



Gelijkgerichtheid in het ziekenhuislandschap

Inleiding

De roep om passende zorg vraagt om intensieve, goed afgestemde samenwerking binnen het ziekenhuis. Een sterk gelijkgerichte relatie tussen het ziekenhuisbestuur en het bestuur van de medische staf is hierin cruciaal. In de praktijk blijkt dit echter vaak een weerbarstig proces. De belangen, verantwoordelijkheden en perspectieven van beide besturen zijn niet vanzelfsprekend op elkaar afgestemd. Tegelijkertijd groeit het besef dat zonder onderlinge gelijkgerichtheid geen sprake kan zijn van duurzame, toekomstbestendige zorg.

Om deze samenwerking te versterken, hebben de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) gezamenlijk de handreiking *Gelijkgerichtheid: samenwerken aan passende zorg* ontwikkeld. Maar hoe komt deze gelijkgerichtheid daadwerkelijk tot stand?

In de praktijk blijkt het ontwikkelen van een gezamenlijke visie en het komen tot concrete uitwerkingen niet eenvoudig. Hoewel bedrijfskundige aspecten zoals governance, financiering en organisatiemodellen een belangrijke rol spelen, is er vaak meer aan de hand. Onderliggende factoren zoals verschil in taalgebruik, cultuur, professionele identiteit, beeldvorming en historisch gegroeide verhoudingen blijken minstens zo bepalend voor de mate van gelijkgerichtheid. Daarbij is vertrouwen niet vanzelfsprekend; het moet groeien, met wederzijds begrip, gedeelde verantwoordelijkheid en ruimte voor constructieve dialoog — juist wanneer belangen niet vanzelf overlappen.

De handreiking en het integraal zorgakkoord

De handreiking *Gelijkgerichtheid* is zorgvuldig samengesteld met inbreng van zowel de FMS als de NVZ. Zij biedt handvatten voor bestuurders van ziekenhuizen en gremia van medisch specialisten om de juiste randvoorwaarden te scheppen voor samenwerking vanuit vertrouwen en respect. De toepasbaarheid verschilt per ziekenhuis; het verbeterpotentieel is immers niet overal gelijk. De veranderende zorgvraag en het dynamische zorglandschap maken samenwerking tussen medisch specialisten en ziekenhuisorganisaties essentieel.

De handreiking is opgebouwd rond vier thema's, die deels voorzien zijn van concrete richtlijnen en deels ruimte bieden voor lokale invulling:

1. Werken vanuit een gedeelde missie, visie en strategie
2. Bestuurlijke organisatie en besluitvorming
3. Samenwerking vanuit vertrouwen en wederkerigheid
4. Financiële afspraken en transparantie

Deze thema's zijn ingebed in het bredere beleidskader van het Integraal Zorgakkoord (IZA, oktober 2024). Dit akkoord stelt dat passende zorg in gezamenlijkheid met de patiënt wordt verleend — op de juiste plek, met aandacht voor gezondheid in plaats van ziekte. Het verwijst



naar het rapport *Kader Passende Zorg* (2022), waarin de maatschappelijke opgaven voor toekomstbestendige zorg zijn benoemd. Zorg moet mensgericht, houdbaar (financieel, personeel, maatschappelijk) én duurzaam zijn. Denk aan het terugdringen van afvalstromen, medicijnresten en uitstoot in de zorg.

Het *Kader Passende Zorg* rust op vier principes:

1. Passende zorg is waardegedreven
2. Passende zorg komt tot stand in gezamenlijkheid rondom de patiënt
3. Passende zorg vindt plaats op de juiste plek
4. Passende zorg richt zich op gezondheid in plaats van ziekte

Dat dit beleidskader in de bestuurskamers tot discussie leidt, is evident. En niet alleen daar: ook binnen medische staven leeft de urgentie en complexiteit. De Raad van Bestuur stuurt op strategisch niveau en beleidsvorming; de medische staf bewaakt de inhoudelijke kwaliteit en uitvoerbaarheid van zorg. Verschillen in perspectief kunnen leiden tot spanningen die de voortgang belemmeren. Samenwerking vereist dan ook niet alleen structuur, maar ook het vermogen om betekenis te geven aan elkaars perspectief.

Wat speelt er écht?

In 2004 introduceerde ik in een thesis over ondernemen in de zorg het model van interactief ondernemerschap, waarin formele en informele interacties centraal staan. Organisaties bestaan uit mensen, en gedrag is sterk afhankelijk van persoonlijkheid en perspectief. Vanuit de Human Relations-benadering is een ziekenhuis ook een politiek systeem, waarin innovatie vaak leidt tot frictie — zeker wanneer bestaande machtsverhoudingen onder druk komen te staan. Organisaties kiezen vaak voor routineoplossingen — beproefde paden die binnen de bestaande kaders passen. Pas wanneer de externe druk toeneemt, ontstaat ruimte voor innovatieve oplossingen. In de huidige zorgcontext is die druk evident. Het vraagt om creativiteit en adaptief vermogen, zeker bij bestuurders en medisch specialisten die samen richting moeten geven aan vernieuwing.

In 2020 onderstreept prof. dr. J. Caris dat complexe sociale vraagstukken vragen om integrale analyse. Personele krapte, vergrijzing en beperkte middelen moeten niet los van elkaar worden benaderd. Hij benoemt drie dimensies voor analyse: (1) sociale scope, (2) tijdsperspectief en (3) beleidsproces. Eerder, in 2014, toonde E. Graamans aan hoe persoonlijke drijfveren, ambivalente signalen en onuitgesproken verwachtingen het functioneren van topteams complex maken.

Eveneens relevant is de bijdrage van J. Koppenjan (2006) over conflict en consensus in beleidsnetwerken. Hij pleit voor het toelaten van een functioneel niveau van confrontatie. Zowel te veel als te weinig conflict leidt tot stagnatie. Dit is herkenbaar in het ziekenhuislandschap, waar spanningsvelden vaak worden vermeden in plaats van benut als bron voor vernieuwing.

Tot slot is het model *Dynamische Oordeelsvorming* van Lex Bos (1974), toegelicht door Ad Komen in *Zipconomy* (2013), een bruikbaar kader. Oordeelsvorming start met feiten en begrippen, leidt tot het stellen van doelen en het kiezen van middelen. Deze structuur kan helpen bij het voeren van het goede gesprek — tussen mensen die niet hetzelfde denken, maar wel hetzelfde willen: passende zorg.



Tot slot – van denken naar doen

Deze whitepaper pretendeert geen pasklare antwoorden te bieden, maar nodigt uit tot reflectie en het voeren van het goede gesprek. Gelijkgerichtheid vraagt om visie, vertrouwen en de moed om gezamenlijk op te trekken, ondanks verschillen in perspectief.

Herkent u binnen uw organisatie vergelijkbare spanningen of vraagstukken? Wordt de handreiking besproken, maar blijkt de vertaling naar de praktijk lastig? Wij denken graag met u mee over de volgende stap — inhoudelijk, organisatorisch of relationeel.

We komen graag langs voor een verkennend gesprek. Want de eerste stap richting meer gelijkgerichtheid begint vaak met een open dialoog aan tafel.

Verwijzingen en leesvoer

1. Handreiking Gelijkgerichtheid: samenwerken aan passende zorg – FMS/NVZ, oktober 2024
2. Integraal Zorgakkoord – oktober 2024
3. Kader Passende Zorg – juni 2022
4. Webinar Gelijkgerichtheid – FMS/NVZ, 2025
5. Basisprincipes en randvoorwaarden gelijkgerichte samenwerking – FMS, 2025 (presentatie)
6. Caris, J. – Complexe sociale vraagstukken: integraal analysemodel, 2020 (Ubuntu Society)
7. Graamans, E. – Dynamieken binnen het topmanagementteam, MO, mei/juni 2014
8. Komen, A. – Dynamische oordeelsvorming: van chaos naar consensus, ZiPconomy, 2013
9. Koppenjan, J. – Conflict en consensus in beleidsnetwerken, Bestuurswetenschappen, 2006
10. De Liefde, W.H.J. – African Tribal Leadership, 2005



Bijschrift: Naar aanleiding van het uitbrengen van BDO-Benchmark rapport 2025 (2023) en de dissertatie van Hanneke Beijer (2025)

Op basis van het BDO-Benchmarkonderzoek en de promotie van Hanneke Beijer kunnen vijf cruciale punten voor bestuurlijke samenwerking in de zorgregio worden beschreven als volgt:

Ziekenhuizen bevinden zich onder grote financiële druk, waarbij het rendement structureel onder de norm ligt, met in 2023 slechts 11% van de ziekenhuizen die boven de norm van 1,5% rendement uitkomen. Deze druk zet samenwerking onder spanning, zeker wanneer investeringen in de regio geen direct financieel voordeel voor het eigen ziekenhuis opleveren. Hierdoor ontstaat een spanningsveld tussen financiële autonomie en regionaal belang.

Een tweede punt is het tekort aan onderling vertrouwen binnen samenwerkingsverbanden, mede veroorzaakt door een gebrek aan bestuurlijke continuïteit en verschillen in governance-structuren tussen organisaties. Vertrouwen wordt gezien als een voorwaarde voor samenwerking, maar ontstaat alleen wanneer bestuurders consistent en transparant handelen, wat bemoeilijkt wordt door wisselingen in de top van organisaties.

Derde is de spanning tussen loyaliteit aan de eigen organisatie en het bredere regiobelang. Bestuurders worden in eerste instantie afgerekend op het functioneren van hun eigen instelling, waardoor het lastig is om concessies te doen ten gunste van een regionaal doel. Deze spanning belemmert het gezamenlijk maken van strategische keuzes.

Een vierde knelpunt is het beperkte strategisch vermogen binnen samenwerkingsverbanden. De besluitvorming blijft vaak hangen op het niveau van projectleiders of beleidsadviseurs, terwijl cruciale keuzes om regie vragen op bestuurlijk niveau. Hierdoor ontbreekt vaak een duidelijke koers, wat samenwerking ineffectief maakt.

Tot slot ontbreekt het aan duidelijke regie op de samenwerking. Hoewel samenwerking een veelgehoorde ambitie is, blijkt in de praktijk dat niemand formeel verantwoordelijk wordt gehouden voor het succes of falen ervan. Dit gebrek aan governance versterkt fragmentatie in plaats van samenhang.