

Klantrelaties van zorgaanbieders

Verschillen in relaties met gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars

The Beagle Armada
www.thebeaglearmada.nl



Universiteit Utrecht

Student: Luc Maessen

Studentnummer: 5620171

Opleiding: Actuele Sociale Vraagstukken

Scriptiebegeleider: Vincenz Frey

Tweede lezer: Tali Spiegel

Stagebegeleider: Teun Oosterbaan

Datum: 27-06-2016

Voorwoord

Nog niet eerder stond ik alleen voor een dergelijk groot wetenschappelijk vraagstuk. Met de bagage uit de premaster en de vele groepspapers was het nu aan mij alleen om het thesis traject tot een goed einde te brengen. Voor u ligt het resultaat van vijf maanden onderzoek.

Graag wil ik een aantal personen bedanken voor hun bijdrage aan mijn scriptie. In eerste instantie The Beagle Armada, de organisatie die mij een stageplek heeft geboden en mij daarmee een platform gaf om mijn thesis te kunnen schrijven. In het verlengde daarvan mijn stagebegeleider Teun Oosterbaan, voor de begeleiding gedurende mijn stageperiode en het sparren over onderzoeksvragen en theoretische vraagstukken. Zijn meedenkende houding gedurende het opstart proces hebben een grote bijdrage aan mijn thesis geleverd. Vanuit de universiteit ben ik Vincenz Frey dankbaar voor zijn begeleiding van mijn thesis traject. Ook al was ik niet altijd even op tijd met het aanleveren van mijn stukken, toch kreeg ik hier altijd een gezonde dosis constructieve feedback op. Een speciaal bedankje gaat uit naar Sander Monster, die mij heeft bijgestaan bij de statistische analyses. Tot slot wil ik alle zorgaanbieders bedanken die de moeite hebben genomen mijn enquête in te vullen.

Luc Maessen

Utrecht, juni 2016

Samenvatting

Met de invoering van de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet op 1 januari 2015 is er voor zorgaanbieders in de langdurige zorg veel veranderd. Cliënten kregen voorheen een toewijzing voor bepaalde zorg van het zorgkantoor of de zorgverzekeraar. Met ingang van de nieuwe Wmo en Jeugdwet geldt dat voor een groot deel van de langdurige zorg deze toewijzing nu door gemeenten gedaan wordt. Zorgaanbieders hadden voorheen te maken met enkele zorgkantoren en zorgverzekeraars, maar kunnen nu met wel tientallen tot honderden gemeenten te maken hebben. Dit onderzoek richt zich op de verandering in de relaties die zorgaanbieders moeten onderhouden met gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars en welke factoren van invloed zijn op deze relaties. In de theorie wordt onderscheidt gemaakt tussen arm's-length relaties, deze zijn afstandelijk en vaak eenmalig van aard, en embedded relaties, deze voegen een sociale dimensie toe aan een economische transactie. In welke mate een relatie arm's-length of embedded is wordt bepaald door de mate van vertrouwen, informatie-uitwisseling en probleemoplossend vermogen in de relatie. Bovenstaande concepten zijn door middel van een online vragenlijst gemeten in de relaties die zorgaanbieders hebben met gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars. Uit de resultaten komt naar voren dat de relaties die zorgaanbieders hebben met zorgkantoren meer embedded van aard zijn dan de relaties met gemeenten. In de relaties met zorgkantoren is er meer vertrouwen, informatie-uitwisseling en probleemoplossend vermogen dan in de relaties met gemeenten. In de relaties die zorgaanbieders hebben met gemeenten is er meer vertrouwen en minder informatie-uitwisseling dan in de relaties met zorgverzekeraars.

Trefwoorden: *relaties, gemeenten, zorgkantoren, zorgverzekeraars, arm's-length, embedded, vertrouwen, informatie-uitwisseling, probleemoplossend vermogen*

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Inhoudsopgave	4
1. Inleiding	5
<i>1.1 Probleemschets</i>	5
<i>1.2 Doelstelling</i>	6
<i>1.3 Onderzoeksvragen</i>	6
<i>1.4 Maatschappelijke relevantie</i>	6
<i>1.5 Wetenschappelijke relevantie</i>	7
<i>1.6 Leeswijzer</i>	7
2. Context en theoretisch kader	8
<i>2.1 De context van de decentralisatie in de zorg</i>	8
<i>2.2 Theoretisch kader</i>	9
3. Data en methoden	12
<i>3.1 Dataverzameling</i>	12
<i>3.2 Operationalisering</i>	13
<i>3.3. Methoden</i>	16
4. Resultaten	17
<i>4.1 Beschrijvende statistieken</i>	17
<i>4.2 Bivariate resultaten</i>	18
<i>4.3 Multivariate resultaten</i>	19
5. Conclusie & discussie	21
6. Beleidsaanbevelingen	23
7. Literatuurlijst	25
8. Appendix	29
<i>Appendix I</i>	29
<i>Appendix II</i>	30

1. Inleiding

1.1 Probleemschets

De Wmo trad op 1 januari 2007 in werking. De Wmo is erop gericht om mensen die ondersteuning nodig hebben, bijvoorbeeld ouderen, zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen en te participeren in de samenleving. De uitvoering van de Wmo wordt gedaan door de gemeenten. Zij bepalen of een burger in aanmerking komt voor ondersteuning. De Wmo is beperkt tot mensen die voorzieningen nodig hebben, zoals hulp bij het huishouden, en ondersteuning aan huis om te zorgen dat mensen later geen zwaardere vormen van hulp nodig hebben (SCP, 2008). De invoering van de Wmo was een eerste stap van de decentralisatie van overheidstaken naar gemeenten. In 2015 is de decentralisatie verder doorgezet en heeft de gemeente er nieuwe belangrijke taken bijgekregen. Het gaat hier om zorg bieden aan langdurig zieken en ouderen, hulp bij het vinden van werk en de jeugdzorg. Sinds 1 januari 2015 is de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning van kracht. Dit is een uitbreiding op de Wmo die in 2007 is ingevoerd. De taken waar gemeenten verantwoordelijk voor zijn worden uitgebreid. De gemeenten dragen een bredere verantwoordelijkheid voor de deelname van mensen met een beperking of psychische problematiek aan de maatschappij. Burgers die eerder voor begeleiding een beroep deden op de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) moeten zich nu melden bij de gemeenten (Movisie, 2015). Naast de nieuwe Wmo is sinds 1 januari 2015 ook de nieuwe Jeugdwet van kracht. Een aantal zorgtaken die eerder onder de AWBZ vielen zijn nu overgeheveld naar de Jeugdwet. De gemeenten zijn hierin verantwoordelijk voor de toewijzing van alle vormen van jeugdhulp (Rijksoverheid, 2016a).

De decentralisatie betekent naast een grote verandering in de verantwoordelijkheden van gemeenten ook grote veranderingen voor zorgaanbieders. Voorheen ontvingen zorgaanbieders de toewijzingen voor zorg van zorgverzekeraars en zorgkantoren. In Nederland zijn er 32 zorgkantoren verdeeld over verschillende regio's (Zorgverzekeraars Nederland, 2016). De zorgkantoren waren verantwoordelijk voor de toewijzingen van zorg voor mensen in de langdurige zorg die onder de AWBZ vielen. Vanaf 2015 behoort de zorg die overblijft van een uitgekilde AWBZ onder de Wet langdurige zorg (Wlz). Onder de Wlz vallen mensen die de hele dag toezicht of intensieve zorg nodig hebben (Rijksoverheid, 2016b). De invoering van de nieuwe Wmo en de Jeugdwet heeft gevolgen voor het netwerk van zorgaanbieders, want de invoering kan betekenen dat zij met veel meer partijen relaties moeten onderhouden. Waar zij eerder slechts met één of meerdere zorgkantoren relaties hadden kunnen daar nu tientallen en in sommige gevallen zelfs honderden gemeenten bij komen. De zorgaanbieders moeten ervoor zorgen dat zij wat bedrijfsvoering betreft klaar zijn voor deze verandering.

Dat zorgaanbieders het moeilijk hebben met de veranderingen is terug te zien in de nieuwsberichten die op diverse media verschenen eind 2015. Een voorbeeld hiervan is TSN, de grootste thuiszorg organisatie in Nederland. TSN heeft uitstel van betaling aangevraagd nadat een ingevoerde

loonsverlaging door een rechtelijke uitspraak moest worden teruggedraaid (Nu.nl, 2015). Directeur van TSN, Zion Jongstra, geeft aan dat gemeenten minder geld van de rijksoverheid krijgen en zelf ook zo min mogelijk willen betalen. Deze bezuinigingen hebben ervoor gezorgd dat er voor TSN geen uitzicht meer is op een duurzame bedrijfsvoering (NRC, 2015). Brancheorganisatie Thuiszorg Nederland geeft aan dat ook bij heel veel kleinere organisaties het water aan de lippen staat (Volkskrant, 2015). Organisaties proberen oplossingen te vinden om zoveel mogelijk kosten te besparen. Zo kaart vakbond Abvakabo FNV dat thuiszorgorganisatie Sensire 600 thuisverzorgenden zou willen ontslaan en opnieuw zou willen aannemen als zzp'er om zo de kosten te drukken (Omroep Gelderland, 2015).

Voor gemeenten is de prikkel om te besparen op de zorginkoop groter dan voor zorgkantoren. De gemeente kan het bespaarde geld direct ergens anders voor inzetten. Bij de zorgkantoren is deze prikkel minder aanwezig (LSR, 2015). Daarnaast hebben de gemeenten een budget voor de nieuwe Wmo en Jeugdwet gekregen en wanneer men over dit budget heen gaat moet dit uit eigen kas worden betaald. Uit onderzoek van Frontin Pauw (2016) blijkt dat zes op de tien gemeenten nog budget over hadden. Gemeenten hebben een hele strikte begroting opgesteld om binnen de budgetten te kunnen blijven.

1.2 Doelstelling

Het doel van het onderzoek is om inzicht te krijgen in de verschillen tussen de relaties die zorgaanbieders onderhouden met gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars.

1.3 Onderzoeksvragen

In de context van de decentralisatie van de zorg is de volgende beschrijvende vraag opgesteld: *“Welke factoren zijn van invloed op de relaties die zorgaanbieders met gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars onderhouden?”*. Met het antwoord op deze vraag kan er vervolgens worden gekeken naar de manier waarop de factoren die uit het antwoord naar voren komen invloed hebben op de relaties die zorgaanbieders onderhouden, middels de volgende onderzoeksvraag: *“Op welke manier worden de relaties die zorgaanbieders onderhouden beïnvloedt door deze factoren?”*. Vervolgens wordt er gekeken wat de implicaties hiervan zijn op beleidsniveau met de beleidsvraag: *“Op wat voor manier kunnen zorgaanbieders omgaan met de verschillen in de relaties met gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars en hoe kunnen zij deze relaties verbeteren?”*.

1.4 Maatschappelijke relevantie

De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) geeft aan dat er tienduizenden mensen recht hebben op thuiszorg en vaak ook afhankelijk zijn van deze zorg. Door de decentralisatie in de zorg wordt er gekeken naar wat de burgers zelf nog kunnen doen en in hoeverre zij kunnen worden geholpen door hun sociale omgeving. Een groot aantal burgers is op dit moment afhankelijk van

organisaties die door de decentralisatie in de zorg in zwaar weer verkeren. Op dit moment proberen organisaties de kosten zoveel mogelijk te verlagen. Dit betekent onder andere lagere lonen en veel flexibele contracten voor medewerkers. Deze maatregelen en andere bezuinigingen komen de kwaliteit van de langdurige zorg niet ten goede en de cliënten zijn daar uiteindelijk de dupe van. In de probleemschets zien we terug dat zorgaanbieders reageren door vooral bezuinigingen door te voeren. Dit onderzoek kan zorgaanbieders inzicht geven in de verschillen in de relaties die zij hebben met gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars. In plaats van te bezuinigen op de interne organisatie wordt er gekeken hoe de relaties tussen de verschillende partijen in elkaar zitten.

1.5 Wetenschappelijke relevantie

De Jeugdwet en nieuwe Wmo zijn net een jaar ingevoerd en de eerste gevolgen beginnen nu zichtbaar te worden. Daarnaast is er nog geen wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de gevolgen van de decentralisatie in de zorg voor zorgaanbieders. Eerder onderzoek richt zich op de gevolgen voor gemeenten (Veer van de, Schalk & Gilsing, 2011; SCP, 2014). Een verklaring hiervoor is dat er voor de zorginstellingen pas bij de invoering van de nieuwe Wmo en Jeugdwet grote veranderingen zijn opgetreden en de gevolgen van deze veranderingen nu zichtbaar beginnen te worden. Dit onderzoek bekijkt de veranderde situatie in het zorgdomein vanuit het perspectief van de zorgaanbieders en draagt daarmee bij aan het inzichtelijk maken van de gevolgen van de decentralisaties in de zorg voor de relaties die zorgaanbieders hebben met gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars.

1.6 Leeswijzer

Na deze inleiding volgt er in het tweede hoofdstuk een achtergrond schets over de context van de decentralisatie van de zorg. Vervolgens wordt er in het theoretisch kader bekeken welke factoren van invloed zijn op de relaties die zorgaanbieders onderhouden. In hoofdstuk drie wordt aangegeven hoe de data zijn verzameld en welke methoden en technieken er zijn gebruikt voor de analyses. In hoofdstuk vier komen de resultaten van de analyses aan bod. Vervolgens wordt er in hoofdstuk vijf op basis van de resultaten een conclusie geformuleerd en worden er discussiepunten omtrent het onderzoek besproken. Tot slot volgen er in hoofdstuk zes beleidsaanbevelingen voor de zorgaanbieders.

2. Context en theoretisch kader

2.1 De context van de decentralisatie in de zorg

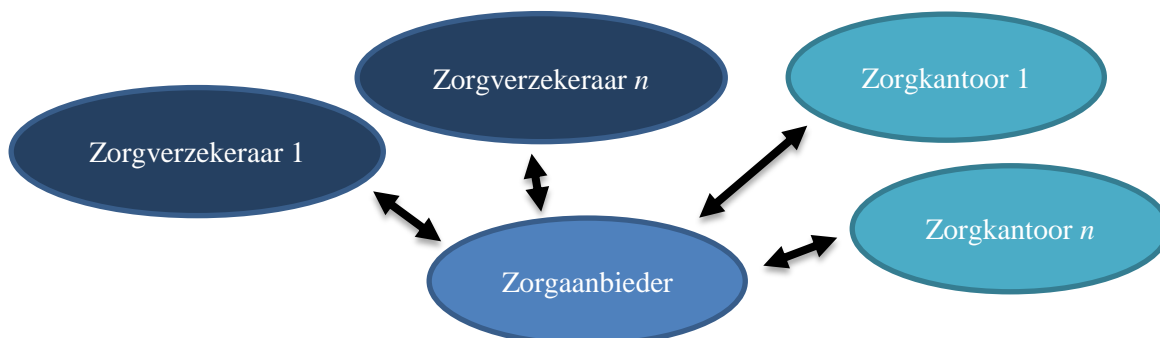
De definitie van decentraliseren is het overdragen van werkzaamheden die op centraal niveau geregeld zijn naar decentraal niveau. Voor Nederland betekent dit dat provincies en gemeenten meer bevoegdheden krijgen van de rijksoverheid. Dit kunnen bevoegdheden zijn op financieel, juridisch of bestuurlijk gebied. Decentralisatie richt zich op de positie van lokale overheidsinstellingen, die zelfstandig invulling geven aan de decentralisatie (Boogers et al., 2008). Sinds 1 januari 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor jeugdzorg, werk en inkomen en zorg aan langdurig zieken en ouderen. Dit onderzoek richt zich op het domein van de langdurige zorg en laat daarom het werk aspect, dat ook onderdeel van de nieuwe Wmo is, buiten beschouwing. Wanneer burgers ondersteuning nodig hebben moeten zij zich melden bij de gemeente. De gemeente bepaalt vervolgens of de burger recht heeft op bepaalde zorg. De gemeente regelt zelf de inkoop van zorg en sluit hier contracten voor af met zorgaanbieders (Rijksoverheid, 2016).

De veranderingen die een decentralisatie met zich meebrengt zijn lastig te voorspellen door de dynamiek tussen de verschillende overheidslagen, zorgaanbieders en verzekeraars. Het is de verwachting dat zorgaanbieders kritisch zullen worden gevolgd door gemeenteraadsleden. Bij vragen over de kwaliteit van de zorg of wanneer het mis gaat wordt de wethouder van de betreffende gemeente hier namelijk op aangekeken (Boogers, 2014).

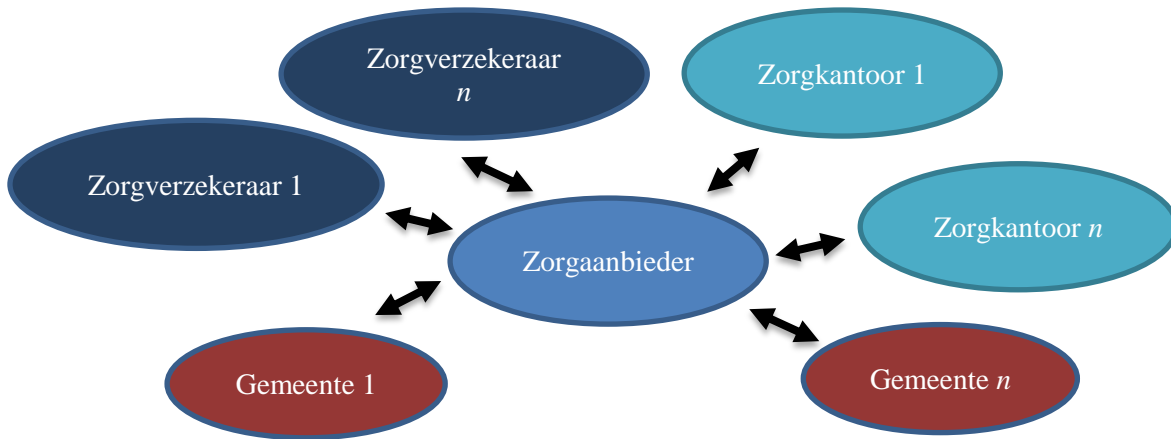
Behalve dat de decentralisatie in de zorg veranderingen voor de gemeente met zich meebrengt, brengt het ook veranderingen voor de aanbieders van zorg. Voor 1 januari 2015 (afbeelding 1a) hadden zorgaanbieders te maken met zorgkantoren en zorgverzekeraars. Nederland heeft negen zorgverzekeraars en verspreid over verschillende regio's zijn er in 32 zorgkantoren (Zorgverzekeraars Nederland, 2016). Afhankelijk van de grootte van de organisatie hadden zorgaanbieders te maken met één of meerdere zorgverzekeraars en zorgkantoren.

Afbeelding 1. Netwerk van klantrelaties van zorgaanbieders

(a). Situatie voor 1 januari 2015



(b). Situatie na 1 januari 2015



In afbeelding 2a is te zien dat met de invoering van de nieuwe Wmo en Jeugdwet de gemeenten zijn toegetreden tot het netwerk van klantrelaties van de zorgaanbieders. Afhankelijk van de grootte van de organisatie kan een middelgrote tot grote zorgaanbieder nu met tientallen tot wel honderden gemeenten te maken krijgen.

2.2 Theoretisch kader

In deze sectie worden hypothesen over de aard van de relaties tussen zorgaanbieders en gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars geformuleerd. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de concepten arm's-length en embedded relaties. In vergelijking met arm's-length relaties is er in embedded relaties sprake van meer vertrouwen, informatie-uitwisseling en probleemoplossend vermogen (Uzzi, 1996).

Het netwerk van klantrelaties van zorgaanbieders is een sociaal netwerk. Een sociaal netwerk bestaat wanneer twee of meer actoren met elkaar verbonden zijn door relaties. De actoren en relaties kunnen worden weergegeven door verschillende constructen. Aan de relaties kan een waarde worden gehecht (Wasserman & Faust, 1992). In het geval van het netwerk van klantrelaties van zorgaanbieders kan er onderscheid gemaakt worden tussen de verschillende actoren in het netwerk en wat deze relatie typeert. Netwerken van organisaties kunnen bestaan uit losse verzamelingen van organisaties. Een dergelijke structuur lijkt op een typische markt en is onpersoonlijk, diffuus en verandert van leden (Baker, 1990). Aan de andere kant van het spectrum zijn er netwerken die bestaan uit persoonlijke en hechte relaties tussen organisaties. Zo'n structuur geeft een netwerk weer waarin de organisaties sterke onderlinge relaties onderhouden.

Granovetter (1985) introduceert in onderzoek naar sociale netwerken het concept 'embeddedness'. Embeddedness refereert aan het proces waarin sociale relaties vorm geven aan economische acties op manieren die door economische perspectieven over het hoofd worden gezien. Economische perspectieven gaan ervanuit dat sociale relaties maar een minimaal effect hebben op economisch gedrag (Granovetter 1985; Crosby and Stephens 1987). De structuur en kwaliteit van sociale relaties

geeft vorm aan economische acties door het creëren van mogelijkheden en toegang tot deze mogelijkheden (Granovetter 1985; Romo & Schwartz). De positie van een organisatie in de structuur van relaties bepaalt de mate van toegang tot deze mogelijkheden. Zukin en Dimaggio (1990) classificeren embeddedness in vier vormen: structureel, cognitief, politiek en cultureel. Structurele embeddedness bekijkt hoe de kwaliteit en infrastructuur van de relaties in het netwerk van uitwisselingen invloed heeft op economische activiteit. In het netwerk van klantrelaties van zorgaanbieders is er sprake van een uitwisseling, welke beïnvloed kan worden door de kwaliteit van de relaties. Dit onderzoek richt zich op de structurele embeddedness.

Uit onderzoek komen twee type relaties van uitwisselingen tussen actoren in een netwerk naar voren: *arm's-length relaties* en *embedded relaties* (Powell, 1990). *Arm's-length relaties* worden gekenmerkt door afstandelijke taal, die de aard van de transactie reflecteert. Er is in deze relaties een gebrek aan reciprociteit tussen de actoren en transacties zijn vaak eenmalig (North, 1990). Volgens Powell (1990) kunnen transacties plaats vinden door losse connecties van individuen die onpersoonlijke en constant veranderende relaties onderhouden. *Embedded relaties* worden gezien als hechte speciale relaties en reflecteren het concept van embeddedness van Granovetter (1985). *Embedded relaties* onderscheiden zich door de persoonlijke aard van de zakenrelatie en het effect van de persoonlijke aard op het economische proces (Powell 1990, Smitka 1991).

De meeste relaties tussen organisaties zijn *arm's-length relaties*, maar de *embedded relaties*, meestal kleiner in aantal, worden gebruikt voor de cruciale uitwisselingen (Uzzi, 1996). Dit suggereert dat *arm's-length relaties* mogelijk groter in aantal zijn maar minder significant dan *embedded relaties* in termen van succes voor de organisatie en overall business volume. Daarbij komt dat over- of ondergesocialiseerde assumpties over coöperatie of handelen uit eigen belang te simplistisch zijn, omdat de individuen verschillend gedrag vertonen met verschillende actoren in hun netwerk. *Arm's-length relaties* kunnen over een periode van tijd veranderen in *embedded relaties*. Als er in deze periode van uitwisseling sprake is van reciprociteit en er vrijwillig meer hulpbronnen in de relatie worden bijgedragen kan een *arm's-length relatie* veranderen in een *embedded relatie* (Uzzi, 1996). Er worden door Uzzi (1997) drie componenten in *embedded relaties* onderscheiden die het gedrag en de verwachtingen van actoren beïnvloeden: *vertrouwen*, *informatie-uitwisseling* en *afspraken over het gezamenlijk oplossen van problemen*.

Wanneer er een economische uitwisseling plaats vindt leveren formele instituties zoals contracten en wetgeving niet voldoende verzekering (Macaulay, 1963; Weber, 1976 [1921]). Daarom is er *vertrouwen* nodig om een uitwisseling plaats te laten vinden (Frey, 2016). *Vertrouwen* wordt gedefinieerd als het geloof dat een handelspartner niet handelt vanuit eigen belang, dat ten koste van een ander gaat (Bacharach & Gambetta, 2001; Rousseau et al., 1998; Snijders, 1996; Yamagishi & Yamagishi, 1994). Daarnaast gaat men uit van het beste wanneer men de ander zijn motief en acties interpreteert. *Vertrouwen* wordt ontwikkeld doordat actoren zich vrijwillig extra inzetten en deze inzet wederkerig is. *Vertrouwen* kan worden gezien als een governance structuur gebouwd op sociale

relaties tussen individuen en is gebaseerd op heuristiek in plaats van gecalculeerd handelen. Onder heuristiek verstaat men het proces bij het nemen van beslissingen die besparen op cognitieve hulpbronnen, tijd en aandacht, maar niet per definitie de kwaliteit van de beslissing in de problemen brengt. Heuristiek helpt mensen om snelle beslissingen te maken en complexe informatie te verwerken (Aumann & Sorin 1989; Messick 1993). Zoals in de inleiding is benoemd zouden gemeenten een grotere prikkel kunnen hebben om te besparen op de kosten op een contract met een zorgaanbieder dan de zorgkantoren en zorgverzekeraars, doordat zij een besparing direct elders in de gemeente in kunnen zetten en overschrijdingen van het Wmo budget uit eigen kas moeten betalen. Dit kan er toe leiden dat zorgaanbieders het geloof hebben dat een gemeente handelt vanuit eigen belang. Aan de hand van bovenstaande informatie is de volgende hypothese geformuleerd:

Hypothese 1: *Er is bij zorgaanbieders sprake van een mindere mate van vertrouwen in de relaties met gemeenten dan in de relaties met zorgkantoren (H1a) en zorgverzekeraars (H1b).*

Onder *informatie-uitwisseling* wordt verstaan de mate waarin, de manier waarop en op welk kennis niveau er informatie wordt uitgewisseld tussen actoren. Bij *arm's-length relaties* beslaat de *informatie-uitwisseling* tussen actoren op gegevens met betrekking tot de prijs en hoeveelheden van de geleverde producten of diensten. De *informatie-uitwisseling* in *embedded relaties* is meer op elkaar afgestemd en persoonlijk (Larson, 1992). Daarnaast is er sprake van meer specifieke kennis en het verminderen van informatie asymmetrie tussen actoren (Simon, 1978). De actoren moeten op hetzelfde kennis niveau met elkaar informatie uit kunnen wisselen. Uit de inleiding blijkt dat men bij gemeenten vaak nog de nodige kennis mist om met zorgaanbieders en zorgverzekeraars tot afstemming over specialistische zorg te komen. Op basis van bovenstaande informatie is de volgende hypothese geformuleerd:

Hypothese 2: *Er is bij zorgaanbieders sprake van een mindere mate van informatie-uitwisseling in de relaties met gemeenten dan in de relaties met zorgkantoren (H2a) en zorgverzekeraars (H2b).*

Onder *probleemoplossend vermogen* wordt verstaan de wijze waarop partijen omgaan met problemen en conflicten en in welke mate de partijen in staat zijn om deze problemen op te kunnen en willen lossen. In *embedded relaties* maken actoren gebruik van oplossingsmechanismen die ervoor zorgen dat de actoren “on the fly” kunnen handelen (Hirschman, 1970). Deze oplossingsmechanismen ontstaan door routines van onderhandelingen en wederzijdse aanpassingen tussen actoren waardoor problemen flexibel opgelost kunnen worden (Helper 1990; Larson 1992). Wanneer er bij *arm's-length relaties* sprake is van problemen wordt de relatie meestal beëindigd. De organisaties zijn niet in staat of willen geen energie steken in het oplossen van de problemen (Hirschman, 1970). Bij *embedded relaties* krijgen de organisaties directe feedback van elkaar en leren de organisaties om te gaan met conflicten en problemen. Het *probleemoplossend vermogen* komt terug in de praktijk bij zorgaanbieders doordat zij op elkaar aangewezen zijn door een verandering in de wetgeving. Uit de Handreiking Informatievoorziening Sociaal Domein (2015) voor gemeenten en zorgaanbieders blijkt dat door de veranderingen sinds 1 januari 2015 beide actoren problemen hebben om in de nieuwe

situatie de jaarrekening rond te krijgen. Door deze situatie zijn de actoren genoodzaakt om samen te werken om dit probleem op te lossen. Het beëindigen van de relatie is in dit geval meestal geen optie, omdat beide partijen door een verandering in de wetgeving op elkaar aangewezen zijn. De actoren zijn daarom genoodzaakt tot op zekere hoogte met elkaar samen te werken en het *probleemoplossend vermogen* te ontwikkelen. Op basis van bovenstaande informatie is de volgende hypothese opgesteld:

Hypothese 3: *Er is bij zorgaanbieders sprake van een hogere mate van probleemoplossend vermogen in de relaties met gemeenten dan in de relaties met zorgkantoren (H3a) en zorgverzekeraars (H3b).*

Vertrouwen en informatie-uitwisseling worden in de relaties met gemeenten in mindere mate verwacht dan in de relaties met zorgkantoren en zorgverzekeraars. Probleemoplossend vermogen wordt in hogere mate verwacht in de relaties met gemeenten dan in de relaties met zorgkantoren en zorgverzekeraars. De drie concepten zijn allen belangrijke componenten voor de mate waarin een relatie *embedded* of *arm's-length* getypeerd kan worden. Bij twee van de drie componenten wordt verwacht deze in lagere mate terug te zien in de relaties met gemeenten. Daarom is de volgende hypothese opgesteld:

Hypothese 4: *Zorgaanbieders hebben in mindere mate embedded relaties met gemeenten dan met zorgkantoren (H4a) en zorgverzekeraars (H4b).*

3. Data en methoden

3.1 Dataverzameling

De populatie voor het onderzoek bestaat uit zorgaanbieders in de langdurige zorg. Vanwege praktische redenen bestaat de populatie voor het onderzoek uit de zorgaanbieders wiens adresgegevens beschikbaar zijn op de websites van brancheorganisaties voor thuis- en ouderenzorg, jeugdzorg, gehandicaptenzorg en langdurige GGZ. Er is gebruik gemaakt van de websites van de volgende brancheorganisaties: VGN Nederland, GGZ Nederland, Jeugdzorg Nederland, BTN Thuiszorg en Actiz. De 805 organisaties zijn per email benaderd. Er is een uitnodiging voor deelname aan het onderzoek gestuurd naar de beschikbare emailadressen op de websites van de brancheorganisaties. In tabel 1 wordt weergegeven hoeveel zorgaanbieders er per brancheorganisatie zijn benaderd. Onder de respons wordt het aandeel organisaties verstaan die een start hebben gemaakt met het invullen van de vragenlijst.

Tabel 1. Grootte van de onderzoekspopulatie en de respons per categorie

Brancheorganisaties	N	Respons	n
Thuis & ouderenzorg	468	10,5%	49
Langdurige GGZ	101	12,9%	13
Jeugdzorg	62	30,6%	19
Gehandicaptenzorg	174	17,2%	30
Totaal	805	13,8%	111

De data voor het onderzoek werden verzameld door middel van een online vragenlijst. Deze vragenlijst is gemaakt met de software van SurveyMonkey. Bij het uitzetten van de vragenlijst is het van belang dat deze bij de juiste persoon in de organisatie terecht komt. De respondent moet informatie en kennis hebben over de relaties die de betreffende zorgaanbieder mogelijk heeft met gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars. Bij zorgaanbieders is deze informatie meestal aanwezig bij accountmanagers en zorginkopers. In de communicatie wordt kenbaar gemaakt dat de vragenlijst het best kan worden ingevuld door een medewerker met één van deze functies. In het beantwoorden van de vragenlijst is terug te zien dat op de items die later in de vragenlijst terug komen een lagere respons is. Hoe verder de respondent komt in de vragenlijst hoe lager de respons op deze items. Dit kan deels verklaard worden doordat er kennis over drie verschillende soorten relaties nodig is om de items goed te kunnen beantwoorden. Niet elke medewerker heeft deze kennis en het kan daarom zo zijn dat men stopt met de vragenlijst wanneer men bij een onderwerp komt waar geen kennis over is. Daarnaast hebben niet alle zorgaanbieders relaties met alle drie de partijen.

3.2 Operationalisering

In dit onderzoek wordt onderzocht wat voor relaties zorgaanbieders hebben met hun klanten. Zijn deze relaties meer arm's-length of embedded van aard? In de theorie komen drie componenten van embedded relaties naar voren: *vertrouwen*, *informatie-uitwisseling* en *probleemoplossend vermogen*. In de online vragenlijst wordt getracht deze drie concepten te meten. Uzzi (1997) heeft eerder onderzoek gedaan naar vertrouwen, informatie-uitwisseling en probleemoplossend vermogen in relaties. Dit was een kwalitatief onderzoek waarin hij onderzoek deed naar de relaties in een netwerk van detailhandels. De interview topics en vragen zijn de basis voor de vragenlijst voor dit onderzoek. De vragen zijn indien nodig aangepast aan de context van de langdurige zorg en de wetgeving. Door de vragen uit eerder onderzoek als basis te gebruiken wordt er getracht de betrouwbaarheid en validiteit in dit onderzoek te waarborgen. De drie concepten worden door middel van stellingen uitgevraagd. Per concept wordt er in eerste instantie gevraagd naar de attitude van de zorgaanbieder ten opzichte van het concept. Vervolgens worden de stellingen anders geformuleerd en toegespitst op de relaties met gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars. Voor het beantwoorden van de

stellingen wordt gebruik gemaakt van een vijf-punt schaal met de volgende antwoord categorieën: *helemaal mee oneens, mee oneens, niet mee eens/niet mee oneens, mee eens, helemaal mee eens.*

Vertrouwen is als volgt gedefinieerd: Het geloof dat een handelspartner niet handelt vanuit eigen belang, dat ten koste van een ander gaat. Daarnaast gaat men uit van het beste wanneer men de ander zijn motief en acties interpreteert. *Vertrouwen* wordt ontwikkeld doordat actoren zich vrijwillig extra inzetten en deze inzet wederkerig is. Voor *vertrouwen* wordt de attitude van de zorgaanbieder ten opzichte van *vertrouwen* uitgevraagd met de stellingen: voor mijn organisatie is 1. *een persoonlijke relatie met de klant van belang*, 2. *vertrouwen een belangrijk aspect in de relatie met de klant*, 3. *wederkerigheid (een gift beantwoorden met een gift) in de relatie met de klant van belang*, 4. *het van belang om zoveel mogelijk afspraken vast te leggen in een contract*, 5. *het normaal om de klant in de gaten te houden voor het tonen van opportunistisch gedrag (handelen vanuit eigen belang met het mogelijk schaden van de ander)*. Vervolgens worden de stellingen toegespitst op de relaties met gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars. De respondent beantwoordt de volgende stellingen apart voor gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars: in de klantrelatie met gemeenten/zorgkantoren/zorgverzekeraars; 1. *is er sprake van een persoonlijke relatie*, 2. *is er sprake van wederzijds vertrouwen*, 3. *is er sprake van wederkerigheid (een gift beantwoorden met een gift) in de relatie*, 4. *worden/zijn er zoveel mogelijk afspraken vastgelegd in het contract*, 5. *houdt mijn organisatie gemeenten in de gaten voor het tonen van opportunistisch gedrag (handelen vanuit eigen belang met het mogelijk schaden van de ander)*. Voor de vijf stellingen wordt er per groep, attitude van de zorgaanbieder, gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars, een variabele voor het vertrouwen in de relaties aangemaakt. Een hoge score op de variabele *vertrouwen* bij de attitude van de organisatie geeft aan dat de zorgaanbieder belang hecht aan vertrouwen in de relaties met gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars. Een hoge score op de variabele *vertrouwen* bij gemeenten, zorgkantoren of zorgverzekeraars geeft aan dat er sprake is van een hoge mate van vertrouwen in de relaties met desbetreffende partij. Voor *vertrouwen* is er gekeken naar de Cronbach's Alfa bij de verschillende groepen. Deze is in alle gevallen laag; attitude van de organisatie ($\alpha = .26$), gemeenten ($\alpha = .58$), zorgkantoren ($\alpha = .38$) en zorgverzekeraars ($\alpha = .17$). Deze lage waarden kunnen verklaard worden doordat stelling één en twee verschillende dimensies van *vertrouwen* uitvragen ten opzichte van stelling vier en vijf.

Informatie-uitwisseling is als volgt gedefinieerd: De mate waarin, de manier waarop en op welk kennis niveau er informatie wordt uitgewisseld tussen actoren. Voor *informatie-uitwisseling* wordt de attitude van de zorgaanbieder ten opzichte van *informatie-uitwisseling* uitgevraagd met de stellingen: voor mijn organisatie is het van belang dat 1. *er bij klanten voldoende kennis over het vakgebied is*, 2. *relevante informatie tussen partijen wordt uitgewisseld*, 3. *er een hoge mate van informatie-uitwisseling is tussen beide partijen*, 4. *er bereidheid is om te investeren in informatie-uitwisseling (bijv. IT systemen voor informatie-uitwisseling)*. Vervolgens worden de stellingen toegespitst op de relaties met gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars. De respondent beantwoordt de volgende

stellingen apart voor gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars: in de klantrelatie met gemeenten/zorgkantoren/zorgverzekeraars 1. *is er bij beide partijen voldoende kennis over het vakgebied aanwezig*, 2. *wordt er relevante informatie met gemeenten uitgewisseld*, 3. *is er een hoge mate van informatie-uitwisseling met gemeenten*, 4. *is er de bereidheid om te investeren in informatie-uitwisseling (bijv. IT systemen voor informatie-uitwisseling)*. Voor de vier stellingen wordt er per groep, attitude van de zorgaanbieder, gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars, een variabele voor de informatie-uitwisseling in de relaties aangemaakt. Een hoge score op de variabele *informatie-uitwisseling* bij de attitude van de organisatie geeft aan dat de zorgaanbieder belang hecht aan informatie-uitwisseling in de relaties met gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars. Een hoge score op de variabele *informatie-uitwisseling* bij gemeenten, zorgkantoren of zorgverzekeraars geeft aan dat er sprake is van een hoge mate van *informatie-uitwisseling* in de relaties met desbetreffende partij. Bij *informatie-uitwisseling* is de Cronbach's Alfa in alle gevallen hoog; attitude van de organisatie ($\alpha = .71$), gemeenten ($\alpha = .73$), zorgkantoren ($\alpha = .80$) en zorgverzekeraars ($\alpha = .82$). Wanneer stelling 1 bij de attitude van de organisatie en zorgkantoren en stelling 4 bij zorgverzekeraars weggelaten zou worden zou de Cronbach's Alfa met een minimale waarde stijgen. Er is ervoor gekozen om geen stelling weg te laten, omdat het om verschillende stellingen bij verschillende groepen gaat en om een minimale stijging van de Cronbach's Alfa.

Probleemoplossend vermogen is als volgt gedefinieerd: de wijze waarop partijen omgaan met problemen en conflicten en in welke mate de partijen in staat zijn om deze problemen op te kunnen en willen lossen. Voor *probleemoplossend vermogen* wordt de attitude van de zorgaanbieder ten opzichte van *probleemoplossend vermogen* uitgevraagd met de volgende stellingen: wanneer er zich conflicten of problemen voordoen met een klant; 1. *kan de relatie met een klant beter worden beëindigd*, 2. *proberen beide partijen gezamenlijk aan een oplossing te werken*. Vervolgens worden de stellingen toegespitst op de relaties met gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars. De respondent beantwoordt de volgende stellingen apart voor gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars: wanneer er zich conflicten of problemen voordoen in de klantrelaties met gemeenten; 1. *zou één van twee partijen de relatie willen beëindigen*, 2. *proberen beide partijen gezamenlijk aan een oplossing te werken*. Voor de twee stellingen wordt er per groep, attitude van de zorgaanbieder, gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars, een variabele voor het *probleemoplossend vermogen* in de relaties aangemaakt. Een hoge score op de variabele *probleemoplossend vermogen* bij de attitude van de organisatie geeft aan dat de zorgaanbieder belang hecht aan *probleemoplossend vermogen* in de relaties. Een hoge score op de variabele *probleemoplossend vermogen* bij gemeenten, zorgkantoren of zorgverzekeraars geeft aan dat er sprake is van een hoge mate van *probleemoplossend vermogen* in de relaties met desbetreffende partij.

Als aanvulling op het kijken naar vertrouwen, informatie-uitwisseling en probleemoplossend vermogen in de relaties wordt er een schaal van deze drie variabelen gemaakt. De schaal *embeddedness* geeft weer in welke mate een relatie meer embedded of arm's-length is. Er wordt voor

de relaties met gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars elk een aparte *embeddedness* variabele aangemaakt. Een hoge score op de variabele *embeddedness* bij de attitude van de organisatie geeft aan dat de zorgaanbieder belang hecht aan een hogere mate van *embeddedness* in de relaties met gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars. Een hoge score op de variabele *embeddedness* bij gemeenten, zorgkantoren of zorgverzekeraars geeft aan dat er sprake is van een hoge mate van *embeddedness* in de relatie met desbetreffende partij.

Daarnaast zijn er enkele kenmerken van de organisatie gemeten. Er wordt gekeken naar het type zorg dat de zorgaanbieder aanbiedt met de volgende vragen: “*Wat is het meest voorkomende type zorg dat uw organisatie aanbiedt?*”. De antwoordcategorieën voor deze vraag zijn: *thuiszorg, jeugdzorg, langdurige GGZ, gehandicaptenzorg en ouderenzorg*. Om deze nominale variabele mee te kunnen nemen in de analyses worden er dummy’s aangemaakt voor de vijf antwoordcategorieën. Daarnaast wordt er gekeken naar het aantal medewerkers van de organisatie met de vraag: “*Hoeveel medewerkers heeft uw organisatie?*”. De antwoord categorieën bij deze vraag zijn: *minder dan 150, 150-500, 501-1000, meer dan 1000*. Er wordt gekeken naar het aantal relaties dat een zorgaanbieder heeft met gemeenten, zorgkantoren en zorgaanbieders met de vraag: “*Hoeveel klantrelaties heeft uw organisatie met gemeenten/zorgkantoren/zorgverzekeraars?*”. In het geval van gemeenten zijn de antwoord categorieën: *1-10, 11-50, 51-150, meer dan 150*. In het geval van zorgkantoren zijn de antwoord categorieën: *1, 2-4, 5*. Bij zorgverzekeraars zijn de antwoord categorieën: *1, 2-3, 4 of meer*. Naast de hoeveelheid relaties wordt er ook gekeken naar hoelang de relaties met verschillende partijen bestaan met de vraag: “*Hoelang bestaat het merendeel van de klantrelaties met gemeenten/zorgkantoren/zorgverzekeraars?*”. In het geval van gemeenten zijn de antwoord categorieën: *0-5 maanden, 6-12 maanden, meer dan 12 maanden*. In het geval van zorgkantoren en zorgverzekeraars zijn de antwoord categorieën: *0-1 jaar, 2-4 jaar, 5 jaar of meer*. De antwoordmogelijkheden bij vragen over het aantal klantrelaties en de bestaansduur van de klantrelaties verschillen per groep, omdat de groepen dermate verschillen in het mogelijk aantal relaties dat zij kunnen aangaan en de duur van de relaties dat er verschillende antwoord categorieën worden gehanteerd.

3.3. Methoden

Om de hypothesen te toetsen moeten de gemiddelden van de verschillende vertrouwen, informatie-uitwisseling, probleemoplossend vermogen en *embeddedness* variabelen met elkaar worden vergeleken. Deze vergelijking kan worden gedaan door middel van een paired sample t-test. Om deze test te kunnen doen moet er de aanname zijn dat deze variabelen normaal zijn verdeeld. Om te controleren of de variabelen normaal verdeeld zijn is er gekeken naar de skewness en kurtosis van de variabelen. In Appendix I zijn de skewness en kurtosis van de verschillende variabelen weergegeven en zijn de bijbehorende p-waarden berekend. In deze tabel is te zien dat er bij een groot aantal variabelen een significante afwijking op de skewness en kurtosis is gevonden. Dit betekent dat de

verdeling van deze variabelen significant van een normale verdeling afwijkt. Door deze constatering kan er voor de analyse niet gebruik worden gemaakt van een parametrische test, zoals de paired sample t-test, maar moet er een non-parametrische toets gebruikt worden. Als non-parametrische test wordt de Wilcoxon signed rank test gebruikt. Daarnaast wordt er ter controle ook nog een related-samples Sign test en een paired sample t-test uitgevoerd.

Naast de Wilcoxon signed rank test wordt er ook een multiple regressie analyse uitgevoerd om te controleren of er nog andere variabelen zijn die het effect van *vertrouwen*, *informatie-uitwisseling*, *probleemoplossend vermogen* en de mate van *embeddedness* in de verschillende relaties kunnen verklaren. Om een multiple regressie analyse uit te kunnen voeren moet de dataset van een “wijd” format omgevormd worden tot een “lang” format. Op deze manier wordt iedere waarneming op *vertrouwen*, *informatie-uitwisseling*, *probleemoplossend vermogen* en de mate van *embeddedness* in de verschillende relaties als een aparte observatie weergegeven. Vervolgens wordt er voor elk concept één variabele aangemaakt voor de observaties van dat concept in de relaties met gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars. Om de verschillende relaties mee te nemen in de multiple regressie analyse zijn er voor relaties met gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars dummy variabelen aangemaakt. Eénzelfde respondent kan door het “lang” maken van de dataset meerdere keren voorkomen in de “lange” dataset wanneer er verschillende observaties zijn op de variabelen in de verschillende relaties. Het gevolg hiervan is dat de n die gebruikt is in de regressie hoger wordt, maar de resultaten een mogelijk vertekent beeld kunnen geven. Dit komt doordat de verschillende observaties niet meer allemaal onafhankelijk van elkaar zijn.

4. Resultaten

4.1 Beschrijvende statistieken

In tabel 2 worden de beschrijvende statistieken van de variabelen die worden meegenomen in de analyses weergegeven. Tabel 2 laat zien dat de variabelen bij de attitude van de organisaties het hoogste scoren. Alleen het probleemoplossend vermogen in relaties met zorgkantoren heeft hetzelfde gemiddelde als deze variabele bij de attitude van de organisatie. Daarnaast zien we dat van de drie concepten de variabele vertrouwen in alle gevallen het laagste scoort. De organisaties hechten minder belang aan vertrouwen ten opzichte van informatie-uitwisseling en probleemoplossend vermogen en er is in mindere mate sprake van vertrouwen dan van de andere twee concepten. Van de verschillende relaties die zorgaanbieders aangaan zien we bij de relaties met zorgkantoren de hoogste waarden op de drie concepten terug. De relaties met gemeenten en zorgverzekeraars hebben eenzelfde waarde op embeddedness, maar de relaties met gemeenten scoort iets hoger op vertrouwen en probleemoplossend vermogen.

Tabel 2. Beschrijvende statistieken zorgaanbieders

Variabele	N	Gemiddelde	Sa	Min	Max
<i>Attitude organisatie</i>					
Vertrouwen	87	3.7	.43	2.8	4.8
Informatie-uitwisseling	87	4.1	.62	2.5	5.0
Probleemoplossend vermogen	87	4.4	.61	2.5	5.0
Embeddedness	87	4.1	.36	3.0	4.7
<i>Relaties met gemeenten</i>					
Vertrouwen	71	3.1	.47	1.8	4.4
Informatie-uitwisseling	71	3.2	.66	1.8	4.8
Probleemoplossend vermogen	71	4.1	.52	2.5	5.0
Embeddedness	71	3.4	.39	2.4	4.5
<i>Relaties met zorgkantoren</i>					
Vertrouwen	45	3.2	.42	2.0	4.0
Informatie-uitwisseling	45	4.1	.57	3.0	5.0
Probleemoplossend vermogen	44	4.4	.48	3.5	5.0
Embeddedness	45	3.9	.36	2.8	4.7
<i>Relaties met zorgverzekeraars</i>					
Vertrouwen	34	2.7	.43	2.0	2.7
Informatie-uitwisseling	34	3.5	.75	1.8	3.5
Probleemoplossend vermogen	34	3.9	.67	1.5	3.9
Embeddedness	34	3.4	.45	2.3	4.3

4.2 Bivariate resultaten

Tabel 3 geeft de resultaten van de Wilcoxon signed rank test weer. In deze test wordt getoetst of de gemiddeldes van twee variabelen significant van elkaar verschillen. De Δ geeft aan wat het verschil is tussen de twee gemiddeldes.

Conform hypothese 1a is vertrouwen in de relaties met gemeenten hoger dan in relaties met gemeenten.. Hypothese 1b stelt dat vertrouwen in de relaties met gemeenten lager is dan in de relaties met zorgverzekeraars. Uit de resultaten komt naar voren dat vertrouwen in de relaties met gemeenten juist hoger is dan in de relatie met zorgverzekeraars, dit is een significant verschil. Met deze resultaten is er geen ondersteuning voor hypothese 1b gevonden.

Er is in relaties met gemeenten minder informatie-uitwisseling dan in de relaties met zorgkantoren. Dit resultaat komt overeen met de verwachting van hypothese 2a.. Hypothese 2b stelt dat informatie-uitwisseling in de relaties met gemeenten lager is dan in de relaties met zorgverzekeraars. In tabel 3 is te zien dat informatie-uitwisseling in de relaties met gemeenten lager is dan in de relaties met zorgkantoren. Dit verschil in gemiddelden is significant en daarmee is er ondersteuning voor hypothese 2b gevonden.

Voor probleemoplossend vermogen is er in relaties met zorgkantoren een onverwacht resultaat gevonden. In de relaties met zorgkantoren blijkt probleemoplossend vermogen hoger dan in relaties

met gemeenten. Voor hypothese 3b is geen significant resultaat gevonden. Met deze resultaten is er geen ondersteuning voor hypothese 3a en 3b gevonden.

Conform hypothese 4a is er meer embeddedness in relaties met gemeenten dan in relaties met zorgkantoren. Voor hypothese 4b is er geen significant resultaat gevonden.

De resultaten van de paired sample t-test en related-samples sign test komen in bijna alle gevallen overeen met de resultaten van de Wilcoxon signed rank test en zijn opgenomen in Appendix II.

Tabel 3. Resultaten van Wilcoxon signed rank test van de concepten in de verschillende relaties.

	Δ	Sig.
H1a. Verschil in vertrouwen in relaties met gemeenten en in relaties met zorgkantoren (verwachting: negatief)	-.27	.01
H1b. Verschil in vertrouwen in relaties met gemeenten en in relaties met zorgverzekeraars (verwachting: negatief)	.29	.01
H2a. Verschil in informatie-uitwisseling in relaties met gemeenten en in relaties met zorgkantoren (verwachting: negatief)	-.97	.001
H2b. Verschil in informatie-uitwisseling in relaties met gemeenten en in relaties met zorgverzekeraars (verwachting: negatief)	-.43	.04
H3a. Verschil in probleemoplossend vermogen in relaties met gemeenten en in relaties met zorgkantoren (verwachting: positief)	-.35	.001
H3b. Verschil in probleemoplossend vermogen in relaties met gemeenten en in relaties met zorgverzekeraars (verwachting: positief)	.15	.24
H4a. Verschil in embeddedness in relaties met gemeenten en in relaties met zorgkantoren (verwachting: negatief)	-.52	.001
H4b. Verschil in embeddedness in relaties met gemeenten en in relaties met zorgverzekeraars (verwachting: negatief)	.03	.90

4.3 Multivariate resultaten

In tabel 4 zijn de beschrijvende statistieken weergegeven van de variabelen die in de multiple regressie analyse worden meegenomen. We zien hier een grotere n dan bij tabel 2 van de bivariate analyses. Dit komt doordat de dataset “lang” is gemaakt. In de multiple regressie analyse worden als controle variabelen het aantal medewerkers en het meest voorkomende type zorg van de zorgaanbieders opgenomen. Het gemiddeld aantal medewerkers van de zorgaanbieders ligt tussen de 501-1000 medewerkers. De meest voorkomende type zorg van de zorgaanbieders zijn gehandicaptenzorg en ouderenzorg.

Tabel 4. Beschrijvende statistieken van de variabelen voor multiple regressie analyse.

Variabelen	N	Gemiddelde	Sa	Min	Max
<i>Relaties met*</i>					
gemeenten	81	.33	.48	0	1
zorgkantoren	81	.33	.48	0	1
zorgverzekeraars	81	.33	.48	0	1
<i>Controle variabelen</i>					
Aantal medewerkers	81	3.18	.95	1	4
Aantal relaties	81	2.06	.96	1	4
Duur van de relaties	81	2.64	.61	1	3
<i>Type zorg**</i>					
Thuiszorg	81	.15	.36	0	1
Jeugdzorg	81	.11	.32	0	1
Landurige GGZ	81	.00	.00	0	0
Gehandicaptenzorg	81	.15	.36	0	1
Ouderenzorg	81	.59	.49	0	1

*Een score van 1 op deze dummy variabelen geeft aan dat er een relatie met de betreffende variabele is.

**Een score van 1 op deze dummy variabelen geeft aan dat dit het meest voorkomende type zorg van de organisatie is.

Wanneer we kijken naar de regressieanalyse van vertrouwen op de relaties met gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars zien we in tabel 5 dat er voor de relaties met zorgkantoren ($B = .29$, $p < .001$) een significant positief verband is gevonden. De richtingscoëfficiënt is te interpreteren dat er in een relaties met zorgkantoren .29 meer vertrouwen is dan relaties met zorgkantoren. Dit resultaat is conform hypothese 1a. Voor de relaties met zorgverzekeraars is er geen significant verband gevonden en zo ook geen ondersteuning voor hypothese 1b.

In de regressieanalyses van informatie-uitwisseling op de relaties met gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars zien we dat er conform hypothese 2a en 2b voor de relaties met zorgkantoren ($B = .97$, $p < .001$) en zorgverzekeraars ($B = .37$, $p < .05$) een significant positief verband is gevonden. Met deze resultaten kan er gesteld worden dat er in het geval van de relaties met zorgkantoren .97 meer informatie-uitwisseling is dan in de relaties met gemeenten.

In de regressieanalyses van probleemoplossend vermogen op de relaties met gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars zien we dat er voor de relaties met zorgkantoren ($B = .35$, $p < .01$) een significant positief verband is gevonden. Dit betekent dat er in de relaties met zorgkantoren .35 meer probleemoplossend vermogen is dan in de relaties met gemeenten. Dit resultaat is conform hypothese 3a.

In de regressieanalyses van embeddedness op de relaties met gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars zien we dat er voor de relaties met zorgkantoren ($B = .53$, $p < .001$) een significant positief verband is gevonden. Dit betekent dat er in de relaties met zorgkantoren .53 meer embeddedness is dan in de relaties met gemeenten. Hiermee is er ondersteuning gevonden voor hypothese 4a.

In geen van de multiple regressie analyses was er één van de controlevariabelen significant. De resultaten uit de regressie analyses komen, op vertrouwen in relaties met zorgverzekeraars na, overeen met de resultaten van de Wilcoxon signed rank test.

Tabel 5. Regressie analyse van de verschillende concepten in de relaties op de relaties met gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars.

Variabelen	Vertrouwen		Informatie-uitwisseling		Probleemoplossend vermogen		embeddedness	
	B	S.E.	B	S.E.	B	S.E.	B	S.E.
<i>Constante^a</i>	2.91***	.31	2.71***	.57	3.56***	.46	3.06***	.33
<i>Relatie met</i>								
Zorgkantoren	.28*	.11	.86***	.20	.33**	.16	.49***	.12
Zorgverzekeraars	-.10	.13	.54*	.24	-.15	.19	.10	.14
<i>Controle variabelen</i>								
Aantal medewerkers	-.03	.05	-.10	.10	.02	.08	-.04	.06
Aantal relaties	-.10	.06	-.05	.12	-.01	.09	-.05	.07
Duur van de relaties	.08	.09	.23	.16	.04	.12	.12	.09
<i>Type zorg</i>								
Thuiszorg	.07	.16	.22	.30	.26	.24	.18	.17
Jeugdzorg	.31	.18	.02	.33	.40	.26	.24	.19
ouderenzorg	.09	.14	.23	.25	.40	.20	.24	.15
Adjusted R ²	.24		.18		.08		.25	

^aDe relaties met gemeenten zijn in de analyses de referentie categorie.

***: $p < .001$, **: $p < .01$, *: $p < .05$

5. Conclusie & discussie

In het onderzoek wordt gekeken naar welke factoren er van invloed zijn op de relaties die zorgaanbieders onderhouden met gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars en op welke manier deze factoren van invloed zijn. Uzzi (1996) maakt in zijn onderzoek onderscheid tussen arm's-length en embedded relaties. De mate van embeddedness van een relatie is afhankelijk van drie concepten: vertrouwen, informatie-uitwisseling en probleemoplossend vermogen.

De hypothesen stellen dat er in de relaties met gemeenten minder vertrouwen en informatie-uitwisseling is en meer probleemoplossend vermogen is, dan in de relaties met zorgkantoren en zorgverzekeraars. Daarnaast wordt er verwacht dat de relaties met zorgkantoren en zorgverzekeraars meer embedded van aard zijn dan de relaties met gemeenten. Uit de resultaten komt naar voren dat er in de relaties die zorgaanbieders hebben met gemeenten minder sprake is van vertrouwen, informatie-uitwisseling en probleemoplossend vermogen dan in de relaties met zorgkantoren. Daarnaast zijn de relaties met zorgkantoren meer embedded van aard dan de relaties met gemeenten. Voor de relaties

met zorgverzekeraars is er minder vertrouwen gevonden en meer informatie-uitwisseling dan in de relaties met gemeenten.

De literatuur wijst uit dat embedded relaties vaak kleiner in aantal zijn dan arm's-length relaties, maar wel een grotere rol spelen in het succes van de organisatie (Uzzi 1996; Hirschman 1970). In dit onderzoek zien we terug dat het aantal relaties met gemeenten vele malen hoger is dan het aantal relaties met zorgkantoren en zorgverzekeraars. Een mogelijke verklaring voor het resultaat dat relaties met gemeenten minder embedded van aard zijn dan relaties met zorgkantoren en zorgverzekeraars zou dus kunnen komen doordat het aantal relaties met gemeenten hoger ligt. Een andere mogelijke verklaring uit de literatuur richt zich op de duur van de relaties. Een relatie die begint als arm's-length kan over langere tijd uitgroeien tot een embedded relatie. De relaties met gemeenten zijn allen van relatief korte duur ten opzichte van de relaties met zorgkantoren en zorgverzekeraars. Relaties met gemeenten kunnen dus minder embedded van aard zijn dan relaties met zorgkantoren en zorgverzekeraars, omdat zij nog minder lang bestaan. In dit onderzoek is er onderzocht of het aantal relaties en de duur van de relaties een rol spelen, maar voor beide aspecten zijn geen significante resultaten gevonden. Daarnaast is er nog gekeken naar de invloed van het aantal medewerkers van de zorgaanbieder en het type zorg dat wordt aangeboden, maar ook hier zijn geen significante resultaten gevonden.

Een onverwachte uitkomst in de analyse was het hogere probleemoplossend vermogen in de relaties met gemeenten dan in de relaties met zorgkantoren en het lagere vertrouwen in relaties met zorgverzekeraars dan in relaties met gemeenten. Het lagere probleemoplossend vermogen en vertrouwen kan mogelijk verklaard worden doordat beiden in de relaties met gemeenten nog verder ontwikkeld moet worden. De relaties met gemeenten bestaan niet langer dan vijftien maanden, terwijl 89% van de relaties met zorgkantoren al vijf jaar of langer bestaan.

Dit onderzoek is uitgevoerd vanuit het perspectief van de zorgaanbieder. Voorgaand onderzoek naar de gevolgen van eerdere decentralisaties richten zich op gemeenten (Veer van de, Schalk & Gilsing, 2011; SCP, 2014). Daarnaast is er naar de gevolgen van de invoering van de nieuwe Wmo en Jeugdwet nog geen wetenschappelijk onderzoek gedaan. Voor de zorgaanbieder verandert er bij een decentralisatie ook veel en dit onderzoek probeert inzicht te geven in de verandering in de relaties die zorgaanbieders onderhouden.

Dat het onderzoek is uitgevoerd met data vanuit het perspectief van de zorgaanbieder zorgt ook voor een valkuil. De bevindingen moeten daarom ook in dat perspectief worden geplaatst. Volgens de zorgaanbieders is er minder vertrouwen, informatie-uitwisseling en probleemoplossend vermogen in de relaties met gemeenten dan in de relaties met zorgkantoren. Om erachter te komen of dit daadwerkelijk ook zo is zou er ook onderzoek bij gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars gedaan moeten worden. Dan pas kan er een compleet beeld geschetst worden van hoe de relaties tussen de verschillende partijen zijn en kunnen verschillende percepties van de relaties blootgelegd worden.

In de dataverzameling is te zien dat de respons naarmate de vragenlijst vordert afneemt. Daardoor is er op items die later in de vragenlijst komen een lagere respons. Dit valt mogelijk te verklaren doordat de vragenlijst in veel gevallen waarschijnlijk is ingevuld door een medewerker die niet genoeg kennis over de relaties had. Tijdens het uitzetten van de vragenlijst is er duidelijk aangegeven door welke functie in een organisatie de vragenlijst ingevuld zou moeten worden. Uit de respons blijkt dat de vragenlijst vaak door medewerkers met een andere functies is ingevuld. Dit kan ook negatieve gevolgen hebben gehad voor de betrouwbaarheid van de data.

De regressieanalyse in het onderzoek werd uitgevoerd met een lage n waardoor er mogelijk geen ondersteuning werd gevonden voor de invloed van de duur van relaties en het aantal relaties op de mate van embeddedness in een relatie.

Voor vervolgonderzoek is het interessant om het onderzoek te herhalen met een grotere dataset en naast zorgaanbieders ook gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars in het onderzoek te betrekken. Op deze manier kan er een compleet beeld geschetst worden van de relaties tussen de verschillende partijen.

6. Beleidsaanbevelingen

De beleidsaanbevelingen in dit hoofdstuk zijn gericht op zorgaanbieders in de langdurige zorg die actief zijn in het sociale domein van de nieuwe Wmo en Jeugdwet. Uit de resultaten komt naar voren dat de relaties die zorgaanbieders hebben met gemeenten minder embedded van aard zijn dan de relaties met zorgkantoren. Uit de literatuur komt naar voren dat embedded relaties het meest bijdragen aan het succes van de organisatie (Uzzi, 1996). Het doel van deze aanbevelingen is om de relaties met gemeenten meer embedded van aard te maken om zo bij te dragen aan het succes van de organisatie.

Om tot een meer embedded relaties te komen is het van belang dat de machtsverhouding tussen gemeenten en zorgaanbieders gaat veranderen. Bij de invoering van de nieuwe Wmo en Jeugdwet waren veel zorgaanbieders vooral bezig met het regelen van contracten, om zo de continuïteit van de eigen organisatie te bewerkstelligen. Zonder contracten met gemeenten was er immers geen werk. De gevolgen hiervan zien we terug in hoofdstuk 1.1, waarin wordt beschreven dat veel zorgaanbieders contracten hebben afgesloten tegen zeer lage tarieven en zij zelf daar nu de negatieve gevolgen van ondervinden. Om tot een gelijkwaardige machtsverhouding te komen moeten zorgaanbieders goed weten wat hun eigen product is, hoe zij moeten onderhandelen met zorgaanbieders en waar er mogelijkheden liggen in deze onderhandeling. Bij veel zorgaanbieders wordt er gedacht vanuit de gedachte van de cliënt. De cliënt heeft zorg nodig en deze staat centraal en moet ten allen tijden op een kwalitatieve manier geholpen worden. De manier waarop zorgaanbieders hun zorg verkopen aan bijv. gemeenten, daar wordt in mindere mate over nagedacht. De eerste aanbeveling richt zich op het werken aan een verbeterd verkoopproces:

“Zorgaanbieders investeren in een verkoopplan en in personeel dat uitblinkt in het verkopen van zorg en onderhandelen met zorgaanbieders.”

Deze aanbeveling moet ertoe leiden dat zorgaanbieders en gemeenten op een meer gelijke voet de relatie met elkaar aangaan. Wanneer zij meer op gelijke voet een relatie aangaan zal er eerder vertrouwen, informatie uitwisseling en probleem oplossend vermogen in de relatie ontstaan en zullen de relaties met gemeenten meer embedded van aard worden.

Wanneer we naar vertrouwen, informatie-uitwisseling en probleemoplossend vermogen in de relaties met gemeenten en zorgkantoren kijken zien we het grootste verschil in informatie-uitwisseling. Informatie-uitwisseling is in de relaties met zorgkantoren meer aanwezig dan in de relaties met gemeenten.. Dit kan liggen aan het gebrek aan kennis omtrent de langdurige zorg bij gemeenten. Zorgaanbieders geven aan dat er bij de gemeente op dit moment niet altijd de kennis aanwezig is om te oordelen of een cliënt bepaalde zorg nodig heeft of niet (Gemeente Middelburg, 2016). Dit maakt dat zorgaanbieder en gemeenten niet op hetzelfde niveau met elkaar kunnen communiceren en cliënten volgens zorgaanbieders soms geen toewijzing krijgen voor de zorg die zij nodig hebben. De tweede aanbeveling richt zich daarom op de informatie-uitwisseling:

“Zorgaanbieders nemen het initiatief om gezamenlijk met gemeenten te werken aan het verhogen van het kennis niveau bij gemeenten.”

Deze aanbeveling richt zich op het delen van kennis. De zorgaanbieder neemt hier het initiatief omdat zij expert in het vakgebied zijn. Wanneer de zorgaanbieder het initiatief neemt om de kennis te verhogen bij gemeenten is dit een positief gebaar richting de gemeente. De gemeente zal daardoor eerder geneigd zijn om ook iets terug te doen voor de zorgaanbieder. Op deze manier ontstaat er wederkerigheid, een belangrijk aspect van embedded relaties, in de relatie tussen gemeente en zorgaanbieder. Door kennis te delen met de gemeenten kunnen zij elkaar niet alleen beter begrijpen, maar beide partijen krijgen een beter idee hoe bepaalde processen bij elkaars organisatie in elkaar zitten.

Het aantal relaties met gemeenten kan voor zorgaanbieders soms oplopen tot honderden relaties. Het is een bijna onmogelijke taak om met al deze gemeenten een embedded relatie te hebben en te onderhouden. De derde aanbeveling richt zich daarom op het selecteren van bepaalde relaties:

“Zorgaanbieders selecteren de belangrijkste relaties met gemeenten en investeren hulpbronnen in deze relaties.”

Door als organisatie bewust ervoor te kiezen om hulpbronnen, bijv. geld, tijd, personeel, in te zetten om een select aantal relaties te verbeteren wordt het verbeteren van de relaties een doel op zich. De inzet van hulpbronnen kan resulteren in een betere relatie. Een betere relatie kan vervolgens leiden tot meer succes voor de organisatie, doordat er bijv. een meerjarig contract ter sprake komt, een betere afstemming of een gelijkwaardigere machtsverhouding. Op den duur zullen de kosten van de hulpbronnen zichzelf terug verdienen doordat de relatie verbeterd is en bepaalde processen soepeler verlopen.

7. Literatuurlijst

Aumann, R. J., & Sorin, S. (1989). Cooperation and bounded recall. *Games and Economic Behavior*, 1, 5-39.

Bacharach, M., & Gambetta, D. (2001). *Trust in signs*. In K. S. Cook (Ed.) *Trust in Society*, pp. 148–184. New York: Russell Sage

Baker, W. E. (1990). Market networks and corporate behavior. *American journal of sociology*, 96, 589-625.

Crosby, L. A., & Stephens, N. (1987). Effects of relationship marketing on satisfaction, retention, and prices in the life insurance industry. *Journal of marketing research*, 24, 404-411.

Frey, F. (2016). *Network formation and trust*. Ridderkerk, Nederland: Ridderprint BV

Granovetter, M. (1985). Economic action and social structure: The problem of embeddedness. *American Journal of Sociology*, 96, 481-510.

Helper, S. (1990). Comparative supplier relations in the US and Japanese auto industries: an exit/voice approach. *Business and Economic History*, 19, 153-162.

Hirschman, A. (1970). *Exit, Voice and Loyalty*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Landelijk Steunpunt zeggenschap (2015). Verandering langdurige zorg, verandering zorginkoop. Geraadpleegd van <http://www.meepratenuverzorginkoop.nl/meer-lezen/veranderingen.html>

Larson, A. (1992). Network dyads in entrepreneurial settings: A study of the governance of exchange relationships. *Administrative Science Quarterly*, 37, 76-104.

Loef, M. (2015, 25 maart). ‘Bond: Sensire wil 600 verzorgenden ontslaan; Sensire ontkent’. *Omroep Gelderland*. Geraadpleegd van <http://www.omroep gelderland.nl/nieuws/2087446/Bond-Sensire-wil-600-verzorgenden-ontslaan-Sensire-ontkent>

Macaulay, S. (1963). Non-contractual relations in business: A preliminary study. *American Sociological Review*, 28, 55–67.

Messick, D. M. (1993). *"Equality as a decision heuristic."* In Barbara A. Mellers and Jonathan Baron (eds.), *Psychological Perspectives on Justice: Theory and Applications*: 11-31. New York: Cambridge University Press.

Movisie (2015, 25 januari). Wmo 2015: wat is er veranderd?. *Movisie*. Geraadpleegd van https://www.movisie.nl/artikel/wmo-2015-wat-er-veranderd?gclid=CjwKEAiA0ZC2BRDpo_Pym8m-4n4SJAB5Bn4x-7NOAIWgE261fEIyRESd7q1eRcC8WsUAyxqnPkIURRoCRJTw_wcB

Nu.nl (2015, 27 november). 'Wat ging er mis bij TSN Thuiszorg?'. *Nu.nl*. Geraadpleegd van <http://www.nu.nl/dvn/4173137/ging-er-mis-bij-tsn-thuiszorg.html>

North, D. C. (1990). *Institutions, institutional change and economic performance*. New York: Cambridge university press.

Pauw, F. (2016). Overschotten te over. *Binnenlands Bestuur*, 18, 12-13.

Petersen, M. A., & Rajan, R. G. (1994). The benefits of lending relationships: Evidence from small business data. *The journal of finance*, 49, 3-37.

Powell, W. W. (1990). Neither Market Nor Hierarchy: Network Forms of Organization, *Organizational Behaviour*, 295, 303.

Rijksoverheid (2016). Jeugdhulp bij gemeenten. Geraadpleegd van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/jeugdhulp/inhoud/jeugdhulp-bij-gemeenten>

Rijksoverheid (2016). Zorg in zorginstelling. Geraadpleegd van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-in-zorginstelling/inhoud/wet-langdurige-zorg-wlz>

Rivera, M. T., Soderstrom, S. B., & Uzzi, B. (2010). Dynamics of dyads in social networks: Assortative, relational, and proximity mechanisms. *annual Review of Sociology*, 36, 91-115.

Romo, F. P., & Schwartz, M. (1995). The structural embeddedness of business decisions: The migration of manufacturing plants in New York State, 1960 to 1985. *American Sociological Review*, 60, 874-907.

Rousseau, D. M., Sitkin, S. B., Burt, R. S., & Camerer, C. (1998). Not so different after all: A cross-discipline view of trust. *Academy of Management Review*, 23, 393-404.

Schneider, F., & Weber, R. A. (2013). *Long-term commitment and cooperation*. Working Paper 130, Department of Economics, University of Zürich

Simon, H. A. (1978). Rationality as process and as product of thought. *The American Economic Review*, 68, 1-16.

Smitka, M. (1991). *Competitive ties: Subcontracting in the Japanese automotive industry*. New York: Columbia University Press.

Sociaal Cultureel Planbureau (2008). *De invoering van de WMO: gemeentelijk beleid in 2007*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau

Troost, N. (2015, 27 november). '12 duizend banen op tocht bij grootste thuiszorgorganisatie'. *Volkskrant*. Geraadpleegd van <http://www.volkskrant.nl/binnenland/12-duizend-banen-op-tocht-bij-grootste-thuiszorgorganisatie~a4196490/>

Uzzi, B. (1996). The sources and consequences of embeddedness for the economic performance of organizations: The network effect. *American sociological review*, 61, 674-698.

Uzzi, B. (1997). Social structure and competition in interfirm networks: The paradox of embeddedness. *Administrative science quarterly*, 42, 35-67.

van der Veer, J. C. V., Schalk, J., & Gilsing, R. (2011). Decentralisatie: maatwerk of uniformiteit? Het Wmo-beleid van Nederlandse gemeenten.

Weber, M. (1976 [1921]). *Wirtschaft und Gesellschaft*. Tübingen: Mohr, 5th ed

Wester, J. (2015, 27 november). 'Het dreigt echt mis te gaan in de thuiszorg'. *NRC Handelsblad*. Geraadpleegd van <http://www.nrc.nl/handelsblad/2015/11/27/het-dreigt-echt-mis-te-gaan-in-de-thuiszorg-1564354>

Yamagishi, T., & Yamagishi, M. (1994). Trust and commitment in the United States and Japan. *Motivation and Emotion*, 18, 129-166.

Zorgverzekeraars Nederland (2016). *Zorgkantoren*. Geraadpleegd van <https://www.zn.nl/350584833/Zorgkantoren>

Zukin, S., & DiMaggio, P. J. (1990). Structure of capital. *Cambridge, UK: Cambridge University Press*, 1, 5.

8. Appendix

Appendix I

Tabel 6. Skewness en kurtosis van de concepten in de verschillende relaties

	n	Skewness	Std error	P*	Kurtosis	Std error	P*
Attitude van de organisatie							
vertrouwen	87	.22	.26	.41	-.36	.51	.48
Informatie-uitwisseling	87	-.60	.26	.02	-.39	.51	.44
Probleemoplossend vermogen	87	-1.00	.26	.001	.95	.51	.06
embeddedness	87	-.68	.26	.01	.66	.51	.20
Relaties met gemeenten							
vertrouwen	71	.04	.29	.89	.78	.56	.16
Informatie-uitwisseling	71	.30	.29	.29	-.41	.56	.47
Probleemoplossend vermogen	70	-.37	.29	.20	.59	.57	.29
embeddedness	71	.32	.29	.26	.28	.56	.62
Relaties met zorgkantoren							
vertrouwen	45	-.83	.35	.02	.91	.70	.19
Informatie-uitwisseling	45	-.03	.35	.93	-.48	.70	.48
Probleemoplossend vermogen	44	.25	.36	.50	-1.32	.70	.06
embeddedness	45	-.72	.35	.04	2.23	.70	.001
Relaties met zorgverzekeraars							
vertrouwen	34	.36	.40	.37	-.02	.79	.98
Informatie-uitwisseling	34	-.15	.40	.71	.12	.79	.87
Probleemoplossend vermogen	34	-1.19	.40	.003	3.93	.79	.00
embeddedness	34	-.30	.40	.45	.27	.79	.73

*P-waarde.

Appendix II

Tabel 7. Resultaten related-samples sign test en paired sample t-test van de concepten in de verschillende relaties

	Related-samples sign test Sig.	Paired sample t-test Sig.	t-waarde
H1a. Verschil in vertrouwen in relaties met gemeenten en in relaties met zorgkantoren (verwachting: negatief)	.04	.01	-2.9
H1b. Verschil in vertrouwen in relaties met gemeenten en in relaties met zorgverzekeraars (verwachting: negatief)	.02	.01	2.84
H2a. Verschil in informatie-uitwisseling in relaties met gemeenten en in relaties met zorgkantoren (verwachting: negatief)	.001	.001	-7.39
H2b. Verschil in informatie-uitwisseling in relaties met gemeenten en in relaties met zorgverzekeraars (verwachting: negatief)	.14	.04	-2.17
H3a. Verschil in probleemoplossend vermogen in relaties met gemeenten en in relaties met zorgkantoren (verwachting: positief)	.001	.001	-4.7
H3b. Verschil in probleemoplossend vermogen in relaties met gemeenten en in relaties met zorgverzekeraars (verwachting: positief)	.80	.27	1.12
H4a. Verschil in embeddedness in relaties met gemeenten en in relaties met zorgkantoren (verwachting: negatief)	.001	.001	-6.56
H4b. Verschil in embeddedness in relaties met gemeenten en in relaties met zorgverzekeraars (verwachting: negatief)	.60	.79	.27