel open interview gehouden. Op basis van voorkennis konden deze interviews zonder topiclijst plaatsvinden.

Na de gesprekken met de interne respondenten ben ik de omgeving gaan verkennen en heb ik gesprekken gevoerd met afnemers van eerstelijnsdiagnostiek. Respectievelijk vijf ouderen specialisten en negen huisartsen heb ik geïnterviewd. Deze respondenten zijn geselecteerd op basis van de afstand ten opzichte van de Sassen Klinieken. Omdat mobiele diagnostiek als niet waardevol werd geschat dicht bij Zwoest is er gekozen voor huisartsen en ouderen specialisten die wat verder van Zwoest af liggen. Om te controleren of de aanname dat mobiele diagnostiek minder relevant is in Zwoest klopt zijn toch twee ouderen specialisten te Zwoest toegevoegd aan de respondenten. Verder is er gekozen voor zo veel mogelijk verschillende plaatsen. Om zo een goed beeld kunnen krijgen van de omgeving. Ook is rekening gehouden met een zo interessant mogelijke onderzoeksgroep met participanten die een uitgesproken mening hebben. Bovendien is een van de huisartsen ook hoogleraar huisartsengeneeskunde en een andere huisarts vicevoorzitter van de Landelijke Huisartsen Vereniging. Bij de selectie van de externe respondenten is geen rekening gehouden met een gelijkwaardige verdeling van mannen en vrouwen of gekeken naar leeftijd. Overwegend waren de respondenten mannelijk, elf mannen tegenover vier vrouwen. De leeftijden varieerden tussen de 45 en 60 jaar. De respondenten zijn namelijk niet door mijzelf geselecteerd, maar aangeleverd door de stakeholder van de microbiologie. Doordat deze microbioloog de externe onderzoeksgroep heeft geselecteerd kun je al spreken van een aanwezige relatie. In de gesprekken met de externe respondenten kon ik wel merken dat ze erg tevreden waren over de microbiologie, maar verder heeft deze manier van selecteren geen effect gehad op de betekenisgeving aan mobiele diagnostiek en de verbinding met de Sassen Klinieken. Voor de gesprekken met de huisartsen en de ouderen specialisten ben ik naar de praktijken en verpleeghuizen toe gereisd niet alleen om op die manier de

respondenten zo min mogelijk tot *last* te zijn, maar ook om op die manier inzicht te krijgen in de letterlijke omgeving van de praktijk of het verpleeghuis. Zo kwam ik er achter dat het verpleeghuis in Pampen en ook het verpleeghuis in Heemden grenzen aan een polikliniek van de Sassen Klinieken, waardoor daar veel diagnostiek gedaan kan worden. Ook de praktijken van de huisartsen gaven inzicht, zo ben ik op bezoek geweest bij éénmanspraktijken, maar ook bij praktijken die zijn ingericht binnen een medisch centrum.

Huisarts	Ouderen specialist
Doestenij	Uildeburg
Totem	Heemden
Heemden	Pampen
Kruime	Zwoest
Leist	Zwoest
Liensen	
Poppen	
Reede	
Woude	

Bij deze extern betrokken actors zijn semigestructureerde interviews gehouden. Uit de informele gesprekken en open interviews met de interne stakeholders kwamen richtinggevende onderwerpen aan het licht. Aan de hand hiervan heb ik mijn topiclijst opgesteld, deze is terug te vinden in de bijlage. Een topiclijst is een interviewinstrument dat passend is bij een kwalitatief interview (Boeije, 2006). Kenmerkend aan kwalitatieve interviews is volgens Boeije dat de gespreksonderwerpen aansluiten bij het referentiekader van de geïnterviewde en dat er interactie is tussen interviewer en respondent. Tijdens de eerste twee interviews merkte ik dat ik veel vragen kreeg over mobiele diagnostiek, over hoe het er precies uit ging zien, de kosten et cetera. Ik wist in de eerste interviews nog niet goed wat de voorkennis van de respondenten was omdat de stakeholder van de microbiologie had gesproken over het onderwerp en het type gesprek. Dat zorgde voor af en toe wat verwarring bij de respondenten omdat mijn vragen er ook op waren gericht over vormgeving van diagnostische dienstverlening en relaties in de eerste lijn. Als gevolg daarvan heb ik in de daarop volgende interviews duidelijker toegelicht wat het doel van het gesprek was en dat de respondenten in de hun antwoorden zich moesten leiden door hun eigen percepties, ideeën en betekenissen. Wat verder bleek is dat er in de interviews uiteindelijk maar weinig tijd werd besteed aan de inhoudelijke vragen over mobiele diagnostiek, omdat de gespreksstof hierover eigenlijk maar zeer beperkt was. Maar wanneer ik het breder trok en vroeg naar de betekenissen over diagnostische dienstverlening bood dat meer aanknopingspunten voor het verdere gesprek. Daarnaast heb ik in de gesprekken ook geprobeerd me te laten leiden door de antwoorden van respondenten, zodat bepaalde onderwerpen de ene keer uitgebreider werden behandeld dan de andere keer. In de interviews heb ik niet benadrukt dat ik een opdracht uitvoer vanuit de Sassen Klinieken, ik wilde vooral overkomen als een onafhankelijke onderzoeker.

De tweede methode van dataverzameling die is gebruikt zijn **observaties**. De observaties hebben voornamelijk gediend ter beeldvorming en als ondersteuning en illustratie bij de data.

Van Thiel beschrijft observatie als een onderzoeksmethode waarbij je als onderzoek conclusies trekt uit eigen waarnemingen. Binnen het KCL is participierend geobserveerd, waarbij mijn identiteit bij de geobserveerden bekend was, en er veel interactie plaats vond. Deze manier participerende manier van onderzoek doen beschrijft Boeije (2006) als *emic perspective*, waarbij de onderzoeker zichzelf inzet als onderzoeksinstrument om de perspectieven te kunnen begrijpen door het gedrag van de onderzochte personen te observeren. Voornamelijk tijdens gesprekken op de kamer van mijn begeleider en tijdens vergaderingen heb ik meegedaan in de rol van onderzoeker en stagiaire. Het is lastig om voortdurend te schakelen tussen *insider* en *outsider* waarbij je zowel meedoet als waarneemt (Boeije, 2005). De observaties hebben plaatsgevonden zonder vooraf opgestelde topiclijst, maar zijn achteraf wel verwerkt in observatieverslagen aan de hand van aantekeningen.

Tot slot zijn er gedurende dit onderzoek diverse **documenten geanalyseerd**. Er zijn jaarverslagen gelezen, adviesdocumenten en onderzoeksrapporten. Met deze documenten is de context van het onderzoeksonderwerp uitgediept. Niet alle documenten die zijn gelezen zijn even waardevol geweest. Zo waren het jaarverslag van het KCL en de Pathologie uit het jaar 2011, waardoor de relevantie minder is. Ook een onderzoek van een technologisch bedrijf (waarvan ik de naam niet kan noemen) leek in eerste instantie erg relevant echter bleken deze kwalitatieve data niet erg aan te sluiten bij deze *case study*. Bovendien vond ik de betrouwbaarheid moeilijk in te schatten door de mogelijk mee spelende eigen belangen.

3.3 Analysemethode

Door middel van de verschillende onderzoeksmethoden is een grote hoeveelheid data verzameld. Door gebruik te maken van een uitgebreide analysemethode is tot de onderzoeksresultaten gekomen. In de analysefase zijn allereerst de opgenomen interviews getranscribeerd. Deze transcripten zijn gecodeerd, dat wil zeggen dat ik als onderzoeker in de data verschillende thema's heb toegekend aan uitspraken door deze fragmenten een code te geven (Boeije, 2005). Een code is een kenmerkend, samenvattend, essentieel, opvallend of beeldende weergave van een interviewmoment. Het probleem van codes toekennen aan data is dat er in kleine stukjes tekst zoveel gebeurt. Het was moeilijk om op zoek te gaan naar de kern. Het mezelf stellen van de volgende vragen heeft mij geholpen te komen tot de lijst met codes. Wat is er hier aan de hand? Wat zegt deze uitspraak? Waar is dit een voorbeeld van? Deze eerste fase van uiteenrafelen en structureren heeft het mogelijk gemaakt om mijn data te leren kennen. Deze analysefase resulteerde in een lijst met codes. Na het houden van de interviews had ik al een idee wat de belangrijkste onderwerpen zouden worden voor de resultaten toen ben ik daar ondersteunende citaten bij gaan zoeken. Deze fase van axiaal coderen waarin ik categorieën heb samengevoegd hebben tot de hoofdthema's van mijn resultaten geleid. In de analyse zijn mijn eigen interpretaties richtinggevend geweest. Daarom is het belangrijk om de betrouwbaarheid te waarborgen.

3.4 Kwaliteitscriteria

De meest gebruikte kwaliteitscriteria in wetenschappelijk onderzoek zijn betrouwbaarheid en validiteit (Van Thiel, 2007). Echter zijn deze criteria moeilijk te verifiëren met de uitgangspunten van kwalitatief, interpretatief onderzoek (Krefting, 1991). De kwaliteit van interpretatief, kwalitatief onderzoek kan worden gewaarborgd door met rijke data weer te geven wat er speelt. Wanneer de uitkomsten van het onderzoek een herkenbaar beeld geven van de werkelijkheid kan het onderzoek kan de *trustworthiness* vrij vertaald als

vertrouwenswaardigheid vast gesteld worden (Guba, 1981). Guba schetst vier criteria om deze zogenaamde vertrouwenswaardigheid te waarborgen. Ik zal deze criteria toelichten en beschrijven hoe daar in dit onderzoek aan voldaan wordt.

Ten eerste **credibility**. De wetenschapsfilosofische overtuiging bij interpretatief onderzoek is dat de werkelijkheid wordt geconstrueerd door meerdere waarheden. De credibility, geloofwaardigheid wordt vergroot wanneer er verschillende verhalen van de sociale werkelijkheid in het onderzoek worden geschetst. Door meerdere perspectieven op 'mobiele diagnostiek' weer te geven wordt dus de geloofwaardigheid vergroot. Verschillende keren ben ik in dit onderzoek op zoek gegaan naar perspectieven die elkaar onderschrijven. Zowel in de literatuur als in de bevindingen wordt hier aandacht aan besteed.

Als tweede kwaliteitscriteria wordt **transferability** genoemd. Transferability gaat over de herkenbaarheid van de case studie voor vergelijkbare cases. Om dit te kunnen garanderen is het van belang zoveel mogelijk elementen met rijke data te illustreren op die manier is er veel mogelijkheid voor *verplaatsbaarheid* in het onderzochte. In het bevindingen hoofdstuk wordt met veel citaten constatering onderbouwd. Daar veel te citeren blijf ik bewust zo dicht mogelijk bij mijn data zodat mensen in het veld van de eerstelijnsdiagnostiek zich daarin kunnen herkennen. In de analyse heb ik fenomenen breder getrokken en theoretisch onderbouwd. In dit gedeelte van het onderzoek zouden dan ook meer organisaties zich kunnen herkennen.

Dependability is het derde criterium en is te vergelijken met betrouwbaarheid. Het gaat om de navolgbaarheid van het onderzoek. Wanneer duidelijk is hoe tot de onderzoeksresultaten is gekomen wordt het onderzoek in grotere mate herhaalbaar. Interviewtranscripties, nauwkeurige bronverwijzingen en uitgewerkte observaties dragen hier aan bij.

Tot slot **confirmability**, bij dit kwaliteitscriteria draait het om openheid van jezelf als onderzoeker. Als onderzoeker kun je niet volledig objectief zijn, je neemt namelijk altijd jezelf mee in het onderzoek. De objectiviteit kun je vergroten door zo open mogelijk het onderzoek in te gaan, door je persoonlijke voorkeuren en theoretische concepten niet op de voorgrond een rol te laten spelen (Krefting, 1991). Ik vond het tijdens mijn interne aanwezigheid lastig om geheel objectief te blijven door de intensieve begeleiding en toestroom van informatie maakte dat ik toch beïnvloed werd, door persoonlijke voorkeuren. Ik heb een kritische mening gevormd tegenover mobiele diagnostiek terwijl ik juist naar mijn onderzoeksonderwerp het meest objectief wilde blijven. Intern hielp het wel om kritische vragen te stellen. En in de geheel andere setting van de huisartsenpraktijken of verpleeghuizen lukte het ook om vooroordelen weg te stoppen. Het interviewen van de huisartsen en ouderen specialisten op hun locatie heeft me daarbij echt geholpen.

IV BEVINDINGEN

“(...) mobiele diagnostiek ja dat is iets wat ik zeer kritisch volg, want het is nieuw, het is innoverend en het is de vraag; Doen we het omdat de dokters daar een financieel belang bij hebben? Doen we het omdat de dokters dat een speeltje vinden? Of doen we het werkelijk omdat de patiënt of huisarts dat wil. (...) Wat zijn de financiële consequenties, gaan we de zorg niet veel duurder maken en kan het niet doelmatiger. Dat voel ik wel als een morele taak om dat te bekijken. Dus ze kunnen best zeggen “even gechargeerd”; nou we kopen een camper van een ton en bouwen die om en we gaan gewoon beginnen en we zien wel. Ja uh zo gaat het niet werken. Maar er zullen er zeker een aantal zijn die zeggen we moeten dat gewoon proberen, we moeten lef hebben en dat risico moeten we durven nemen” (RVE Manager PA & KCL).

In het openingscitaat van dit hoofdstuk wordt duidelijk dat de aanleiding en het doel van mobiele diagnostiek voor de manager van de pathologie en het klinisch chemisch lab onduidelijk is. Dit is een terechte opmerking van de manager, want ik kwam er achter dat er ook binnen de maatschap van het klinisch chemisch lab verschillende perspectieven bestaan op mobiele diagnostiek. Omdat de meningen zijn verdeeld over of het veld van de eerstelijnsdiagnostiek wel dusdanig gaat veranderen dat er een strategie nodig is om hierop in te spelen. Bovendien is mobiele diagnostiek een strategie die vanuit een samenwerkingsverband moet worden uitgevoerd, waarin verschillende medici en een manager zit die denken vanuit de mogelijkheden en of beperkingen van hun eigen vakgebied. Dit zorgt er voor dat er deelbelangen ontstaan.

In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk worden de interne betekenissen die aan mobiele diagnostiek worden gegeven besproken. Vervolgens wordt de mobiele diagnostiek als strategie om te kunnen inspelen op het veranderende speelveld met toenemende concurrenten. Daaropvolgend wordt het belang van relaties toegelicht vanuit citaten. Tot slot wordt de *backbone* voor een letterlijke en figuurlijke verbinding tussen interne en extern organisatie belicht: de ICT.

4.1 “Ik zie mobiele diagnostiek als overtreffende trap in de vormgeving van dienstverlening dicht bij de patiënt”

Het idee voor mobiele diagnostiek is ontstaan bij twee klinisch chemici. Al in de eerste gesprekken werd mij duidelijk dat ideeën rondom mobiele diagnostiek gedurende lange tijd aanwezig waren bij de klinisch chemici. Ze vertelden dat ze al jaren de achteraf gelegen hoekjes van grote beurzen afstruinen op zoek naar handzame mobiele apparaten, waarmee diagnostische testen uitgevoerd kunnen worden. In de loop van de tijd hebben ze hier ontwikkeling in gezien. Er wordt steeds meer mobiel aangeboden en deze apparaten zijn ook steeds beter toegerust, zodat er mogelijkheden zijn om deze apparaten daadwerkelijk in een mobiele unit te gebruiken. Deze technische ontwikkeling is een eerste aanleiding voor de mogelijkheid van mobiele diagnostiek.

“De techniek maakt het mogelijk om patiënten anders te bereiken. De apparaten zijn compacter, handzamer en minder schokgevoelig” (Klinisch chemicus).

Doordat de technische mogelijkheden toereikend zijn voor het mobiel aanbieden van diagnostiek kunnen patiënten logistiek gezien op een andere manier bereikt worden. Dat patiënten anders bereikt kunnen worden is een belangrijk argument voor de interne stakeholders. Het mobiele karakter zorgt ervoor dat de zorg dicht naar de patiënt toegebracht kan worden. Interne stakeholders verwachten dat het leveren van diagnostiek op locatie, voornamelijk een uitkomst kan bieden voor patiënten die in afgelegen gebieden wonen of patiënten die zelf niet meer mobiel zijn. Ouderen, of revaliderende mensen in verpleeghuizen moeten nu nog vervoerd worden met taxi's of door familieleden.

“Voor verpleeghuizen zou mobiele diagnostiek heel geschikt kunnen zijn, omdat juist deze patiënten minder mobiel zijn” (Microbioloog).

“Ik zie mobiele diagnostiek als overtreffende trap in de vormgeving van dienstverlening dicht bij de patiënt. (...) Voor bijvoorbeeld ouderen die buiten de stad wonen is het vaak een dagtaak om naar het ziekenhuis te komen, het zou een stuk gemakkelijker zijn als het diagnosticeren van klachten dicht bij huis georganiseerd zou kunnen worden” (Klinisch chemicus).

Het aanbieden van diagnostiek wordt door de laboratoria dus gezien als het verlenen van een dienst. En mobiele diagnostiek wordt gezien als overtreffende trap als het gaat om diagnostische dienstverlening. De verwachting is dus dat mobiele diagnostiek de dienstverlening zal vergroten. Bovendien maakt dit citaat duidelijk dat deze dienstverlening er voornamelijk op is gericht om de diagnostiek gemakkelijker te maken voor de patiënt, door diagnostische faciliteiten dicht naar de patiënt toe te brengen. Eerder is aangegeven dat huisartsen en ouderen specialisten als externe afnemers gezien worden, dit klopt ook wel omdat zij de diagnostiek aanvragen. Maar het diagnosticeren wordt gedaan met als doel voor patiënten betekenisvol te kunnen zijn. Het volgende citaat laat zien dat door de inzet van mobiele diagnostiek de patiënt ook als afnemer gezien kan worden, wanneer de trailer wordt ingezet voor preventief diagnosticeren. De bost- en darmkanker bevolkingsonderzoeken zijn hier voorbeelden van. Binnen de pathologie worden bijvoorbeeld ook veel uitstrijkjes onderzocht op baarmoederhalskanker, binnen de klinische chemie zou in dit kader bijvoorbeeld diabetes onderzoeken willen inpassen.

“Volgens mij biedt mobiele diagnostiek (...) de mogelijkheid om de drempel te verlagen voor onderzoek, omdat het niet via de huisarts hoeft, je kunt anoniem en de afstand is klein” (Patholoog).

Een ander voorbeeld van bijdragen aan maatschappelijke problemen willen de interne stakeholders door met mobiele diagnostiek ook de kosten van de zorg te reduceren.

“Mobiele diagnostiek biedt de mogelijkheid om meer te opereren tussen de lijnen [tussen de generalistische eerste lijn en de specialistische tweede lijn]. Omdat door de oplopende kosten specialisten worden gedwongen het ziekenhuis te verlaten. Er zijn ook specialisten die dat helemaal zouden zien zitten die het geen probleem vinden om bijvoorbeeld specialistische zorg in de mobiele trailer aan te bieden. Dat is toch de toekomst, want zorg buiten het ziekenhuis lijkt mij goedkoper” (Klinisch chemicus).

Op deze manier willen de interne stakeholders duidelijk bijdragen aan het maatschappelijk belangen. Naast toegankelijkheid kan mobiele diagnostiek, volgens verschillende interne

stakeholders, ook sneller diagnostische uitslagen produceren voor de huisarts, omdat de verwijzing naar de dichtbij gelegen mobiele trailer ervoor zorgt dat de diagnose sneller op gestart kan worden waardoor de huisarts eerder op de hoogte van uitslagen gesteld kan worden. Bovendien weten patiënten dan ook sneller waar ze aan toe zijn, waardoor onrust voorkomen kan worden (klinisch chemicus). Voornamelijk vanuit de microbiologie is het belang aanwezig om de huisartsen met mobiele diagnostiek extra ondersteuning te bieden, want voor het vakgebied van de microbiologie is mobiele diagnostiek niet toepasbaar. In de medische microbiologie is minder technologisch ontwikkeling die mobiele diagnostiek voor de microbiologie mogelijk maakt, bovendien is snellere diagnostiek hierin niet nodig (Microbioloog).

Voor de manager van het KCL en de PA is het van belang de financiële doelstellingen en klanttevredenheid in de gaten te houden en daarbij moeten alle nieuwe dingen passen in de centrale doelstellingen van de Sassen Klinieken. Daarom is de manager kritisch en remmend:

“Dat is wel een punt natuurlijk he, bij mobiele diagnostiek, dat is een morele vraag van je kunt wel allemaal dingen gaan bedenken en gaan aanbieden maar wat kost het en wat gaat het uiteindelijk opleveren en dat is een maatschappelijke vraag. En daarbij, het kan wel eens zijn dat er andere zaken meegenomen worden. Het kan wel eens zijn dat als ik met een microbioloog [of] een klinisch chemicus aan tafel zit, als je een maatschap hebt, dat je er dan een financieel belang bij kunt hebben dat het een succes wordt. Omdat je dan meer productie maakt, omdat je daardoor dus meer geld binnenhaalt. Het is dan dus wel de vraag die moet stellen met elkaar of eigenlijk aan elkaar, wat is nu feitelijk de opbrengst van die extra financiële middelen wat is nu de gezondheidswinst die je daarmee ophaalt en daarin mag je kijken naar de kwaliteit van de diagnostiek en de opbrengst van de diagnostiek, en daaraan gekoppeld mag je ook kijken naar wat het betekent voor de patiënt” (RVE Manager Pa en KC).

Uit de hierboven geschetste argumenten wordt duidelijk dat interne stakeholders denken dat mobiele diagnostiek voordelen oplevert voor de patiënt en de diagnostiekaanvrager. Deze argumenten zijn er ook voornamelijk op gericht te voldoen aan belangen in de omgeving en publieke belangen van patiënten te waarborgen. Ook al zet de manager van het KCL en de PA zijn vraagtekens bij de feitelijke opbrengsten van mobiele diagnostiek. Wat mobiele diagnostiek direct oplevert voor de interne stakeholders wordt uit de besproken aanleidingen nog niet duidelijk. In de volgende paragraaf wordt toegelicht hoe mobiele diagnostiek als interne strategie vorm krijgt. Maar allereerst zullen de perspectieven die door de extern betrokken zijn gegeven aan mobiele diagnostiek worden toegelicht. Want deze eerste paragraaf gaat over de betekenissen die aan mobiele diagnostiek worden gegeven, hoe er tegen mobiele diagnostiek aan wordt gekeken.

In de gesprekken met de eerstelijnszorgverleners is er gesproken over de typen diagnostiek die de mobiele unit zou kunnen leveren, de frequentie en andere eisen waaraan de trailer zou moeten voldoen zoals rolstoeltoegankelijkheid. Over het algemeen werd door de huisartsen en ouderen specialisten zeer praktisch en zonder veel enthousiasme gesproken over mobiele diagnostiek. Door ouderen specialisten wordt beaamd dat mobiele diagnostiek een uitkomst zou kunnen bieden voor in-mobiele patiënten, bij wie je toch een echo of röntgenscan bij zou willen maken, al is het om op die manier de juiste behandeling toe te

passen. Ook huisartsen zien voor deze groep patiënten mogelijkheden voor mobiele diagnostiek. Huisartsen vertelden dat ze in toenemende mate te maken zullen krijgen met steeds meer ouderen die thuis blijven wonen en zorg nodig hebben van de huisarts.

“We krijgen te maken met ernstiger, ziekere bed ledigere patiënten. Onze groep ouderenzorg wordt groter en ingewikkelder, die ook niet makkelijk naar het ziekenhuis kunnen. Er zijn gevallen dat je heel graag een foto zou willen omdat je wilt weten of iets wel of niet verholpen zou kunnen worden. Je lost met de foto geen probleem op, maar je kunt wel de juiste behandeling vaststellen. (...) Belangrijk is dat mensen niet verstoken worden van zorg, die je ze eigenlijk wel graag had willen aanbieden. Wat nu wel gebeurt omdat voor bepaalde mensen de afstand naar het ziekenhuis te groot en te lastig is. Soms zijn mensen zo moeilijk vervoerbaar, dat familieleden ze niet eens kunnen vervoeren, voor die mensen zou het heel goed zijn dat deze [mobiele] manier van diagnostiek beschikbaar zou zijn” (Huisarts Leist).

Naast de voordelen die mobiele diagnostiek dichtbij huisartsenpraktijken, verpleeghuizen en patiënten kan bieden worden er ook beperkingen genoemd door deze buitenwacht. Zo zouden mobiele diagnostiek voor ouderen zowel in verpleeghuizen voor thuiswonende ouderen maar zeer weinig nodig zijn. De medici in de eerste lijn zijn namelijk zeer terughoudend in het aanvragen van diagnostiek als het gaat om ouderen. De overweging wanneer het daadwerkelijk nog zinvol is, is moeilijk maar zorgt er in ieder geval voor dat er maar weinig diagnostiek nodig is. Want wanneer er echt wat aan de hand is moet een patiënt toch naar het ziekenhuis. Dan kun je het beste zorgen dat de patiënt zo snel mogelijk op de juiste plaats terecht komt (Ouderen specialist, Heemden)

“Ja, eigenlijk zijn we in de verpleeghuizen heel erg terughoudend met diagnostiek, dat komt voor een deel ook wel omdat het soms erg lastig te organiseren is. Als iemand bijvoorbeeld vergevorderde dementie heeft en bijvoorbeeld in een rolstoel zit en je zou eigenlijk wel een punctie willen doen in een klier of zo dan heb je alleen al logistiek zo veel hindernissen, wil zo iemand op een behandeltafel komen te liggen bijvoorbeeld. (...) Ik denk helaas dat we die mobiele trailer niet zo heel vaar nodig zouden hebben misschien één of twee keer per maand” (Ouderen specialist, Zwoest).

Het lijkt dus moeilijk om de trailer erg efficiënt voor ouderen zorg in te kunnen zetten. Hoewel de maatschappelijke waarde er wel zou zijn, dat je zorg voor in-mobiele ouderen mogelijk maakt zonder ze te hoeven opnemen in het ziekenhuis. De mobiliteit van de trailer zorg verder nog voor een belangrijke beperking, namelijk dat de beschikbaarheid maar zeer beperkt is. Sommige zorg zou er wel op ingericht kunnen worden, maar huisartsen en ouderen specialisten zien niet veel mogelijkheden voor planbare zorg de meeste aanvragen zijn of acuut of logistiek al goed geregeld. Bovendien vinden patiënten het over het algemeen het geen probleem om een afstand af te leggen om goede zorg te ontvangen.

“De meeste patiënten zijn helemaal niet zo in-mobiel, en de afstanden in Nederland zijn minimaal dus ik vind de mogelijkheden van mobiele diagnostiek maar zeer beperkt” (Huisarts Totem).

Mobiele diagnostiek wordt door de buitenwacht ook wel gezien als een verbreding van de diagnostische mogelijkheden. Een extra fysieke plaats waar diagnostiek uitgevoerd zou kunnen worden. Maar wat tegelijkertijd ook problemen van overdiagnostiek met zich zou kunnen brengen. Overdiagnostiek, is dat er diagnostiek wordt gedaan die eigenlijk niet nodig

is. De functie van mobiele diagnostiek zou er ook toe kunnen leiden dat veel patiënten dan gaan vragen om bepaalde diagnostiek omdat de trailer er dan toch is en het is lastig en vervelend om deze mensen te weigeren. Door overdiagnostiek zouden de kosten in de zorgsector alleen maar toenemen, daarom spreken veel huisartsen hun bezorgdheid hierover uit (Huisarts Woude, Heemden, Doestenij, Poppen Liensen).

“Als wij iemand met knieklachten zien en we zeggen tegen iedereen wacht nou nog maar eens een paar weken af, ja dan is het bij 80 procent daarvan na die paar weken over. Dus als al die mensen dan plotseling gebruik willen maken van mobiele diagnostiek omdat dat kan omdat die toch in de buurt is, dat is niet zo handig” (Huisarts Doestenij).

De extra voorziening zou er natuurlijk ook wel in kunnen resulteren dat er meer patiënten door de Sassen Klinieken geholpen gaan worden. Waardoor bestaande verbindingen verbroken zouden kunnen worden. Op die manier zou mobiele diagnostiek zorgen voor verschuivingen in het veld en de ondersteuning aan huisartsen verschaffen waardoor ze hun diagnostiek door de Sassen laboratoria laten doen.

“Nou ja weet je een belangrijk verschil zal zijn dat er meer diagnostiek naar Zwoest zou gaan als jullie dat zouden gaan doen [mobiele diagnostiek gaan aanbieden], dan naar Harderberg. Want naar Harderberg kan iedereen nu naar de röntgenafdeling zonder afspraak en in Zwoest moeten ze allemaal een afspraak maken en dan kunnen ze ook nog niet eens allemaal dezelfde dag terecht, dus dat vinden mensen eigenlijk heel onplezierig. En ik snap wel dat Zwoest dat zo gedaan heeft, maar dat maakt dus dat veel diagnostiek in Harderberg gebeurt” (Huisarts Doestenij).

Dit citaat vormt een mooie overgang naar de volgende paragraaf want deze huisarts belicht precies de strategische voordelen die de interne stakeholders met mobiele diagnostiek willen bereiken.

4.2 “Het ziet er uit als een soort stratego of risk en dat is het eigenlijk ook”

Uit de betekenissen van de interne stakeholders komt naar voren dat er strategische belangen zijn en dat verwacht wordt dat er voordelen te behalen zijn met mobiele diagnostiek. Zoals in de context naar voren is gekomen speelt marktwerking in de zorg een steeds grotere rol. Er is ook sprake van marktwerking als het gaat om het aanbieden van eerstelijnsdiagnostiek. Marktwerking gaat er van uit dat concurrentie de prijs en de kwaliteit van diensten ten goede komt. Door de toename van marktwerking in het veld van de eerstelijnsdiagnostiek willen de interne stakeholders hier hun strategie op aanpassen. Uit het volgende citaat wordt duidelijk dat mobiele diagnostiek wordt gezien als mogelijkheid om met marktwerking om te gaan.

“De toevoeging van mobiele diagnostiek als mogelijkheid in het veld versterkt onze mogelijkheden en ondersteunt onze [diagnostische] activiteiten, zodat onder andere het marktaandeel vergroot kan worden. Mobiele diagnostiek is namelijk flexibeler en hopelijk ook goedkoper. En daarnaast willen we ook kunnen leveren als er op plekken wordt gevraagd buiten ons gebied” (Klinisch chemicus).

In dit bovenstaande citaat wordt ook gesproken over leveren *buiten ons gebied*, de laboratoria van de Sassen Klinieken te Zwoest hebben een bepaald *adherentiegebied*, het gebied dat zij voorzien van diagnostiek. De randgebieden zijn de grenzengebieden van de Sassen Klinieken met andere omringende ziekenhuizen, in plaatsen als Heemst, Dieper, Lempel, Alperrond en Hazeland. In deze gebieden is de concurrentie voor de stakeholders binnen de Sassen Klinieken het meest voelbaar. Omdat huisartsen en ouderen specialisten / verpleeghuizen de keuze hebben voor een aanbieder. Huisartsen, verpleeghuizen en patiënten die in de randgebieden van ziekenhuizen wonen, liggen overal even ver vandaan, dus de afstand heeft geen invloed op deze keuze. In deze gebieden worden steeds vaker diagnostische voorzieningen geplaatst om patiënten dicht bij huis van dienst te kunnen zijn. Volgens een klinische chemicus die ik hierover sprak heeft dit veel verschuivingen opgeleverd in doorverwijzingen en diagnostische aanvragen, omdat deze voorzieningen er voor hebben gezorgd dat huisartsen daar gebruik van zijn gaan maken waardoor er verbindingen zijn ontstaan met andere ziekenhuizen, zoals Dieper en Heemst. Zo wordt er in grensplaats Reede door veel huisartsen nu gekozen voor diagnostiek van het Dieper ziekenhuis. Waar eerst de verhouding was, 75 procent van de diagnostiek door Zwoest is dat nu omgedraaid en levert Zwoest nog maar ongeveer 25 procent van de diagnostiek.

“De helft van mijn patiënten gaat naar Zwoest, maar sinds wij een dokterspost in Dieper hebben en sinds dat lab er is en röntgen en zo, is de stroom naar Dieper groter geworden natuurlijk, want als een patiënt bij de dokterspost is geweest is meteen de link gelegd met het Dieper ziekenhuis” (Huisarts in Reede).

Deze concurrentie in de randgebieden, maar ook de concurrentie met commerciële laboratoria die in elk gebied actief kunnen zijn en de angst voor grote buitenlandse laboratoria zorgt ervoor dat vooral de klinisch chemici en de patholoog willen anticiperen op het veranderende veld van de eerstelijnsdiagnostiek.

“In 2015 gaan de grenzen open, organisaties uit Europa kunnen dan hun diensten gaan aanbieden” (Klinisch chemicus).

“Er is hele erge concurrentie gaande. Huisartsen worden verleid om materiaal in te sturen naar labs die ver buiten de regio liggen” (Senior beleidsadviseur).

“Grote laboratoriumconglomeraten vanuit het buitenland betreden de Nederlandse markt en concurreren met name op prijs en snelheid in de eerstelijnsdiagnostiek” (Schoorl et al, 2008).

Op deze manier heeft mobiele diagnostiek een strategisch belang voor de interne stakeholders. De aanbieders zien dat voor zich dat door de mobiliteit gereageerd kan worden op verschillende diagnostische vragen uit het veld.

“(…) je wilt kunnen anticiperen op de concurrentie. De markt verandert nu eenmaal. Wij gedragen ons met dit initiatief wel tegendraads van de rest van Nederland, waarbij alleen gecentraliseerd wordt om de kosten te kunnen drukken, terwijl ik het belangrijk vindt om juist decentraal actief te zijn waardoor je een veel grotere groep gemakkelijker kunt bereiken” (Patholoog).

Uit dit citaat komt naar voren dat de patholoog, een zelfde argument is gehoord bij de klinisch chemici, door mobiele diagnostiek in te zetten wil anticiperen op het veranderende

veld van de eerstelijnsdiagnostiek. De patholoog maakt duidelijk dat hij verwacht dat de markt verandert waarop gereageerd moet worden volgens hem. Een klinisch chemicus zegt dat mobiele diagnostiek als toevoeging van de huidige diagnostische diensten het marktaandeel kan vergroten.

“Met zo'n mobiele trailer kun je wel de concurrentie aangaan in de randgebieden.(...) Prijs, kwaliteit, advies en snelheid; daar kun je je in onderscheiden” (Klinisch chemicus).

Uit dit citaat blijkt dat mobiele diagnostiek in de randgebieden kan worden ingezet om te concurreren. Prijs, kwaliteit, advies en snelheid worden gekarakteriseerd als onderdelen waarin je je als diagnostisch laboratorium kan onderscheiden. Het probleem is echter dat als je qua kosten wil kunnen concurreren je ook moet groeien, alleen dan kan je je diensten efficiënter inrichten waardoor de kosten kunnen dalen (klinisch chemicus). Daarom is het voor de laboratoria van belang om te groeien, zodat er mee kan worden gedaan met de concurrentiestrijd.

“Voor de concurrentie op prijs zijn wij met ons lab nog niet groot genoeg, Duitsland is groter. We zullen dus ook moeten gaan groeien maar labs overnemen gaat niet snel genoeg. Er kan bijvoorbeeld wel gegroeid worden door samenwerking. Ook wanneer er voldoende vraag is kan er een tussen labje worden ingericht. Het doel is toch groeien” (Klinisch chemicus).

“Je zult altijd op zoek moeten gaan de balans tussen prijs en kwaliteit. De vraag is waar ligt het omslagpunt, wanneer wordt het leveren van een dienst te duur. Je wilt namelijk ook prijstechnisch kunnen concurreren” (Klinisch chemicus).

Het doel van een groter gebied bedienen is om op die manier meer huisartsen te binden, waardoor het laboratorium en het ziekenhuis ook meer diagnostische aanvragen binnen krijgen en dus patiënten binnen krijgen. Immers het adagium; *“Wie de diagnostiek heeft, heeft de patiënt”* (Plexus, 2010, p. 3), is van (nog steeds) kracht in het veld van de eerstelijnsdiagnostiek. In een kantoor van het klinisch chemisch lab zijn verschillende grote kaarten te vinden waarop het gehele gebied van de eerstelijnsdiagnostiek inzichtelijk wordt gemaakt. Zo wordt duidelijk wie waar levert en hoeveel prikposten er in stad of dorp aanwezig zijn.

“Kijk dit is de kaart van ons adherentiegebied en al die pinnetjes geven aan waar wij onze diensten aanbieden. Het ziet er uit als een soort stratego of risk en dat is het eigenlijk ook want je bent steeds bezig met hoe je kan uitbreiden en beter kan organiseren” (Klinisch chemicus).

Niet voor niets wordt in dit citaat de term stratego gebruikt, waarbij het gaat om de tegenstander uitdunnen en land en macht veroveren. Er wordt er letterlijk een spel gespeeld om macht te verkrijgen.

De dreiging van concurrentie zorgt ervoor dat huisartsen profiteren. In meerdere gesprekken is naar voren gekomen dat de huisartsen de toenemende concurrentie in het veld niet als onprettig of lastig ervaren. Maar juist mogelijkheden biedt voor meerdere verwijsopties of luxere positie.

“Het Vechterziekenhuis zit in Ieper, die hebben het niet bij ons geprobeerd, andersom weet ik dat de Sassen wel heeft geprobeerd om in Ieper te landen. Toen het Vechter ziekenhuis neerstreek in Ieper, toen zag de Sassen wel het belang in om niet dit gebied te verliezen. Want wij zijn een behoorlijke leverancier voor de Sassen Klinieken, en zodoende hebben wij eigenlijk die buitenpoli gekregen” (Huisarts Heemden).

In de stad Zwoest en een dichte cirkel rondom Zwoest is de Sassen Klinieken vanzelfsprekend dé aanbieder. Maar zoals duidelijk is geworden geldt dat niet voor de randgebieden en is er sprake van verschillende verschuivingen in aanbieder. Maar er zijn ook twijfels. Ik heb al eerder aangegeven dat er binnen het klinisch chemisch lab verschillende meningen bestaan over de toekomstige markt van de eerstelijnsdiagnostiek. Niet iedereen is er namelijk van overtuigd dat de markt gaat veranderen. Er zijn er ook die zich vooral op de inhoud van het vakgebied namelijk de klinische chemie of medische microbiologie willen richten en daarin hoogwaardige diagnostiek willen leveren.

“Vinden wij het zelf van strategisch belang om de diagnostiek ook mobiel aan te bieden. Daarmee bedoel ik of het ziekenhuis voldoende mogelijkheden heeft om zich te werpen in de concurrentiestrijd, zonder de commerciële goederen tot beschikking te hebben. Daarnaast is de concurrentiesfeer nieuw dus daar moet men mee om kunnen gaan. In de maatschap zit hierin wel in tweestrijd. Zo zijn er die er niet zo van overtuigd zijn dat er concurrentie is en aangegaan moet worden, zij zitten nogal op de inhoud en zijn erg behouden wat dat betreft” (Klinisch chemicus).

Binnen de maatschap van de KCL is er onenigheid over de koers die gevaren moet worden. Dit citaat laat ook enige twijfel zien bij de anders zo stellige en overtuigende klinisch chemicus. Ook al hebben de interne worstelingen geen zichtbare invloed gehad op de werkvloer, ik merkte wel dat de stakeholders binnen deze maatschap hierdoor wisten dat mobiele diagnostiek geen bijdrage zou leveren aan het verbeteren van de interne problematiek waardoor dit niet breed besproken werd. Dit beïnvloedt op die manier de mogelijkheden van de strategie. Want er zal toch akkoord gegaan moet worden door alle leden van de maatschap.

Tijdens het presenteren van mijn resultaten bij de intern betrokken eerstelijnsdienstverleners, werd nog een andere tweestrijd duidelijk. Maar dat had voornamelijk te maken met het doel van mobiele diagnostiek. Wellicht kan er met mobiele diagnostiek meerdere doelen behaald worden. Toch zorgt de onduidelijk over, laat ik het dan maar even hoofddoel noemen, ervoor dat de discussie telkens weer opwaait. Zo wordt enerzijds het belang van ondersteuning van de huisartsen en bediening van patiënten onderstreept en anderzijds wordt de concurrentiestrategie bestempeld als dusdanig.

Hoewel het ondersteunen van huisartsen en ouderen specialisten in feite ook onderdeel is van mobiele diagnostiek als strategie, kenmerkt deze strategie zich meer door marketing omdat het hierbij gaat om ondersteuning en het relationele aspect. Deze relatie of verbinding wordt toegelicht in de nu volgende paragraaf.

4.3 “Het is van groot belang dat om de binding met de huisartsen te vergroten. De lijntjes worden namelijk steeds korter”

Uit de gesprekken, die ik heb gevoerd met huisartsen en ouderen specialisten, kwam naar voren dat de relatie tussen de interne aanbieders van diagnostiek en de externe afnemers van groot belang is als het gaat om de dienstverlening van diagnostiek. Met deze relatie is het namelijk mogelijk verbindingen te creëren tussen de aanbieders en afnemers. Een artikel verschenen naar aanleiding van verschillende werkconferenties met klinisch chemici in Het Nederlands Tijdschrift Klinisch Chemische Labgeneeskunde (Schoorl, Schoorl en Bartels 2008) maakt duidelijk dat de laboratoriumorganisatie er primair is voor de klanten. Klantengroepen betreffen de medisch specialisten (waaronder ouderen specialisten), huisartsen en patiënten. Schoorl et al (2008) stellen dat *personal branding* in de persoon van een klinisch chemicus bijdraagt aan de het onderscheidend vermogen van het integrale laboratorium organisatie.

“De klinisch chemicus fungeert steeds meer als gesprekspartner in contacten met klanten. (...) Dienstverlening en klinische consultatie ontwikkelen zich tot persoonsgebonden businesskarakteristieken (‘personal branding’). In relationeel opzicht wordt de toegevoegde waarde van een product belangrijker als manifestatie van de nagestreefde identiteit van het laboratorium Het gezegde luidt: zo men is van binnen, zo men is van buiten. Het imago van de laboratoriumorganisatie is afhankelijk van de wijze waarop men cliëntgerichtheid inhoud geeft” (Schoorl et al, 2008, p.1-2).

Een belangrijk punt De subjectieve beleving van de klant speelt een belangrijke rol als het gaat om klantenbinding.

“Subjectieve kenmerken als persoonlijke betrokkenheid, comfort, gemak en aandacht voor ethiek zijn mede bepalend voor het imago van het laboratorium. Klantgerichtheid impliceert in de praktijk plezierige contacten, attente service, snelle hulp, vakinhoudelijke interventies die vertrouwen wekken en adviezen op maat” (Schoorl et al, 2008, p.2).

Er wordt duidelijk gemaakt dat strategieën van laboratoria zich voornamelijk zouden moeten richten op het werken aan *public relations* en het imago. Waarbij het borgen van continuïteit binnen bestaande relaties een vereiste is

“In de toekomst zal het accent op service en de toegevoegde waarde van consultatie verder toenemen, waarbij de rol van laboratoriumspecialist evolueert van vakdeskundige naar relatiebeHeemdenr. De noodzaak voor een cultuurshift en mentaliteitsverandering is manifest” (Schoorl et al, 2008, p. 3).

Wanneer de laboratoria zich willen richten op klantenmanagement en –strategieën dan zullen interne stakeholder zich moeten gaan opstellen als relatiebeHeemdenrs. Deze beHeemdenrs moeten zich volgens het figuur richten zich op communicatie, bejegening en advisering. Op die manier wordt volgens dit figuur de klantbeleving van onder andere huisartsen en ouderen specialisten beïnvloed. Dit figuur is opgesteld na aanleiding van werkconferenties van klinisch chemici.



Figuur 1. Cyclus van klantenmanagement.

Bon: Schoorl et al, 2008

Al uit een eerder citaat blijkt dat de fysieke aanwezigheid van bijvoorbeeld een dokterspost of diagnostische activiteiten ervoor zorgt dat mensen eerder naar het ziekenhuis gaan die die diensten dichtbij leveren. Omdat ze op die manier al in aanraking komen met het ziekenhuis. Volgens een klinisch chemicus kan juist door deze reden mobiele diagnostiek dienen als een bindmiddel, niet alleen met de huisartsen maar juist ook met de patiënt.

“Mobiele voorziening in de omgeving van de patiënt zorgt ervoor dat de diagnose ook meer in de omgeving van de patiënt plaats vindt zodat hij / zij meer betrokken is en niet alleen de huisarts wordt gebonden maar ook patiënt” (Klinisch chemicus).

De interne stakeholders zijn met mobiele diagnostiek zeker ook op zoek naar deze verbinding. Want ze weten dat deze binding erg belangrijk is wanneer het gaat om diagnostische dienstverlening.

“Het is van groot belang dat om de binding met de huisartsen te vergroten. De lijntjes worden namelijk steeds korter. Bovendien biedt mobiele diagnostiek de mogelijkheden om dit te realiseren door de ondersteuning die geboden wordt aan huisartsen” (Microbioloog).

Deze korte lijntjes tussen specialist en arts in de eerste lijn duiden op een bepaalde relatie. De interne stakeholders denken dat dat de inzet van mobiele diagnostiek een middel is om de concurrentie aan te kunnen gaan in de randgebieden, de gebieden die tussen twee ziekenhuizen in liggen. Daarnaast hebben ze intern ook de overtuiging dat binding met de huisartsen heel belangrijk is voor het kunnen leveren van diagnostiek. Mobiele diagnostiek zou dus daarvoor ingezet kunnen worden, zodat door het aanbieden van mobiele diagnostiek de huisartsen ondersteund en bereikt worden waardoor de huisartsen worden verbonden aan het ziekenhuis. Op deze manier is mobiele diagnostiek ook een strategie om meer patiënten binnen te halen, omdat de huisartsen erg bepalend zijn voor de toestroom van patiënt naar een ziekenhuis (interne stakeholders) De huisartsen zijn op die manier een machthebbend voorportaal van het ziekenhuis. En zo ervaren de interne stakeholders dat ook;

“Huisartsen zijn de rode loper van dit ziekenhuis” (Klinisch chemicus).

“De huisarts treedt op voor de patiënt. De keuzes die de patiënt maakt in het zorgproces hangen in grote mate af van wat de huisarts aangeeft” (Senior beleidsadviseur).

“Ik kan het niet vaak en hard genoeg zeggen, richt je eerst op de huisartsen want die bepalen of je het gaat maken in het gebied” (Patholoog).

“Met het bieden van kwaliteit alleen red je het niet, geld en relaties spelen een hele grote rol voor huisartsen. Huisartsen zijn heel erg bepalend voor de patiënt, die volgen huisartsen veelal blindelings. Dat maakt dat ze ook bepalend zijn voor het ziekenhuis” (Senior beleidsadviseur).

Uit deze citaten wordt duidelijk dat huisartsen grote invloed hebben op de toestroom van patiënten naar het ziekenhuis. Een belangrijke taak voor de laboratoria is dan ook de huisartsen aan zich te binden zodat er mogelijkheden zijn voor controle, het naar hun hand zetten van deze verwijzingen.

Ook de huisartsen zelf ervaren dat ze invloed kunnen uitoefenen op hun patiënten.

“Mensen luisteren enorm naar wat je als huisarts te zeggen hebt. (...) Mensen hebben gewoon het vertrouwen in je. En deels ben ik heel open in de mogelijkheden, maar soms kan ik ook heel sturend handelen en wat meer inzetten op de behandeling bij een bepaald ziekenhuis of een bepaalde specialist” (Huisarts Heemden).

Uit dit citaat blijkt dat huisartsen een sturende rol in kunnen nemen als het gaat om patiëntverwijzingen. De keuze wordt ook wel aan de patiënt overgelaten. Deze baseren hun keuze veelal op historische gronden, mensen die lang in dezelfde regio wonen, blijven vaak naar hetzelfde ziekenhuis gaan.

“(...) Ik heb een aantal patiënten die komen uit die regio. Die zijn hier in Heemden komen wonen, dus die hebben vanuit oudsher wat meer met Alpermond” (Huisarts Heemden).

Daarnaast is afstand een belangrijke factor waarop de keuze voor een ziekenhuis wordt gemaakt. Echter, volgens andere huisartsen, vinden hierin verschuivingen plaats. Steeds vaker willen patiënten zo snel mogelijk geholpen worden of gaan ze voor de beste kwaliteit. In Nederland zijn de afstanden relatief kort, langer rijden voor een snellere behandeling wordt dan ook steeds minder als een probleem gezien (Huisarts Liensen).

Daarnaast kiezen vooral ouderen voor een kleinschalig ziekenhuis waar het overzichtelijker is en bijvoorbeeld vaker geholpen worden door dezelfde specialist (Huisarts Doestelij, huisarts Poppen).

“Ja, ik ben hier ooit met een nieuwe praktijk gestart en daarin merkte ik dat mensen liever naar een kleiner ziekenhuis wilden dan naar het grote Sassen. En dat zie je met name bij ouderen mensen die worden afgeschrikt door zo’n grote instelling” (Huisarts Poppen).

Tevens zijn goede ervaringen met een ziekenhuis van belang en niet alleen kwaliteit speelt hierin een rol ook zaken als, parkeermogelijkheden en klantvriendelijkheid spelen mee. De ervaring die een patiënt heeft met een ziekenhuis, daar zit een risico aan, vele jaren opgebouwde goodwill kan na een negatieve ervaring zo verspild zijn. Maar toch is het belangrijk om aan die goodwill te blijven bouwen, zodat patiënten blijven komen (Klinisch chemici).

Hierboven zijn een aantal afwegingen geschetst waarop patiënten kun keuzes baseren als het gaat om ziekenhuiszorg. Veelal laten patiënten zich hiervoor adviseren door hun huisarts. Voor huisartsen en ook ouderen specialisten kan de relatie doorslaggevend zijn voor een verwijzing naar een bepaald ziekenhuis, maatschap / afdeling of persoon.

“Maar de wat kleinere vakgebieden, nou laat ik het zo zeggen ik ken de KNO-arts in Alper rond ook en die is ook prima. Daar is Zwoest niet specifiek beter in of zo” (Huisarts Heemden).

In het bovenstaande citaat komt duidelijk een relatie-aspect naar voren, het “kennen” van de KNO-arts in Alper rond is de voornaamste beweegreden van de huisarts. Bovendien wordt duidelijk dat wanneer het gaat om specialisten uit de wat kleinere vakgebieden er dan minder snel voor het grote Zwoest wordt gekozen. Wat opvalt aan dit citaat is dat wanneer er geen verschil in kwaliteit is het gaat om de relatie die er in dit geval bestaat tussen de huisarts met de KNO-arts in Alper rond. Het lijkt er op dat Zwoest enkel wanneer ze in een specialisme specifiek beter zijn patiënten van deze huisarts ontvangen. Ook uit het volgende citaat zou kunnen opgemaakt worden dat het huisartsen het prettig vinden om elkaar te kennen.

“Vroeger hebben we altijd veel met Zwoest samengewerkt, maar zijn nu meer richting Dieper gekeerd. Het is heel groot he Zwoest. Zo’n maatschap intern is al vreselijk groot” (Huisarts, Reede).

De grote maatschappen in Zwoest zorgen er voor dat het moeilijk is voor huisartsen om een relatie op te bouwen omdat er zoveel specialisten werken. Al eerder is dit ter sprake gekomen dat het voor ouderen ook een belangrijk punt is bijvoorbeeld steeds door dezelfde specialist behandeld te worden. Deze huisarts voelt zich duidelijk prettiger bij het kleinschaliger Dieper, wat goed in verband zou kunnen staan met de onmogelijkheid van een relatie met de grote interne maatschappen van Zwoest.

Twee huisartsen zijn onderdeel van zorgpilot, waardoor er onderlinge afspraken met een ziekenhuis zijn gemaakt. Je zou kunnen zeggen dat deze afspraken ook een relatie met zich mee brengt:

“De Vechtdal Vitaal pilot maakt dat de samenwerking met het ziekenhuis Heemst daarmee ook wat, ja hoe zal ik het zeggen intensiever wordt. En dat heeft er dan ook mee te maken dat het voor ons wel heel erg interessant is dat dat ziekenhuis wel blijft bestaan überhaupt he” (Huisarts, Doestenij).

Bij deze relatie is sprake van een wederzijds belang. Want het ziekenhuis heeft de

huisartsen hard nodig voor doorverwijzingen en voor de huisarts geldt dat ze in een pilot zitten maar ook dat ze grote invloed kunnen uit oefenen op het ziekenhuis in Harderberg, dat bereidwillig doet wat er van ze door de huisartsen gevraagd wordt (Huisartsen Poppen en Doestenij).

Het volgende citaat benadrukt het belang van een goede relatie voor zowel aanbieder als afnemer. Want wanneer een relatie goed is, is er sprake van wederzijds vertrouwen en wordt de relatie ook niet zomaar verbroken wanneer er op de deur wordt geklopt door enkele andere diagnostische aanbieders.

R: "Wij worden regelmatig benaderd door andere laboratoria die natuurlijk met geweldige voorstellen komen. Maar wij zeggen nee, het gaat ons niet alleen om de lab-functie maar ook om de relatie die wij hebben."

I: "En wat is er belangrijk in die relatie?"

R: "Ik denk eenheid en continuïteit ik hoef niet van zes verschillende bedrijven zorg te krijgen want ik heb in de avonddienst en in het weekend toch ook dat ziekenhuis en de specialist nodig. Dus om nou te zeggen jongens we moeten per sé voor de laagste prijs gaan, daar gaat het mij niet om. De service he, zoals wij in Heemst hebben gesproken over onze behoeftes en dat daar ook naar geluisterd is" (Huisarts Poppen).

In bovenstaand citaat komt naar voren dat de relatie tussen een laboratorium en een huisarts van groot belang is. De prijs en de functies van het lab zijn minder relevant. Eenheid en continuïteit worden genoemd als belangrijke aspecten van een relatie. Daarnaast wordt op basis van service en of er naar hun geluisterd wordt een relatie aangegaan. Dit citaat biedt inzicht in de voorwaarden voor een relatie tussen aanbieder en afnemer. Het is de vraag of mobiele diagnostiek een middel is om dit type relatie te realiseren. Uit de gesprekken met de huisartsen blijkt namelijk dat relatie met een ziekenhuis over ook andere dingen gaat de diagnostische methoden en technieken.

Een stevige relatie, op basis van eenheid en continuïteit, is niet vanzelfsprekend. In een relatie moet altijd geïnvesteerd worden. Soms betekent dit heel letterlijk investeren om de binding met huisartsen tot stand te brengen.

"Kijk, huisartsen kijken ook vaak naar de verdiensten die door aanbieders worden ingezet om de huisartsen aan zich te binden. Want je mag huisartsen niet betalen maar dat betekent niet dat ze niet via andere methoden toch financieel ondersteund worden. Wij huren soms ook ruimte bij een huisarts om daar te kunnen prikken dat is dan ook om de binding te versterken" (Klinisch chemicus).

Een ander voorbeeld dat naar voren kwam was dat een huisarts nieuwe computers kreeg geïnstalleerd met het ziekenhuissysteem van Dieper, zodat het voor de huisarts makkelijker werd gemaakt om 'zaken' te doen met Dieper. Er worden dus verschillende middelen ingezet om de huisartsen te binden aan een ziekenhuis.

Maar ook investeren om te voorkomen dat er andere verbindingen worden gemaakt. Waarbij het bijvoorbeeld belangrijk is dat er vanuit het ziekenhuis wordt begrepen wie ze tegenover

zich hebben. Een ouderen specialist uit Uildeburg merkte op dat er vaak sprake was van *Babylonische spraakverwarringen*, die leidden tot vervelende gevolgen.

“Dus wij worden behandeld als een eerstelijnszorgaanvrager terwijl wij anderhalve lijn zijn. En trombosebenen, ja we moeten soms de diagnostiek wel hebben, maar de behandeling doen we zelf wel. Routinematige gaat al dat soort zorg uit de ‘eerste lijn’ door naar de interne zorg. Ook al heb je het soms uitgebreid op papier gezet, niet doorsturen naar interne zorg, geel gearceerd en dan nog.. Als je vraagt naar diagnostiek in de eerste lijn, wij zitten er tussen in. Wij hebben andere capaciteiten en mogelijkheden dan de huisarts dus ook andere eisen en dat wordt door het ziekenhuis niet zo begrepen” (Ouderen specialist, Uildeburg).

In de gesprekken die ik heb gevoerd kwamen een aantal voorbeelden naar voren waarin relaties verbroken zijn doordat er vanuit ziekenhuis onvoldoende geïnvesteerd is. Zo heeft de Sassen Klinieken het in een aantal randgebieden het “af laten weten” door bijvoorbeeld het materiaal niet meer op te halen, minder vaak te prikken of zelfs helemaal geen prikfaciliteiten meer aan te bieden. Dit heeft er toe geleid dat huisartsen en ook verpleeghuizen andere verbindingen met concurrerende ziekenhuisaanbieders zijn aangegaan.

“En wij zijn destijds met Heemst begonnen toen de klinische chemie van de Sassen wat minder vaak naar ons in Poppen ging komen. Toen dachten we nou ja dan moeten we toch kijken hoe het wel kan. En in Heemst zitten we met de huisartsenpost, dus die connectie is iets sterker dan met Zwoest” (Huisarts Poppen).

“Er zijn locaties in en rond Nunspeet die door Hazeland gedaan worden omdat daar altijd een splitsing was, ze lagen over de grens van waar Zwoest naar toe reed zullen we maar zeggen. Wat heel vervelend is voor ons, omdat je met verschillende formulieren en systemen ook en twee keer routing moet regelen en dat soort gedoe, zal ik maar even zeggen” (Ouderen specialist Uildeburg).

Deze verpleeghuisorganisatie heeft verschillende locaties, die bediend worden door verschillende aanbieders wat zorgt voor meer afstemming zoals voor de routing. Met routing wordt bedoeld wanneer materiaal (bloed, urine, etc.) wordt afgenomen of meegenomen, dit heeft grote invloed op hoe vaak er diagnose kan plaatsvinden en dus op de handelingen van de ouderen specialist.

Tot slot maakt het volgende citaat duidelijk dat wanneer huisartsen niet worden betrokken en daarmee buitengesloten worden grote gevolgen kunnen hebben.

I: “Heeft u het gevoel dat u een beetje in de steek bent gelaten door de Sassen?”

R: “Nee, maar wel een beetje met het op gang komen van die dokterspost of huisartsenpost. Toen waren wij niet welkom in Zwoest en dat heeft toen wel zijn weerslag op de zaak en een kentering richting Dieper op gang gebracht” (Huisarts Reede).

Uit de drie bovenstaande citaten kan opgemaakt worden dat de dienstverlening vanuit Zwoest niet ver genoeg reikte. De acties van de laboratoria in hun omgeving beïnvloeden rechtstreeks de gevoelens van huisartsen, met de gevolgen van dien. Als er onvoldoende vanuit Zwoest wordt geïnvesteerd wordt er dus opzoek gegaan naar andere mogelijkheden

voor de diagnostiek, dit betekent dat de huisartsen niet afhankelijk zijn van Zwoest. Maar dat de relatie afhankelijk is van Zwoest en hoeveel zij er in stoppen.

“De laatste jaren is er behoorlijk geïnvesteerd en dat was ook wel nodig, vroeger werd hier maar één keer per week geprikt en stonden de mensen in een lange rij soms wel buiten te wachten, heel vervelend was dat, nu wordt er al drie keer geprikt. Verder is er ook een keer gesproken over eerder beginnen met prikken, maar dat is toen toch niet door gegaan” (Huisarts Leist).

Het helpt als er geïnvesteerd wordt in de omgeving. Maar tegelijkertijd moet er ook aandacht besteed worden aan de interne dienstverlening. Huisartsen horen van hun patiënten namelijk niet altijd positieve geluiden over de servicegerichtheid van de Sassen. Het Dieperziekenhuis doet het daarentegen erg goed op dat gebied waardoor patiënten daar graag komen. Bovendien geeft dat ook een signaal af aan de huisartsen.

“Er zijn ook mensen die naar Dieper gaan, en dat wordt wel steeds meer en misschien goed om er bij te vermelden de mensen die naar Dieper gaan en beide ziekenhuizen kennen, die rapporteren bijna allemaal dat het hele Dieperziekenhuis vriendelijker en servicegericht is. Echt een heel groot verschil en dat zit hem in het complete personeel, dat begint al bij de deur en het eindigt bij de specialist die meer open is, meer tijd heeft minder wachttijd. Eigenlijk iedereen die een keer in Dieper zijn geweest die kiezen ervoor om daar te blijven. Dat is dus iets voor de Sassen om rekening mee te houden, want dat is echt een verschuiving die ik constateer” (Huisarts Leist).

In het overleg voor de logistiek van de eerstelijnsdiagnostiek verbazen de stakeholders zich hoe weinig de rest van het ziekenhuis zich focust op het contact en verbinden met de eerste lijn. Intern, in het ziekenhuis, wordt er nog niet gehandeld naar ondersteuning van de eerste lijn. De diagnostische afdelingen zijn daar echt voorloper in. Maar dit zou breder gedragen moeten worden door het gehele ziekenhuis. Want de uitstraling van het gehele ziekenhuis heeft wel degelijk invloed op verwijzingen van huisartsen. Dit gaat namelijk ook ziekenhuis breed over het contact tussen aanbieder en afnemer, de communicatie blijkt een belangrijk onderdeel van het onderhouden van een relatie. Volgens de manager heeft dit te maken met een bepaalde cultuur en mentaliteit.

“Ja, relatie en communicatie is het belangrijkste [met de zorgverleners in de eerste lijn]. Je kunt prachtig allemaal apparaten hebben staan. Het mooiste en beste ziekenhuis zijn. Maar als er niet op een goede manier gecommuniceerd wordt, wordt het niks. (...) Geert is een fantastisch voorbeeld daarvan, die besteedt het grootste deel van zijn werk aan de relatie met de aanvragend artsen. Dus dat heeft met een mentaliteit en met een cultuur te maken. Dus dat je tijd neemt en de energie hebt om dat te doen. Als je dat niet kunt, als je dat niet goed in de vingers hebt, dan moet je dat ook niet doen. Dan moet je dat overlaten aan iemand die dat wel goed kan. Dus iedere RVE moet zorgen dat ze één of meerdere specialisten hebben die de focus hebben op de eerste lijn” (RVE Manager Pa en KC).

In meerdere gespreken wordt de microbiologie geprezen omdat er altijd een specialist is die beschikbaar is en klaar staat om een eerstelijnszorgverlener te voorzien van hulp en advies.

“Nou zijn ze op zich heel toegankelijk hoor (...) en zijn goed bereikbaar altijd bereid om mee te denken dus dat is plezierig” (Ouderen specialist, Pampen).

Huisartsen investeren ook zelf in contacten met specialisten, face-to-face contacten maken het mogelijk dat je als huisarts herinnert wordt, waardoor er wellicht net een stapje extra wordt gedaan door een specialist. Bovendien werken huisartsen en specialisten op die manier aan wederzijds vertrouwen, waardoor relaties ontstaan.

“Ik probeer meestal wel te investeren in contacten met specialisten, zo heb je van die informatieavonden waar ik nog wel eens bij wil aanschuiven. Als je even je gezicht laat zien, even de hand schut en even met elkaar spreekt, dat scheelt al zo enorm, dat ze maar even weten wie je bent” (Huisarts Heemden).

Contact maken heeft effect op het verdere verloop van de relatie. De huisarts geeft aan dat het scheelt, als de specialisten weten wie je bent. Het gaat er hierin onder andere om voor deze huisarts dat hij wil investeren en dat hij serieus genomen wil worden. Dit zet dan ook de norm voor de relatie.

Communicatie gaat ook over luisteren naar feedback. Feedback wordt als zinvol beschouwd. In eerste instantie is het voor huisartsen en ouderen specialisten waardevol wanneer zij gehoord worden.

“En als wij feedback geven en we zien dat daar niks mee gedaan wordt, dan zoeken wij het wel elders want wij kunnen alle kanten op verwijzen he. Ik verwijs ook wel eens naar Dieper of Alper rond. Ook verwijs ik wel eens naar academische centra, waarbij ik denk dat laat ik niet in Zwoest doen. Dan zorg ik wel dat mijn patiënten het elders vinden” (Huisarts Heemden).

Uit dit citaat blijkt dat feedback het voor huisartsen belangrijk is en dat als ze merken dat hier niets mee gedaan wordt dat ze dan relaties kunnen verbreken. Dat maakt dat feedback van huisartsen voor ziekenhuizen minstens zo belangrijk zou moeten zijn. Ook voor de patiënten want het zou de zorg kunnen verbeteren. Uit bovenstaand citaat blijkt namelijk dat andere ziekenhuizen bepaalde dingen beter doen. Daarnaast wordt in dit citaat de ook de luzepositie waarin huisartsen zich bevinden, zij hebben het voor het zeggen als het gaat om het verwijzen en zeker als het gaat om diagnostiek omdat dat het voor de patiënt niet zoveel uitmaakt door wie dit verzorgd wordt, omdat de diagnostiek in principe los staat van het behandelproces.

Daarnaast is het voor huisartsen en ouderen specialisten ook waardevol om feedback te ontvangen. In de gespreken kwam veel naar voren dat er vanuit het ziekenhuis meer feedback gegeven mag worden. Onder andere over de kwaliteit van verwijzingen of diagnostische aanvragen. Op deze manier kan de relatie betekenisvoller worden voor de huisartsen en ouderen specialisten, omdat ze kunnen leren en beter weten wat er van ze verwacht wordt. Nu leidt dit namelijk nogal eens tot vervelende situaties waarbij huisartsen via hun patiënten te horen krijgen dat de specialist geïrriteerd is over een verwijzing. Dat kan leiden tot minder vervelende situaties waarbij er sprake is van onwetendheid over slechte verwijzingen. Openheid in de terugkoppeling en een goede communicatie wordt dus gewaardeerd (huisartsen Heemden, Pampen, Poppen, Doestenij).

Tot slot nemen huisartsen ook de communicatie en uitstraling van het gehele ziekenhuis naar de buitenwereld mee in hun afwegingen. De uitstraling van het ziekenhuis zegt veel over het ziekenhuis zelf, en dus ook over hoe er tegenaan wordt gekeken. Op de website

van de Sassen Klinieken wordt de wens uitgesproken om naast het mooiste ziekenhuis ook als het beste ziekenhuis bestempeld te worden. Dit geeft bij de huisartsen en ouderen specialisten het gevoel dat het ziekenhuis naast zijn schoenen gaat lopen. Natuurlijk heeft het ziekenhuis een aantal hoogleraren aangeleverd, en zijn bepaalde afdelingen superieur aan die van andere nabijgelegen ziekenhuizen, maar het meeste werk blijft toch standaard werk volgens verschillende respondenten.

“Maar wel een beetje een gevoel van sub-academisch en dat is wel een beetje, ja niet altijd even handig. Haha.(...) Dan denk ik van blijf met beide benen op de grond. Van de andere kant zijn er natuurlijk afdelingen zoals Neurologie, cardiologie, chirurgie, dat is allemaal Zwoest” (Huisarts Doestenij).

“Het gevaar van een topklinisch ziekenhuis is dat ze zich zo in de top gaan voelen dat ze vergeten dat het grootste deel gewoon standaard werk is. Wat ieder ziekenhuis gewoon moet bieden. (...) Nou de afgelopen jaren ervaar ik het niet meer zo negatief. (...) Daarvoor zat daar een directie, die zoiets hadden van de galblazen en de blinde darmen die moeten dan maar gebeuren in Lempel of Heemst dat was een vrij domme vorm van communicatie, hoe kan je jezelf verheffen boven het volk. Dan moet je vooral niet zo doen. (...) Dat is een soort bedrijfseconomisch denken wat je in de zorg niet zo gemakkelijk kunt toepassen. Want je hebt te maken met de patiënt en zijn omgeving” (Huisarts, Poppen).

De activiteiten van een ziekenhuis hebben invloed op hoe er door de buitenwacht tegen het ziekenhuis aan wordt gekeken.

Naast open en goede communicatie als cultuuraspect en feedback, is communicatie in de vorm van terugkoppeling van diagnostische uitslagen van betekenis voor de relatie van afnemers en aanbieders. Een veel genoemde voorwaarde is dan ook goede ICT-ondersteuning. De digitale verbinding zorgt voor een letterlijke en figuurlijke verbinding tussen ziekenhuis en eerstelijnszorgverlener. In de volgende paragraaf zal deze noodzaak verder worden onderbouwd met citaten.

4.4 “Het idee zou moeten zijn: echt een stabiele ICT-verbinding”

Al tijdens de eerste onderzoeksfase van dit onderzoek maakten verschillende interne stakeholders duidelijk dat een goede ICT verbinding noodzakelijk is voor het leveren van diagnostiek. Via ICT wordt namelijk digitaal de diagnostische uitslagen kenbaar gemaakt. Dit is de snelste manier om uitslagen te rapporteren. Echter zorgt dit ook voor een grote mate van afhankelijkheid van de prestaties van het ICT-systeem. De interne stakeholders benoemen een betrouwbare, veilige en snelle ICT-verbinding dan ook als één van de belangrijkste voorwaarden voor de toepassing van mobiele diagnostiek.

In de buitenwacht wordt ICT ook gezien als belangrijke voorwaarde en meerwaarde van de dienstverlening. Bovendien zorgt de ICT er ook voor dat huisartsen en verpleeghuizen aan een ziekenhuis worden gebonden. In het volgende voorbeeld lezen we dat het zorgdossier, een systeem van het Dieper ziekenhuis een voorziening is waardoor de huisarts verbonden wordt aan het Dieper ziekenhuis.

“Dus als je praat over een mobiel lab dan heeft denk ik alleen zin als je ook idanos [het ICT-systeem van de Sassen Klinieken] zou integreren in ons computersysteem. Dat is echt de

meerwaarde zeg maar.(...) Ja een goede communicatie met het zorgdossier maakt dat we wel gebonden zijn aan dat ziekenhuis ja” (Huisarts Reede).

Deze huisarts uit Reede spreekt over een goede communicatie met het zorgdossier, dat betekent dat hij tevreden is met het systeem van het Dieper ziekenhuis, waardoor er sprake is van een sterke wederzijdse gebondenheid. In de relatie en samenwerking met de huisartsen en ouderen specialisten is ICT dus essentieel. Op de vraag welke ondersteuning de eerstelijnszorgverleners nog beter zouden willen van de Sassen als diagnostiek aanbieder *is de verbetering van ICT een veel gehoord antwoord:*

“ICT vooral. Als dat goed zou zijn... we zitten er ook al jaren tegenaan te hikken. Soms is het in de lucht en soms niet. Wij hebben van het ziekenhuis een glasvezelverbinding meegekregen, en service en zo allemaal vanuit Dieper. Dus ICT is wel iets, daarmee bereik je veel in de gezondheidszorg” (Huisarts Reede).

Het is duidelijk dat goede ICT een grote meerwaarde oplevert in het veld van de zorg. Vanuit Dieper wordt er meer geïnvesteerd in ICT wat zich terugbetaald met gebonden huisartsen. Daarnaast wordt duidelijk dat het systeem van de Sassen te wensen over laat. Ook het volgende voorbeeld laat zien dat de werking Sassen systeem niet voldoet. Ook de ICT ondersteuning die door ICT-afdeling geboden wordt levert kritiek op.

“In Idanos kunnen komen dat lukt mij nu ook niet, ik heb wel eens naar de ICT gebeld van de Sassen, maar dan blijft dat weer liggen. (...) Ik denk dat het een enorme winst zou zijn als Sassen bij alle huisartsen die ze bedienen checken of het ICT-systeem werkt en zo niet dat er dan een team op af wordt gestuurd die dat regelen voor je. (...) Ze houden daardoor dingen in stand die die... we zijn daardoor afhankelijk van hun. Ik heb ook in andere situaties met hen te maken gehad waarin ik telkens stuitte op dat dingen niet konden, nee omdat zij gewoon die kant niet uit wilden. Dat is verbazingwekkend” (Huisarts, Heemden).

De verwachting wordt uitgesproken dat de Sassen haar verantwoordelijkheid neemt op het gebied van de ICT-faciliteiten. Daarnaast lijkt de ICT-afdeling zich te gedragen als een ontoegankelijke afdeling, die niet door heeft hoe groot het belang is om de huisartsen te voorzien van een goede verbinding. In een ander interview werd zelfs gesproken dat de Raad van Bestuur geen grip meer op deze afdeling zou hebben. Zo werd voorheen binnen het ziekenhuis de ICT niet eens breed gedragen, waardoor er verschillende ICT-systemen ontstonden per maatschap. Dit was een onwenselijke situatie voor de buitenwacht die te Pampen hadden met verschillende systemen per specialisme. De communicatie tussen interne maatschappen en afdelingen met de externe huisartsen werd daardoor erg verslechterd. Hoewel er nu wel een breed gedragen ICT systeem is, is er nog steeds weinig vertrouwen in dit systeem en de verbinding. Toen ik mijn resultaten terugkoppelde aan de interne stakeholders herkende zij zich volledig in het ICT-probleem, zelf ondervonden ze namelijk dezelfde problemen wanneer er bijvoorbeeld vanuit huis en regelmatig ook wanneer er vanuit het ziekenhuis werd ingelogd op het systeem. Voornamelijk de stabiliteit van de ICT verbinding laat op dit moment te wensen over. Het probleem is dat dit het werk van zorgverleners in de eerste lijn direct beïnvloedt. De snelheid van terugkoppeling kan dan niet worden gegarandeerd.

“Het andere dat ik belangrijk vind is dat ik er van op aan kan dat ik mijn resultaten snel krijg. En dat is op dit moment niet het geval, de koppeling met ICT systemen hapert zeer frequent, dat kan vanuit beide kanten he. Maar dat betekent wel dat wij afhankelijk zijn van het doorgebeld krijgen van uitslagen, dan wel op papier door gefaxt. Heb je het dus over een foto, dan zit er soms drie weken tussen voordat wij de uitslag binnen hebben, dat betekent dat ik dan dus al lang gebeld heb. In die stroom zou je enorme verbeterlagen kunnen maken. (...) Het idee zou moeten zijn; echt een stabiele ICT-verbinding” (Ouderen specialist Uildeburg).

Als de ICT werkt dan wordt er niet eens over nagedacht, dan is het er gewoon, pas als het niet werkt merk je hoeveel invloed het heeft en op welke manier daardoor de onderlinge verhoudingen worden beïnvloed. Niet voor niets wordt de ICT door een huisarts Liensen getypeerd als backbone voor samenwerking, relaties en ook mobiele diagnostiek. Wanneer de ICT betrouwbaar is worden deze afhankelijkheidsgevoelens wel herkend maar minder als onprettig ervaren. De mate van afhankelijkheid van ICT systemen lijkt groot in verschillende gesprekken en citaten komt terug dat ICT er voor zorgt dat afnemers afhankelijk worden gemaakt van de interne organisatie. Zoals in het bovenstaande citaat dat doordat de digitale terugkoppeling niet mogelijk is, er gefaxt of gebeld moet worden. In het onderstaande citaat wordt de afhankelijkheid opnieuw benadrukt. De aanwezigheid van deze afhankelijkheid wordt pas voelbaar doordat het ICT niet voldoet aan de eisen van de afnemers.

“Ja, uhm kijk we zijn vanuit hier erg georiënteerd op de Sassen dus dat brengt helemaal geen gedachte met zich mee van zullen we eens iemand anders gaan zoeken eigenlijk. Want ook als je mensen verwijst, dan verwijst je naar de Sassen, dat is gewoon zo. Dat is de monopolist he. En we zitten ook op het ziekenhuissysteem van Idanos, dat is voor ons ook heel erg belangrijk als artsen hier, want de uitslagen worden dan digitaal aangeleverd. Dat is eigenlijk niet meer mogelijk om dat niet meer te hebben. Dus daar zijn we helemaal op ingericht, dus we zijn wel een beetje overgeleverd aan de Sassen op dit moment en dat is op het moment wanneer de ICT uitvalt wel een beetje vervelend. Natuurlijk volg ik wel eens wat verder gebeurd en ik kijk ook wel met een scheef oog naar de kosten en zo. Maar praktisch gezien is de Sassen we gewoon hoofdaanbieder hier. We hebben de polikliniek hiernaast, dus het zou ook volstrekt onlogisch zijn om ergens anders naartoe te willen. Dan moet er wel een heel groot financieel voordeel te halen zijn” (Ouderen specialist Pampen).

Deze ouderenspecialist grenst met het verpleeghuis waarin hij werkzaam is aan een polikliniek van de Sassen, dus voor hem zit de Sassen letterlijk naast de deur. Dat maakt dat het voor andere aanbieders van diagnostiek een onlogische plek is om te concurreren maar wanneer er een gunstig aanbod wordt gedaan zou dat niet betekenen dat deze ouderen specialist automatisch verbonden blijft aan de Sassen. Maar op dit moment ervaart deze ouderen specialist de Sassen nog als de monopolist wat er voor zorgt dat niet de Sassen afhankelijk is maar de ouderen specialist.

V ANALYSE

In dit hoofdstuk staat de verbinding tussen de besproken bevindingen en de literatuur centraal. Er worden onderlinge verbanden in de data beschreven die vervolgens worden gekoppeld aan de literatuur. Verschuivingen in het speelveld staan in de analyse centraal.

5.1 Grenzen en macht

Uit de beschreven literatuur komt naar voren dat organisatiegrenzen een sleutelfunctie vervullen als het gaat om de afstemming tussen interne en externe omgeving. Een strategie is een middel om deze afstemming vorm te geven. Met het introduceren van een innovatie als mobiele diagnostiek worden in feite de huidige regels in het speelveld veranderd. Waardoor er verschuivingen kunnen plaatsvinden. De grenzen van de Sassen laboratoria en ook die van andere omringende ziekenhuislaboratoria liggen niet vast, maar lopen in de grensgebieden steeds meer in elkaar over. Het laboratorium verschuift met mobiele diagnostiek een deel van haar kernactiviteiten naar de omgeving. Hierdoor worden organisatiegrenzen opgerekt om strategische voordelen te behalen (Kerosuo, 2004). Dit sluit aan op de eerste grensstrategie van Van der Zaal (1997). Waarbij het gaat over de begrenzeing van de *core business*. Door de marktwerking in de zorg worden de Sassen laboratoria in steeds grotere mate afhankelijk van hun omgeving. Vooral in de grensgebieden zorgen verschillende verwijsmogelijkheden ervoor dat de ziekenhuizen afhankelijk zijn van de huisartsen en ouderen specialisten. Uit de resultaten is te ontdekken dat de huisartsen en ouderen specialisten op locaties dicht rondom Zwoest zich wel afhankelijk voelen van de Sassen. Door de kleine afstand tot het grote Zwoestse ziekenhuis of de kleinere poliklinieken weten de laboratoria nu nog concurrerende aanbieders af te houden. Daar wordt de Sassen nog gezien als monopolist. In de randgebieden ligt de macht echter in toenemende mate bij de huisarts. Die in het spel van de onzekere verbindingen aan zet is. De huisarts bezit met de patiënten namelijk de meest belangrijke machtsbron. Deze machtsbron wordt *gedeeld* met een ziekenhuis of diagnostische aanbieder onder leiding van de huisarts. De eerstelijnszorgverlener bepaald met wie. Dit maakt ziekenhuizen en laboratoria in grote mate afhankelijk van de verbindingen in het veld want zij hebben de diagnostische aanvragen en patiënten nodig om te kunnen *overleven*. De macht van de huisartsen in het veld van de eerstelijnsdiagnostiek is toegenomen door meer concurrentie en de technologische ontwikkelingen. Door de toegenomen hoeveelheid aanbieders zijn de huisartsen schaarser geworden, wat ze in de luxepositie plaatst. Dit machtsspel wordt in de literatuur door Bolman & Deal (2008) en Scott (2012) omschreven als arena waarin conflicterende belangen spelen.

5.2 Netwerken

In de literatuur wordt een beschrijving gegeven van een organisatieveld. Scott (2012) beschrijft dat in het veld: “(...) *most behavior takes place in circumscribed arenas dominated by a set of relatively specialized, independent, but interdependent organizations*” (p. 3). Deze afgebakende of begrensde arena's suggereren dat het veld bestaat uit verschillende netwerken waarin macht een belangrijke rol speelt (Scott, 2012, Bolman & Deal, 2008). Deze netwerken zijn zowel onafhankelijke, losstaande organisaties waarbij er tegelijkertijd ook sprake is van onderlinge afhankelijkheid (Mastenbroek). In het veld van de

eerstelijnsdiagnostiek beschouw ik de verschillende organisaties ook als onderling afhankelijk van elkaar. Omdat de laboratoria diagnostische aanvragen nodig hebben en de aanvragers levering van diagnostiek. Maar zie ik ook dat er onafhankelijk geopereerd wordt. Vooral huisartsen in de grensgebieden zijn in staat om eigen netwerken te vormen op basis van vertrouwensrelaties. Waarin het elkaar kennen, afspraken, goede communicatie, advies en ondersteuning bepalende factoren zijn. Scott (2012) geeft verder aan dat omgevingen begrensd worden door sociale constructie en contextfactoren. In dit onderzoek is me opgevallen dat huisartsen in de grensgebieden op basis van sociale constructie hun gebied bepalen. Interfereren in deze grenzegebieden is moeilijk. De laboratoria zouden natuurlijk het liefst met mobiele diagnostiek dezelfde situatie creëren als rondom het ziekenhuis, waarbij ze de controle hebben en minder zich minder afhankelijk voelen. Echter blijft er sprake van autonomie bij de huisartsen. Dus mobiele diagnostiek zou niet gebruikt moeten worden om controle te verkrijgen maar om aan te zetten tot stevige, betekenisvolle, relaties waarbij sprake is van wederzijds begrip. Het is duidelijk dat de interne medisch specialisten zich niet alleen bezig zouden moeten houden met de vakinhoud, maar zich ook de nieuwe rol van relatiebeheerders aanmeten. Dit geldt niet alleen voor de laboratorium specialisten. Zoals de manager van het KCL en de PA verkondigde zou elk specialisme iemand moeten hebben die zich constant inzet op de relatie met de buitenwacht. Want niet alleen de organisatiegrenzen in het veld van de diagnostiek verschuiven ook voor de andere specialismen geldt dat zorgverleners in de eerste lijn hun netwerk aanboren om patiënten te verwijzen. Het managen van verbindingen tussen binnen en buiten zijn dus belangrijke vereisten voor ziekenhuisorganisaties. Zeker met de toenemende netwerkvorming op basis van relaties zal deze rol niet onderschat moeten in het gehele ziekenhuis. Intern zullen medici elkaar dan ook beter begrijpen want relatie managende medici bevinden zich op een *in-between* positie tussen interne en externe actoren in. Westerlund en Savhn (2008) en Ellis en Ybema (2008) bespreken deze *in-between* positie, waarbij managers moeten switchen tussen verschillende identiteiten, waarbij zowel op *binnen* als op *buiten* aangesloten moet worden. Het inleven in omgevingsfactoren vraagt veel meer dan de meeste interne stakeholders verwachten. Het voordeel is dat op deze manier organisatie-breed beter en sneller geanticipeerd zou kunnen worden de omgeving. Waardoor de eerstelijnszorg zo optimaal mogelijk georganiseerd kan worden zodat dat kosten in de zorg wellicht ook iets gereduceerd kunnen worden.

5.3 Verschillende functies van mobiele diagnostiek

Uit de bevindingen komt naar voren dat er intern een andere functie aan mobiele diagnostiek wordt gegeven dan extern. De interne medische stakeholders zijn van denken dat mobiele diagnostiek voor de nodige verbindingen in het veld kunnen zorgen. Dit is volgens Mastenbroek (1996) een instrumenteel aspect van een relatie tussen afnemer en aanvrager. Mobiele diagnostiek, gezien vanuit technische mogelijkheden is een middel om verbindingen tot stand te brengen. Maar wat ook uit de bevindingen naar voren komt is dat deze technische mogelijkheden voor huisartsen en ouderen specialisten een andere functie vervullen, het zou namelijk ook kunnen leiden tot overdiagnostiek. Daarnaast zijn de eerstelijnszorgverleners veel meer op zoek naar, wat Mastenbroek (1996) sociaal-emotionele relatie-aspecten noemt. Dat maakt dat dat sociaal-emotionele aspecten voor de verbindingen binnen het netwerk zorgen. Dus de gevoelsmatige banden is erg belangrijk. Mastenbroek (1996) zegt over dit relatie-aspect dat samenwerken een loyaliteit creëert, waardoor een gemeenschappelijke identiteit kan ontstaan. De laboratoria sluiten met

mobiele diagnostiek dus niet goed aan op wat Mastenbroek benoemt als *de aard van het netwerk, en de interdependenties binnen het netwerk*. Op deze manier kan mobiele diagnostiek als strategie ook niet goed genoeg werken. Want zoals Porter (2009) aangeeft moet een strategie betekenisvol zijn voor de omgeving, wanneer er sprake is van afhankelijkheid van de omgeving. Van der Zaal (1997) onderscheidt drie kerndimensies die aanknopingspunten bieden voor het managen van samenwerking inter organisaties. Naast onzekerheid en afhankelijkheid wordt *'resource criticality'* aangegeven als kerndimensie. Waarbij relatie als belangrijkste kritieke bron wordt beschouwd om samenwerking en strategieën tot een goed eind te brengen.

5.4 Relatie

Deze verbindingen kunnen ingevuld worden door relatiemanagement. Waarbij de relatie vorm krijgt door de ondersteuning die wordt gegeven aan omgevingspartners. Hoewel mobiele diagnostiek startte passend bij een meer strategisch management vraagstuk wordt het door deze verschuivingen meer een marketing gerelateerd vraagstuk. Of als *bridging strategy* om toch meer in de de strategische benamingen te blijven, want in dit geval blijft de marketing en het relatiemanagement ook onderdeel van een strategisch vraagstuk.

Sociaal kapitaal is een cruciale nieuwe factor voor ziekenhuisorganisaties om met hun omgeving om te gaan. Binnen de laboratoriumorganisaties wordt hier al op verschillende manieren aandacht aan besteed. Al vanaf het eerste moment werd mij duidelijk gemaakt dat de binding met huisartsen essentieel is. Nieuwe relaties kunnen worden gemaakt wanneer sociaal kapitaal afbrokkelt, In de resultaten wordt duidelijk dat wanneer de dienstverlening te wensen over laat er ruimte ontstaat voor nieuwe verbindingen. In deze ruimtes is dan ook de mogelijkheid om met mobiele diagnostiek aandacht te geven, te ondersteunen en elkaar begrijpen. Het gebrek aan aandacht er namelijk voor dat organisaties elkaar als partners niet meer begrijpen. Daarom is het ook van belang om ouderen specialisten en hun positie tussen de lijnen te begrijpen waardoor voldaan kan worden aan wederzijdse behoeften.

De discussie in de jubileumuitgave Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde (2012) gaat over verbinding tussen de lijnen. Zo is Maarten van der Ploeg, directeur Diabetesvereniging Nederland, van mening dat de klinisch chemicus zich klantvriendelijker moet opstellen. Volgens Rob Dijkstra, Nederlandse Huisartsen Genootschap, moeten laboratoriumspecialisten zich proactief opstellen in het veld van de eerstelijnsdiagnostiek om zo de verbinding tussen de eerste en tweede lijn mogelijk te maken. Tot slot spreek arts-microbioloog over het begrijpen van klanten, waarbij laboratorium specialisten de *taal* van de ontvangers zouden moeten spreken. Deze citaten sluiten aan op het relatiebeHeemdenr gedachtengoed van Schoorl et al (2008) en op de ideeën van Westerlund en Svahn (2008) die in hun schema onder andere spreken over het begrijpen van de klant, om op die manier de waarde van de relatie te kunnen vergroten.

Het gevolg van deze netwerkvorming bij de huisartsen is dat het ziekenhuis als institutie steeds minder als zodanig wordt beschouwd. De relaties zijn medebepalend voor de verwijskeuze waardoor de huisarts ook steeds meer zal gaan denken in autonome maatschappen en afdelingen, zonder dat het uitmaakt onder wel ziekenhuis deze vallen. Scott beschrijft dit als *deinstitutionalization*, waarbij het ziekenhuis voor de huisarts als institutie steeds meer aan het vervagen is. De regiefunctie van huisartsen in het zorgproces neemt op die manier toe. Uit de bevindingen wordt duidelijk dat de verschillende specialisme

in ziekenhuizen worden gezien als autonome organisaties. Waarmee wel of geen relatie wordt aangegaan. Specialistische maatschappen en afdelingen in een ziekenhuis zien zichzelf dan blijkbaar ook als autonome sterke organisaties. Terwijl ze niet door hebben dat ze in grote mate afhankelijk zijn van de huisartsen in de buitenwacht. De machts- en afhankelijkheidsspanningsbalans van Mastenbroek (1996) sluit hierop aan. De specialismen zouden veel meer moeten toewerken naar wederzijdse afhankelijk, want de gedachte dat ze zelf een sterke autonome positie hebben is een illusie. In de netwerken binnen het veld van de eerstelijnszorg zijn het namelijk de huisartsen die de touwtjes in handen hebben. De macht van de huisartsen is dus erg groot, je zou je kunnen afvragen of dit een wenselijke ontwikkeling is. Maar in feite worden de keuze door de huisartsen wel weloverwogen gemaakt, al is het grotendeels op basis van vertrouwen, dat blijft toch de graadmeter in zorgprocessen. Want door informatiegaten vertrouwen wij ook op onze huisartsen en op diezelfde manier doen huisartsen dat een stapje verder in het zorgproces.

VI CONCLUSIE

In de inleiding van dit onderzoek wordt geschetst wat de ontwikkelingen zijn op het gebied van de eerstelijnsdiagnostiek. Het wordt duidelijk dat de invloed van marktwerking groot is, waardoor laboratoria worden uitgedaagd zich te positioneren in het veranderende veld van de eerstelijnsdiagnostiek. Met dit onderzoek is getracht te onderzoeken hoe de Sassen laboratoria zich dienen te positioneren in het veranderende veld van de eerstelijnsdiagnostiek, door te onderzoeken welke betekenissen er aan mobiele diagnostiek worden gegeven.

“Welke betekenissen geven intern en extern betrokken partijen aan mobiele diagnostiek in het veranderende veld van de eerstelijnsdiagnostiek?”

Uit dit onderzoek wordt duidelijk dat er zowel door de interne stakeholders als door de externe actoren verschillende betekenissen aan mobiele diagnostiek geven. Onder andere doordat de functie van mobiele diagnostiek verschillende waarden heeft voor enerzijds interne stakeholders en anderzijds externe actoren. De strategische waarde van mobiele diagnostiek voor de interne medische stakeholders is groot. Vooral door de mogelijkheden van mobiele diagnostiek om te kunnen anticiperen op vragen uit het veld. Zodat er geconcurrereerd kan worden. Volgens de manager pathologie en klinische chemie zou het doel van een innovatie altijd moeten zijn dat het waarde oplevert voor de patiënt of afnemer van de diagnostische diensten. Hoewel deze voorwaarde wordt gedeeld door de verschillende stakeholders levert dit wel een spanningsveld op. Want de technische mogelijkheden en strategische voordelen lijken toch leidend te zijn voor deze innovatie. Er is sprake van een tunnelvisie. Op dit moment zorgen de technische mogelijkheden nog teveel voor een tunnelvisie bij verschillende interne stakeholders. Waarbij platgeslagen alleen wordt gedacht aan de concurrentievoordelen die behaald kunnen worden. Huisartsen en ouderen specialisten kijken met een zeer praktische houding aan tegen mobiele diagnostiek en zien eerder beperkende factoren dan directe winstgevendende factoren. Het is dan ook een belangrijke conclusie dat het beter is om samen met huisartsen en ouderen specialisten na te denken over innoverende diagnostische toepassingen. Zodat daarin al op zoek gegaan kan worden naar aansluiting en een gezamenlijke vormgeving van de veranderingen die in het veld gaande zijn. Dit zou zelfs voordelen kunnen opleveren ten aanzien van de machts- en afhankelijkheidsverhoudingen. Omdat het ziekenhuis wel over meer middelen beschikt om iets voor elkaar te krijgen. Het is belangrijk dat het dan echt iets waarbij de huisartsen zich ondersteund voelen. Want op dit moment is een belangrijke conclusie die uit dit onderzoek getrokken kan worden: dat verbindingslijnen tussen vrager en aanbieder te omschrijven zijn als netwerkorganisaties waarin machts- en afhankelijkheidsrelaties een grote rol spelen. Deze macht- en afhankelijkheidsrelaties zijn te herkennen aan de onzekerheden waar de laboratoriumorganisaties mee Pampen en de machtsbronnen die de huisartsen bezitten. Strategieën met uiteenlopende doelen worden door de laboratoria ingezet om op zoveel mogelijk dynamieken van de omgeving te kunnen inspelen. Dat zorgt voor onduidelijkheid in de interne afstemming, waardoor de strategie minder breed gedragen worden en in kracht afneemt. Uit de analyse wordt duidelijk dat de organisatiegrenzen dus

niet meer vast liggen maar verschuiven door acties binnen het laboratorium. Deze verschuivingen kunnen plaatsvinden door sociale constructie van verbindingen waarbij relaties zorgen voor het bindmiddel. Vertrouwensrelaties op basis van het elkaar kennen, afspraken, historische groei vormen onderdeel van het nodige sociaal kapitaal. Acties van het laboratorium moeten dus van aard zijn sociale constructies te beïnvloeden

Wat kunnen we leren van dit onderzoek

De belangrijkste conclusie die uit dit onderzoek getrokken kan worden is dat relaties van essentieel belang zijn als het gaat om verbindingen tussen de eerste en tweede lijn. Het gaat hierbij niet zozeer om instrumentele, rationele relaties, waarbij een middel, zoals mobiele diagnostiek, wordt ingezet om relaties aan te gaan. Instrumenten kunnen wel helpen om een relatie tot stand te brengen en technieken brengen wel mogelijkheden maar over het algemeen zijn de sociaal-emotionele aspecten van een relatie van belang. Dit wordt nu door het gehele ziekenhuis nog te veel onderschat. In de laboratoriumorganisatie zijn ze zich wel bewust van het feit dat relaties met huisartsen en ouderen specialisten zeer belangrijk zijn, uit de resultaten blijkt ook dat hierin is geïnvesteerd.

Toekomstverwachtingen

Door dit onderzoek zou ik willen pleiten voor het investeren in sociaal-emotionele relaties tussen medisch specialisten en zorgverleners in de eerste lijn. Wanneer er in de toekomst meer tussen de eerste en tweede lijn geopereerd zal moeten gaan worden is relatie het sleutelbegrip om deze verbinding te realiseren. Uiteindelijk zal het investeren in relaties dus ook resulteren in minder kosten in de zorgsector. Omdat een goede samenwerking tussen eerste en tweede lijn ervoor zou kunnen zorgen dat ziekenhuizen zowel de mogelijkheid hebben om te kunnen centraliseren als contacten hebben met de eerstelijnszorgverleners. Op die manier kan de zorg in de eerstelijnszorg zowel kwalitatief als effectief beter georganiseerd worden, waardoor meer zorg buiten het dure ziekenhuis gehouden kan worden.

REFERENTIES

- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Hoofddorp: Boom Onderwijs.
- Bolman, L., & Deal, T. (2003). *Reframing Organizations. Artistry, Choice and Leadership*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L. J. D. (1992). *An Invitation to Reflexive Sociology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Dacin, M. T., Goodstein T., Scott W.R., (2002). *The Academy Of management Journal*, 43-56.
- Davenport, S. & Leitch, S. (2005). Circuits of Power in practice: Strategic Ambiguity as Delegation Authority *Organization Studies*, 1603-1623.
- Denis, J., Forest, P., (2012). Real Reform Begins Within: An Organizational Approach to Health Care Reform. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 37:4.
- Desmidt, S. & Heene, A., (2005). *Strategie en Organisatie van Publieke Organisaties*. Leuven: Uitgeverij Lannoo.
- Ellis, N. & Ybema S., (2008). Relationships Marketing Identities: Shifting Circles of Identification in Inter-organizational. *Organization studies*, 279-307.
- Flyvbjerg B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative Inquiry*, 219-245
- Guba, E. (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Educational Communication and Technology Journal*, 75-91.
- Granovetter, M., (1985). Economic Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness. *American Journal of Sociology*, 481-510
- Hamoen, R. & Havenith, M., (2011) Jaarverslag 2011 Afdeling Pathologie Sassen Klinieken Zwoest.
- Kerosuo, H. (2004), Examining Boundaries In Health Care – Outline Of A Method For Studying Organizational Boundaries In Interaction *Outlines*, No. 1
- Krefting, L. (1991). Rigor in Qualitative Research: The Assessment of Trustworthiness. *The American Journal of Occupational Therapy*, 214-222.
- Mastenbroek, W.F.G. (1996). Organisatietheorie: organisaties als netwerken. In: conflicthantering en organisatie-ontwikkeling. Alphen a/d Rijn/Diegem: Samsom bedrijfsinformatie, 27–57.
- Moeke, D., Verkooijen, L. (2005). Logistiek in een zorgomgeving: Cliënt centraal. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*. 19:1.

- Moran, P. (2005). Structural vs. Relational Embeddedness: Social Capital and Managerial Performance. *Strategic Management*, 1129-1151.
- Nederlands Vereniging voor Klinische Chemie en laboratoriumgeneeskunde, (2011), *Verbinding tussen de lijnen*. www.nvkc.nl
- Nederlandse Zorgautoriteit, (2011). Advies Eerstelijnsdiagnostiek. *Diagnostiek onderzocht*.
- Oerlemans, L. (2007). *Netwerken en innovatie: Een perfecte match?*. Universiteit van Tilburg.
- Pfeffer & Salancik, (2003). *The external control of organizations: a resource dependence perspective*. Stanford: Stanford University Press.
- Plexus, (2010). Rapportage Business Case Eerstelijnsdiagnostiek.
- Porter, M.E. (2009). A Strategy for Health Care Reform – Toward a Value-Based System. *The New England Journal of Medicine*, 109-112.
- Putters & Frissen, (2006). Vertrouwen voor en door innovatie *Over de noodzaak van checks & Balances bij vernieuwingsprocessen in de zorg*. Tilburgse School voor Politiek & Bestuur
- Rutte, M., Samsom, D., (2012). Bruggen slaan. *Regeerakkoord VVD – PvdA*.
- Salancik, G. R. (1986). An Index of Subgroup Influence in Dependency Networks, *Administrative Science Quarterly*, 194-211.
- SAN, (2010). Medische diagnostische centra zijn cruciaal voor nabije, zinnige en zuinige zorg in de eerste lijn. Utrecht.
- Schippers, E.I., (2013). Betreft Voorhangbrief functie eerstelijnsdiagnostiek.
- Sandberg, J., & Targama, A. (2007). *Managing Understanding in Organizations*. London: Sage Publications Ltd.
- Schoorl, M., Schoorl, M., Bartels, P.C.M., (2008). Buiten winnen is binnen beginnen. *Ned Tijdschr Klin Chem Labgeneesk*, 204-205.
- Silverman, D. (2011). *Qualitative Research*. London: Sage Publications, Ltd.
- Scott, W. R., (2012). Embedding the Examination of Multilevel Factors in an Organization Field Context, Published by Oxford University Press.
- Van der Zaal, G.A.W., (1997). De drie strategische kerndimenties van interorganisatiele samenwerking. *Thesis Publishers*: Amsterdam.
- Vlaar, P.W.L., Van den Bosch, F.A.J., Volberda H.W. (2006). Coping with Problems of Understanding in Interorganizational Relationships: Using Formalization as a Means to Make Sense. *Organization Studies*, 1617–1638.

Van Thiel, S. (2007). *Bestuurskundig onderzoek. Een methodologische inleiding*. Bussum: Coutinho.

Westerlund M., Svahn, S., (2008) A relationship value perspective of social capital in networks of software SMEs. *Industrial Marketing Management*, 492–501.

TOPICLIJST INTERVIEWS

Interviews met huisartsen en specialisten ouderenzorg

Introductie

Goedendag, bedankt voor de medewerking

Ik ben Miebet Bour en ik studeer Bestuur- en Organisationswetenschap aan de Universiteit Utrecht, op dit moment ben ik bezig met mijn afstudeeronderzoek over mobiele medische diagnostiek voor huisarts- en verpleeghuispatiënten in het kader van de master Organisaties, Verandering en Management. Als onafhankelijke onderzoeker ben ik geïnteresseerd in de betekenissen die aan 'mobiele medische diagnostiek' worden gegeven.

Het gaat om uw mening. Uw input zal anoniem verwerkt worden. Als u het goed vindt, zou ik het interview graag opnemen.

Het vertrekpunt van dit gesprek is 'mobiele medische diagnostiek'. Onder mobiele diagnostiek versta ik (kortgezegd) diagnostiek die in mobiele vorm wordt aangeboden; een mobiel diagnosepunt. De diagnostiek waaraan u kunt denken is die van de klinische chemie, de pathologie en de microbiologie.

Doel van het gesprek is: inzicht krijgen hoe u als betrokkene, in het veld van de eerstelijnsdiagnostiek, aankijkt tegen een mobiele vorm van diagnostiek.

1. Huidige vorm van diagnostiek

- Hoe is op dit moment de logistiek rondom de diagnostiek vormgegeven?
- Hoe ervaart u de huidige vormgeving van de eerstelijnsdiagnostiek?
- Zijn er knel- / verbeterpunten?

2. Diagnostische dienstverlening

- Wat vindt u belangrijk in de levering van diagnostiek?
- Wat zou u willen van diagnostische dienstverleners?
- Wanneer kiest u voor een aanbieder van diagnostische dienstverlening?
- Hoe kijkt u aan tegen de verschillende partijen die zijn betrokken bij de diagnostische dienstverlening?

3. Relatie met laboratoria

- Hoe is de relatie met de laboratoria (KC, Pa, LMMI)?
- Hoe verloopt het contact met de laboratoria?
- Is er sprake van samenwerking?
- Sprake van binding, ondersteuning en korte lijnen?

4. Mobiele diagnostiek

- Wat verstaat u onder mobiele medische diagnostiek?
- Hoe ziet mobiele medische diagnostiek er volgens u uit?
- Hoe kijkt u aan tegen mobiele medische diagnostiek?
- Wanneer zou diagnostiek in een mobiele vorm voordelen op kunnen leveren, wanneer nadelen?
- Voor welke patiënten zou deze vorm van diagnostiek een 'uitkomst' kunnen zijn?
- Welke diagnostiek zou er mobiel aangeboden moeten worden?
- Wat zouden voor u de gevolgen zijn als de diagnostiek ook mobiel aangeboden wordt?
- Voorziet u problemen als de diagnostiek mobiel aangeboden zou worden?
- Zou u gebruik willen maken van mobiele diagnostiek?

5. Wat gebeurt er in het veld van de eerstelijnsdiagnostiek?

- Hoe zou u het veld van de eerstelijnsdiagnostiek beschrijven?
- Zijn er bewegingen in dit veld waarneembaar, en zo ja, welke?

6. Toekomst

- Toekomstbeeld eerstelijnsdiagnostiek
- Ziet u elders in het veld nog mogelijkheden om mobiele diagnostiek toe te passen