

THROUGH THE LOOKING-GLASS



J. MARC C. VAN DIJK



**Erasmus
Centrum voor
Zorgbestuur**

Thesis in het kader van de Master of Health Business Administration
Erasmus Centrum voor Zorgbestuur – Erasmus Universiteit Rotterdam
Mei 2022 (MHBA-18)

Begeleider: Dr. M. van Ooijen
Tweede beoordelaar: Prof.dr.ir. C.T.B. Ahaus

TOEZICHT OP ZORGNETWERKEN

DE WAARDE VAN CONTEXT EN DYNAMIEK

EEN ORIËNTATIE OP DE ORGANISATIE VAN HET TOEZICHT
OP NEUROLOGISCHE EN NEUROCHIRURGISCHE NETWERKZORG
AAN DE HAND VAN VERKENNEND LITERATUURONDERZOEK
EN INTERVIEWS MET BESTUURLIJKE ACTOREN

Through the Looking-Glass is geschreven door Lewis Carroll en kwam uit in 1871. Het boek was meteen een overweldigend succes, in navolging van het beroemde *Alice in Wonderland* (1865). Beide boeken zijn klassiekers geworden. De tekening op het voorblad is van Sir John Tenniel, die ook het eerste boek illustreerde.

INHOUDSOPGAVE

Inhoudsopgave	5
Voorwoord	7
Executive Summary	8
Management Samenvatting.....	9
Inleiding	11
NeuroNet	12
Bestuurlijke actoren	14
Projectontwerp	15
Probleemstelling	15
Doelstelling	15
Vraagstelling	15
Relevantie	16
Theoretische voorstudie.....	17
Organisatiemodel.....	17
Governance	20
Intern en extern toezicht	24
Globaal conceptueel model	26
Onderzoeksopzet.....	27
Onderzoeksstrategie	27
Dataverzameling	31
Data-analyse	33
Waarborging van kwaliteit	34
Onderzoeksresultaten	35
Deel 1 – Sensitizing concepts	35
Deel 2 – Resultaten Interviews.....	42
Discussie	50
Toezicht op zorgnetwerken.....	50
Gefundeerd conceptueel model.....	54
Betrouwbaarheid en validiteit.....	55
Conclusie	56
Antwoord op de hoofdvraag	56
Antwoord op de deelvragen.....	57
Aanbevelingen.....	59
Referenties.....	60
Bijlage 1 Scoping search	65
Bijlage 2 Topiclijst.....	66
Bijlage 3 Gespreksinstructies	67

VOORWOORD

Geachte lezer,

Voor u ligt de thesis van de opleiding Master of Health Business Administration (MHBA) van het Erasmus Centrum Voor Zorgbestuur i.s.m. de Erasmus Universiteit Rotterdam. Het leertraject van de Executive MHBA is voor mij een bijzondere ervaring geweest. Niet alleen de kennismaking met bedrijfskundige inzichten en daarmee een geheel nieuwe manier van denken en doen, maar ook het zelf opnieuw in de schoolbanken zitten, huiswerk maken en opdrachten inleveren. Met de afronding van deze thesis komt een einde aan een uitdagende en intensieve periode, al heeft het mij nooit ontbroken aan energie en enthousiasme. Toch was het verrichten van een dergelijk traject naast een fulltime aanstelling als hoogleraar en afdelingshoofd Neurochirurgie aan het Universitair Medisch Centrum Groningen zonder de onvoorwaardelijke steun van mijn gezin niet mogelijk geweest. Daarnaast wil ik ook de Raad van Bestuur van het UMCG en mijn collega's bedanken voor het vertrouwen en de geboden ruimte om mij te ontplooiën.

Terugkijkend zie ik de MHBA-opleiding als een waardevolle periode in mijn leven, naast mijn artsexamen, mijn registratie als neurochirurg, mijn promotie en mijn oratie passend in de opeenvolging van professionele mijlpalen. Ik ben dankbaar om in dit traject zoveel nieuwe inzichten te hebben ontwikkeld en inspirerende mensen te hebben ontmoet.

Marc van Dijk, Mei 2022.

**“Non viribus aut velocitate aut celeritate corporum res magnae geruntur,
sed consilio auctoritate sententia.”**

*“Grote prestaties worden niet door fysieke kracht, snelheid of wendbaarheid verkregen,
maar juist door middel van reflectie, waardigheid en oordeelsvermogen.”*

Cicero

EXECUTIVE SUMMARY

In this thesis, explorative and theory-building research is conducted on the supervision of (regional) hospital networks as new phenomenon within the Dutch healthcare system. Traditionally, a distinction was made between internal and external supervision. Internal supervision (supervisory board) is usually linked to a hospital that is physically located at a certain address, while external supervision (including the IGJ and NZA) assesses the care in more overarching manner, representing the government. With the arrival of regional hospital networks, the physical boundaries of an organization have largely been abandoned, resulting in administrative overlap within the partnership depending on the organizational model and development phase. Hence, the organization of supervision have become a new playing field, giving rise to a debate about the responsibility of the hospital network itself, the role of the supervisory board of the participating hospitals, and the position of external supervision, whereby other administrative actors such as the professionals and the health insurer may also have a duty with regard to supervision.

NeuroNet, a developing neurological and neurosurgical network of hospitals in the three northern provinces, was chosen as the practical setting for the inductive research. In addition to a theoretical study into the current insights and backgrounds of internal and external supervision, organizational networks, and network governance, three sensitizing concepts have been identified through a scoping review: contextual moral perspective (logics), dynamics within frameworks of supervision and dynamics within the relationship between the daily management and the supervisory board. These concepts have been tested by means of interviews with a careful selection of administrative actors, which has led to a new theoretical model on the supervision of hospital networks.

Based on the new insights from this thesis, it can be stated that the administrative actors involved in the supervision of (regional) hospital networks, in this case NeuroNet, each have their own unique perception of supervision. This is called the contextual moral perspective, which has its particular logic. Consequently, identical issues can be viewed in a completely different way. Hospital organizations are part of the societal perspective, but they are also influenced by the public, private and professional perspectives. Regarding the supervision of a hospital network such as NeuroNet, the summation of all perspectives (logics) composes a situational outcome, in combination with the dynamic societal view on supervision and the dynamics between management and supervision. In conclusion, it is recommended that when setting up a regional hospital network such as NeuroNet, from the start, representatives of various moral perspectives (supervisory boards, public supervision, health insurers, and professional associations) should sit together, so that the integrated supervision is indeed composed on a situational basis and can mature along with the development of the (regional) hospital network.

MANAGEMENT SAMENVATTING

In deze thesis is exploratief en theorievormend onderzoek gedaan naar het toezicht op (regionale) zorgnetwerken als nieuw fenomeen binnen het Nederlandse zorglandschap. Tot voor kort werd er slechts onderscheid gemaakt tussen intern en extern toezicht. Het intern toezicht (raad van toezicht) is doorgaans verbonden aan een zorgorganisatie die zich fysiek op een locatie bevindt, zoals bijvoorbeeld een ziekenhuis, terwijl het extern toezicht (o.a. IGJ en NZA) van overheidswege de zorg overkoepelend beoordeelt. Met de komst van regionale zorgnetwerken worden de fysieke grenzen van zorgorganisaties grotendeels verlaten, wat in relatie tot het organisatiemodel en de ontwikkelingsfase leidt tot bestuurlijke overlap binnen het samenwerkingsverband. De huidige organisatie van het toezicht komt daarmee ter discussie, waarbij het nieuwe speelveld aanleiding geeft tot nieuwe vraagstukken m.b.t. de verantwoordelijkheid van het zorgnetwerk zelf, de rol van de raad van toezicht van de deelnemende zorgorganisaties en de functie van het extern toezicht, waarbij er voor andere bestuurlijke actoren zoals de professionals (beroepsvereniging) en de zorgverzekeraar mogelijk ook een taak t.a.v. het toezicht ligt.

Als praktische setting voor het inductieve onderzoek is gekozen voor NeuroNet, een zich ontwikkelend neurologisch en neurochirurgisch zorgnetwerk van ziekenhuizen in de drie noordelijke provincies. In aanvulling op een theoretische voorstudie naar de vigerende inzichten en achtergronden m.b.t. intern en extern toezicht, organisatienetwerken en netwerk-governance, zijn middels een scoping review een drietal sensitizing concepts geïdentificeerd: contextueel moreel perspectief, dynamiek m.b.t. de kaders van toezicht en dynamiek m.b.t. de relatie tussen bestuur en (intern) toezicht. Deze concepten zijn middels interviews getoetst bij een zorgvuldige selectie van bestuurlijke actoren, wat heeft geleid tot nieuwe theorievorming over het toezicht op zorgnetwerken.

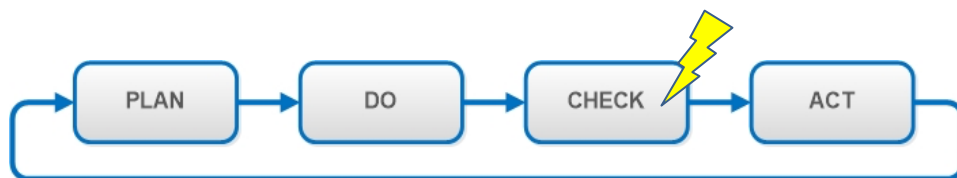
Op basis van de inzichten uit deze thesis kan worden gesteld dat de bestuurlijke actoren die betrokken zijn bij het toezicht op (regionale) zorgnetwerken, in casu NeuroNet, ieder door een eigen bril naar het toezicht kijken. Dit contextueel moreel perspectief heeft een eigen logica, die maakt dat dezelfde issues op een volstrekt andere wijze kunnen worden gezien. Zorgorganisaties bevinden zich binnen het maatschappelijk perspectief, maar staan ook onder invloed van de publieke, private en professionele perspectieven. Met betrekking tot het toezicht op een regionaal zorgnetwerk als NeuroNet vormen deze perspectieven (logica's) afhankelijk van de specifieke situatie een resultante, tezamen met de dynamische maatschappelijke opvatting m.b.t. kaders van het toezicht en de dynamiek tussen bestuur en toezicht. Aldus wordt geadviseerd om bij de oprichting van een regionaal zorgnetwerk zoals NeuroNet vanaf het begin met vertegenwoordigers van de diverse morele perspectieven (raden van toezicht, publiek toezicht, zorgverzekeraars en professionals) om de tafel te gaan, zodat het integraal toezicht situationeel wordt samengesteld en kan meegroeien met de ontwikkeling van het (regionale) zorgnetwerk.

INLEIDING

In navolging van de brief van de minister van VWS (Bruins, 2019) met betrekking tot de maatschappelijke rol van de Universitaire Medische Centra is er in het Nederlandse zorglandschap een toenemende trend ontstaan om (regionale) zorgnetwerken op te richten. Hiermee wordt getracht tegemoet te komen aan het gegeven dat het zorgstelsel steeds verder onder druk komt te staan door factoren als vergrijzing, toename van chronische aandoeningen, multimorbiditeit en stijgende zorgkosten. Zorgnetwerken worden aldus gezien als een manier om te komen tot betere toegankelijkheid, kwaliteit, patiënttevredenheid en efficiëntie van de zorg (Valentijn, 2019).

Zorgnetwerken zijn horizontaal georganiseerde samenwerkingsverbanden die bestaan uit een combinatie van intramurale, extramurale en/of ambulante zorg rondom een specifieke zorgvraag en/of een (chronische) aandoening. Netwerkvorming leidt tot een decentralisatie van de zorg en komt daarmee tegemoet aan de aanbevelingen van de taskforce 'De juiste zorg op de juiste plek', waarin gestreefd wordt naar het terugdringen van dure zorg, het verplaatsen van zorg dichterbij mensen thuis, en het vervangen van zorg door bijvoorbeeld eHealth (Dungen, 2018).

Vaak blijkt in de praktijk dat de primaire focus bij de oprichting van zorgnetwerken vooral uitgaat naar het op de korte termijn realiseren van een functionele organisatie en inhoudelijke samenwerking. Vanuit het principe van het kwaliteitsdenken redenerend, operationeel vaak gesymboliseerd door de PDCA-cyclus (Figuur 1), dient vanaf het begin echter ook aandacht te worden besteed aan de borging, waarbij lange termijn aspecten als verantwoording en toezicht een centrale rol innemen (Glimmerveen et al., 2020).



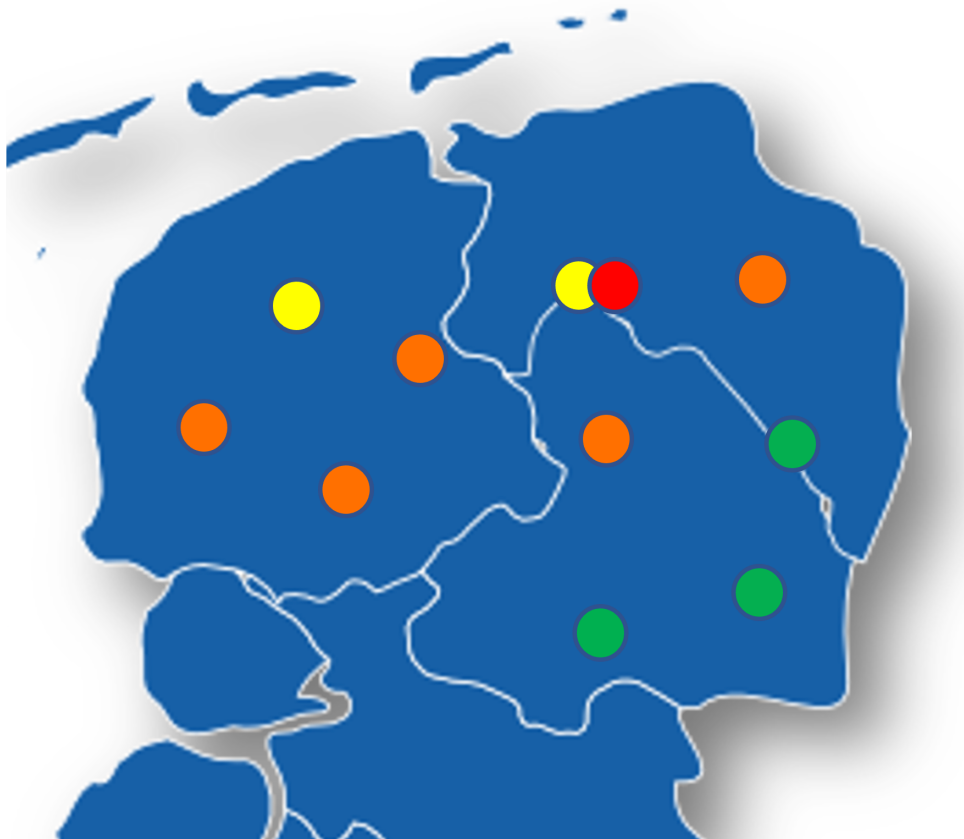
Figuur 1 – De operationele PDCA-cyclus binnen het kwaliteitsdenken.

Borging middels intern en extern toezicht in het kader van (regionale) zorgnetwerken is een nieuw speelveld en vereist als zodanig dat de huidige toezichthouders zich buiten hun comfort zone moeten begeven, maar leidt mogelijk ook tot enige terughoudendheid en/of koudwatervrees bij beroepsverenigingen en andere bestuurlijke actoren (Grit et al., 2016). Anderzijds biedt het nieuwe speelveld natuurlijk ook kansen. Het onderwerp is daarmee actueel en voorziet in de behoefte om te middels deze thesis te onderzoeken welke factoren en maatschappelijke invloeden een rol van belang spelen met betrekking tot de governance van zorgnetwerken en het toezicht hierop (Woerd et al., 2021).

NEURONET

Als praktisch kader voor dit exploratieve onderzoek is de setting van NeuroNet gekozen, een zich ontluikend neurologisch en neurochirurgisch zorgnetwerk in Noord-Nederland. Als afdelingshoofd Neurochirurgie in het UMCG ben ik hier persoonlijk bij betrokken.

Het ziekenhuislandschap van de drie noordelijke provincies (Groningen, Drenthe en Friesland) bestaat uit het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) en tien regionale ziekenhuizen, die evenwichtig zijn verspreid over de regio en onderling strategische allianties of zelfs een fusie (Treant) zijn aangegaan. In vergelijking met de andere UMC's verricht het UMCG nog een relatief groot deel regionale niet-academische patiëntenzorg. In dit kader speelt er in de noordelijke regio een behoefte aan een nieuwe koers, waarin vooral ook taakherschikking tussen het UMCG en de andere ziekenhuizen in de regio wordt beoogd. Dit proces bevindt zich in een zich ontwikkelende fase.



Figuur 2 – Het ziekenhuislandschap van Noord-Nederland, waarin het UMCG (rood) wordt geflankeerd door 2 topklinische ziekenhuizen (geel) en 8 algemene ziekenhuizen (oranje en groen). De groene ziekenhuizen vormen samen Treant.

De medisch specialismen Neurologie en Neurochirurgie zijn van nature nauw met elkaar verbonden en liggen eigenlijk in elkaars verlengde. Patiënten die naar een neurochirurg worden verwezen, worden als regel eerst beoordeeld door een neuroloog. De neuroloog verricht ter bevestiging doorgaans aanvullend beeldvormend onderzoek, zoals een MRI-scan, en stelt daarmee een neurologische diagnose, die vervolgens door de neurochirurg eventueel operatief kan worden behandeld. Door de voortschrijdende specialisering binnen Neurologie en Neurochirurgie wordt het vakgebied niet overal meer in de volle breedte beoefend en is er over de jaren reeds een voorzichtige taakherschikking gaande.

Van oudsher is het specialisme Neurochirurgie m.b.t. operaties binnen de hersenvliezen vergunningplichtig volgens de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV). Hierdoor zijn de ziekenhuizen die de Neurochirurgie in de volle omvang mogen uitvoeren beperkt tot de UMC's en een aantal topklinische ziekenhuizen. Door de WBMV-bepaling is de Neurochirurgie van oudsher een gecentraliseerd derdelijns specialisme, terwijl de Neurologie als tweedelijns specialisme in nagenoeg elk ziekenhuis vertegenwoordigd is.¹

In Groningen hebben het UMCG en het Martini Ziekenhuis (topklinisch ziekenhuis) een neurochirurgische WBMV-status. Vanuit deze centra wordt gewerkt in de noordelijke regionale ziekenhuizen, waarbij op locatie poliklinische consulten en laag-complexe (niet-WBMV) operaties worden uitgevoerd, zoals lage-rug chirurgie (hernia). Het UMCG heeft satellietlocaties in Leeuwarden (topklinisch ziekenhuis), Heerenveen, Sneek, Assen en Treant Hoogeveen; het Martini werkt in Drachten en Treant Stadskanaal/Emmen. Bestuurlijk is er nog geen sprake van een zorgnetwerk, maar van meerdere bilaterale samenwerkingen tussen het UMCG / Martini Ziekenhuis en de individuele ziekenhuizen. Het partnerschap tussen de WBMV-centra en de regionale ziekenhuizen heeft evident wederzijdse voordelen: enerzijds is het voor het regionale ziekenhuis een voordeel dat zij de Neurochirurgie 'in huis' hebben, anderzijds garandeert de samenwerking dat de WBMV-zorg preferentieel naar het UMCG en/of het Martini Ziekenhuis wordt verwezen.

Het streven van NeuroNet is om de neurologische en neurochirurgische zorg in Noord-Nederland qua takenpakket beter af te stemmen en dusdanig te (re)organiseren dat de zorg zo dicht mogelijk bij de leefomgeving van de patiënt geboden wordt: dichtbij huis als het kan en gecentraliseerd (WBMV) als het moet, conform het principe van de Juiste Zorg op de Juiste Plek (Dungen, 2018). In dit kader biedt NeuroNet naast voordeel voor de patiënt aan de ziekenhuizen de mogelijkheid om zich te profileren met een specifiek zorgprofiel. Tevens ligt het voor de hand dat NeuroNet op termijn aansluiting zoekt met de eerste lijn, de laagdrempelig toegankelijke (basis)zorg in de directe leefomgeving van de patiënt.¹ Deze aansluiting is vanuit het oogpunt van preventie en re-integratie van essentieel belang voor het welslagen van de taakherschikking in de noordelijke regio.

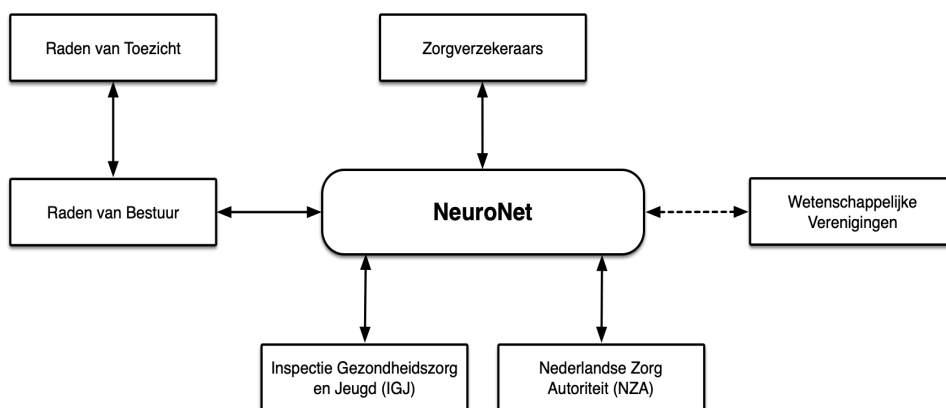
¹ Eerstelijns zorg is zorg waarvan iedereen gebruik kan maken zonder verwijzing, zoals de huisarts. Voor tweedelijns zorg is verwijzing vanuit de eerste lijn vereist; voor derdelijns zorg is verwijzing vanuit de tweede lijn vereist. Vierdelijns zorg betreft (supra)regionaal geconcentreerde zorg.

BESTUURLIJKE ACTOREN

Een regionaal zorgnetwerk als NeuroNet dient uiteraard geborgd te zijn door middel van toezicht. Aangezien zorgnetwerken in Noord-Nederland een nieuw fenomeen zijn, is ook de organisatie van het toezicht hierop een nieuw speelveld voor actoren binnen het bestuurlijk domein. Teneinde inzicht te verkrijgen in de bij het toezicht betrokken actoren werd een beperkte externe analyse van de macro-omgeving uitgevoerd. Aldus zijn in relatie tot NeuroNet allereerst de raden van bestuur en de raden van toezicht van de noordelijke ziekenhuizen als voor de hand liggende actoren geïdentificeerd. Vanuit politiek oogpunt (de overheid) zijn vervolgens de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Nederlandse Zorg Autoriteit (NZA) toegevoegd. Tenslotte is vanuit financieel perspectief de zorgverzekeraar als belangrijke speler geïdentificeerd.

Een bijzondere positie is weggelegd voor de wetenschappelijke verenigingen. In geval van NeuroNet betreft dit de Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie (NVVN) en de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN). Alhoewel beide gremia geen directe bestuurlijke relatie hebben met NeuroNet, zijn zij als beroepsvertegenwoordiging binnen de Federatie van Medisch Specialisten (FMS) medebepalend op het gebied van de professionele inhoud (o.a. de kwaliteitsnormen) en worden zij als zodanig door het ministerie van VWS beschouwd als formele gesprekspartner namens de beroepsgroep. De wetenschappelijke verenigingen toetsen de door hen opgestelde veldnormen via collegiale kwaliteitsvisitaties, waarmee zij een controlerende toezichthoudende functie bekleden t.a.v. medisch specialistische zorgnetwerken als NeuroNet (FMS, 2018).

De hierboven genoemde bestuurlijke actoren staan geschetst in Figuur 3. Elk van de gremia heeft een unieke relatie met NeuroNet, maar deze actoren staan onderling ook in relatie tot elkaar en hebben elk hun eigen bestuurlijke reikwijdte en toetsingskader.



Figuur 3 – Bestuurlijke actoren in relatie tot NeuroNet

PROJECTONTWERP

PROBLEEMSTELLING

Binnen de context van het veranderende noordelijke zorglandschap en de gerelateerde opkomst van (regionale) zorgnetwerken als NeuroNet, is het van elementair belang om vroegtijdig oog te hebben voor de vereiste kwaliteitsborging middels intern en extern toezicht. Gezien de instellingoverschrijdende aspecten van (regionale) zorgnetwerken zijn hierbij meerdere bestuurlijke actoren betrokken, elk met hun eigen achtergronden en inzichten (raden van bestuur, raden van toezicht, zorgverzekeraars, bestuurlijke overheid en wetenschappelijke verenigingen). In dit kader is er een behoefte aan een overkoepelende organisatie van het toezicht voor zorgnetwerken zoals NeuroNet.

DOELSTELLING

Het verkrijgen van nieuwe inzichten en het op grond hiervan doen van aanbevelingen met betrekking tot het toezicht op (regionale) zorgnetwerken zoals NeuroNet, door het verrichten van een literatuurstudie naar sensitizing concepts² en het inventariseren van perspectieven op de organisatie van het toezicht in interviews met bestuurlijke actoren.

VRAAGSTELLING

HOOFDVRAAG

Wat zijn de overeenkomsten en verschillen in perspectief van de bestuurlijke actoren op de organisatie van het toezicht op (regionale) zorgnetwerken zoals NeuroNet en welke aanbevelingen kunnen op basis van nieuwe inzichten uit dit onderzoek gedaan worden?

DEELVRAGEN

- Welke sensitizing concepts zijn op basis van een verkennend literatuuroverzicht te identificeren m.b.t. de organisatie van het toezicht op zorgnetwerken als NeuroNet?
- Worden deze concepten tijdens de interviews herkend door bestuurlijke actoren?
- Wat is het perspectief van de verschillende bestuurlijke actoren op de organisatie van het toezicht op (regionale) zorgnetwerken en op NeuroNet in het bijzonder?
- Wat zien de bestuurlijke actoren als actuele en toekomstige uitdagingen m.b.t. het toezicht op (regionale) zorgnetwerken zoals NeuroNet?

² Sensitizing concepts zijn verkennende en richtinggevende concepten, waarvan de uiteindelijke betekenis in het verdere beloop van het onderzoek geduid kan worden (Smaling, 2021).

RELEVANTIE

ACADEMISCHE RELEVANTIE

Deze thesis voegt met haar exploratieve bevindingen en de daaruit voortkomende aanbevelingen kennis toe aan het theoretisch kader over het toezicht op zorgnetwerken. Dit betreft een relatief nieuw en daarmee tot nu toe weinig beschreven onderwerp. Iedere toezichthouder zal naar eer en geweten vanuit een eigen perspectief invulling geven aan deze zicht ontwikkelende situatie, maar op basis van de in deze thesis geanalyseerde overeenkomsten en verschillen in perspectief van de bestuurlijke actoren zal er wellicht een overkoepelend conceptueel model kunnen worden vastgesteld en zal aldus middels dit inductieve onderzoek een bijdrage worden geleverd aan de incrementele formatie van een nieuw theoretisch model.

MAATSCHAPPELIJKE RELEVANTIE

Vanuit maatschappelijk oogpunt rust er een zware last op de schouders van het toezicht. Professionals ervaren namelijk bij zorgincidenten weinig steun vanuit de samenleving. Bij het uitvoeren van zorgtaken is voor professionals in beginsel de professionele norm leidend, terwijl een slechte uitkomst (zoals in geval van zorgincidenten) door o.a. media en politiek langs een maatschappelijke maatlat wordt gelegd, met name als er mogelijk sprake is van discutabele of verwijtbare keuzes door de professionals. Vooral als het gaat om gezondheid is er derhalve sprake van discrepantie tussen de professionele norm en de maatschappelijke norm (Scheer, 2016). Een zorgvuldige organisatie en toepassing van het toezicht binnen het Nederlandse zorgstelsel is daarmee essentieel voor het veilig ontginnen van kwetsbare initiatieven in de gezondheidszorg zoals NeuroNet. Aldus dragen de nieuwe inzichten op basis van het onderzoek in deze thesis wellicht bij aan de oplossing van een maatschappelijke kwestie in een precaire sector als de zorg.

PRAKTISCHE RELEVANTIE

Aangezien de vorming van (regionale) zorgnetwerken een actueel fenomeen in de Nederlandse gezondheidszorg is, wat overigens actief wordt gestimuleerd vanuit de politiek en belangenorganisaties als de Federatie van Medisch Specialist (FMS)³, tegen de achtergrond van maatschappelijke factoren als vergrijzing, toename van chronische aandoeningen, multimorbiditeit en stijgende zorgkosten, is de verwachting dat dergelijke initiatieven in de komende jaren een vlucht zullen nemen. Hiermee zal het toezicht op (regionale) zorgnetwerken gelijke tred moeten houden. De uit deze thesis voortkomende nieuwe inzichten en aanbevelingen kunnen aldus wellicht direct worden toegepast en getoetst in de dagelijkse praktijk van het toezicht op zorgnetwerken.

³ <https://demedischspecialist.nl/themas/thema/medisch-specialist-2025>

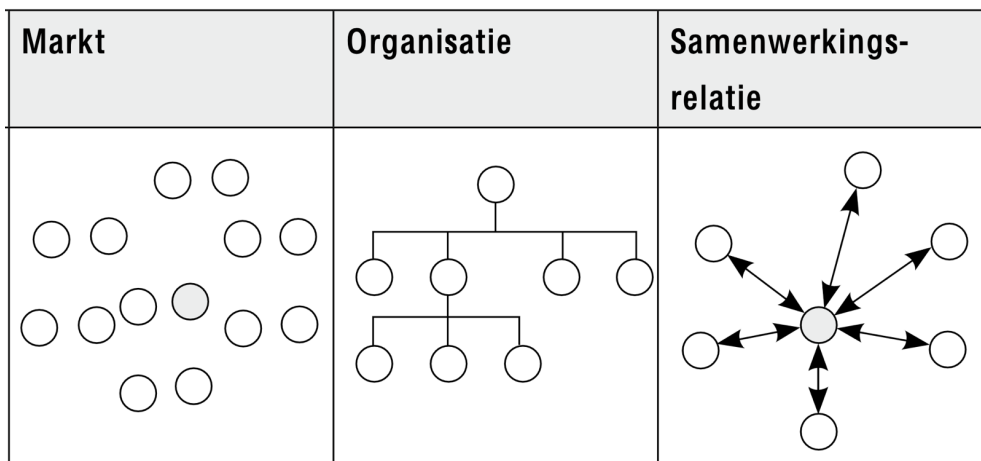
THEORETISCHE VOORSTUDIE

Gezien het inductieve karakter van het kwalitatieve onderzoek in deze thesis wordt niet zozeer een vastomlijnd theoretisch kader geschetst, maar worden hieronder de context en theoretische achtergrond geschetst van relevante begrippen m.b.t. zorgnetwerken (samenwerkingsverbanden) en de huidige organisatie van het toezicht hierop.

ORGANISATIEMODEL

“Samenwerken is niet vanzelfsprekend. Het vergt de moed om een deel van de eigen autonomie op te geven, in het vertrouwen dat dat uiteindelijk voor jezelf juist meer waarde oplevert. Dát is de grote uitdaging.” (Kaats & Opheij, 2012).

Samenwerking tussen mensen en organisaties is van alledag. Samenwerkingsverbanden binnen de zorg bestaan ook al lang, maar waren van oudsher vaak kleinschalig en relatief informeel van karakter, met name op het niveau van de arts-patiënt relatie. Toch zijn er goede argumenten om samenwerkingsverbanden meer structureel op te zetten in de vorm van een zorgnetwerk. Zo kunnen zorgnetwerken een gezamenlijk platform ter bevordering van de kwaliteit, toegankelijkheid en/of betaalbaarheid bieden, wat in de realisatie meer oplevert dan de som der delen. Aldus kan gezamenlijk het hoofd worden geboden aan steeds complexere problematiek. Een formalisering van de bestaande verbanden biedt garanties voor bestendinging van zorg op terugkerende thema’s en wordt derhalve vaak geëist door externe financiers en/of toezichthouders (Diaz, 2021).



Figuur 4 – Markt, hiërarchie en samenwerking (Williamson, 1985)

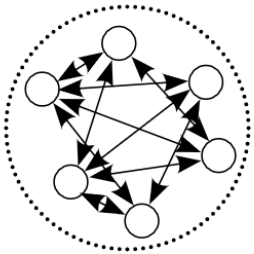
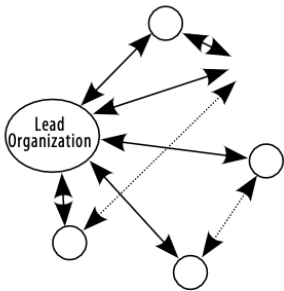
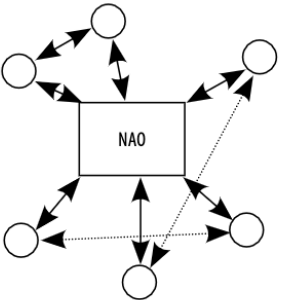
De bekendste organisatievormen zijn beschreven door Williamson in 1985 (Figuur 4). Hij schetst een structurele driedeling in markt (*buy*), organisatie (*make*) en samenwerking (*ally*). De meest eenvoudige vorm (markt) is om ongebonden de markt te betreden en simpelweg te kopen wat nodig is, zonder een relatie aan te gaan. Onafhankelijkheid en zelfstandigheid zijn hierin belangrijke waarden. De organisatie als volgende stap is als entiteit zelfstandig, maar binnen een organisatie speelt hiërarchie een belangrijke rol. De organisatie voorziet in een eigen behoefte en maakt zelf wat er nodig is. Dit proces vereist regels, planning en controle. De derde vorm, de samenwerkingsrelatie, laat nog meer zelfstandigheid los, omdat men afhankelijk is van andere organisaties om dingen gedaan te krijgen of producten te verkrijgen. Een dergelijke samenwerking is afhankelijk van onderhandeling en grotendeels gebaseerd op vertrouwen. Veel organisaties in de gezondheidszorg hangen deze laatste organisatievorm aan (Kenis & Provan, 2008).

De overstijgende versie van een samenwerkingsrelatie is een (zorg)netwerk, waarin het eigen belang verder wordt losgelaten en het belang van de andere partij minstens even belangrijk wordt. Wederkerigheid is derhalve een essentieel onderdeel van een netwerk. Dit vereist wederzijds vertrouwen als bepalende factor voor zowel de duurzaamheid als de effectiviteit van het netwerk. Vaak wordt hierbij gezien dat er binnen een netwerk tussen sommige partners wel en andere partners geen vertrouwen is (Larson, 1992).

Het relationeel perspectief binnen een (zorg)netwerk speelt als zodanig een grote rol, waarbij de focus niet zozeer moet liggen op de actoren, maar op hun onderlinge relatie, hetgeen maakt dat netwerken continu in beweging zijn en onderhoud vergen. Naast de hiërarchische (formele) relaties spelen hierbij de informele relaties wellicht nog een grotere rol. Belangrijk is te onderkennen dat alle relaties samen een unieke constellatie vormen, die kenmerkend is voor het netwerk en met name voor de slagkracht ervan. Hierbij zijn niet zozeer de aanwezige relaties, maar juist de afwezige relaties bepalend voor het succes van de netwerkstructuur (Kenis & Cambré, 2019).

In dit kader ligt het voor de hand om bij de aanvang van elk (zorg)netwerk zorgvuldig na te denken over het type netwerk, aangezien elk type gepaard gaat met een specifieke governance. Volgens Provan & Kenis (2008) zijn 4 factoren van cruciaal belang voor het welslagen van een netwerk: 1) het onderling vertrouwen, zoals hierboven al genoemd; 2) het aantal en de geografische spreiding van de deelnemende organisaties; 3) de mate van consensus over de doelstellingen van het (zorg)netwerk; 4) de mate van coördinatie en de externe eisen die het (zorg)netwerk vraagt. Afhankelijk van de combinatie van de factoren is een toenemende complexiteit van het type (zorg)netwerk vereist (Figuur 5).

In een *zelfregulerend netwerk* is het onderling vertrouwen hoog, waarbij eenieder een deel van het beheer van het (zorg)netwerk voor eigen rekening neemt. Bij gebrek aan een leider is de bedrijfsvoering vaak inefficiënt en er ontbreekt een gezicht 'naar buiten'. Dit type netwerk werkt het beste met een beperkt aantal leden, die bovendien niet veel van het netwerk eisen in de vorm van coördinatie en/of (financiële) legitimiteit.

Zelfregulerend netwerk	Leiderorganisatienetwerk	Netwerk administratieve organisatie (NAO)
		
<p>Geen administratieve entiteit, participatie in netwerkmanagement door alle partijen</p>	<p>Administratieve entiteit (en netwerkmanager) is een belangrijke netwerkpartij die ook een rol heeft in het primaire proces</p>	<p>Een toegewezen en aparte entiteit is gecreëerd om het netwerk te managen</p>

Figuur 5 – Vormen van netwerkorganisaties (Kenis & Provan, 2008)

In een *leiderorganisatienetwerk* neemt een deelnemende organisatie het voortouw en vormt het gezicht van het netwerk. Hierbij is het van belang dat het vertrouwen in de leider hoog is bij de individuele deelnemers; het onderling vertrouwen is minder van belang. De leiderorganisatie voert de administratie en zorgt voor consensus onder de deelnemers. Aangezien de leiderorganisatie vaak een grotere partij is binnen het (zorg)netwerk, liften de kleinere partijen mee op diens legitimiteit. Het nadeel van deze organisatievorm kan zijn dat deelnemers zich gedomineerd voelen, of dat de leiderorganisatie als gezicht reputatieschade oploopt door het falen of ongewenst gedrag van 1 van de deelnemers. Toegespitst op de situatie van NeuroNet lijkt deze organisatievorm vooralsnog het meest passend bij het noordelijke zorglandschap.

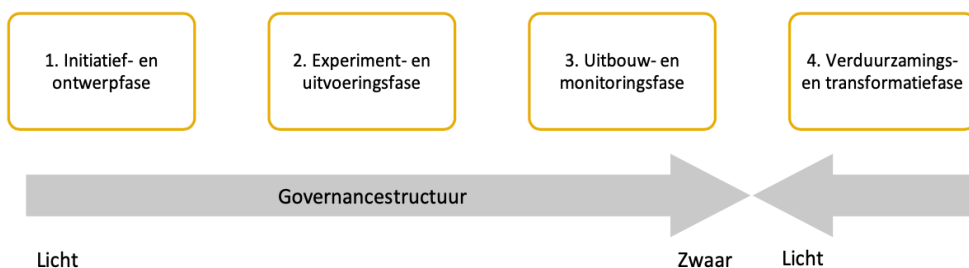
De *Netwerk Administratieve Organisatie (NAO)* is de meest complexe organisatievorm, maar komt wel het beste tegemoet aan eventuele hoge eisen t.a.v. de vier factoren. Hierbij voert een aparte organisatie (die niet deelneemt in de netwerkactiviteiten) het bewind. Met name bij laag onderling vertrouwen, veel deelnemende organisaties en/of hoge administratieve eisen kan deze vorm een uitkomst bieden (Provan & Kenis, 2007).

GOVERNANCE

Een belangrijk aspect van de organisatie van samenwerkingsverbanden betreft de wijze waarop taken en verantwoordelijkheden van de diverse participanten binnen de governancestructuur zijn belegd. In de vorige paragraaf is reeds geschetst dat het type organisatiemodel per samenwerkingsverband kan verschillen, wat impliceert dat de governance gerelateerd is aan het gekozen model. Daarnaast is het echter ook van belang om de ontwikkelingsfase van de samenwerking in ogenschouw te nemen.

ONTWIKKELINGSFASE

In haar proefschrift relateert Mirella Minkman (Minkman, 2012) het type governance aan een viertal ontwikkelingsfasen van een samenwerkingsverband: (1) Initiatief- en ontwerpfasen; (2) Experiment- en uitvoeringsfasen; (3) Uitbouw- en monitoringsfasen; (4) Verduurzamings- en transformatiefasen (Figuur 6).



Figuur 6 – Governance in de ontwikkelingsfasen volgens Minkman (Diaz, 2021)

In de eerste fase worden uitgangspunten gedefinieerd en sleutelfiguren gepositioneerd. Dit is de fase waarin NeuroNet zich als zorgnetwerk bevindt. Onderling vertrouwen is hierbij leidend. Wie verantwoordelijk is voor het bestuur en het toezicht is niet altijd eenduidig geregeld, maar in geval van NeuroNet is dit in eerste aanleg het UMCG. In de tweede fase wordt de samenwerking verder aangescherpt, waarbij de overstap van vertrouwen naar afspraken op papier wordt gemaakt. Netwerkovereenkomsten worden goedgekeurd door de RvT's van de deelnemende organisaties, waarna de RvT's verder op hoofdlijnen worden geïnformeerd. In de derde fase zijn de onderlinge taken en verantwoordelijkheden uitgekristalliseerd en is er commitment aan samenwerking. Minkman geeft hierbij aan dat het, om bestuurlijke belangenverstremeling (dubbele petten) bij de participerende instellingen te voorkomen, de voorkeur verdient om vanuit het oogpunt van de trias politica⁴ in deze fase een separate bestuursstructuur na te streven, maar op z'n minst een onafhankelijke RvT aan te stellen. Over dit laatste wordt

⁴ Trias politica, scheiding der machten, is een theorie van de staatsinrichting (Montesquieu 1748) waarin drie organen elkaars functioneren bewaken, teneinde de macht van een absolute monarch in te perken: de wetgevende, uitvoerende en controlerende macht (bron: nl.wikipedia.org).

wisselend gedacht, aangezien het instellen van een separate RvT als rechtspersoon met eigen bestuurlijke actoren opnieuw leidt tot 'bestuurlijke drukte'. Tenslotte, in de laatste fase, is er sprake van een duurzame consolidatie van het samenwerkingsverband en is de blik gericht op innovatie en uiteindelijk op transformatie (Minkman, 2012).

Samengevat kan worden geconstateerd dat NeuroNet aan het transformeren is naar een regionaal zorgnetwerk vanuit een bilaterale neurochirurgische samenwerkingsrelatie tussen het UMCG en ziekenhuizen in de noordelijke provincies. Hierbij is het streven om enerzijds een hechte verbinding aan te gaan met de Neurologie en anderzijds te komen tot regionale zorgherschikking. Ondanks het feit dat de regionale neurochirurgische samenwerking reeds decennia bestaat, is dit toch een dermate vernieuwende insteek dat NeuroNet zich qua ontwikkeling in een initiatief- en ontwerpfasen (Minkman fase 1) bevindt, vooralsnog zonder een overkoepelde stuurgroep of regionaal convenant. Het toewerken naar een model van een leiderorganisatienetwerk met het UMCG in een leidende positie ligt hierbij voor de hand, al moet een definitieve keuze voor het meest passende organisatie-model en bijbehorende governance-structuur nog gemaakt worden.

ZORGLANDSCHAP

De ambities van NeuroNet zijn met betrekking tot governance uiteraard ook afhankelijk van het zorglandschap waarbinnen het zorginitiatief moet plaatsvinden. Van oudsher is de zorg altijd aangestuurd vanuit de overheid (*PATER-systeem*), waarbij het zorgaanbod centraal werd gereguleerd en de focus vooral lag op ziekte, en daarmee op ziekenhuizen en op de zorgprofessional. Eind jaren '80 is door de commissie Dekker, op basis van het rapport 'Bereidheid tot verandering', geadviseerd om over te gaan naar een systeem van gereguleerde marktwerking, wat in 2006 is geëffectueerd (Jeurissen & Maarse, 2021)

Binnen het *EGO-systeem* van de marktwerking heeft de overheid afstand genomen van het proces en is de focus verplaatst van ziekte en zorg naar gedrag en gezondheid, hetgeen in de zorgpraktijk heeft geleid tot een complex samenspel tussen verzekeraars, zorgaanbieders en de patiënt. De overheid heeft aldus een meer kaderscheppende rol aangenomen, met handhaving en toezicht op afstand (Idenburg & Schaik, 2010).

Inmiddels verschuift de focus binnen de gezondheidszorg verder naar waardecreatie voor de burger, middels het optimaliseren van zorgprocessen die de vitaliteit en de kwaliteit van leven maximaal bevorderen. De rol van de overheid neemt binnen een dergelijk *ECO-systeem* navenant verder af en krijgt meer een faciliterend en verbindend karakter. In aansluiting op persoonlijke gezondheid als hoger doel spelen aspecten als preventie en participatie een belangrijke rol (Idenburg & Schaik, 2013).

Met het beperken van de marktwerking en de introductie van een *ECO-systeem* als gelijk speelveld komt de weg vrij voor zorgpartijen die willen participeren in een (regionaal) zorgnetwerk als NeuroNet. Met name het wegnemen van financiële barrières zou het herschikken van de zorg tussen de participerende ziekenhuizen kunnen faciliteren.

GOVERNANCE- EN GEDRAGSCODES

Traditioneel spelen hiërarchische verhoudingen in de zorg (via 'de lijn') een belangrijke rol binnen de governance. Binnen een samenwerkingsverband of zorgnetwerkwerk is er echter sprake van meerdere deelnemende partijen, die bovendien alle in een bepaalde relatie tot elkaar staan. Afhankelijk van het netwerkorganisatiemodel speelt het leggen van horizontale verbindingen dus een rol, waarbij gestreefd moet worden naar een vorm van gelijkwaardige afstemming. Interpretatie van waarden en het onderling afbakenen van verantwoordelijkheden is derhalve van groot belang (Glimmerveen et al., 2020).

Ook voor het houden van toezicht geldt derhalve dat het wederzijds duidelijk moet zijn wat partijen van elkaar verwachten, welke normen en waarden worden aangehouden en wat het mandaat is om voor het netwerk besluiten te kunnen nemen. De vernieuwde Governancecode 2022 is dan ook uitgebreid met een visie op samenwerkingsverbanden, maar tegelijk ook op zeggenschap van professionals en op belangenverstrengeling. Deze code is bedoeld als richtinggevend instrument ter waarborging van de kwaliteit van zorg, realisatie van maatschappelijke doelstellingen en het bevorderen van maatschappelijk vertrouwen. De nadruk ligt hierbij op zelfregulering, waarbij opgeroepen wordt om verantwoordelijkheid te nemen voor de inhoud en de naleving van de code (BOZ, 2022).



Figuur 7 – De zeven principes van de Governancecode Zorg (BOZ, 2022)

De Governancecode Zorg 2022 is gebaseerd op zeven principes, die elk zijn uitgewerkt in bepalingen en gedragsregels (Figuur 7). De Raden van Bestuur en Raden van Toezicht hebben ieder hun eigen verantwoordelijkheid voor de integrale toepassing van de code. Het wordt beoogd dat ze daarin transparant zijn en zich verantwoorden over gemaakte keuzes. De uitbreiding m.b.t. governance van samenwerkingsverbanden moet ertoe leiden dat de principes die gelden voor de eigen zorgorganisatie onverminderd gelden voor de samenwerkingsverbanden die de zorgorganisatie aangaat (Schelven, 2022).

Ook de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorg en Welzijn (NVTZ) geeft aan dat er sprake is van een veranderend zorglandschap. In het rapport 'Voorbij het Toezien' wordt aangegeven dat een overgang wordt beoogd van *controle en beheersing* naar een stijl van *vertrouwen en improvisatie*. Dit is inherent aan de maatschappelijke beweging naar (regionale) zorgnetwerken, waarbij een hiërarchische benadering niet meer past bij de geschetste horizontale relaties en gelijkwaardigheid. De NVTZ roept in dit kader de toezichthouder op "om zich meer op te stellen als een klankbord voor de bestuurder in het zoeken naar een goede manier van omgaan met de strategische, professioneel-inhoudelijke en morele vraagstukken, knelpunten en dilemma's" (NVTZ, 2020a).

De Wetenschappelijke Adviesraad van de NVTZ heeft hierop in 2021 een 'Signalement' uitgebracht om 3 thema's te belichten: (1) Juiste zorg op de juiste schaal; (2) Governance van netwerken; (3) De toezichthouder als hoeder van de multi-loog (Dijk et al., 2021).

Het eerste thema is een directe respons op het programma 'De Juiste Zorg op de Juiste Plek', waarbij er wordt opgeroepen om complexe problematiek op te lossen in formele en informele samenwerkingsverbanden, zowel regionaal als domein-overstijgend, maar daarnaast ook oog te houden voor het feit dat sommige problemen ook lokaal op te lossen zijn. Belangrijk bij het zorginstelling-overstijgend samenwerken is het hebben van gedeelde regiobeelden, het onderhouden van een duurzame vertrouwensrelatie en het streven naar een heldere beschrijving van rollen, verantwoordelijkheden en mandaat.

Het tweede thema, governance van netwerken, geeft aan dat (regionale) samenwerking essentieel is om brede maatschappelijke problemen het hoofd te bieden. Belangrijk is het hierbij te beseffen dat dergelijke problematiek vaak (nog) buiten de zorg is gelegen. De bijpassende governance vereist maatwerk, waarbij het aan de toezichthouder is om oog te hebben voor de integrale invulling van leiderschap, verantwoording en toezicht.

Het derde en laatste thema betreft de rol van de toezichthouder als bewaker van de voortdurende communicatie tussen partijen. Hierbij wordt opnieuw de paradigma-shift benadrukt van 'terugkijken en verantwoorden' naar 'samen vooruitkijken' met nadruk op regionale problematiek en de taak die de zorgorganisatie daarin op zich kan nemen. Hierbij wordt een beroep gedaan op de maatschappelijke verantwoordelijkheid die de toezichthouder vanuit de Governancecode Zorg heeft. De toezichthouder hoeft het gesprek overigens niet altijd zelf aan te gaan. Het is juist van belang dat hij zich hierin initiërend, faciliterend en toetsend opstelt, waarbij anderen leiderschap kunnen tonen.

INTERN EN EXTERN TOEZICHT

Aangezien er van oudsher onderscheid wordt gemaakt tussen intern en extern toezicht, volgt hieronder een algemene beschrijving van deze begrippen, alvorens het onderzoek in deze thesis zich verder richt op het verkrijgen van nieuwe inzichten en het doen van aanbevelingen m.b.t. het toezicht op (regionale) zorgnetwerken zoals NeuroNet.

Het intern toezicht vormt een onderdeel van een organisatie en wordt in een publieke setting, zoals in ziekenhuizen, uitgevoerd door de Raad van Toezicht. In geval van een besloten vennootschap wordt gesproken over de Raad van Commissarissen. Extern toezicht, met name in de sectoren wonen, zorg en onderwijs, heeft vanuit de overheid de opdracht om zich te richten op het stimuleren van goed bestuur en toezicht, maar ook om regels op te stellen die ertoe zouden moeten leiden dat extern en intern toezicht elkaar kunnen versterken en/of aanvullen (Schakel & Stoopendaal, 2017). In de praktijk lijkt er echter een taboe te bestaan op onderling contact (Bokhorst & Montfort, 2015).

EXTERN TOEZICHT

De Rijksoverheid geeft als de definitie van Toezicht “het verzamelen van informatie over de vraag of een handeling of zaak voldoet aan de daaraan gestelde eisen, het zich daarna vormen van een oordeel en het eventueel naar aanleiding daarvan interveniëren”.⁵



Figuur 8 – Leistikow (2019)

Leistikow beschrijft het proces van het toezicht in vier fasen, wat in figuur 8 wordt gesymboliseerd door een beschermend schild: 1) het verkennen van de setting; 2) het vergaren van relevante data; 3) het duiden van de data; 4) het (zodanig) toepassen van een interventie. Leistikow benadrukt dat het houden van toezicht een vak is en dat de toezichthouders verplicht zijn om mee te bewegen met de trends en de ontwikkelingen van de sectoren waarop toezicht zich richt (Leistikow, 2019).

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verzorgen als bestuurlijke overheid het extern toezicht op de zorg. De IGJ houdt toezicht op de kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van de zorg. De NZa houdt toezicht op het gedrag van zorgaanbieders en zorgverzekeraars, waarbij zij staan voor kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg. Vanuit hun functie houden zij ook toezicht op goed bestuur en professionele bedrijfsvoering. De Autoriteit Consument en Markt (ACM) controleert zorgondernemingen op grond van de Mededingingswet, o.a. ter voorkoming van kartelafspraken en/of machtsmisbruik.⁵

⁵ Bron: www.rijksoverheid.nl

INTERN TOEZICHT

Per 2022 is het op grond van de nieuwe Wet Toetreding Zorgaanbieders (WTZa) verplicht om als zorginstelling twee gescheiden bestuurlijke organen te benoemen, het 2-tier model: een dagelijks bestuur en een interne toezichthouder. Een 1-tier model is met het ingaan de WTZa niet langer toegestaan (Oostwouder, 2020). In de semipublieke sector wordt m.b.t. de interne toezichthouder overigens als regel gesproken over de Raad van Toezicht (RvT). De RvT heeft een drievoudige rol: het houden van toezicht, het geven van advies en het werkgeverschap van de Raad van Bestuur. Deze rollen zijn enerzijds overlappend, maar anderzijds juist ook onderling ondersteunend. Zo kan een vroegtijdig 'bijsturend advies' de toezichtrol vergemakkelijken en geeft het aanstellen van het bestuur vertrouwen in de kwaliteit ervan (Montfort & Boers, 2009). Het takenpakket van de RvT is over de tijd inmiddels geëvolueerd tot een veelzijdig takenpakket (Figuur 9). De opkomst van (regionale) zorgnetwerken zoals NeuroNet, die als vanzelfsprekend de bestuurlijke grenzen van de individuele zorgorganisaties overschrijden, vraagt om een herbezinning en wellicht zelfs een herijking van de taken van intern en extern toezicht.



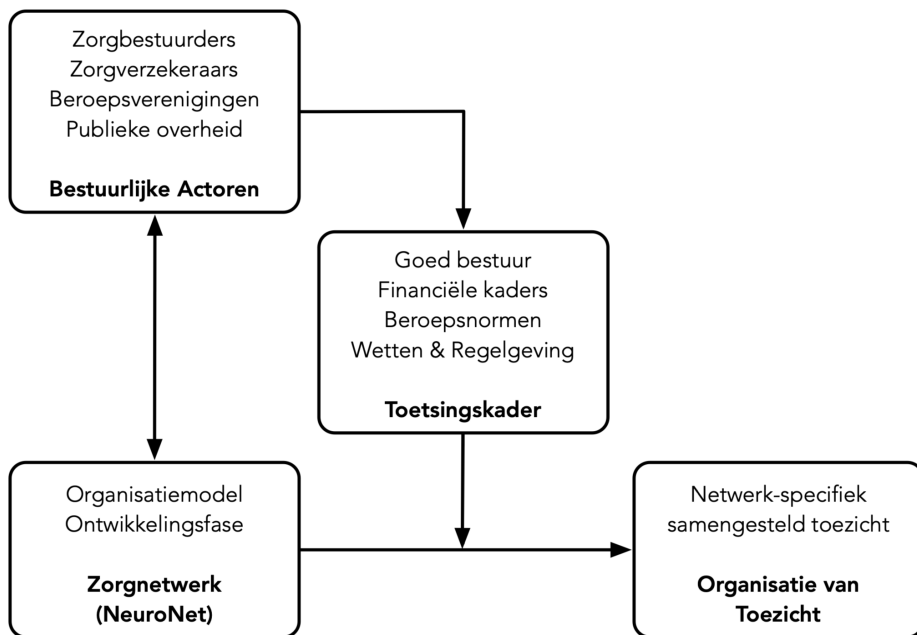
Figuur 9 – Taken van de Raad van Toezicht (www.nvtz.nl)

De Ridder introduceert in dit verband de term *proxy-toezicht*, waarbij er een ‘vruchtbare wisselwerking’ tussen intern en extern toezicht wordt nagestreefd. Zo kan voor de RvT het risico worden weggenomen van het te veel rekening houden met het belang van de eigen zorgorganisatie, versus het ontbreken van inside-information bij de inspecties, marktautoriteiten en andere publieke toezichthouders. Het extern toezicht is immers niet zoals de RvT op de hoogte van de overwegingen bij de besluitvorming door de RvB, maar hebben wel een publieke verantwoordelijkheid om deze besluiten te beoordelen. De achtergestelde informatiepositie van de externe toezichthouders maakt dat zij weliswaar bevoegd zijn om te interveniëren vanuit het publieke belang, maar bij gebrek aan inzicht in de achtergronden van de bestuurlijke besluitvorming moeite hebben met het selecteren en beoordelen van relevante en reële aangrijpingspunten (Ridder, 2013).

GLBAAL CONCEPTUEEL MODEL

Gezien het inductieve karakter van het onderzoek is o.b.v. de theoretische voorstudie oriënterend een globaal conceptueel model opgesteld, wat middels het voortschrijdend inzicht iteratief zal worden aangevuld, aangepast en verfijnd. (Doorewaard et al., 2015).

Het model geeft aan dat een zorgnetwerk als NeuroNet, in relatie tot de keuze van het organisatiemodel en de ontwikkelingsfase, leidt tot een netwerk-specifieke organisatie van het toezicht. Deze organisatie wordt gemoduleerd middels het toetsingskader, wat door de bestuurlijke actoren vanuit een eigen perspectief wordt ingevuld (Figuur 10).



Figuur 10 – Globaal conceptueel model

ONDERZOEKSOPZET

ONDERZOEKSSTRATEGIE

De onderzoeksstrategie van deze thesis betreft empirisch kwalitatief onderzoek naar het perspectief van de bestuurlijke actoren op het toezicht van (regionale) zorgnetwerken. Als praktische setting voor de uitvoering van het onderzoek is gekozen voor NeuroNet, een vanuit meerdere bilaterale samenwerkingen ontwikkelend regionaal neurologisch en neurochirurgisch zorgnetwerk in de provincies Groningen, Friesland en Drenthe.

Kwalitatief onderzoek onderscheidt zich van kwantitatief onderzoek, al komen er ook combinatievormen voor (mixed-methods). Bij *kwantitatief onderzoek* wordt vooraf een hypothese opgesteld. Aan de hand hiervan worden de vereiste metingen tevoren bepaald. Met behulp van gestandaardiseerde meetinstrumenten doen de onderzoekers vervolgens waarnemingen bij een groot aantal onderzoekseenheden. De waarnemingen resulteren in getallen en met behulp van statistiek berekenen de onderzoekers of de hypothesen worden bevestigd of verworpen. Bij *kwalitatief onderzoek* wordt de literatuur gebruikt als basis om inzichten en achtergronden te verwerven en aan de hand daarvan een vraagstelling te formuleren. Het doel is het onderwerp van het onderzoek met de juiste begrippen te beschrijven en te begrijpen, doorgaans om de sociale werkelijkheid te begrijpen en te verklaren. De onderzoekers verzamelen de gegevens met instrumenten die ze veelal zelf ontwikkelen en die zij gedurende de dataverzameling verder verfijnen. Het gaat niet om de getallen, maar om de waarnemingen per eenheid. De gegevens bestaan veelal uit teksten van getranscribeerde interviews of observaties. De resultaten bestaan uit de beschrijving van onderwerpen die de betekenis van het onderzochte weergeven en uit de pogingen om relaties te doorgronden (Boeije, 2014).

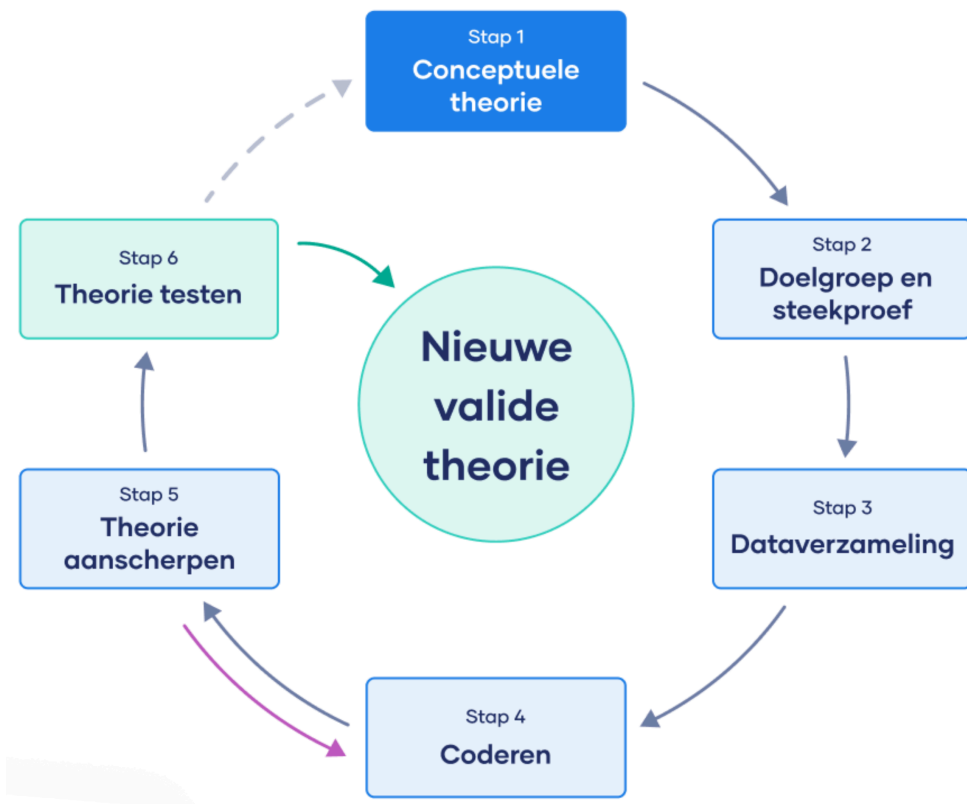
Gezien de korte tijdsperiode (januari t/m april 2022) waarin dit onderzoek tot stand moest worden gebracht, is gekozen voor de setting van NeuroNet als single-casestudy. Dit is een type onderzoek waarin een enkelvoudige casus intensief wordt bestudeerd. De verwachting is dat de diepgang en de praktische setting aan de bestuurlijke actoren een herkenbaar kader verschaffen, ter bevordering van het associatieve denken binnen het relatief nieuwe speelveld van netwerktoezicht. Bewaking van de betrouwbaarheid door o.a. triangulatie is bij dit type onderzoek van belang (Verschuren & Doorewaard, 2015).

Op basis van een theoretische voorstudie en een raadpleging van de literatuur worden de huidige inzichten en achtergronden met betrekking tot het toezicht op (regionale) zorgnetwerken in kaart gebracht, waarna de bestuurlijke actoren hierover aan de hand van een topiclijst op semigestructureerde wijze geïnterviewd worden. Er wordt vervolgens beoogd om op basis van de opgedane kennis en inzichten aanbevelingen te doen met betrekking tot de organisatie van het toezicht op (regionale) zorgnetwerken zoals NeuroNet. Het huidige onderzoek heeft derhalve theorievormende kenmerken.

In tegenstelling tot bij een deductieve onderzoeksopzet begint de onderzoeker bij een inductief kwalitatief onderzoek zonder bestaand theoretisch kader met het bestuderen van de concrete werkelijkheid. Vervolgens wordt getracht bepaalde wetmatigheden te ontdekken in de ervaringen uit de werkelijkheid en deze wetmatigheden te beschrijven in de vorm van een theoretische redenering. Een belangrijk aspect van het inductief onderzoek is derhalve dat het onderzoek niet wordt gebaseerd op een theoretische analyse, maar de ervaren werkelijkheid (empirie) beschrijft. Bij het ontbreken van een eerder beschreven theoretisch kader kan het globaal conceptueel model voor aanvang van het onderzoek dus slechts oriënterend worden opgesteld (Doorewaard et al., 2015).

GROUNDLED THEORY METHODE

Bij het inductief kwalitatief onderzoek in deze thesis wordt gebruik gemaakt van de 'Grounded Theory'. Hierbij wordt op basis van de verzamelde empirische data iteratief getracht te komen tot een nieuwe gefundeerde theorievorming (Glaser & Strauss, 1967).



Figuur 11 – Grounded Theory (www.scribbr.nl)

Onderzoek volgens de gefundeerde theorie benadering is een beproefde methode in situaties dat er nog weinig basiskennis bestaat of dat bestaande theorieën niet afdoende zijn. In geval van het toezicht op zorgnetwerken zoals NeuroNet is er sprake van een nieuw speelveld, waarbij met name het eerste van toepassing is. Volgens het leerboek van Mortelmans is het uitgangspunt van de gefundeerde theorie benadering dat er een nieuwe theorie wordt geconstrueerd, die is gefundeerd op nieuwe data uit de praktijk. Er wordt dus geen hypothese getoetst, zoals in kwantitatief onderzoek. Aan kwalitatief onderzoek middels de gefundeerde theorie benadering worden vier basiseisen gesteld: 1) gepastheid; 2) begrijpelijkheid; 3) generaliseerbaarheid; 4) controleerbaarheid. Ten eerste moet de nieuwe theorie goed passend en daarmee representatief zijn bij het door het onderzoek beschreven fenomeen uit de realiteit; ten tweede moet de relatie tussen de bevindingen en de nieuwe theorie eenvoudig te begrijpen zijn (geen moeilijk te volgen redenering of ingewikkelde statistische onderbouwing); ten derde dient de nieuwe theorie voldoende geabstraheerd te zijn, zodat de uitkomsten ook toegepast kunnen worden in een andere context; ten vierde is de controleerbaarheid van de uiteindelijke nieuwe (gefundeerde) theorie van essentieel belang (Mortelmans, 2020).

Volgens Verschuren en Doorewaard (2015) is de gefundeerde theorie benadering te typeren op basis van een aantal kenmerken, waarbij er weliswaar gebruik gemaakt kan worden van basiskennis en bestaande theorie op basis van een theoretische voorstudie, maar dat het doel is om te komen tot nieuwe inzichten volgens een 'emergent design'.

- Zoeken naar nieuwe (theoretische) inzichten.
- Een explorerende en open benadering door de onderzoeker.
- Gestoeld op de empirie en niet zozeer op de theorie.
- Een kwalitatieve analyse door het vergelijken van verkregen inzichten.
- Een inductieve i.p.v. een deductieve werkwijze.
- Gebruik maken van sensitizing concepts (verkenkende begrippen).

Het iteratief bevragen van betrokkenen en het confronteren van concepten moet namelijk leiden tot nieuwe (theoretische) inzichten (Verschuren & Doorewaard, 2015).

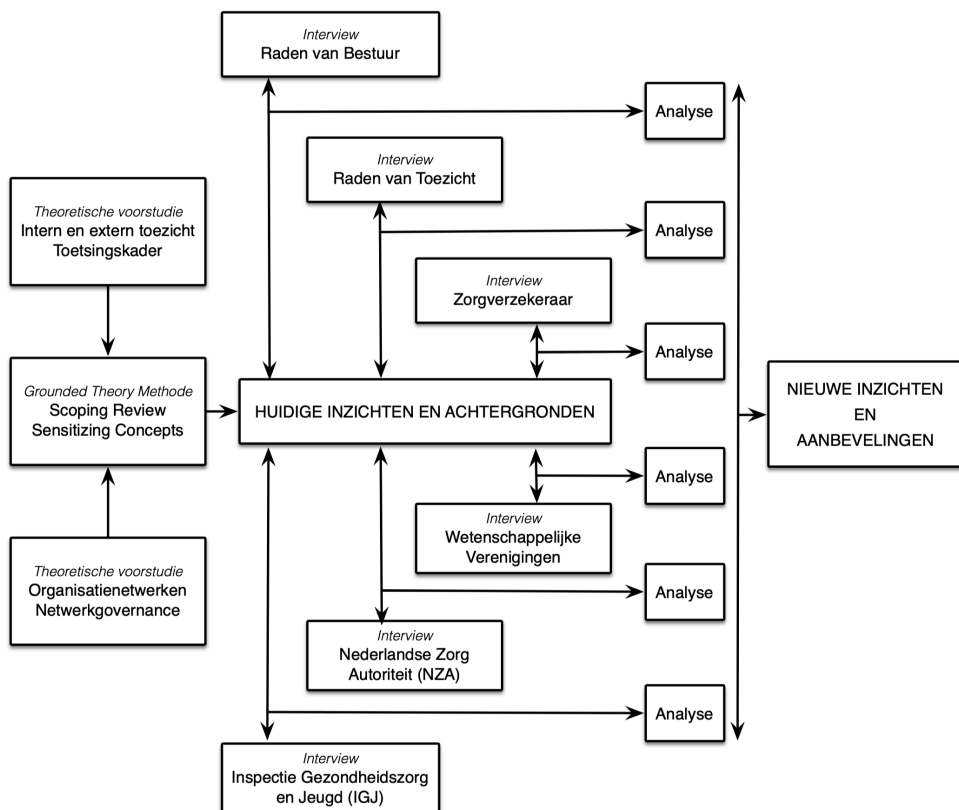
Mortelmans stelt dat de gefundeerde theorie methode draait om het creatieve proces door de onderzoeker. Het is geen zoektocht naar bevestiging van een bestaande theorie, maar juist naar nieuwe (theoretische) inzichten o.b.v. empirische data. In dit kader komen de sensitizing concepts aan de orde. Dit zijn verkenkende begrippen danwel concepten, als regel uit de bestaande literatuur, die aan de onderzoeker richting geven bij het empirische onderzoek en de bijbehorende theorievorming (Mortelmans, 2020).

De combinatie van de gefundeerde theoriebenadering en sensitizing concepts is in 2006 beschreven door Bowen. Sensitizing concepts vormen naar zijn mening het startpunt voor een later vast te stellen theorie en leiden tezamen tot een conceptueel model voor de latere gedachtenvorming, bijvoorbeeld op basis van een overzicht van de literatuur.

Sensitizing concepts vormen als zodanig een belangrijk onderdeel van de analyse volgens de gefundeerde theorie benadering, al is een onderzoeker zich niet altijd van een dergelijke beïnvloeding bewust (Bowen, 2006) Ondanks dat Glaser & Strauss (1967) ter voorkoming van bias hebben gepleit voor het pas achteraf lezen van relevante literatuur, wordt er meer recent vanuit kwaliteitsoogpunt juist aangemoedigd om open te staan voor de vigerende sensitizing concepts uit de bestaande literatuur (Dunne, 2011).

ONDERZOEKSMODEL

Samenvattend is de inductieve onderzoeksstrategie volgens de gefundeerde theorie benadering, met het verrichten van een theoretische voorstudie als basis en het toetsen van sensitizing concepts uit de literatuur (scoping review) tijdens interviews met de bestuurlijke actoren, goed passend bij de beoogde doelstelling van dit onderzoek. Aan de hand hiervan wordt in Figuur 12 een schematisch onderzoeksmodel weergegeven volgens het format van Verschuren en Doorewaard (Verschuren & Doorewaard, 2015).



Figuur 12 – Onderzoeksmodel conform Verschuren en Doorewaard (2015)

DATAVERZAMELING

LITERATUUROVERZICHT (SCOPING REVIEW)

In aansluiting op de theoretische voorstudie is conform de onderzoeksstrategie een verkennend literatuuronderzoek (scoping review) verricht om sensitizing concepts te identificeren. Bij een scoping review wordt er naast het screenen van wetenschappelijke artikelen ook gezocht naar beschikbare informatie vanuit bijvoorbeeld beleidsstukken. In tegenstelling tot bij een systematische review is het bij een scoping review niet primair de bedoeling om alle beschikbare literatuur te verkrijgen en hiervan categorisch alle wetenschappelijke aspecten in kaart te brengen. Een scoping review heeft juist als doel om aangaande een onderwerp zoveel mogelijk context (begrippen en concepten) vanuit relevante artikelen en andere publicaties te verzamelen. Hiervoor is in aanvulling op de verkennende zoekstrategie gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode, door op basis van de referentielijst van publicaties en het iteratief raadplegen van de databases PubMed, EMBASE, Web of Science en Google Scholar gerelateerde publicaties te vinden.

Bij de scoping review is de methode volgens Arksey & O'Malley (2005) aangehouden. Zij geven als belangrijke reden voor een scoping review o.a. "to identify gaps in the existing literature" aan, wat van toepassing is op het topic en doel van deze thesis. Verder beschrijven zij een vast patroon om een dergelijke review uit te voeren: 1) het opstellen van een specifieke vraagstelling; 2) het identificeren van relevante publicaties uit diverse bronnen; 3) het selecteren van publicaties voor inclusie in de scoping review; 4) het scannen van geselecteerde publicaties op relevante informatie; 5) het samenvatten van deze informatie ter identificatie van de kennislacune in de literatuur. Het is optioneel om als stap 6 de resultaten te bespreken met betrokkenen (Arksey & O'Malley, 2005).

ZOEKSTRATEGIE

In navolging van de methode van Arksey & O'Malley (2005) is aan de hand van de vraagstelling (zie pagina 15) een literatuur-zoekvraag geformuleerd, waarmee is gezocht in de elektronische internetdatabases PubMed, Embase en Web of Science.

In dit kader is ter standaardisering van de zoekstrategie eerst uitgebreid op de website van de NIH⁶ gezocht naar MeSH-termen (Medical Subject Headings). Dit zijn uniforme trefwoorden die binnen internetdatabases verwijzen naar de inhoud van een artikel. De in de scoping review toegepaste MeSH-termen zijn te vinden in de categorie [All MeSH categories >>> Health Care category >>> Health Services Administration >>> Organization and Administration]. Ten behoeve van de scoping review in dit onderzoek zijn aldus de volgende zoektermen geselecteerd en toegepast: ("governing board" [MeSH] OR "trustee" [MeSH]) AND ("hospital network").

⁶ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/>

ZOEKRESULTAAT

Het toepassen van de geselecteerde zoektermen in de elektronische databases PubMed, Embase en Web Of Science leverde in PubMed in totaal 27 resultaten op. Hiervan bleken er na de screening van de titels en de abstracts 17 artikelen bruikbaar. In Embase werden 17 resultaten (6 bruikbaar) gevonden en in de Web of Science Core Collection werden 2 resultaten gevonden, waarvan 1 bruikbaar. Na verwijdering van duplicaten bleven in totaal 18 relevante artikelen over (Bijlage 1).

In Google Scholar werd gezocht op “toezicht op zorgnetwerken”. Dit leverde een tweetal rapporten en een artikel op: *Toezicht op zorgnetwerken van thuiswonende kwetsbare ouderen* (Verver et al., 2016), *Conceptueel kader voor de ontwikkeling van toezicht op samenwerking in de zorg en ondersteuning van kwetsbare cliënten thuis* (Bomhoff et al., 2016) en *Zorgnetwerken vergen bestuurlijke lenigheid* (Woerd et al., 2021). Daarnaast werd gezocht op “toezicht op netwerken”, wat een additioneel rapport opleverde: *Duurzame Medische Zorg in de Regio* (Schuurmans et al., 2021).

Gezien de relatief beperkte opbrengst van het zoekresultaat werd in samenspraak met eerste thesis-begeleider Marc van Ooijen, ditmaal in zijn rol als deskundige, hier een drietal rapporten aan toegevoegd: (1) *Ik zie, ik zie, wat jij (nog) niet ziet* (Geurtsen, 2021); (2) *Eindrapport Governance van samenwerkingsverbanden* (Diaz, 2021); (3) *Advies Governance van samenwerkingsverbanden* (Minkman et al., 2021). Tenslotte werd de uitgeschreven tekst van de inaugurele rede van Mirella Minkman toegevoegd, over de innovatie van organisatie en governance van integrale zorg (Minkman, 2017).

SNEEUWBALMETHODE

Op basis van de bovenstaande zoekresultaten is volgens de sneeuwbalmethode verder gezocht naar additionele relevante literatuur. Bij de sneeuwbalmethode zijn de bronnen en literatuurverwijzingen van de vastgestelde sleutelartikelen nagetrokken. Vervolgens zijn de bronnen en verwijzingen van de verkregen resultaten opnieuw nagetrokken, net zolang totdat deze repetitie niets meer opleverde (Verschuren & Doorewaard, 2015).

Het principe van de sneeuwbalmethode wordt ook wel *serendipiteit* genoemd: op basis van een mix van coincidentie en intelligentie ontdekt men steeds nieuwe dimensies die een onvoorzien en alternatieve blik verschaffen op datgene wat men zoekt.⁷

Op basis van de resultaten van de scoping review alsmede de aanvullende uitkomsten van de sneeuwbalmethode zijn de sensitizing concepts (verkennde begrippen) geïdentificeerd, waarmee is toegewerkt naar een begeleidend kader voor de interviews met de bestuurlijke actoren, in de vorm van een topiclijst (bijlage 2).

⁷ <https://cf.hum.uva.nl/nhl/academische%20vaardigheden/wetenschappelijk Onderzoek.htm>

INTERVIEWS

Nadat er op basis van de scoping review inzichten en achtergronden zijn verkregen over het toezicht op (regionale) netwerkzorg, is een representatieve steekproef van bestuurlijke actoren geïnterviewd aan de hand van de verkregen sensitizing concepts. De interviews zijn in beginsel opgezet in de vorm van een gedachtewisseling binnen een semigestructureerd format, aan de hand van de tevoren opgestelde topiclijst (bijlage 2). Tegen de achtergrond van de onzekerheid m.b.t. de Coronapandemie zijn de interviews standaard gepland via Microsoft Teams®, met een geplande duur van 60 minuten, die integraal audiovisueel zijn opgenomen, waarna de gespreksinhoud letterlijk is uitgeschreven. In een uitgebreide toelichting voorafgaand aan het interview (bijlage 3) is de gehele procedure toegelicht, inclusief het verzoek om toestemming voor de audiovisuele opname en letterlijke transcriptie. Hierbij is ter bevordering van het vrije gesprek benadrukt dat anonimiteit en vertrouwelijkheid zijn gegarandeerd. Bij de aanvang van het interview is de toestemming nogmaals bevestigd en vastgelegd.

De interviews zijn verricht bij een gerichte steekproef van bestuurlijke actoren. In eerste instantie is uitgegaan van 10 interviews, met de mogelijkheid tot uitbreiding van het aantal respondenten mocht er onvoldoende theoretische saturatie⁸ worden bereikt.

DATA-ANALYSE

Zoals aangegeven zijn de interviews op basis van de audiovisuele opname van het interview via Microsoft Teams® volledig uitgeschreven (letterlijke transcriptie). Na de transcriptie is de audiovisuele opname conform de gemaakte afspraak vernietigd.

De letterlijke transcripten zijn gecodeerd en geanalyseerd m.b.v. ATLAS.ti® software, een computerprogramma dat met name gebruikt wordt voor de analyse van kwalitatieve onderzoeksdata, zoals de verrichte interviews in deze thesis.

Bij het coderen is een iteratief stapsgewijs proces gevolgd (Corbin & Strauss, 1990):

1. Open coderen – Tekstfragmenten krijgen een label (code) d.m.v. vrije tekst.
2. Axiaal coderen – Open labels worden gestructureerd met overkoepelende labels.
3. Selectief coderen – Overkoepelende labels worden samengebracht in een theorie.

Conform de inductieve onderzoekopzet zijn de gecodeerde tekstfragmenten uit de interviews vervolgens op geanonimiseerde wijze gebruikt om de onderzoeksvragen te beantwoorden en de theorievorming te onderbouwen, in aanvulling op de inzichten en achtergronden o.b.v. de theoretische voorstudie en sensitizing concepts uit de scoping review, tezamen het uiteindelijke theoretisch kader (Verschuren & Doorewaard, 2015).

⁸ Theoretische saturatie wordt bereikt als aanvullende interviews geen nieuwe informatie meer opleveren. Als dit gebeurt, zijn er voldoende respondenten geïnterviewd om valide uitspraken te kunnen doen op basis van het onderzoek (www.scribbr.nl).

WAARBORGING VAN KWALITEIT

Ter waarborging van de kwaliteit is bij *kwantitatief* onderzoek de insteek om de invloed van de onderzoeker op de uitkomsten zo klein mogelijk te maken, maar bij *kwantitatief* onderzoek gaat dit niet op aangezien de inbreng van de onderzoeker juist essentieel is. Daarom wordt de inbreng van de onderzoeker niet geminimaliseerd, maar zo duidelijk mogelijk in beeld gebracht. Hierbij worden betrouwbaarheid en validiteit als criteria gebruikt om de objectiviteit van het onderzoek aan te geven (Zwieten & Willems, 2004).

BETROUWBAARHEID

Volgens Van Zwieten en Willems (2004) wordt betrouwbaarheid gedefinieerd als de afwezigheid van een toevallige vertekening (bias). De betrouwbaarheid is derhalve een maat voor de integere uitvoering van het kwalitatieve onderzoek. Er wordt onderscheid gemaakt tussen interne en externe betrouwbaarheid.

Bij *interne betrouwbaarheid* wordt bedoeld op de variabiliteit tussen onderzoekers onderling, bijvoorbeeld bij de codering van interviewfragmenten. Toepassing van computersoftware bij het verzamelen en het verwerken van data kan hierbij helpen. Een veel toegepaste techniek om de interne betrouwbaarheid te vergroten is het gebruik van triangulatie, waarbij meerdere methoden worden toegepast (Staa & Evers, 2010).

Met *externe betrouwbaarheid* wordt de repliceerbaarheid van het onderzoek als geheel bedoeld. Hiervoor dient de rapportage expliciet de methoden, de onderzoekers en de context te vermelden. Goede documentatie van de onderdelen en de voortgang van het onderzoek middels een logboek (audittrail) maakt e.e.a. inzichtelijk, zodat nagegaan kan worden hoe de onderzoeksgegevens verkregen zijn. Ook dienen alle gegevens, o.a. transcripten, voor derden toegankelijk te zijn (Zwieten & Willems, 2004).

VALIDITEIT

Volgens Van Zwieten en Willems (2004) wordt validiteit gedefinieerd als de afwezigheid van systematische vertekening (bias) en is gerelateerd aan de opzet van het onderzoek.

Interne validiteit betreft de mate waarin onderzoeksmethoden en/of technieken ervoor zorgen dat er daadwerkelijk is onderzocht wat men beweert te hebben onderzocht. Een voorbeeld hiervan is selectiebias. Om dit te voorkomen dient er een uitgewerkte onderzoeksopzet gevolgd te worden, waarbij er systematisch is gereflecteerd op de rol van de onderzoeker (inclusief documentatie). Een andere methode is om respondenten de gelegenheid te geven om de voorlopige resultaten te checken (Laar et al., 2002).

Externe validiteit reflecteert in hoeverre de resultaten en conclusies representatief en generaliseerbaar zijn buiten de onderzochte groep (Zwieten & Willems, 2004).

ONDERZOEKSRESULTATEN

Dit hoofdstuk met onderzoeksresultaten is opgedeeld in twee secties. Allereerst worden de drie sensitizing concepts beschreven die zijn voortgekomen uit scoping review en in combinatie met de theoretische voorstudie het uiteindelijk theoretisch kader vormen. In het tweede deel worden de resultaten van de interviews beschreven en samengevat.

DEEL 1 – SENSITIZING CONCEPTS

CONTEXTUEEL MOREEL PERSPECTIEF (LOGICA)

In 1992 publiceerde Jane Jacobs haar boek *Systems of Survival*, waarin ze onderscheid aangeeft tussen twee fundamenteel volledig verschillende morele perspectieven in de samenleving: het publieke perspectief (guardian moral syndrome) versus het private perspectief (commercial moral syndrome). De normen en waarden binnen het publieke perspectief zijn bedoeld om een land of een volk te besturen, terwijl de private normen en waarden juist zijn ontstaan ter bevordering van handel en de productie van goederen. Vanuit beide perspectieven vigeert een bepaalde logica, die een manier van denken en handelen rechtvaardigt. Het publieke perspectief vertegenwoordigt 'het collectief' en is derhalve gangbaar bij regeringen, religies en in militaire kringen, terwijl de private logica 'het ego' met bijbehorende normen en waarden centraal stelt (Jacobs, 1992).

In 2001 heeft Eliot Freidson de logica van de professionals aan dit concept toegevoegd. Zijn pleidooi is dat mensen met specialistische kennis en/of vaardigheden veel te bieden hebben aan de samenleving en als geen ander hun eigen werk kunnen organiseren en besturen. Daarmee zijn zij als groep los komen te staan van de (publieke) bureaucratie en de (private) marktwerking. Professionals hebben aldus hun eigen moreel perspectief en vormen een separate gemeenschap naast publiek en privaat (Freidson, 2001).

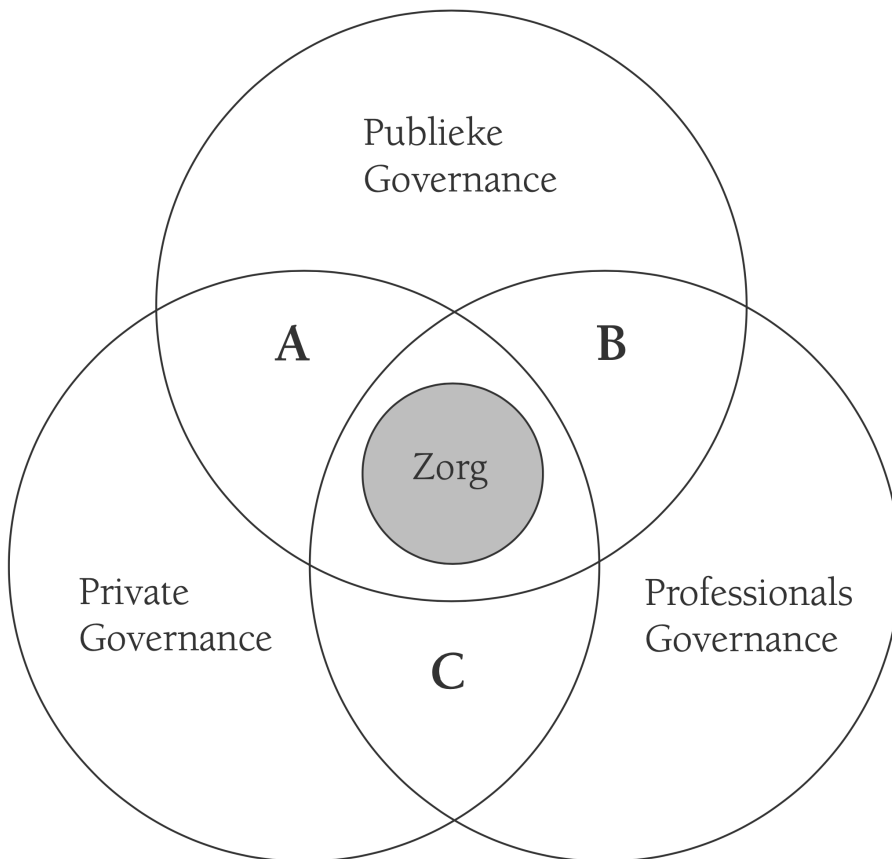
In haar inaugurele rede haakte Trudie Knijn hierop in door niet alleen het concept van professionele logica over te nemen, maar hier met betrekking tot het zorglandschap nog een vierde moreel perspectief aan toe te voegen: de familiale logica. De familiale logica onderscheidt zich volgens Knijn op grond van de persoonlijke relatie van de publieke logica, op grond van het niet-vrijblijvende karakter van de private logica en op grond van de subjectieve aard van de zorgverlening van de professionele logica (Knijn, 2004).

In vervolg hierop heeft Stijn Verhagen in zijn proefschrift 'Zorglogica's uit balans' in 2005 het concept van Knijn verder uitgewerkt, waarbij hij een betoog houdt over zorglogica's binnen de zorg als een sociale constructie, waarbij de theoretische ideaaltypen ook in wisselende samenstelling (mengvormen) kunnen voorkomen (Verhagen, 2005).

In het proefschrift (2007) van Hans Hoek 'Governance en Gezondheidszorg' wordt een brug geslagen tussen het moreel perspectief en de governance. Hoek beperkt zich hierbij

tot de drie logica's publiek, privaat en professioneel. De gezondheidszorg heeft te maken met alle drie typen governance en moet zich naar de verschillende spelregels voegen. Deze overlap impliceert dat het onjuist is om de zorg te bestempelen als (semi)overheid, gezien de beïnvloeding door de beide andere governancewerelden (Hoek, 2007).

Met de geschetste overlap van publiek en privaat (segment A) geeft Hoek aan dat de overheid en de markt weliswaar eigen taken en verantwoordelijkheden hebben, maar dat de overheid ook een deel van de kaders binnen de private governance stelt. Er is bijvoorbeeld wet- en regelgeving nodig die een gelijk speelveld garandeert, evenals de rechtspraak die uitspraak doet bij geschillen. Segment B geeft weer dat de professionele governance onder toezicht van de overheid staat, maar dat anderzijds een belangrijk publiek topic als bijvoorbeeld de toegankelijk van de zorg ook een professioneel moreel perspectief kent. Ook sector C, de overlapping tussen de private en professionele governance, is een bekend fenomeen gezien bijvoorbeeld de strategische keuzes die in een beroepsvereniging gemaakt worden door leden met private belangen (Hoek, 2007).



Figuur 13 – De zorg als maatschappelijke uitkomst (Hoek, 2007)

Hoek ziet de centrale overlapping van de drie governancewerelden als maatschappelijke uitkomst, waarbinnen de zorg zich moet confirmeren. Hij gaat hiermee echter volledig voorbij aan de eigenstandige cultuur en context van de zorg, die nog het meest in de buurt komt van de familiale logica van Knijn en Verhagen. Wilma van der Scheer noemt dit ‘zorgen voor elkaar’ de *maatschappelijke logica*. Zij geeft aan dat dit van alle morele perspectieven feitelijk de oudste is. Het heeft zijn oorsprong in de oude gasthuizen als voorlopers van de ziekenhuizen en heeft als drijfveer het ‘goed doen voor naasten’, met zorgzaamheid, solidariteit en compassie als grondwaarden. Aldus stimuleert het de moralisering van de zorg. Van der Scheer geeft net als o.a. Hoek aan dat de verschillende contextuele morele perspectieven niet zozeer naast elkaar bestaan, maar juist verstrengeld zijn geraakt en in wisselende samenstelling elkaar beïnvloeden. In tabel 1 zijn de kenmerken van de concurrerende logica’s nog eens samengevat (Scheer, 2016).

	MAATSCHAPPELIJK	PROFESSIONEEL	PRIVAAT	PUBLIEK
DRIJFVEER	Weldadigheid	Beste praktijk	Bedrijfsbelang	Overheidsbeleid
CRITERIUM	Sociaal gedrag	Vakbekwaamheid	Doelmatigheid	Rechtmatigheid
MECHANISME	Gedeelde overtuiging	Beroepsnormen	Competitie en marktwerking	Toezicht en verantwoording
LEIDENDE PARTIJ	Stichting	Beroepsgroep	Eigenaar	Overheid
KERNWAARDE	Compassie & solidariteit	Kwaliteit & autonomie	Innovatie & keuzevrijheid	Gelijkheid & betrouwbaarheid

Tabel 1 – Concurrerende logica’s m.b.t. de zorg (Van der Scheer et al., 2016)

Het samenspel van de diverse contextuele morele perspectieven binnen de zorg vraagt van de zorgbestuurders volgens Van der Scheer om ‘meervoudig besturen’, waarbij men dient te kunnen omgaan met de soms tegenstrijdige eisen van partijen, inclusief de eventuele spanningen die hiermee gepaard kunnen gaan. Zo stellen de zorgprofessionals via hun beroepsvereniging veldnormen op, waaraan zorgbestuurders en het publiek toezicht (IGJ) zich moeten houden, maar anderzijds moeten de zorgprofessionals zelf weer verantwoording aan hen afleggen. In het eerste geval speelt standaardisering en normering een belangrijke rol, maar andersom wordt vooral een beroep gedaan op het beginsel dat iedere patiënt uniek is en dat maatwerk in veel gevallen is aangewezen. Het objectief vergelijken van zorginstellingen, wat vanuit publiek perspectief wenselijk is,

gaat aldus vanuit de professionele logica niet op. Het vraagt van de bestuurlijke actoren in de zorg om het maken van eigen keuzes passend bij de lokale situatie (Scheer, 2016).

Putters beschrijft de invulling van meervoudig besturen in zijn inaugurele rede 'Besturen met duivsel elastiek' in 2009 als enerzijds een doelzoekende en normstellende houding:

1. Duidelijke prioriteiten stellen.
2. Waarderend beoordelen: wat gaat goed en wat kan beter?
3. Haalbare doelen stellen en mensen hierop aanspreken.

Anderzijds geeft Putters aan dat er tevens een lerende en reflectieve houding wordt vereist, waardoor er op het werk een open en veilige cultuur ontstaat en er van fouten geleerd kan worden. Het doel is dat er op basis van de diverse morele perspectieven daadwerkelijk goede en verantwoorde zorg kan worden verleend (Putters, 2009).

DYNAMIEK M.B.T. KADERS VAN TOEZICHT

In 2020 hebben de IGJ en NZA tezamen het *Kader Goed Bestuur* (KGB) uitgebracht, een mooi voorbeeld van een publiek toezichtkader (zie pagina 27), waarop als volgende stap de expliciete invulling van een toetsingskader kan worden gebaseerd (IGJ & NZA, 2020).

In het KGB geven de IGJ en NZA als externe toezichthouders aan wat zij verstaan onder goed bestuur, wat zij als hun eigen taak zien en wat zij in samenspraak doen om goed bestuur te bevorderen. Hiermee overzien zij als samenwerkende instanties niet alleen de kwaliteit en veiligheid, als aandachtspunt van de IGJ, maar ook de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg, als centraal thema van de NZA (Figuur 14). Overigens is dit gezamenlijke extern toezicht niet nieuw: er dateert al een samenwerkingsprotocol uit 2015 (IGZ & NZA, 2015). Op deze wijze spreken zij een vanuit publiek perspectief weliswaar primair de Raad van Bestuur aan, maar daarnaast ook de professionals en de cliëntenraad. Aldus wordt aangegeven dat de IGJ en NZA als publieke toezichthouders niet alleen de wetten en regelgeving controleren, maar bij uitstek ook de link leggen naar de veldnormen, bijvoorbeeld naar de richtlijnen door de beroepsverenigingen, en de beleidskaders, zoals de eerder toegelichte Governancecode Zorg (BOZ, 2022).

In aanvulling op aanwijzingen m.b.t. gedrag & cultuur, systemen, en resultaten van de zorgverlening, stelt het KGB ook expliciete verwachtingen aan de Raad van Toezicht:

1. De RvT investeert in een eigen toezichtvisie en formuleert doelstellingen en acties.
2. De RvT ziet toe op beheersing van risico's met aandacht voor gedrag en cultuur.
3. *De RvT dient het maatschappelijk belang over de grenzen van de eigen organisatie.*
4. De RvT zorgt voor zijn eigen diversiteit en vakmanschap.
5. De RvT borgt onafhankelijkheid en voorkomt vermenging van belangen.
6. De RvT ziet toe op transparante en afgewogen besluitvorming.
7. De RvT zorgt voor openbare verantwoording.

Als zodanig wordt van de Raad van Toezicht verwacht dat zij het goede voorbeeld geeft, waarbij met name item 3 (cursief) de deur opent naar het toezicht op zorgnetwerken. Impliciet geeft het KGB aan dat verantwoordelijkheid m.b.t. toezicht ook gedeeld wordt met de professionals, zowel overkoepelend (beroepsvereniging) als op de werkvloer. Van de professionals wordt niet alleen verwacht dat zij zich houden aan protocollen, richtlijnen en beroepsnormen m.b.t. gedrag en sociale vaardigheden (pas toe of leg uit), maar dat zij ook toezien op elkaars werk, feedback geven, en verantwoording afleggen.

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving stelt in 2019 in haar publicatie *'Blijk van Vertrouwen'* nog hogere eisen aan de verantwoordelijkheid van de professionals, door een warm pleidooi te houden voor het verantwoorden (van binnen naar buiten) in plaats van het houden van toezicht (van buiten naar binnen). Het huidige toezicht op de zorg zou beknellend werken, wantrouwen uitlokken, en de zo verfoeide administratieve last voor de zorgverlener vergroten. Er wordt aldus een vicieuze cirkel voorzien, met op de korte termijn minder zorg voor de consument, maar uiteindelijk het doemscenario van minder mensen die in de zorg willen gaan werken. Tegen de achtergrond van de te verwachten toenemende zorgvraag door o.a. de vergrijzing en multimorbiditeit, is dit onwenselijk. De huidige organisatie van het verantwoorden laat echter ook te wensen over en sluit niet aan bij de complexe praktijk. Deze complexiteit is namelijk niet te



Figuur 14 – Kader Goed Bestuur (IGJ/NZA 2020)

vangen in getallen, zoals indicatoren, maar behoeft een genuanceerde toelichting in dialoog met de professionals. Aldus sluit het verantwoord en aan bij een continu proces van leren en verantwoord. Vanuit het toezicht vraagt dit om afstand te houden van de bestuurlijke inhoud en vooral om het geven van vertrouwen. Tenslotte moeten ook de zorgverzekeraars hun rol aanpassen door oog te hebben voor de context (RVS, 2019)

In navolging van de visie op de kwaliteit van de zorg door de Kwaliteitsraad van het Zorginstituut Nederland 'Samen leren en verbeteren' (Kwaliteitsraad, 2019) heeft de NVTZ in 2020 tezamen met Vilans het rapport 'Zienderogen Beter III' gepubliceerd, wat weliswaar primair de focus heeft op de verpleeghuiszorg, maar waarvan de strekking onverminderd geldt voor de andere zorgdomeinen. Het rapport beschrijft zichzelf als een reisgids, waarmee bedoeld wordt op 'de zoektocht van de expertgroep'. De Raad van Toezicht wordt in dit rapport opgeroepen een vergelijkbare reis te maken en zich te verdiepen in de drie nieuwe (reis)doelen van het toezicht: (1) de transformatie naar het persoonsgerichte; (2) het streven naar een lerende organisatie; (3) het verbinden met de context. Deze drie doelen grijpen als tandwielen in elkaar. Aldus wordt opnieuw de nadruk gelegd op de dialoog, het toevoegen van waarde, de professionele reflectie, en vooral de verbinding met de context: van organisatie- naar maatschappelijk belang. Al deze aspecten gelden onverminderd bij het toezicht op zorgnetwerken (NVTZ, 2020b).

Samengevat kan worden geconstateerd dat de kaders van het intern en extern toezicht geleidelijk verschuiven. De gestelde verwachtingen aan de Raad van Toezicht en aan het publiek toezicht krijgen evident een breder karakter, waarbij er langzamerhand ruimte komt voor een toezichthoudende rol vanuit het private en professionele perspectief.

DYNAMIEK M.B.T. RELATIE BESTUUR EN TOEZICHT

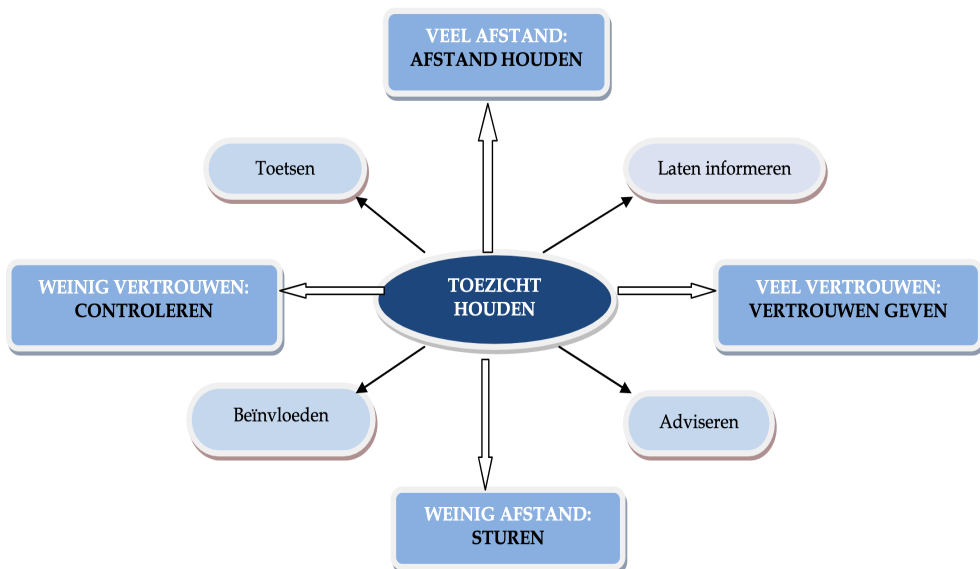
De relatie tussen het dagelijks bestuur, vaak in de vorm van een Raad van Bestuur (RvB), en de Raad van Toezicht (RvT) heeft een eigen unieke dynamiek. Doorgaans laat een RvT zich vooral informeren over de voortgang op onderdelen van het door hen eerder reeds goedgekeurde beleidsplan. Van Ooijen (Ooijen, 2013) onderscheidt in dit kader een dynamiek m.b.t. het toezicht op micro-, meso- en macro-perspectief. Hij beschrijft dat het functioneren van de RvT zelf vooral afhankelijk is van intrinsieke kenmerken op het *micro-perspectief*: bestuurlijke competenties, omvang en samenstelling van de RvT en RvB qua diversiteit en ervaring. Ook heeft hij vastgesteld dat de groepsdynamiek cruciaal is voor de besluitvorming. Het kenmerk 'overeenstemming visie en strategie' kwam minder pregnant naar voren, maar speelt volgens Van Ooijen zeker een rol. Daarnaast is vanuit micro-perspectief de dynamiek tussen de voorzitters van de RvB en RvT van belang m.b.t. de timing en toonzetting van agendastukken, waarbij met name de RvB-voorzitter een bepalende invloed op het verloop van de gezamenlijke vergadering heeft.

Op het *meso-perspectief* (de zorgorganisatie en haar directe omgeving) zijn de financiële aspecten en kwaliteit & veiligheid van belang, waarbij de ruimte voor de RvB afhangt

van de mate van vertrouwen van de RvT. De variabele ‘vertrouwen’, voortkomend vanuit de Rijnlandse cultuur, is voor de typering van de RvT een belangrijke factor, evenals (in mindere mate) de variabele ‘afstand houden’. Beide variabelen zijn door Van Ooijen gecombineerd tot het model in Figuur 15, waarmee de RvT zich qua gedrag laat typeren.

Tenslotte hebben de RvB en RvT als interne bestuurlijke organen op *macro-perspectief* volgens Van Ooijen gezamenlijk te maken met het publiek toezicht op de organisatie, wat in de beleving over de tijd is toegenomen door o.a. invloeden van media en politiek. De RvT komt hierbij steeds vaker in beeld, vooral bij kwesties als kwaliteit & veiligheid, wat nogmaals het belang van adequate inrichting van de RvT accentueert. Desalniettemin wordt nog immer door de publieke toezichthouders de stelregel gerespecteerd dat het overheidstoezicht gericht moet zijn op de RvB en niet op de RvT.

Goodijk (2020) spreekt in dit kader liever van een strategisch partnerschap tussen de RvB en de RvT. Hij schetst een aantal condities die dit moeten faciliteren: (1) Voldoende onderling vertrouwen, openheid en aanspreekbaarheid; (2) Respect voor elkaars rol en verantwoordelijkheid; (3) RvB en RvT hebben zowel een eigen als een gezamenlijke agenda; (4) Voldoende ‘Checks & Balances’ met kritisch bevragen en tegenwicht bieden; (5) Stimulerend leiderschap binnen en tussen de RvB en RvT; (6) Voldoende tijd voor evaluatie en reflectie tussen RvB en RvT. Het beoogde partnerschap mag derhalve niet leiden tot een rolverving of meegaand gedrag. Het samen optrekken, zonder op elkaars stoel te gaan zitten, dient juist te leiden tot innovaties, waardoor er meerwaarde ontstaat voor de organisatie (Goodijk, 2020).



Figuur 15 – Model gedragstypologieën Raad van Toezicht (van Ooijen, 2013)

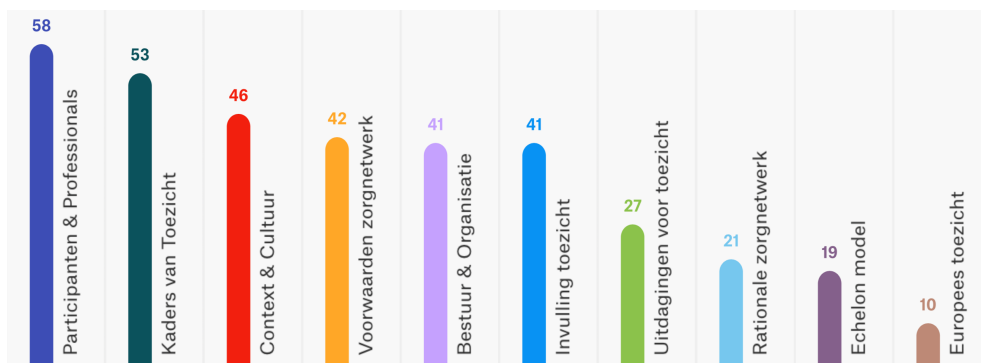
DEEL 2 – RESULTATEN INTERVIEWS

In totaal werden 13 interviews verricht in de periode maart-april 2022. Het animo bij de respondenten in reactie op de uitnodiging was dermate hoog dat er drie interviews extra zijn gedaan. Overigens bleek dat de 10 oorspronkelijk geplande interviews al voldoende waren om een gevarieerd overzicht en theoretische verzadiging (saturatie) te verkrijgen.

Met een zorgvuldige spreiding over de diverse bestuurlijke deelgebieden werd uitvoerig gesproken met een lid van de Raad van Bestuur van een UMC, twee STZ-ziekenhuizen en een regionaal ziekenhuis. Er werd separaat van gedachten gewisseld met een lid van de Raad van Toezicht van een UMC, een STZ-ziekenhuis en twee regionale ziekenhuizen. Daarnaast werd gesproken met senior vertegenwoordigers van de IGJ en de NZA, alsmede met een zorgverzekeraar. Tenslotte werd gesproken met twee bestuursleden van de aan NeuroNet geassocieerde wetenschappelijke verenigingen.

De interviewsessies duurden gemiddeld 61 minuten (minimaal 43 minuten, maximaal 84 minuten). De interviews werden zonder uitzondering gevoerd als ‘gedachtewisselingen’, om vooral ruimte te bieden aan de bestuurlijke actoren om hun gedachten en associaties m.b.t. het toezicht op zorgnetwerken in het gesprek de vrije loop te kunnen geven. De topiclijst werd gebruikt om een congruente lijn in de diverse gesprekken aan te houden.

De audiovisuele opname met Microsoft Teams® werd in alle gevallen direct aansluitend aan het interview verwerkt tot een letterlijke transcriptie, waarna de opname conform de in het consent gemaakte afspraak werd vernietigd. Voor de transcriptie werd initieel de automatische transcriptiefunctie van Microsoft Teams® gebruikt, maar die bleek in de praktijk dermate onbetrouwbaar dat er volledig handmatige transcriptie noodzakelijk bleek. Als zodanig werd bij aanvullende handmatige transcriptie de gehele audiovisuele opname teruggekeken. Transcripten bestonden uit gemiddeld 8658 woorden (minimaal 6406 en maximaal 13893 woorden). Relevante tekstfragmenten werden stapsgewijs gecodeerd en iteratief geanalyseerd, zoals beschreven op pagina 33 (Figuur 16).



Figuur 16 – Axiale codering van de tekstfragmenten in de interviews

ZORGNETWERKEN ALS NIEUW SPEELVELD

Alle respondenten geven aan te herkennen dat er met de intrede van zorgnetwerken zoals NeuroNet een nieuwe fase in de organisatie van het Nederlandse zorglandschap is ingegaan. Dit wordt enerzijds als spannend ervaren, maar anderzijds ook als een onvermijdelijke en noodzakelijke ontwikkeling, die navenant voordelen biedt.

Nou ja, we gaan de richting op van regionale netwerkstructuren. Als je kijkt naar de koers die ook Kuipers wil gaan volgen, dan is dat concentratie van topzorg ... Dus je moet, wil je ook laat ik maar zeggen je kennis kunnen vasthouden, maar vooral ook je vaardigheden kunnen vasthouden in de aantallen patiënten die je ziet en doet, dan zul je dus krachten moeten bundelen.

Er zitten een aantal kleine ziekenhuizen om ons heen, die hebben wij in de lucht gehouden. Die gingen failliet en die zijn ook via zorgnetwerken zoals jij die voorstelt gered. Dus door die netwerkfunctie kun je gewoon zorgen dat die zorg die wel essentieel is behouden blijft.

Netwerken zijn ontzettend belangrijk, omdat we met een aantal uitdagingen in de zorg te maken hebben. Allereerst willen we gewoon de allerbeste kwaliteit voor zoveel mogelijk patiënten kunnen bieden. Dus dat betekent dat je niet overal hetzelfde moet doen, maar dat je juist moet specialiseren ... De andere uitdaging is dat we te maken hebben met een beperkt aantal mensen die het kunnen doen. We hebben gewoon te weinig mensen om de zorg te verlenen en we moeten allemaal ons erop voorbereiden dat we in 2040 1 op de 4 in de zorg werken ... Het derde waar we mee zitten is beperkingen in middelen. En dan denk ik met name ook aan financiële middelen die we ter beschikking hebben.

Daarnaast leeft bij de respondenten de overtuiging dat als er gekozen wordt voor een zorgnetwerk, er o.b.v. infrastructuur sprake moet zijn van een vliegende start, waarbij de basisvoorwaarden zoals financiële zekerheid en faciliteiten (ICT) op orde moeten zijn.

Los van die euro's, ook van de drive en de energie van mensen, want als ik zo'n Essenburgh groep mag geloven, die zegt dat 80% mislukt. En die deelnemers van die 80%, na 3 keer denken die ook, ga ik nog een keer proberen of niet? Dus bij het begin goede investering en ook wat comfort, misschien vanuit de NZA en vanuit de Inspectie.

De mindset moet echt anders zijn, dat je niet meer redeneert vanuit concurrentiepositie van ziekenhuizen en zorgpartijen onderling, Maar dat je vanuit een echte integratie en samenwerkingsgedachte durft te gaan denken ... je zult ook naar andere betaaltitels toe moeten, denk ik, op termijn, om dit soort netwerkzorg ook een concrete volwassen invulling te laten hebben.

Je hebt eigenlijk een gezamenlijke entiteit nodig. Het tweede wat je dan nodig in zo'n infrastructuur is niet alleen financieel, maar ICT. De oplossing zit dan denk ik toch in het

comfort wat een verzekeraar kan bieden, denk ik, dat je de financiële risico's die je loopt in zo'n samenwerking ook kunt beslechten en kunt investeren in infrastructuur.

De organisatie van een regionaal zorgnetwerk als NeuroNet zal recht moeten doen aan de specifieke kwaliteiten die de diverse ziekenhuizen (UMC, STZ en regionaal) kunnen bieden, waarbij overigens ook de eerste lijn een belangrijke functie bekleedt.

Het echelon model van de zorg voor de toekomst is als je de zorg duurzaam wil houden, dan moet je eigenlijk continu gericht zijn om een patiënt een echelon lager te brengen en zijn nulde lijn is thuis. Eerste lijn is bij de huisarts. De 1.5 lijn, dat zijn we aan het uitvinden met elkaar. Tweede en 2.5 zijn we ook een beetje aan het uitvinden, derde en in sommige gevallen zelfs vierdelijns zorg.

Zorgherschikking, dat vond ik een heel interessante benadering om die samenwerking regionaal verder vorm te geven. Wat ik hier zie past eigenlijk heel goed als samenwerking tussen academisch en regionaal, want je hebt geen last van STZ-neigingen. Wij hoeven helemaal geen topklinische zorg. Wij willen gewoon bijzonder goed zijn in de gewone dingen. Dat is helemaal niet bedreigend of concurrerend.

Mijn visioen is eigenlijk dat we tussen 5 uit 10 jaar toch naar wat in Amerika heet een HMO-achtige constructie, toe gaan werken, waarbij bestuurlijke verantwoordelijkheden veel meer zich verbreden over groter geheel en daar zou ook best de eerste lijn ook een rol kunnen gaan spelen.

Tenslotte zal een nieuwe manier van werken binnen een zorgnetwerk de sympathie van de zorgprofessionals moeten winnen, want anders heeft het geen kans van slagen.

Wij hebben bijvoorbeeld een afdeling, daar doen ze alleen maar slokdarm chirurgie. Dertig bedden slokdarm chirurgie en excellente getallen. Alles gaat heel goed, Maar de zusters lopen weg, want die vinden het zo onwaarschijnlijk saai en de chirurgen doen nog maar twee soorten operaties.

Dat je in mijn ogen daardoor ook echt een leuke werkplek kunt creëren voor mensen. Ik ben echt een gelover dat netwerkgeneeskunde en werken in netwerken mensen een echt leuk carrièreperspectief geven. Dat is voor de artsen, maar dat is denk ik ook voor de verpleegkundigen en andere zorgmedewerkers.

Het zorgnetwerk biedt mogelijkheden om je te ontwikkelen, zowel op zorg vlak, maar ook door onderzoek, opleiding, onderwijs, en dat soort zaken daarin mee te nemen.

Samengevat wordt de nieuwe manier van werken in regionale zorgnetwerken als NeuroNet duidelijk omarmd, waarbij er concrete voordelen worden gezien (o.a. zorgherschikking), maar ook voorwaarden worden gesteld aan de infrastructuur en de financiële aspecten.

CONTEXTUEEL MOREEL PERSPECTIEF (WAARDEN EN LOGICA)

Door de brede selectie van respondenten, evenwichtig verdeeld over de verschillende gremia van bestuurlijke actoren komen de diverse logica's fraai naar voren. Het is daarbij opvallend hoe vaak er een overlap is tussen de morele perspectieven.

Als het gaat over wie is dan nu hoofdbehandelaar, wie voert hier regie of waar gaat de financiering dan heen en hoe? Hoe kijken we aan tegen continuïteit van zorg? Dat onze verzekerden ook wel de zorg blijven krijgen die ze beloofd wordt. Nou, dat we dat soort vragen zouden kunnen stellen vanuit verzekeraar perspectief. [Privaat + Professioneel]

Ik denk dat dat de spijker op zijn kop is, dat je met elkaar verwacht dat zorgorganisaties bijdragen aan het maatschappelijk belang en als een zorgnetwerk nodig is om met elkaar bij te dragen aan het maatschappelijke doel, dat maatschappelijke belang, dan moeten bestuurders van die zorgorganisaties dat ook. [Publiek + Maatschappelijk]

Wij beantwoorden een zorgvraag en leveren dan het passende aanbod en niet andersom. En ze gaan beknibben opdat je het aanbod kunt reduceren, maar daarmee maak je de zorgvraag niet minder. Dat is gewoon een hele verkeerde prikkel en daar is hun macht veel te ver doorgesloten. Wat dat betreft zou ik ook wel, wat onlangs ook bij de regeringsonderhandelingen naar voren kwam, dat de macht van die zorgverzekeraars enorm wordt gereduceerd. [Professioneel + Publiek]

Binnen het professioneel moreel perspectief speelt 'de cultuur' een prominente rol. Zo bestaat er een evidente mening over het UMC, maar dit is wederzijds. Dit kan wellicht implicaties hebben voor de keuze van het type netwerk: een leiderorganisatienetwerk ligt dan immers wat minder voor de hand. Anderzijds is 'mopperen over de baas' een typisch Nederlands verschijnsel en wordt de soep waarschijnlijk niet zo heet gegeten.

Het UMC trekt het formeel, maar eigenlijk proberen die wat afstand te houden, want anders is het dus altijd weer uit het UMC.

In een netwerk wil je ook niet te dominant zijn en bepalend, hè. Dat Calimero effect, dat moet je ook altijd weer compenseren.

Santeon-achtige STZ-achtige types. Die zeggen toch ook van? Ja, maar wij hebben ook een eigen identiteit en een eigen belang. En ja, dat willen wij toch ook wel heel erg behouden en soms gaat dat best wel ver, zijn ze ook echt wel stukken zorg verder dan een UMC, omdat je ook je portfolio niet in de volle breedte kan houden als UMC, dus kiezen zij voor iets anders waar zij beter in zijn.

Die beelden kan je alleen weghalen door nou ja, hands-on dingen met elkaar te doen en dan heb je commitment, vertrouwen opbouwen, visie. Dat begint met de zachte kant.

Überhaupt kunnen persoonlijke kwaliteiten en relaties een stimulerende of juist een belemmerende rol spelen bij het al dan niet slagen van een samenwerkingsverband.

We zijn gewend, alles en iedereen in hokjes en kaders te plaatsen en langs die lijn te kijken, maar als het anders wordt, dat is ontzettend moeilijk, want dominant schiet je gewoon terug naar je blikveld wat zo vertrouwd voelt.

In het tweede jaar van mijn opleiding heeft Pietje een keer iets onaardigs tegen mijn vrouw gezegd, en echt op zulke banaliteiten kan het zitten, Maar het kan ook heel erg zitten op beelden die we van elkaar hebben: in de Academie denken ze altijd 'ja die lui In de periferie die snappen het allemaal niet' en in de periferie zijn de beelden van 'Nou ga jij lekker stukje schrijven In de Academie, dan doen wij even het echte werk' en dat soort dingen. Dus het is nou ja niet alleen intrinsieke dingen in de compatibilité d 'humeur, maar ook gewoon in beelden die gewoon heel hardnekkig zijn.

Het moet wel echt passen bij de regio-specifieke zorg en ook bij de mensen die dat netwerk bedrijven. Ook bij de bestuurders, want wat ik een mooi voorbeeld vond: ik sprak een keer een bestuurder, de voorzitter van het Radboud, die zei 'een bestuurswissel en dat hele netwerk functioneerde voor geen meter meer', en niemand vond het heel raar in de zaal.

Iedereen is toch bezig met dat bestaansrecht op de achtergrond. Dus je moet ook durven zeggen waar het ingewikkeld is voor jezelf. Dat moet je ook tegen partners durven zeggen.

Opvallend is ook dat iedereen gremium binnen haar eigen context blijft en nauwelijks contact zoekt met andere bestuurlijke actoren, zelfs niet binnen de eigen professie.

Het is toch eigenlijk wel bijzonder dat dat raden van toezicht helemaal geen contact met elkaar hebben. Je komt wel eens iemand tegen, ergens een borrel, maar echt formeel contact. Ik heb In het kader van de relatie met XXX natuurlijk wel een keer zelf contact opgenomen met de voorzitter, toen zij in de problemen zaten in het begin van mijn aanstelling bij YYY. Nou, dat was een interessante discussie, moet ik zeggen. Degene die ik sprak, mijn collega, die zei ik vind het allemaal heel interessant, maar ik heb geen idee wat je voor ons kunt doen. Nee, ik ook niet, zei ik, maar daarom zit ik hier om te kijken of we wat kunnen betekenen voor elkaar. We moeten zelf zorgen voor die samenwerking en als toezichthouders lijkt me dat toch belangrijk om dat te weten. Dat gebeurt dus niet.

Ik heb nooit contact met al die clubjes die daarboven hangen en er toezicht op houden. Maar het zou best interessant zijn om dat een keer te doen. Je zou eerst eens kennis kunnen maken, dan kunnen kijken. Kunnen wij ook een rol spelen in dit geheel?

Samengevat kijken de bestuurlijke actoren met een eigen contextueel meer perspectief naar de werkelijkheid. In beginsel houdt men daarbij graag vast aan de vertrouwde logica, zowel figuurlijk (met welke bril men kijkt) als letterlijk (men gaat niet bij elkaar op bezoek).

DYNAMIEK M.B.T. KADERS VAN TOEZICHT

Door respondenten uit de RvB en RvT wordt gemeend dat een nieuwe organisatievorm met meer maatschappelijke verantwoordelijkheid ook een nieuwe vorm van integraal toezicht vereist, maar het is soms moeilijk om de oude manier van werken los te laten.

Misschien moet het herijkt worden, maar ik zie functioneel gezien verschillen tussen extern en intern toezicht, en ook dat die zouden moeten blijven. Ja ik, ik denk dat externe toezichthouders meer op afstand moeten blijven. Dat lijkt mij verstandig, want op het moment dat je dat je dat er dicht bij zit word je ook potentieel in gezogen. Dan ben je bijna medeverantwoordelijk. Dat moet je niet willen. Dat is hun rol ook niet.

Mijn medewerkers verwachten dat ik het belang van mijn ziekenhuis voor ogen hou en in een netwerk is dat soms een ander belang, dus het netwerk betekent misschien dat bepaalde patiënten niet meer hier moet worden geopereerd, maar elders. Dat is beter voor die patiënten en dat is een belang van ons netwerk. Maar dat betekent wel dat ik een inkomensdaling heb voor mijn organisatie en misschien wel van mijn medewerkers.

Ik zou geen stelselwijziging nastreven. De grote lijnen moeten blijven, anders krijg je schokgolven en dat gaat te veel geld kosten. En dan zit je eindeloos te overleggen, dus ik denk dat het kan langs de bestaande structuren, waarbij iedereen zijn eigen verantwoordelijkheden heeft.

Het publieke toezicht verlegt in de nieuwe situatie langzamerhand de focus naar het werken in zorgnetwerken...

Hoe kunnen we als Inspectie eraan bijdragen dat netwerken goed functioneren, hè? Dat is onze rol als toezichthouder.

Dat is hoe wij ook het toezicht zien, ook van als er wat nodig is om het toekomstbestendig te maken, dan moeten wij daar een bijdrage aan leveren. Met enkel controleren komen we helemaal nergens. Dat is echt een hele belangrijke om het vanaf het begin af aan zo goed mogelijk te organiseren met elkaar.

...maar houdt vast aan haar vaste manier van werken...

Toezicht houden vergt eigenlijk 3 dingen: een maatschappelijk belang, een adressant en een norm ... Als Inspectie zijn wij van oudsher gericht op het toezicht op organisaties of personen. Dus wij zien toe op zowel de professionals en als de zorgorganisaties ... Wat is nou het interessante bij netwerken? Dat je netwerk eigenlijk hieraan moet voldoen.

Een goed functionerend netwerk heeft scherp 1) wat hun maatschappelijk belang is. Waarom werken wij samen? 2) weten wie de adressanten te zijn. Wie zijn er hierbij betrokken? Wie zit er in ons netwerk ? Wie heeft invloed op datgene dat we met ons

netwerk willen bereiken? 3) hebben een vorm van een norm en dus niet per se een richtlijn op papier, maar wel een afspraak over welk gedrag je van elkaar verwacht

Onze maatschappelijke meerwaarde bepalen we echt vanuit 4 P's: de patiënt, de professional, de politiek en het publiek. Voor alle 4 geldt dat als 1 van deze 4 het gevoel heeft dat wij niet het goede doen of het niet goed doen, dan hebben wij als overheidstoezichthouder een probleem.

... en wordt daarbij kritisch beschouwd door de andere gremia.

Het is ook heel bijzonder dat nog steeds ook in de bezoeken van de IGJ aan een ziekenhuis het binnen de muren wordt beoordeeld, terwijl groot deel van de zorg zich al verschuift buiten de muren.

De IGJ is daar natuurlijk ook best mee bezig de laatste jaren, om gewoon heel erg ook die menskant (SAFETY 2) te benadrukken, de persoonsgerichte zorg wat de IGJ dit jaar als jaarthema heeft. Dus aan alle kanten wordt die menskant benadrukt.

Bij toezicht houden speelt onderstroom een rol van betekenis. Er wordt kennelijk in de praktijk een verschil gesignaleerd tussen wat er gedacht en wat er gezegd wordt.

Het gaat over echt over macht, identiteit en geld, maar geld is een beetje macht. Dat is eigenlijk wat er onder de tafel speelt en boven de tafel wordt er in inhoudelijke discussie gevoerd over kwaliteit van patiëntenzorg en persoonsgericht en innovatie, et cetera.

Als er als er gedoe is, gaat het om macht, dan gaat het om belangen en om identiteit.

Het is wel denk ik goed om sensitief te zijn voor perverse prikkels die maken dat het ingewikkeld is om samen te werken. Ik denk dat dat bij best veel netwerken het geval is dat die financiering of beloningsstructuur, geld of anderszins, niet overeenkomen met het belang van het netwerk en dat zelfs soms in de wielen fietst.

In Leiden hebben ze de beeldspraak: de hamer en de dans. De hamer is: nu moet het zo gebeuren, we hebben nu gewoon dit nodig. Dat was de acute fase. De dans is de wat langduriger fase waarbij mensen met elkaar moeten leren omgaan.

Samengevat worden er door de IGJ en NZA als publieke toezichthouders (o.a. *Kader Goed Bestuur*) als door de NVTZ als overkoepelende vereniging van de interne toezichthouders (o.a. *Zienderogen Beter III* en *Atlas van het Toezicht*) duidelijke kaders gesteld aan de verschuivende verantwoordelijkheden van de RvT en geven publieke toezichthouders aan daarin mee te willen bewegen. Anderzijds komt meer nadruk op het verantwoorden (o.a. *Blijk van Vertrouwen*), waardoor er steeds meer ruimte ontstaat voor een formele rol door de zorgverzekeraar (financiële borging) en de professionals (normeren en controleren).

DYNAMIEK M.B.T. RELATIE BESTUUR EN TOEZICHT

De dynamiek qua afstand en vertrouwen tussen de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur is een terugkerend onderwerp, ook met betrekking tot zorgnetwerken.

Voor zo'n Raad van bestuur is het ook een vorm van bureaucratie om je iedere keer te verhouden met een Raad van toezicht, hè? Er zitten verschillende soorten mensen in die hun eigen hobby's hebben, dus die komen met hun eigen hobby's over de schutting en dan moet zo'n Raad van bestuur... Ja, je wil geen ruzie, dus het gebeurt ook niet, maar je ziet dus dat er wel een spanning ontstaat.

Wat je probeert te doen is in te grijpen op tijd en op een humane manier, maar wat je niet wilt is dat je organisatie, want die zijn er als de kippen bij, slecht in de krant komt. En dat dilemma is echt lastig hoor ... Het heeft een enorm uitstralend effect, ook op de rest van de organisatie. Demotivatatie van mensen, noem maar op. Het is glad ijs en je moet echt scherp aan de wind zeilen. Als het lukt, dan is het heel fijn, als het op een op een goede manier lukt.

In relatie tot het toezicht houden op een zorgnetwerk wordt actief nagedacht over nieuwe mogelijkheden tot invulling van het toezicht.

Wat mij een pragmatische oplossing zou kunnen lijken, is dat je probeert om die voorzitters van die raden van toezicht in een collectief te zetten. Er komt niet weer een nieuwe club mensen met nieuwe ideeën die zich dan ook daar weer mee gaat bemoeien en dus ook last een creëert binnen de onderdelen waar je eigenlijk toezicht op wil houden.

Als je op zo'n klus intekent, dan moet je ook doen wat belangrijk is en wat goed is voor de organisaties die daar aanhangen. Ik zou me goed kunnen voorstellen dat je naar die verschillende onderdelen kijkt en dan bedenkt: waar liggen nou de connecties en hoe kunnen we die connecties op een effectieve manier ook op toezichthouder het niveau aan elkaar verbinden?

Je zou een aantal van die klinische netwerken onder één noemer kunnen brengen en kunnen matchen met de raden van toezicht van de betrokken organisaties, want zoveel ziekenhuizen zijn er nou ook weer niet. En dan zou je je voor kunnen stellen dat die verschillende netwerken daar zich presenteren en verantwoording afleggen, juist ook om voor te zorgen, dat cruciale punt, dat een organisatie niet het haasje is als er wat gebeurt.

Samengevat kan gesteld worden dat in de dynamiek tussen bestuur en toezicht vertrouwen en afstand onverminderd belangrijke factoren zijn. Dit geldt op micro-perspectief, maar ook op meso- en macro-perspectief. Met betrekking tot regionale zorgnetwerken zoals NeuroNet geven met name respondenten vanuit de RvT desgevraagd aan dat er geen enkele behoefte is aan een separate netwerkorganisatie met een eigen bestuur en RvT.

DISCUSSIE

TOEZICHT OP ZORGNETWERKEN

Vanuit de scoping review zijn een drietal sensitizing concepts met betrekking tot het toezicht op regionale zorgnetwerken zoals NeuroNet geïdentificeerd: (1) contextueel moreel perspectief (logica); (2) dynamiek m.b.t. kaders van toezicht; (3) dynamiek m.b.t. de relatie tussen bestuur en toezicht. Elk van deze concepten heeft op zichzelf reeds een betekenis, maar juist de combinatie van meerdere concepten gecombineerd heeft geleid tot nieuwe inzichten en invalshoeken om de positie, onderlinge relaties en vooral bijdrage van de bestuurlijke actoren te doorgronden en op waarde te schatten. Dit is verder bevestigd in de diverse gedachteswisselingen met de bestuurlijke actoren, waarin open is gesproken en gediscussieerd over de mogelijke implicaties van deze concepten.

Het nieuwe speelveld van de samenwerking in regionale zorgnetwerken zoals NeuroNet zorgt voor een andere relatie tussen bestuur en toezicht. Vanuit micro-perspectief zal de Raad van Toezicht (RvT) zich moeten gaan verhouden naar de nieuwe situatie, maar ook vanuit macro-perspectief, in relatie tot publiek toezicht, komen zaken in een ander licht te staan. Er wordt in dit verband steeds vaker een onderscheid gemaakt tussen verantwoording en toezicht, alhoewel deze termen soms ook door elkaar worden gebruikt. De definities zijn helder: verantwoording is een analyse van een voortdurend proces van vraag en antwoord, waarin bestuurlijke actoren zelf een beoordeling geven van de eigen taakuitvoering en/of de mate van aansprakelijkheid. Verantwoording komt voort vanuit het bestuurlijk perspectief van een organisatie of samenwerkingsverband, terwijl het toezicht juist wordt gekenmerkt door een proces van beoordeling middels verificatie en controle door een onafhankelijke instantie. Toezicht gaat daarmee uit van het perspectief van een niet bestuurlijk betrokken partij (Bovens & Schillemans, 2009).



Figuur 17 – Betrokkenheid institutionele RvT bij zorgnetwerken (Diaz, 2021)

DE WAARDE VAN CONTEXT EN DYNAMIEK

In het nieuwe speelveld van zorgnetwerken zoals NeuroNet wordt van de RvT van de participerende zorgorganisaties enerzijds gevraagd om zich betrokken te betonen bij het bestuurlijke reilen en zeilen van het zorgnetwerk (Figuur 17), maar anderzijds om een dermate afstand te bewaren dat voldaan wordt aan het onafhankelijkheids criterium. Een dergelijke tweeledige opdracht leidt tot dilemma's, wat maakt dat de invulling van de rol van andere toezichthoudende partijen meer van belang wordt. Hierbij wordt primair gedacht aan publiek toezicht, maar ook aan een rol voor de beroepsvereniging en de zorgverzekeraar. De laatste actoren worden steeds vaker erkend als belangrijke spelers m.b.t. toezicht en verantwoording, waarbij zij een eigen logica inbrengen die voor het toezicht op regionale zorgnetwerken essentieel is. In dit kader biedt deze thesis de mogelijkheid om het integraal toezicht vanuit meerdere perspectieven te schetsen.

Het houden van toezicht heeft een wettelijke basis, waarin drie belangrijke begrippen vigeren: adressanten, normen en risico's. Deze trias wordt overigens vooral toegepast bij publiek toezicht. De toezichthouder vergewist zich welke adressanten aansprakelijk zijn en aan welke normen de adressanten zich dienen te houden (compliance). In een uitgekristalliseerd toezichtveld zijn de adressanten en de normen concreet benoemd. Gerelateerd hieraan kunnen bijbehorende risico's worden benoemd en geprioriteerd, waarna de toezichthouder het toetsingskader kan vaststellen (Bomhoff et al., 2016).

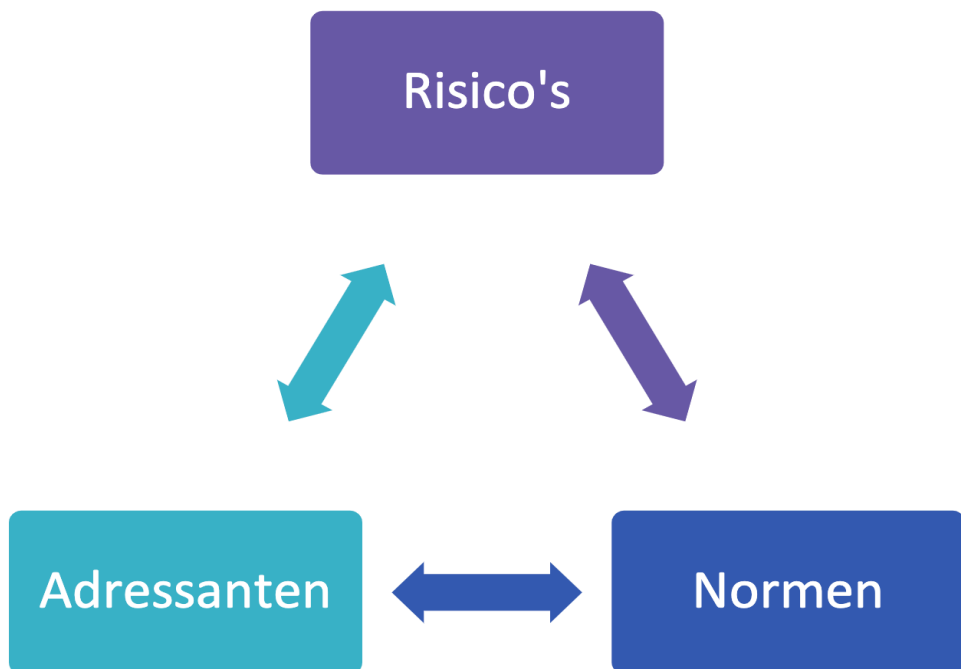
In het veranderende zorglandschap, met de opmars van initiatieven zoals NeuroNet, is met name in de vroege ontwikkelingsfasen van het zorgnetwerk niet meteen duidelijk bij welke adressanten welke taken en verantwoordelijkheden zijn belegd, laat staan dat duidelijk is wat de toepasbare normen zijn. Volgens Minkman (2012) zou men op termijn het zorgnetwerk zelf wellicht kunnen beschouwen als adressant, afhankelijk van gekozen organisatiemodel, maar hier wordt wisselend over gedacht. In deze thesis is dit topic ook tijdens de interviews ter sprake gekomen, waarbij er door de bestuurlijke actoren juist wordt gepleit voor het efficiënt inrichten van het bestuurlijke landschap. Uitgaande van de ontwikkeling van nog vele (regionale) zorgnetwerken over de komende jaren zal de overvloed aan bestuurders en interne toezichthouders geen meerwaarde opleveren en waarschijnlijk alleen maar bijdragen aan de 'bestuurlijke drukte'. In dit kader zou het een beter model zijn om regionale zorgnetwerken, in relatie tot het organisatiemodel en de ontwikkelingsfase, primair onder de deelnemende zorgorganisaties te laten vallen.

Binnen de huidige dynamiek m.b.t. kaders van toezicht worden de Raden van Toezicht opgeroepen om het maatschappelijk belang boven het institutionele belang te stellen en maakt het publiek toezicht juist een beweging naar het spiegelen en faciliteren van nieuwe maatschappelijke ontwikkelingen. Aldus kan wederzijdse toenadering van het intern en publiek toezicht vruchten afwerpen, niet zozeer door te streven om op elkaars stoel te gaan zitten, maar door elkaar op onderdelen tegemoet te treden en zo mogelijk te complementeren. Herijking van toezichtgebonden taken en verantwoordelijkheden zou een oplossing kunnen bieden voor de ook in de interviews terugkerende kwestie dat

een zorgnetwerk enerzijds op vele vlakken het publiek belang dient, maar dat het anderzijds op grond van de mededingingswet verboden is dat er prijsafspraken worden gemaakt, dat men komt tot een marktverdeling en dat er vooroverleg wordt gevoerd over aanbestedingen, terwijl dat bij uitstek aspecten zijn waar een zorgnetwerk maatschappelijke waarde kan bieden. In afwachting van deze ontwikkelopgave voor het toezicht kan het betrekken van de diverse bestuurlijke actoren in de vroege fase van een (regionaal) zorgnetwerk wellicht al dergelijke problemen voorkomen (Minkman, 2017).

Qua normen wordt er, zeker in de beginfase van een (regionaal) zorgnetwerk, weinig houvast geboden voor het toezicht. Anderzijds geven de publieke toezichthouders (ook in de interviews) steevast aan dat normatieve kwaliteitseisen zoals de invulling van verantwoorde zorg niet zozeer wettelijk moeten worden uitgewerkt, maar dat de norm juist door 'het veld' met het ontwikkelen van kwaliteitsnormen moet worden vastgelegd (Bomhoff et al., 2016). In dit licht komen vanuit meso-perspectief de beroepsvereniging en de zorgverzekeraar in beeld, elk met hun eigen contextueel moreel perspectief.

In dit kader zullen de beroepsverenigingen zich vooral toeleggen op de vakinhoudelijke kwaliteitsnormen en kunnen daarmee de stem van de bij het zorgnetwerk betrokken zorgprofessionals laten gelden. Middels het opstellen van dergelijke veldnormen, zoals richtlijnen en zorgstandaarden, kunnen er uitgangspunten worden geformuleerd die kunnen dienen als referentie voor de kwaliteit en veiligheid. Vervolgens kan de IGJ de



Figuur 18 – De trias van het toezicht (Bomhoff, 2016)

zorgaanbieders (als zijnde adressanten) aanspreken op de door de beroepsgenoten belangrijk geachte standaarden (Handhavingskader: Richtlijn Voor Transparante Handhaving, 2013) en op de door de overkoepelende belangorganisaties bepaalde bepalingen (Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling Bij Samenwerking in de Zorg, 2010). Voor een goede doorontwikkeling van een zorgnetwerk zijn autonomie en professionele regelruimte echter ook van essentiële waarde (Bomhoff et al., 2016).

De zorgverzekeraars bekleden weer een andere rol m.b.t het toezicht op zorgnetwerken. Zij handelen vanuit een privaat perspectief en hebben de focus op kostenbeheersing, alsmede op het belang van hun cliënten. Toch kunnen zorgverzekeraars een belangrijke bijdrage leveren aan het welslagen van een (regionaal) zorgnetwerk, middels financiële borging en het nastreven van netwerkfinanciering. Qua kostenbeheersing is er in 2018 een nullijn afgesproken m.b.t medisch specialistische zorg (Hoofdlijnenakkoord, 2018), maar daarin neemt de implementatie van regionaal georganiseerde zorg (De Juiste Zorg op de Juiste Plek) een prominente rol in, hetgeen juist de realisatie en de positionering van zorgnetwerken ondersteunt. Ook in de interviews werd aangegeven dat financiële aspecten een belangrijke faciliterende rol spelen. Het betrekken van de zorgverzekeraar bij de ontwikkeling en het toezicht van zorgnetwerken ligt derhalve voor de hand.

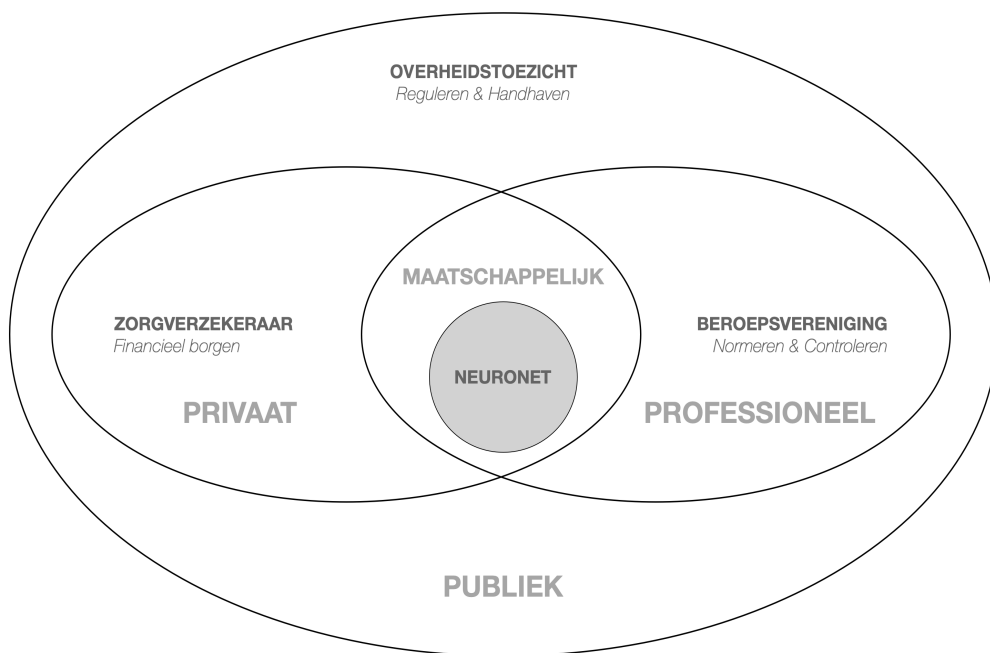
Als laatste component van de trias moet het toezicht oog hebben voor de risico's die een regionaal zorgnetwerk als NeuroNet met zich mee kan brengen. Deels heeft dit een overlap met de eerder benoemde adressanten en normen, maar in essentie gaat het bij het begrip risico om de kwetsbaarheden van het zorgproces, waarbij de regionale zorgnetwerken enerzijds kunnen worden beschouwd als een bron van risico's, maar anderzijds ook als de oplossing. Risico's kunnen derhalve ook worden beschouwd als een kans, waarbij het samenwerken in een zorgnetwerk niet alleen goede zorg op locatie levert, maar ook meer kwaliteit door betere aansluiting bij de leefwereld van de patiënt. Dit is in lijn met het debat rond Safety I en Safety II, waarbij het uitgangspunt is dat er in de zorg te veel en te vaak nadruk wordt gelegd op het accentueren van fouten in plaats van de focus op het leren van de vele zorgprocessen die goed gaan. Hierdoor wordt kortzichtige kennis opgedaan en wordt andere kennis genegeerd (Hollnagel, 2014).

Concluderend is het huidige zorglandschap met de opmars van regionale zorgnetwerken zoals NeuroNet ook op bestuurlijk gebied volop in beweging, waarbij de inzichten uit deze thesis inzake de waarde van context en dynamiek als een denkraam kunnen dienen. Zo is aangetoond dat de maatschappelijke kaders m.b.t. het toezicht aan het verschuiven zijn, waarbij er naast het aloude intern en extern toezicht ook een rol is weggelegd voor de zorgverzekeraar en de professional (beroepsvereniging). Elk van deze partijen heeft een eigen uniek contextueel moreel perspectief, alsmede een positie op macro-, meso- of microniveau binnen het spectrum van het toezicht. Nauwe samenwerking en complementaire verantwoordelijkheid van bekende en nieuwe toezichthouders, elk met een eigen bestuurlijke dynamiek in relatie tot het netwerk, vormt hierin een belangrijke volgende stap, als onderdeel van de evolutie tot een integrale vorm van toezicht.

GEFUNDEERD CONCEPTUEEL MODEL

In het globaal conceptueel model (Figuur 10) werd geschetst dat de organisatie van het toezicht op een regionaal zorgnetwerk (NeuroNet) afhangt van het netwerkmodel en de ontwikkelingsfase en wordt gemoduleerd middels een door de bestuurlijke actoren bepaald toetsingskader. Als aanvulling op het model van Hoek (Figuur 13), wat aangeeft dat de combinatie van private, publieke en professionele governance van invloed is op de zorg als maatschappelijke uitkomst, kan met de nieuwe inzichten uit deze thesis worden gesteld dat het toezicht op een regionaal zorgnetwerk als NeuroNet situationeel wordt bepaald door een breed contextueel en dynamisch samenspel van bestuurlijke actoren, waarvan de resultante de organisatie van integraal netwerktoezicht bepaalt.

Op basis hiervan is een gefundeerd conceptueel model opgesteld (Figuur 19). Het model geeft aan dat integraal toezicht op een regionaal zorgnetwerk als NeuroNet situationeel wordt bepaald door publiek toezicht op macroniveau, tezamen met de zorgverzekeraar en de beroepsvereniging op mesoniveau, elk vanuit een eigen uniek contextueel moreel perspectief. Daarnaast vindt op microniveau binnen het maatschappelijk domein intern toezicht plaats door de participerende zorgorganisaties, in relatie tot het netwerkmodel en de ontwikkelingsfase van het (regionale) zorgnetwerk. Op alle niveaus is de dynamiek van vertrouwen en afstand houden bepalend voor de relatie tussen bestuur en toezicht.



Figuur 19 – Toezicht vanuit dynamisch en contextueel moreel perspectief

BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT

GEFUNDEERDE THEORIE BENADERING

Het onderzoek in deze thesis is uitgevoerd volgens de gefundeerde theoriebenadering, waarbij data zijn verzameld met een combinatie van een scoping review ter identificatie van sensitizing concepts, die tijdens 13 interviews met bestuurlijke actoren aan de hand van een topiclijst uitvoerig zijn getoetst. Aangezien dit type onderzoek volgens het leerboek van Verschuren & Doorewaard (2015) het risico draagt van subjectiviteit en onnavolgbaarheid zijn in de onderzoeksopzet alle stappen van het onderzoek zo zorgvuldig mogelijk beschreven en is de procedure van de codering zo goed als mogelijk gehanteerd met behulp van het softwareprogramma ATLAS.ti®. Daarnaast is gebruik gemaakt van triangulatie en waren de transcripten inzichtelijk voor de thesisbegeleider.

ROL VAN ONDERZOEKER EN KEUZE RESPONDENTEN

Wegende het korte tijdsbestek waarin het thesis-onderzoek moest plaatsvinden (januari t/m april 2022) is gekozen voor de mij als afdelingshoofd Neurochirurgie in het UMCG bekende setting van het zorgnetwerk NeuroNet. Dit heeft evident meerwaarde gehad als praktisch voorbeeld tijdens de interviews en qua verdieping van het afgebakende onderwerp, maar dit heeft uiteraard ook weerslag gehad op de keuze van de bestuurlijke actoren als respondent (selectiebias), maar ook op de generaliseerbaarheid van citaten. Dit is mogelijk verder beïnvloed door het feit dat ik als afdelingshoofd Neurochirurgie een gezaghebbend persoon ben binnen de noordelijke academische wereld. Er had gekozen kunnen worden voor een membercheck, maar hiervan is afgezien. Daarentegen heeft de garantie voor volledige anonimiteit weer gezorgd voor een positief tegenwicht.

KWANTITATIEF VERSUS KWALITATIEF ONDERZOEK

Als doorgewinterde kwantitatief onderzoeker was het even omschakelen om de voor mij volstrekt nieuwe grondslagen van het kwalitatief onderzoek te adapteren. Ondanks het feit dat ik dit type onderzoek inmiddels heb leren waarderen, met name de meerwaarde van het iteratief werken en het houden van interviews, wil ik toch stilstaan bij een aantal aspecten die ik als beperking heb ervaren. Zo is de in deze thesis toegepaste methode van de scoping review een volstrekt andere benadering van literatuuronderzoek dan de systematic review. Ook al heb ik de indruk dat met de scoping review in combinatie met de sneeuwbalmethode een relevante selectie van de literatuur is verkregen, is de kans reëel dat ik o.b.v. selectiebias potentieel belangrijke referenties heb gemist. Een ander aspect betreft het fenomeen theoretische saturatie. Hoewel ik de stellige indruk heb dat de 13 interviews voldoende wetenschappelijke waarde hadden om de onderzoeksvraag van deze thesis te beantwoorden, blijft dit fenomeen voor mij (te) subjectief en zou een soort van power-berekening voor het aantal interviews mij meer gerustgesteld hebben.

CONCLUSIE

ANTWOORD OP DE HOOFDVRAAG

Wat zijn de overeenkomsten en verschillen in perspectief van de bestuurlijke actoren op de organisatie van het toezicht op (regionale) zorgnetwerken zoals NeuroNet en welke aanbevelingen kunnen op basis van nieuwe inzichten uit dit onderzoek gedaan worden?

Op basis van de inzichten uit deze thesis kan worden gesteld dat de bestuurlijke actoren die betrokken zijn bij het toezicht op (regionale) zorgnetwerken, in casu NeuroNet, ieder door een eigen bril naar het toezicht kijken. Dit contextueel moreel perspectief is een unieke logica, die maakt dat issues op een volstrekt andere wijze kunnen worden gezien.

Externe toezichthouders als de IGJ, NZA en ACM kijken namens de overheid (politiek) door een publieke bril m.b.t. het reguleren en het handhaven. Zij willen weliswaar graag behulpzaam zijn bij de oprichting en ontwikkeling van een zorgnetwerk zoals NeuroNet, maar dan wel op gepaste afstand als een klankbord, met vooral een spiegelende functie.

De zorgverzekeraar heeft binnen dit spectrum juist een private bril op, gebaseerd op de vigerende (gereguleerde) marktwerking. Deze logica heeft enerzijds een functie bij het betugelen van de zorgkosten, maar kan anderzijds netwerken ook financieel borgen.

Professionals kijken door een professionele bril en verdienen erkenning, aangezien deze groep uiteindelijk een cruciale rol bij de organisatie van het toezicht op (regionale) zorgnetwerken bekleedt, zowel in het kader van lokale professionele verantwoording als via de beroepsverenigingen middels een normstellende en zelfreinigende functie.

Zorgorganisaties bevinden zich binnen het maatschappelijk domein, wat qua oorsprong is gestoeld op charitas. De RvT en RvB kijken aldus primair door een maatschappelijke bril, maar staan tevens onder de invloed van de publieke, private en professionele logica. In geval van een regionaal zorgnetwerk neemt de RvT van een participerende instelling, aangezet door rapporten van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) en de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorg en Welzijn (NVTZ), graag een voortrekkersrol bij het 'interne toezicht'. Het is daarbij geen beletsel dat de zorg buiten de muren van de eigen instelling wordt geleverd, aangezien de maatschappelijke taak van de RvT naar de huidige maatstaven verder reikt dan alleen de zorgorganisatie zelf.

Het gepresenteerde gefundeerd conceptueel model voor de organisatie van het toezicht op (regionale) zorgnetwerken zoals NeuroNet is een situationele resultante van de in deze thesis geschetste overeenkomsten en verschillen in contextueel moreel perspectief (logica) van de bestuurlijke actoren, waarin tevens zowel de dynamiek m.b.t. kaders van toezicht als de dynamiek m.b.t. relatie bestuur en toezicht is geïntegreerd. Op basis van deze inzichten worden aanbevelingen gedaan in de laatste paragraaf van deze thesis.

ANTWOORD OP DE DEELVRAGEN

Welke sensitizing concepts zijn op basis van een verkennend literatuuroverzicht te identificeren m.b.t. de organisatie van het toezicht op zorgnetwerken zoals NeuroNet?

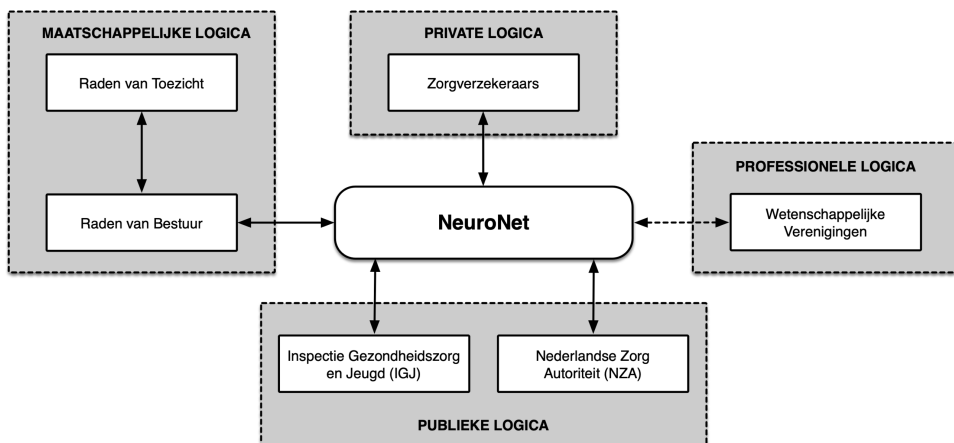
Op basis van het literatuuronderzoek (scoping review) zijn in relatie tot het toezicht op zorgnetwerken als NeuroNet een drietal sensitizing concepts geïdentificeerd:

- Contextueel moreel perspectief (logica)
- Dynamiek m.b.t. kaders van toezicht
- Dynamiek m.b.t. relatie bestuur en toezicht

Deze sensitizing concepts zijn theoretisch uitgewerkt en tijdens interviews ter toetsing aan de bestuurlijke actoren voorgelegd (zie deel 1 en 2 van de onderzoeksresultaten).

Worden deze concepten tijdens de interviews herkend door de bestuurlijke actoren?

De sensitizing concepts werden in ruime mate onderschreven door de geïnterviewde bestuurlijke actoren, met de kanttekening dat ook deze herkenning op basis van de eigen logica is geïnterpreteerd en gewaardeerd. Het voordeel van de opzet van de interviews als een gedachtewisseling kwam in dit kader goed van pas en bood aldus een platform om verder en vooral dieper in de gaan op de contextuele associaties die de bestuurlijke actoren bleken te hebben met de diverse sensitizing concepts.



Figuur 20 – Bestuurlijke actoren binnen het contextueel moreel perspectief.

Wat is het perspectief van de verschillende bestuurlijke actoren op de organisatie van het toezicht op (regionale) zorgnetwerken en op NeuroNet in het bijzonder?

Ieder contextueel moreel perspectief gaat gepaard met een eigen invalshoek (logica) m.b.t. het toezicht op (regionale) zorgnetwerken, inclusief NeuroNet (Figuur 20):

- Publiek: reguleren en handhaven
- Privaat: financieel borgen
- Professioneel: collegiaal normeren en controleren
- Maatschappelijk: zorgen voor de naaste (charitas)

Zoals in het gefundeerd conceptueel model (Figuur 19) aangegeven heeft NeuroNet weliswaar een intrinsiek maatschappelijk moreel perspectief, maar valt het tevens onder de reikwijdte van de andere logica's. Als zodanig hebben in feite alle contextuele morele perspectieven een invloed op de situationele organisatie van het toezicht op NeuroNet.

Wat zien de bestuurlijke actoren als actuele en toekomstige uitdagingen m.b.t. het toezicht op (regionale) zorgnetwerken zoals NeuroNet?

De bestuurlijke actoren hebben een aantal fundamentele uitdagingen aangegeven:

- De financiële borging is bij (regionale) zorgnetwerken, waaronder initiatieven als NeuroNet, in hoge mate bepalend voor het uiteindelijke succes. In dit kader ligt er een belangrijke taak voor met name de zorgverzekeraar, al dan niet in samenspraak met de ACM, m.b.t. het bieden van financiële zekerheid en ter bevordering van de wederkerigheid tussen participanten tijdige ontwikkeling van netwerkfinanciering.
- Het onder dezelfde noemer brengen van alle participanten, met als aanspreekpunt het zorgnetwerk (pro forma), zodat het toezicht alle aspecten van de geboden zorg kan evalueren. Nu vallen bijvoorbeeld de zorgkantoren nog buiten het zorgtoezicht.
- Het als zorgnetwerk samenwerken op meerdere locaties brengt een fundamentele cultuuromslag met zich mee, waarbij de professionals soms lokale belangen en hun identiteit opzij moeten zetten. Het 'laten zien dat het kan' is als zodanig van cruciaal belang, waarbij de noordelijke provincies als voorbeeldregio kunnen fungeren.
- Het direct bij de opstartfase investeren in fundamentele faciliteiten, zoals ICT en adequate infrastructuur, is essentieel voor de motivatie van de professionals, maar ook voor de kwaliteit en veiligheid. Zo worden alle partijen in hun kracht gezet.

AANBEVELINGEN

AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK

Op basis van deze thesis kunnen m.b.t. de organisatie van het toezicht op (regionale) zorgnetwerken zoals NeuroNet de onderstaande aanbevelingen worden gedaan voor de praktijk. Hierbij is het gefundeerd conceptueel model (Figuur 19) als leidend beschouwd:

- Zoals gesteld in de inleiding van deze thesis dient direct bij de oprichting van een zorgnetwerk aandacht te worden besteed aan integrale borging middels toezicht.
- Beperk toezicht niet tot de traditionele toezichthoudende partijen, maar betrek ook de professionals en de zorgverzekeraar gezien het contextueel moreel perspectief. Het integraal toezicht kan aldus situationeel meegroeien met het zorgnetwerk.
- Betrek voor het intern toezicht primair de participerende zorgorganisaties, in relatie tot het organisatiemodel en de ontwikkelingsfase van het (regionale) zorgnetwerk.

Daarnaast kunnen o.b.v. de interviews aanvullende aanbevelingen worden gedaan:

- Betrek de zorgverzekeraar als partner met het oog op financieel maatwerk of netwerkfinanciering. Een financiële disbalans, bijvoorbeeld doordat dure complexe ingrepen op de ene locatie en goedbetaalde ingrepen op de andere locatie worden behandeld, kan de ontwikkeling van het zorgnetwerk vertragen of zelfs schaden.
- Investeer in een goede infrastructuur, met name in ICT, teneinde de motivatie van de professionals te behouden, alsmede de kwaliteit en veiligheid te garanderen.
- Investeer in het welzijn en functioneren van professionals, met duidelijke afspraken over lokale belangen, financiële zekerheid, administratieve lasten en identiteit.
- Laat zien dat het kan! Het zorglandschap van het Noorden is bij uitstek een voorbeeldregio voor de duurzame ontwikkeling van een regionale zorgnetwerken.

AANBEVELINGEN VOOR VERVOLGONDERZOEK

Iedere beantwoording van een onderzoeksvraag roept meteen vele nieuwe vragen op. Aldus komen uit de deze thesis eveneens nieuwe onderzoeksmogelijkheden naar voren:

- Vervolgonderzoek op deze thesis, waarin het beschreven situationeel toezicht op NeuroNet in de praktijk wordt getoetst. Hiervoor is de tijd rijp en ligt er een kans, want alle respondenten gaven in de interviews aan dat zij graag zouden deelnemen.
- Verantwoording als alternatief voor toezicht is een uitdagend concept, wat goed aansluit bij deze thesis en ook bij de actuele kaders van RVS en NVTZ, die niet alleen pleiten voor een bredere taak van de Raad van Toezicht maar tevens een lans breken voor een combinatie van toezicht en verantwoording door de bestuurlijke actoren.

REFERENTIES

- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Boom Lemma.
- Bokhorst, M., & Montfort, C. van. (2015). *Relatie intern en extern toezicht*. Vide Jaarcongres. <http://www.toezichtenwetenschap.nl/download/?id=17761710>
- Bomhoff, M., Boer, D. de, & Friele, R. (2016). *Conceptueel kader voor de ontwikkeling van toezicht op samenwerking in de zorg en ondersteuning van kwetsbare cliënten thuis*. NIVEL.
- Bovens, M., & Schillemans, T. (2009). Publieke verantwoording: begrippen, vormen en beoordelingskaders. In M. Bovens & T. Schillemans (Eds.), *Handboek publieke verantwoording* (pp. 19–34). Lemma.
- Bowen, G. A. (2006). Grounded Theory and Sensitizing Concepts. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(3), 12–23. <https://doi.org/10.1177/160940690600500304>
- BOZ. (2022). *Governancecode Zorg*. Branche Organisaties Zorg. www.governancecodezorg.nl
- Bruins, B. (2019). *Kamerbrief maatschappelijke rol UMC*. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/07/12/kamerbrief-over-maatschappelijke-rol-umcs-medische-centra-umc's>
- Corbin, J. M., & Strauss, A. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*, 13(1), 3–21. <https://doi.org/10.1007/bf00988593>
- Diaz, K. (2021). *Governance van samenwerkingsverbanden*. Branche Organisatie Zorg.
- Dijk, G. van, Janssen, R., Minkman, M., Rink, F., Tonkens, E., & Westert, G. (2021). *Signalement 2021 – Blikverruimend Toezicht*. NVTZ.
- Doorewaard, H., Kil, A., & Ven, A. van de. (2015). *Praktijkgericht kwalitatief onderzoek*. Boom Lemma.

- Dungen, B. E. van den. (2018). *De juiste zorg op de juiste plek*. Ministerie van VWS.
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/01/de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek>
- Dunne, C. (2011). The place of the literature review in grounded theory research. *International Journal of Social Research Methodology*, 14(2), 111–124.
<https://doi.org/10.1080/13645579.2010.494930>
- Hoofdlijnenakkoord, (2018).
<https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Onderhandelaarsakkoord%2B%2BMSZ%2B2019%2B-%2B2022%20%281%29.pdf>
- FMS. (2018). *Model algemeen visitatiereglement*. Federatie Medisch Specialisten.
www.demedischspecialist.nl
- Freidson, E. (2001). *Professionalism: The Third Logic*. Polity Press.
- Geurtsen, B. (2021). *Ik zie, ik zie, wat jij (nog) niet ziet...* Levinas Governance Instituut.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory*. Aldine.
- Glimmerveen, L., Zonneveld, N., Michgelsen, J., Spierenburg, M., Dahmen, S., Wijk, E. van, & Minkman, M. (2020). *De governance van netwerkzorg ontrafeld*. Vilans. www.vilans.nl
- Goodijk, R. (2020). Strategisch partnerschap tussen bestuur en intern toezicht. *Goed Bestuur & Toezicht*, 16(4), 40–46.
- Grit, K., Bomhoff, M., Friele, R., & Bal, R. (2016). *Toezicht in onzekere situaties*. NIVEL.
- Hoek, H. (2007). *Proefschrift – Governance & Gezondheidszorg*.
- Hollnagel, E. (2014). *Safety I and safety II: the past and future of safety management*. CRC Press. <https://doi.org/https://doi.org/10.1201/9781315607511>
- Idenburg, P., & Schaik, M. van. (2010). *Diagnose 2025*. Scriptum.
- Idenburg, P., & Schaik, M. van. (2013). *Diagnose Zorginnovatie*.
- IGJ, & NZA. (2020). *Kader Goed Bestuur*.
- Handhavingkader: richtlijn voor transparante handhaving, (2013).
<https://www.igj.nl/publicaties/richtlijnen/2017/04/12/igz-handhavingkader>

- IGZ, & NZA. (2015). *Samenwerkingsprotocol IGZ en NZA*.
- Jacobs, J. (1992). *Systems of Survival: A Dialogue on the Moral Foundations of Commerce and Politics*. Random House.
- Jeurissen, P., & Maarse, H. (2021). *The market reform in Dutch health care*. The European Observatory on Health Systems and Policies.
- Kaats, E., & Opheij, W. (2012). *Leren samenwerken tussen organisaties*. Kluwer.
- Kenis, P., & Cambré, B. (2019). *Organisatienetwerken: de organisatievorm van de toekomst*. Pelckmans Pro.
- Kenis, P., & Provan, K. (2008). Het network-governance perspectief. In T. Wentink (Ed.), *Business Performance Management. Sturen op prestatie en resultaat*. (pp. 296–312). Boom Academic.
- Knijf, T. (2004). *Inaugurele rede – Het prijzen van de zorg. Sociaal beleid op het snijvlak van privé en publiek*. Universiteit Utrecht.
- Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, (2010).
<https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/verantwoordelijkheidsverdeling.htm>
- Kwaliteitsraad. (2019). *Samen leren en verbeteren*. Zorginstituut Nederland.
<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties>
- Laar, N. van, Nierkens, V., Plochg, T., Varekamp, I., Willems, D., & Zwieten, M. van. (2002). Guidelines for Qualitative Research. In T. Plochg & M. van Zwieten (Eds.), *Guidelines for quality assurance in health and health care research: Qualitative Research*. Amsterdam Centre for Health and Health Care Research.
- Larson, A. (1992). Network Dyads in Entrepreneurial Settings: A Study of the Governance of Exchange Relationships. *Administrative Science Quarterly*, 37(1), 76.
<https://doi.org/10.2307/2393534>
- Leistikow, I. (2019). Het belang van praktijkgericht onderzoek voor toezichtontwikkeling. In *Reflecties op de staat van het toezicht* (pp. 196–207). Inspectieraad.
- Minkman, M. (2012). *Developing Integrated Care: Towards a Development Model for Integrated Care*. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Minkman, M. (2017). *Inaugurele rede – Verlangen naar integraliteit*. TIAS School for Business and Society.

- Minkman, M., Smit, M. van B., Dannenberg, E., Heeren, T., Jong, M. de, Laheij, J., Ooijen, M. van, Stegehuis, R., & Waarsenburg, D. (2021). *Advies Governance van samenwerkingsverbanden*. Governance Innovatie- en Adviescommissie (IAC).
- Montfort, C. van, & Boers, I. (2009). Raden van Toezicht. In T. Schillemans & M. Bovens (Eds.), *Handboek Publieke Verantwoording* (pp. 143–160). Lemma.
- Mortelmans, D. (2020). *Handboek Kwalitatieve Onderzoeksmethoden*. Acco.
- NVTZ. (2020a). *Voorbij het Toezien*. Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorg en Welzijn.
- NVTZ. (2020b). *Zienderogen Beter III*. Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorg en Welzijn.
- Ooijen, M. van. (2013). *Toezichtdynamica*. Bohn Stafleu Van Loghum.
- Oostwouder, W. J. (2020). Verscherpt Kader goed bestuur in de zorg: schoenmaker(s), blijf bij je leest! *Onderneming En Financiering*, 28(3), 5–24.
<https://doi.org/10.5553/oenf/157012472020028003002>
- Provan, K., & Kenis, P. (2007). Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(2), 229–252.
<https://doi.org/10.1093/jopart/mum015>
- Putters, K. (2009). *Inaugurale rede – Besturen met duivselastiek*. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Ridder, J. de. (2013). Proxy-toezicht. *Tijdschrift Voor Toezicht*, 4(1), 23–40.
- RVS. (2019). *Blijk van vertrouwen. Anders verantwoorden voor goede zorg*. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
- Schakel, L., & Stoopendaal, A. (2017). De plaats van het interne toezicht in de praktijk van het externe toezicht. *Tijdschrift Voor Toezicht*, 8(3), 5–15.
<https://doi.org/10.5553/tvt/187987052017008003003>
- Scheer, W. van der. (2016). Governance: de maatschappelijke context. In R. Dillmann, C. Wagner, W. Schellekens, J. Klein, M. Jager, & T. van der Grinten (Eds.), *Patiëntveiligheid - Handboek voor medisch specialistische zorg* (pp. 111–118). De Tijdstroom.
- Schelven, B. van. (2022). Uitbreiding Governancecode naar samenwerkingsverbanden scheidt rechtsonzekerheid. *Zorgvisie*.

- Schuurmans, J., Wallenburg, I., Pijkeren, N. van, Woerd, O. van der, Stalenhoef, H., Ivanova, D., Haperen, S. van, & Bal, R. (2021). *Duurzame medische zorg in de regio*. Erasmus School of Health Policy & Management.
- Smaling, A. (2021). Sensitizing concepts, wat kun je ermee? *KWALON*, 26(1), 65–67. <https://doi.org/10.5117/kwa2021.1.007.smal>
- Staa, A. van, & Evers, J. (2010). “Thick analysis”: strategie om de kwaliteit van kwalitatieve data-analyse te verhogen. *KWALON*, 15(1). <https://doi.org/10.5117/2010.015.001.002>
- Valentijn, P. (2019). *Zorgnetwerken die werken: de sleutel tot betere uitkomsten*. Essenburgh Training & Advies.
- Verhagen, S. (2005). *Proefschrift – Zorglogica’s uit balans*.
- Verschuren, P., & Doorewaard, H. (2015). *Het ontwerpen van een onderzoek*. Boom.
- Verver, D., Merten, H., & Wagner, C. (2016). *Toezicht op zorgnetwerken van thuiswonende kwetsbare ouderen*. EMGO+ Instituut / NIVEL.
- Williamson, O. E. (1985). *The economic institutes of capitalism*. The Free Press.
- Woerd, O. van der, Veen-Berkx, L. van, Schouten, M., Scheer, W. van der, & Boonstra, J. (2021). Zorgnetwerken vergen bestuurlijke lenigheid. *Skipr*, 14(3), 72–79. <https://doi.org/10.1007/s12654-021-0782-7>
- Zwieten, M. van, & Willems, D. (2004). Waardering van kwalitatief onderzoek. *Huisarts En Wetenschap*, 47(13), 38–43. <https://doi.org/10.1007/bf03083653>

BIJLAGE 1 | SCOPING SEARCH

SCOPING SEARCH

1. Erwin CO, Landry AY, Livingston AC, Dias A. Effective Governance and Hospital Boards Revisited: Reflections on 25 Years of Research. *Med Care Res Rev.* 2019 Apr;76(2):131-166. doi: 10.1177/1077558718754898. Epub 2018 Jan 31. PMID: 29385881.
2. Dixon A, Storey J, Rosete AA. Accountability of foundation trusts in the English NHS: views of directors and governors. *J Health Serv Res Policy.* 2010 Apr;15(2):82-9. doi: 10.1258/jhsrp.2009.009078. Epub 2010 Feb 10. PMID: 20147428.
3. Jellinek M. Trustees of Nonprofit Health Care Organizations: Whom Do They Serve? *JAMA.* 2016 Apr 26;315(16):1699-700. doi: 10.1001/jama.2016.1778. PMID: 27055245.
4. Sorenson WB, Burke GC. Hospital trustees: the new stewards of the public's health? *Hosp Top.* 1995 Fall;73(4):15-8. doi: 10.1080/00185868.1995.9948507. PMID: 10154277.
5. Sullivan JM. A journal of community. Catholic healthcare providers' presence is necessary to sustain a values-based system. *Health Prog.* 1996 Jan-Feb;77(1):39-42. PMID: 10154460.
6. Frascchetti RJ, Sugarman M. Successful hospital-physician integration. *Trustee.* 2009 Jul-Aug;62(7):11-2, 17-8, 1. PMID: 19718879.
7. Addleman R. Trustees and PCs: the computer will be the board's best friend. *Trustee.* 1994 Jun;47(6):18-9. PMID: 10134292.
8. Weil TP. Changes in physician and non-physician relationships. *Physician Exec.* 1997 Nov-Dec;23(8):19-24. PMID: 10176682.
9. Axelrod N, Gappmayer M, Leech J, Lewis C, McManis G, Orlikoff JE, Prybil L. The Governance Symposium--Part II. A new context for trustees. *Trustee.* 1994 Sep;47(9):10-3. PMID: 10136514.
10. Seidman J, Greising CH. Population health: thinking beyond hospital walls. *Trustee.* 2012 Jun;65(6):35, 1. PMID: 22787904.
11. Greene J. How does your CEO spell "relief"? Leadership survey shows how execs are dealing with change. *Trustee.* 1997 Sep;50(8):8-14. PMID: 10173680.
12. Knecht PR, Kazemek EA. Whose job is it anyway? Governance restructuring clarifies board roles. *Trustee.* 2001 Sep;54(8):16-20, 1. PMID: 11565284.
13. Presson EW. Networking--making the hard decisions. *Trustee.* 1994 May;47(5):8-10, 27. PMID: 10133571.
14. Kant DA. The advantages of networking for urban/rural hospitals. *Trustee.* 1991 Jan;44(1):12-3. PMID: 10108503.
15. Hageman WM, Bogue RJ. Layers of leadership. The challenges of collaborative governance. *Trustee.* 1998 Sep;51(8):18-20, 22, 24. PMID: 10185656.
16. Ummel SL. Case study: from system to network. *Trustee.* 1994 May;47(5):12-5. PMID: 10133563.
17. Bilchik GS. The future is not what it used to be. A board-level approach to long-range planning pays off. *Trustee.* 1996 Jul-Aug;49(7):20-3. PMID: 10158864.
18. Sandrick KM. Smooth talk. *Trustee.* 1996 Feb;49(2):22-24. PMID: 10155031

BIJLAGE 2 | TOPICLIJST

TOPICLIJST

De gedachteswisseling draait om een vijftal topics (verkennde begrippen), maar dit is zeker geen vast stramen. Per topic zijn op voorhand enkele hulpragen geformuleerd.

Procedure m.b.t. anonimiteit en vertrouwelijkheid toelichten.

Bevestiging consent m.b.t. audiovisuele opname van de Teams-bijeenkomst en transcriptie.

Het concept van NeuroNet als concreet voorbeeld van een regionaal zorgnetwerk toelichten.

REGIONALE ZORGNETWERKEN

- Ziet u een toegevoegde waarde van regionale zorgnetwerken als NeuroNet? Zo ja, welke?
- Ziet u ook nadelen (risico's) en hoe zouden die geborgd moeten worden?

CONTEXTUEEL MOREEL PERSPECTIEF (LOGICA)

- Wat vindt u vanuit uw perspectief een belangrijk aspect binnen het toezicht (toetsingskader)?
- Traditioneel bestaat er intern en extern toezicht van zorginstellingen maar is er ook een rol weggelegd voor professionals en beroepsverenigingen, op basis van de professionele logica?
- Hoe staat u tegenover marktwerking in de zorg en het betrekken van verzekeraars bij de zorgnetwerken als NeuroNet, op basis van de private logica?

DYNAMIEK M.B.T. HET TOETSINGSKADER

- Zorgnetwerken zoals NeuroNet overstijgen de fysieke grenzen van zorgorganisaties. Wat is naar uw mening de rol van het intern toezicht (RvT) hierbij?
- Wat zou de rol van het extern (publiek) toezicht moeten zijn?
- Is er sprake van een overlap in toezichthoudende taken tussen extern en intern toezicht?

DYNAMIEK TUSSEN BESTUUR EN TOEZICHT

- Ligt de nadruk op verantwoorden of juist op toezicht houden?
- Moet een toezichthouder beleidsmatig sturen, of juist afstand houden?
- Moet een toezichthouder veel vertrouwen geven, of juist scherp controleren?

DE ROL VAN EUROPA

- Ziet u een rol voor Europa, in Nederland en/of bij internationale zorgnetwerken?

Hartelijk dank voor de geboden inzichten!

BIJLAGE 3 | GESPREKSINSTRUCTIES

INFORMATIE VOOR RESPONDENTEN

Nogmaals hartelijk dank voor uw medewerking aan mijn thesis in het kader van de MBA Health Care van het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur. Het onderzoek gaat over het toezicht op (regionale) zorgnetwerken.

INTERVIEW

Het is de bedoeling om via Microsoft Teams® het interview te plannen. Het betreft een semigestructureerd interview, waarin we aan de hand van een topiclijst van gedachten kunnen wisselen.

ANONIMITEIT

Om de gedachtwisseling zo min mogelijk in te kleuren vanuit het geheugen, wordt er een opname van het volledige interview gemaakt en wordt de tekst volledig uitgeschreven. Om vrij met elkaar te kunnen spreken en uw anonimiteit te waarborgen, zal naast de betrokkenen bij het onderzoek verder niemand de opname zien of horen en zal de opname na afronding van de thesis worden vernietigd. Relevante fragmenten van de uitgeschreven interviewtekst zullen met algemene beschrijving van de persoon worden gebruikt in de thesis.

ZORGNETWERKEN EN NEURONET

Binnen het Nederlandse zorglandschap is er een toenemende trend om (regionale) zorgnetwerken op te richten. Dergelijke zorgnetwerken overstijgen niet alleen de grenzen van organisaties, maar bieden tevens een platform om gecentreerd rond een bepaalde aandoening of een specifiek (medisch) specialisme de zorg voor de patiënt 'dichter bij huis' te brengen en zelfs te komen tot preventie van zorg. Aldus wordt getracht om tegemoet te komen aan het gegeven dat het zorgstelsel steeds verder onder druk komt te staan door factoren als vergrijzing, toename van chronische aandoeningen, multi-morbiditeit en stijgende zorgkosten.

NeuroNet is een zich steeds verder ontwikkelend regionaal zorgnetwerk, met als doel om de neurologische en neurochirurgische zorg in Noord-Nederland zodanig te organiseren dat deze specialistische zorg zo dicht mogelijk bij de leefomgeving van de patiënt geboden wordt: dichtbij huis als het kan en gecentraliseerd als het moet (de Juiste Zorg op de Juiste Plek). Naast voordeel voor de patiënt biedt NeuroNet aan ziekenhuizen de mogelijkheid om zich te profileren met hun sterkste eigenschap: Operational Excellence in de algemene ziekenhuizen, Customer Intimacy in de topklinische ziekenhuizen, en Product Leadership in het UMCG.

TOEZICHT OP (REGIONALE) ZORGNETWERKEN

Het in meerdere opzichten grensoverstijgende karakter van (regionale) zorgnetwerken (zowel m.b.t. grenzen van de organisaties maar ook dwars door de eerstelijns t/m de vierdelijns zorg) vereist een aangepaste vorm en inhoud van het toezicht. De traditionele indeling in intern toezicht (institutionele raden van toezicht) en extern publiek toezicht (IGJ, ACM en NZA) is m.b.t. zorgnetwerken wellicht niet toereikend en misschien moeten andere bestuurlijke partijen zoals de zorgverzekeraars en de wetenschappelijke verenigingen een toezichthoudende rol innemen? Kortom, vele vragen waarop het antwoord nog niet is uitgekristalliseerd.

VOORBEREIDING INTERVIEW

Het interview vergt geen specifieke voorbereiding. Het is juist de bedoeling om aan de hand van de topiclijst een inspirerende conversatie te hebben over de genoemde aspecten m.b.t. het toezicht op (regionale) zorgnetwerken. Uiteindelijk zal ook uw bijdrage meewegen in de uiteindelijke aanbevelingen van de thesis.

Alvast bedankt voor de medewerking en tot binnenkort!