

Knelpunten tussen uitvoering en beleid in grensoverstijgende acute ketenzorg

Het perspectief van professionals



Thesis ter afronding van de Master of Health Business Administration (MHBA)
Erasmus Centrum voor Zorgbestuur Rotterdam

E.H. van Eeten, MSc
Evelien.vanEeten@radboudumc.nl
Studentnummer 753499
Thesis begeleider: prof. dr. Ard-Pieter de Man
Tweede beoordelaar: dr. Oemar van der Woerd



Erasmus
Centrum voor
Zorgbestuur

Voorwoord

Tijdens de COVID pandemie deed ik mijn eerste ervaring met grensoverstijgende zorg op met de opzet van het Landelijk Coördinatiecentrum Patiëntenspreiding (LCPS). Een periode van noodgedwongen samenwerking die diepe indruk heeft gemaakt. Inmiddels had ik mijn focus op het verbeteren van acute ketenzorg, waarbij opviel dat de samenwerking met Duitsland achterbleef, toen de eerste koffie met Mathieu plaatsvond. Een haast perfecte timing en het startschot van het ICEC-project (Improving Crossborder Emergency healthCare). De adrenaline gierde door mijn lijf toen we na de onderzoeksdag op de trap stonden voor de groepsfoto, wat een grote hoeveelheid deelnemers. Het was een uitdaging om iedereen tegelijk bijeen te brengen, maar stuk voor stuk maakten zij die dag vrij. Zonder deze professionals was het onderzoek niet mogelijk, maar nog veel belangrijker is de zorg voor patiënten op een van de meest ingrijpende momenten van hun leven eenvoudigweg niet mogelijk.

Deze thesis is geschreven ter afronding van de Master of Health Business Administration (MHBA) van het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur. Ik kijk terug op een zeer leerzame periode, zowel inhoudelijk als persoonlijk. Mijn dank gaat uit naar alle vaste docenten, programmaleiding en gastdocenten; jullie verdieping heeft een stevige basis gelegd. Ard-Pieter de Man, bedankt voor de begeleiding met wijze woorden en adviezen. Onze gesprekken combineerden diepgang met humor wat de samenwerking erg plezierig maakte. Het was zeer waardevol om via deze weg het perspectief van de professional academische te verdiepen.

MHBA-22 studiegenoten; wat hebben we een bijzonder traject doorlopen. We leerden elkaar in sneltreinvaart kennen, van diepe gesprekken tijdens studie tot schorre gesprekken na de karaoke-bus. Ik weet zeker dat met een aantal van jullie de gesprekstof nog lang niet opgedroogd is. Ik kijk ernaar uit jullie ontwikkelingen te blijven volgen. Villa Heidebad, jullie missie om ons thuis te laten voelen, is wat mij betreft geslaagd.

Een speciaal woord van dank aan mijn SEH collega's. Het motto 'samen komen we er wel' hebben we inmiddels in alle vormen doorleeft maar heeft zich opnieuw bewezen, dank voor jullie flexibiliteit (en pragmatisme!). Ties Eikendal, een ding weten we zeker; plannen lopen altijd uit de hand. Jouw manier van leidinggeven is bewonderenswaardig, de ruimte en de steun die je biedt hebben mijn groei tijdens de MBA mogelijk gemaakt. Health Innovatie Lab (X), PVI, het ICEC team en de innovatiepijler; wat zijn jullie inspirerend, dank dat jullie mij steunen in alle wilde ideeën en mij uitdagen te vertragen.

Vrienden, bedankt dat ik bij jullie mag aankloppen en mijn hart te luchten of (kleine) successen te vieren. De vele koffiedates met monologen over mijn MBA zijn echt heel waardevol geweest, dank voor het geduld. Ik koester de momenten van samen ontladen en opladen.

Lieve familie, stuk voor stuk zijn jullie me dierbaar. De rust en verbinding die ik bij jullie vind zowel in Waalwijk als in Beek is onbeschrijflijk. Ik kijk bijzonder uit naar onze reis in November.

Lieve Wouter, bedankt dat je er altijd voor me bent en mij alle ruimte van de wereld gunt om mijzelf te blijven ontwikkelen. We gaan samen nog heel veel mooie avonturen tegemoet. Lieve Guusje en Lieve, toen jullie 2 en 4 jaar waren ben ik deze opleiding begonnen. Inmiddels gaat Guusje naar school en kan Lieve mij voorlezen in plaats van andersom. Wat ben ik trots op jullie. Ik hoop een voorbeeld te zijn om je hart te volgen, waar het je ook brengt.

Zoals mijn vader zegt; kennis kan je niet delen, alleen vermenigvuldigen. Ik hoop dat deze thesis daaraan bijdraagt en u het met plezier leest.

*Evelien van Eeten
Beek-Ubbergen 09-05-2026*

Management samenvatting

Zorgsystemen worden geconfronteerd met complexe en hardnekkige uitdagingen waarbij samenwerking in ketenzorg in toenemende mate wordt ingezet als oplossing. Binnen de Europese Unie neemt grensoverstijgende ketenzorg een steeds prominentere plaats in. Ondanks de groeiende intenties tot samenwerking blijkt de vertaling van beleid naar uitvoering in de praktijk weerbarstig. Bestaande literatuur richt zich voornamelijk op governance en organisatorische randvoorwaarden, terwijl het perspectief van de uitvoerende professional onderbelicht blijft. Deze thesis onderzoekt welke knelpunten professionals ervaren tussen de uitvoering en beleid van grensoverstijgende acute ketenzorg.

Door middel van een single-casestudy werd het professionele perspectief empirisch in kaart gebracht. De samenwerking tussen Kreis Kleve en het Radboudumc in de Euregio Rijn-Waal vormt de context. Via een Whole System in the Room-sessie werden Nederlandse en Duitse professionals uit de gehele acute keten bijeengebracht om knelpunten te identificeren en te verdiepen. De bevindingen werden gespiegeld aan bestaande beleidsdocumenten en samenwerkingsafspraken.

Professionals ervaren een breed scala aan knelpunten. De context speelt hierin een belangrijke rol; de grenscontext versterkt structurele belemmeringen terwijl de acute setting knelpunten versneld zichtbaar maakt. Naast de in de literatuur bekende thema's komen tussen beleid en uitvoering twee onderbelichte thema's naar voren in het onderzoek. Ten eerste ervaren professionals een gebrek aan keteninzicht, zij missen inzicht in elkaars zorgaanbod en zorgsystemen. Ten tweede vormt de juiste zorg op de juiste plek een terugkerend knelpunt waarbij onduidelijkheid heerst over wat de beste plek voor een patiënt is en hoe deze keuze wordt gemaakt.

Opvallend is dat er een duidelijke kloof is tussen beleid en uitvoering waarbij beleidsintenties. Professionals ervaren dat beleidsintenties onvoldoende concreet of bekend zijn. De knelpunten die professionals ervaren in de uitvoering lossen zij in de discretionaire ruimte op door middel van pragmatische en tijdelijke oplossingen. Dit borgt de continuïteit van zorg, maar houdt de kloof ook in stand.

De WSR-sessie heeft laten zien dat het bijeenbrengen van professionals uit de gehele acute keten leidt tot gedeeld inzicht. Om de kloof tussen beleid en uitvoering structureel te verkleinen wordt aanbevolen de WSR niet als eenmalige onderzoeksmethode te beschouwen maar de groep vaker in zijn geheel samen te brengen. Door professionals uit alle domeinen gezamenlijk actief te laten reflecteren op de samenwerking ontstaat een gedeelde taal en gedeeld begrip, wat kan bijdragen aan betere afstemming binnen de keten.

Management summary

Healthcare systems are confronted with complex and persistent challenges, with collaboration in integrated care networks increasingly being used as a solution. Within the European Union, cross-border care networks are becoming increasingly prominent. Despite growing intentions to collaborate, translating policy into practice remains challenging. Existing literature primarily focuses on governance and organisational preconditions, while the perspective of frontline professionals remains underexplored. This thesis examines the challenges professionals experience at the interface between policy and practice in cross-border acute care.

Using a single-case study, the professional perspective was empirically explored. The collaboration between Kreis Kleve and Radboudumc in the Euregio Rhine-Waal provides the context. Through a Whole System in the Room (WSR) session, Dutch and German professionals from across the acute care chain were brought together to identify and further explore challenges. The findings were compared with existing policy documents and collaboration agreements.

Professionals experience a wide range of challenges. Context plays an important role: the cross-border setting reinforces structural barriers, while the acute setting makes challenges more rapidly visible. In addition to themes already identified in the literature, two underexplored themes emerged. First, professionals experience a lack of chain insight, with limited understanding of each other's care provision and healthcare systems. Second, providing the right care in the right place is a recurring challenge, with uncertainty about the most appropriate location for patient treatment and how such decisions are made.

A notable finding is the clear gap between policy and practice, as policy intentions are often insufficiently concrete or insufficiently known. Professionals address daily challenges within their discretionary space through pragmatic and temporary solutions. While this ensures continuity of care, it also sustains the gap.

The WSR session demonstrated that bringing together professionals from across the acute care chain leads to shared insight into challenges. To structurally reduce the gap between policy and practice, it is recommended not to view the WSR as a one-off research method, but to organise similar sessions on a recurring basis. Joint and active reflection by professionals from different domains fosters a shared language and mutual understanding, which can contribute to better alignment within the care network.

Managementzusammenfassung

Gesundheitssysteme stehen vor komplexen und hartnäckigen Herausforderungen, wobei die Zusammenarbeit in Versorgungsnetzwerken zunehmend als Lösungsansatz eingesetzt wird. Innerhalb der Europäischen Union gewinnt die grenzüberschreitende Versorgung in Netzwerken zunehmend an Bedeutung. Trotz wachsender Kooperationsbestrebungen erweist sich die Umsetzung von Steuerungsseitigen Vorgaben in die Praxis als schwierig. Die bestehende Literatur konzentriert sich hauptsächlich auf Governance und organisatorische Rahmenbedingungen, während die Perspektive der ausführenden Fachkräfte unterbelichtet bleibt. Diese Arbeit untersucht, welche Herausforderungen Fachkräfte an der Schnittstelle zwischen Umsetzung und Strategie in der grenzüberschreitenden Akutversorgung wahrnehmen.

Mithilfe einer Einzelfallstudie wurde die Perspektive der Fachkräfte empirisch erfasst. Die Zusammenarbeit zwischen dem Kreis Kleve und dem Radboudumc in der Euregio Rhein-Waal bildet den Kontext. In einer Whole System in the Room-Session wurden niederländische und deutsche Fachkräfte aus der gesamten Akutversorgung zusammengebracht, um Herausforderungen zu identifizieren und zu vertiefen. Die Ergebnisse wurden mit bestehenden Strategie und Kooperationsvereinbarungen abgeglichen.

Fachkräfte erleben ein breites Spektrum an Herausforderungen. Der Kontext spielt dabei eine zentrale Rolle: Die grenzüberschreitende Situation verstärkt strukturelle Barrieren, während die Akutsituation Probleme schneller sichtbar macht. Neben den in der Literatur bekannten Themen treten in dieser Studie zwei bislang unterbelichtete Themen hervor. Erstens berichten Fachkräfte über ein mangelndes Systemverständnis, insbesondere über unzureichende Kenntnisse hinsichtlich der Versorgungsangebote und Gesundheitssysteme der Partner. Zweitens stellt die richtige Versorgung am richtigen Ort eine wiederkehrende Herausforderung dar, da Unklarheit darüber besteht, welcher Behandlungsort für Patientinnen und Patienten am geeignetsten ist und wie diese Entscheidung getroffen wird.

Auffällig ist eine deutliche Kluft zwischen Steuerungsseitigen Vorgaben und Umsetzung, da S Zielsetzungen oft nicht ausreichend konkretisiert oder nicht ausreichend bekannt sind. Die im Alltag auftretenden Herausforderungen werden von den Fachkräften innerhalb ihres Ermessensspielraums durch pragmatische und temporäre Lösungen bewältigt. Dies sichert zwar die Versorgungskontinuität, hält jedoch gleichzeitig die Kluft aufrecht.

Die WSR-Session hat gezeigt, dass das Zusammenbringen von Fachkräften aus der gesamten Akutversorgung zu einem gemeinsamen Verständnis der Herausforderungen führt. Um die Kluft zwischen Strategie und Umsetzung nachhaltig zu verringern, wird empfohlen, die WSR nicht als einmalige Forschungsmethode zu betrachten, sondern solche Formate regelmäßig durchzuführen. Durch die gemeinsame und aktive Reflexion von Fachkräften aus unterschiedlichen Bereichen entsteht eine gemeinsame Sprache und ein gemeinsames Verständnis, was zu einer besseren Abstimmung innerhalb des Versorgungssystems beitragen kann.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	7
1.1 Probleemstelling.....	8
1.2 Doelstelling.....	8
1.3 Vraagstelling.....	9
1.4 Relevantie.....	9
2. Theoretisch kader	10
2.1 Grensoverstijgende acute zorgketens.....	10
2.2 Beleid.....	11
2.3 Uitvoering.....	11
2.4 Professionals.....	11
2.5 Knelpunten.....	12
3. Methode	13
3.1 Context.....	13
3.3 Onderzoeksopzet.....	13
3.4 Dataverzameling.....	15
3.5 Data-analyse.....	16
3.6 Ethische aspecten en AI statement.....	16
3.7 Kwaliteitsborging.....	17
4. Resultaten	18
4.1 Thematisering.....	18
4.2 Perspectief van de professional op knelpunten tussen beleid en uitvoering.....	23
4.3 Beleidsintenties en samenwerkingsafspraken.....	24
5. Discussie	25
5.1 Contextfactoren vergroten de kloof tussen beleid en uitvoering.....	25
5.2 Perspectief van professional onthult veel knelpunten, tussen beleid en uitvoering blijven thema's keteninzicht en juiste zorg op juiste plek in de literatuur onderbelicht.....	25
5.3 Professional creëren pragmatische oplossingen voor knelpunten maar houden daarmee de kloof in stand.....	26
5.4 The Whole system in the Room: kracht en beperkingen.....	28
6. Conclusie	29
7. Aanbevelingen	30
Literatuur	31
Appendix	35
Appendix 1: Zoekstrategie.....	35
Appendix 2: Selectie deelnemende professionals WSR.....	36

<i>Appendix 3: Details Whole System in the Room</i>	37
<i>Appendix 4. Overzicht knelpunten empirische data</i>	39
<i>Appendix 5: Samenhang tweede-orde codes per niveau</i>	40

1. Inleiding

Op zondagochtend om 07.00u ontvangt de Spoedeisende Hulp (SEH) via de Duitse Meldkamer een melding van een patiënt met ‘Gesichtstrauma’. De situatie wordt stabiel ingeschat, waarna de SEH-arts besluit de patiënt met een klein team op te vangen. Bij aankomst, blijkt de klinische toestand ernstiger dan verwacht. De Duitse Notarzt is meegekomen en heeft vanwege een bedreigde luchtweg reeds levensreddende handelingen verricht. Door de urgentie is een overdracht niet mogelijk. De beperkte informatie die in het Duits wordt overgedragen, wordt onvoldoende begrepen. Het traumateam wordt direct gealarmeerd en neemt de behandeling over. Na stabilisatie wordt de patiënt opgenomen in het Nederlandse ziekenhuis. Twee dagen later is er geen academische zorg meer nodig. Door onduidelijkheid over terug-plaatsingsmogelijkheden kan de patiënt pas enkele dagen later worden overgeplaatst naar Duitsland. Het gebrek aan informatievoorziening en afstemming heeft geresulteerd tot verlies van informatie en verminderde kwaliteit van zorg in een proces dat langer duurde dan noodzakelijk met indirect extra belasting op het zorgsysteem.

Deze casus illustreert de dagelijkse praktijk van grensoverstijgende acute ketenzorg in de Euregio Rijn-Waal. Knelpunten die hier zichtbaar worden zoals gebrekkige informatie-overdracht, onduidelijkheid over verantwoordelijkheden en het ontbreken van afspraken over terugplaatsing zijn geen incidenten maar structurele verschijnselen. Ze wijzen op een mogelijke spanning tussen wat op beleidsniveau wordt beoogd en wat professionals in de uitvoering ervaren.

Noodzaak tot (internationaal) samenwerken in ketens

Zorgsystemen worden geconfronteerd met complexe en hardnekkige uitdagingen zoals vergrijzing, stijgende zorgkosten, pandemieën en toenemende fragmentatie van zorgverlening. Deze zogenoemde wicked problems vereisen een hoge mate van samenwerking tussen organisaties. Ketenzorg als vorm van samenwerkingsverband tussen zelfstandige organisaties met gedeelde doelstellingen is daarin een veelgebruikte oplossingsrichting (Belrhiti et al., 2024; Crijns et al., 2018; Twombly et al., 2020). Acute zorg is een uitgesproken voorbeeld van ketenzorg, omdat meerdere organisaties en disciplines in hoge mate van elkaar afhankelijk zijn om tijdskritische zorg te verlenen. Binnen de Europese Unie neemt grensoverstijgende (keten)zorg een steeds prominentere plaats in gestimuleerd door Europese richtlijn 2011/24/EU betreffende de rechten van patiënten bij grensoverstijgende gezondheidszorg (Europees Parlement & Raad van de Europese Unie, 2011; Wismar et al., 2011).

De hoge faalkans van samenwerking

Hoewel samenwerking breed wordt ingezet als oplossing voor complexe vraagstukken, blijkt de uitvoering net zoals in onze casus in de praktijk weerbarstig. De literatuur laat een consistent hoge faalkans zien: ongeveer de helft van de samenwerkingen mislukt (Duysters et al., 2012). Dit falen heeft gevolgen voor het behalen van gezamenlijke doelen en leidt tot verlies van geïnvesteerde tijd, middelen en continuïteit van zorg (Twombly et al., 2020; Crasborn et al., 2025; Duysters et al., 2012; Maris et al., 2023). De groeiende noodzaak tot internationale samenwerking vraagt om inzicht in waarom beleidsintenties niet leiden tot succesvolle uitvoering. Dit falen is niet toe te schrijven aan slechts één oorzaak, een combinatie van factoren zoals tekortschietende capaciteiten, gebrek aan vertrouwen en structurele misalignment tussen partners speelt een rol (Crasborn et al., 2025; Duysters et al., 2012). Hierbij valt op dat grensregio's extra kwetsbaar zijn, doordat samenwerkingsafspraken veelal nationaal georganiseerd zijn en beperkt aansluiten op de uitvoeringspraktijk (Jamison & Payne, 2001; Sivonen, 2023; Wismar et al., 2011).

Van beleid naar uitvoering

Bestaande literatuur over ketenzorg richt zich hoofdzakelijk op governance en organisatorische voorwaarden (Kenis & Provan, 2008; De Pourcq et al., 2019; Duysters et al., 2012). De consistent hoge faalkans wijst er echter op dat governance afspraken en beleidsmatige intenties op zichzelf onvoldoende zijn om samenwerking in de praktijk te laten slagen en er een kloof blijft bestaan tussen beleid en uitvoering. Onderzoek naar effectieve ketensturing door bestuurders laat onder andere zien dat naast aandacht voor technische en inhoudelijke aspecten ook culturele en relationele aspecten van

samenwerking belangrijk zijn (Twombly et al., 2020). Managers zijn hierbij professionals die de samenwerking en zorgprofessionals sturen via richtlijnen en afstemmen van randvoorwaarden, de concrete uitvoering van grensoverstijgende ketenzorg wordt in de literatuur echter onderbelicht (Lennox-Chhugani, 2023; Sivonen, 2023). Elmore benadrukte daarbij al in 1979 dat het probleemoplossende vermogen van complexe systemen zich bevindt dicht bij de plek waar de problemen zich voordoen.

“The closer one is to the source of the problem, the greater is one’s ability to influence it; and the problem-solving ability of complex systems depends not on hierarchical control but on maximizing discretion at the point where the problem is most immediate.” (Elmore, 1979)

Perspectief van de professionals

Dit vraagt om een nadere beschouwing van het perspectief van professionals op deze kloof. Deze professionals krijgen te maken met belemmerende factoren zoals beperkte afstemming, wisseling van betrokken professionals, interpretatie van werkwijzen en gebrek aan onderling vertrouwen (Crijns et al., 2018; Twombly et al., 2020). De professionele autonomie kan daarbij onder druk komen te staan door onduidelijkheid over verantwoordelijkheden, verschil in behandelprotocollen of uiteenlopende professionele normen tussen samenwerkingspartners (Beuken et al., 2020; Crijns et al., 2018). Tegelijkertijd kan ketenzorg ook leiden tot professionele verrijking, gedeelde verantwoordelijkheid en leren over de grenzen van het eigen domein heen te werken (Lennox-Chhugani, 2023; Sivonen, 2023). Ondanks de actieve rol van professionals in de uitvoering van (acute) grensoverstijgende ketenzorg en de mogelijke impact op hun werkzaamheden, is dit perspectief in de literatuur nauwelijks onderzocht. Inzicht in de knelpunten die uitvoerende professionals ervaren bij het uitvoeren van grensoverstijgende acute ketenzorg vormt een kennishiaat in de literatuur over samenwerking in ketenzorg. Dit inzicht vanuit de professional is essentieel omdat de professional degene is die de dagelijks de knelpunten ervaart en hierop handelt. Zonder dit perspectief blijft onduidelijk hoe beleidsintenties in uitvoering landen.

1.1 Probleemstelling

Hoewel ketenzorg in toenemende mate wordt ingezet als samenwerkingsvorm om complexe zorgvraagstukken het hoofd te bieden, falen veel samenwerkingsverbanden omdat de vertaling van beleidsintenties naar de uitvoering in de praktijk weerbarstig is (Crijns et al., 2018; Duysters et al., 2012; Twombly et al., 2020). De bestaande literatuur over ketenzorg richt zich hoofdzakelijk op governance en organisatorische randvoorwaarden (Duysters et al., 2012; Maris et al., 2023). Ondanks waardevolle inzichten hieruit blijkt dat veel van de samenwerkingen een hoge faalkans hebben (Crijns et al., 2018). Grensregio’s zijn hierin extra kwetsbaar door verschillen in zorgstelsels, regelgeving en professionele praktijken (Sivonen, 2023). Ondanks de centrale rol van de professional in ketenzorg ontbreekt inzicht in de knelpunten die ervaren worden in de uitvoering. Zonder dit inzicht blijft onduidelijk waarom samenwerkingsverbanden structureel moeite hebben om beleidsintenties effectief tot uitvoering te laten komen (Crasborn et al., 2025). Tegen de achtergrond van de toenemende wicked problems met grensoverstijgende ketenzorg als groeiende oplossingsrichting is een onderzoek waarin het perspectief van uitvoerende professionals centraal staat zeer relevant.

1.2 Doelstelling

Het doel van deze thesis is het verkrijgen van inzicht in knelpunten tussen beleid en uitvoering van grensoverstijgende acute ketenzorg vanuit het perspectief van uitvoerende professionals. De analyse van deze knelpunten draagt bij aan begrip ten aanzien van het frequent falen van samenwerkingsverbanden. De uitkomsten bieden uitvoerende professionals, managers, directieleden en bestuurders inzicht en aanknopingspunten om grensoverstijgende acute ketenzorg op structurele wijze te verbeteren.

1.3 Vraagstelling

Welke knelpunten ervaren professionals tussen de uitvoering en beleid van grensoverstijgende acute ketenzorg?

Deelvragen

1. Wat zijn algemene knelpunten tussen beleid en uitvoering in grensoverstijgende (acute) ketenzorg?
2. Welke knelpunten ervaren professionals in de uitvoering van grensoverstijgende acute ketenzorg tussen Kreis Kleve en het Radboudumc?
3. Hoe verhouden de ervaren knelpunten van de professionals zich tot de beleidsintenties en samenwerkingsafspraken die ten grondslag liggen aan de grensoverstijgende acute ketenzorg tussen Kreis Kleve en het Radboudumc?

1.4 Relevantie

Wetenschappelijke relevantie

Dit onderzoek vult een kennislacune in de bestaande literatuur. Onderzoek naar ketenzorg en grensoverstijgende samenwerking richt zich voornamelijk op governance en organisatorische randvoorwaarden. Het perspectief en de invloed van de uitvoerende professional op de kloof tussen beleid en uitvoering zijn nauwelijks onderzocht. Deze thesis levert empirische inzichten in knelpunten die tot dusver onderbelicht zijn en draagt bij aan theorievorming hierover.

Praktische relevantie

Door knelpunten systematisch in kaart te brengen vanuit het perspectief van uitvoerende professionals, wordt zichtbaar waar de spanning zit tussen beleidsintenties en uitvoeringspraktijk. Voor professionals biedt dit inzicht in de knelpunten die zij dagelijks ervaren en een basis om deze bespreekbaar te maken. Voor bestuurders en beleidsmakers biedt het concrete aanknopingspunten om samenwerkingsintenties beter te laten aansluiten op de dagelijkse praktijk, en om daarmee gericht te werken aan de kloof tussen beleid en uitvoering en daarmee bij te dragen aan effectievere grensoverstijgende ketenzorg.

Maatschappelijke relevantie

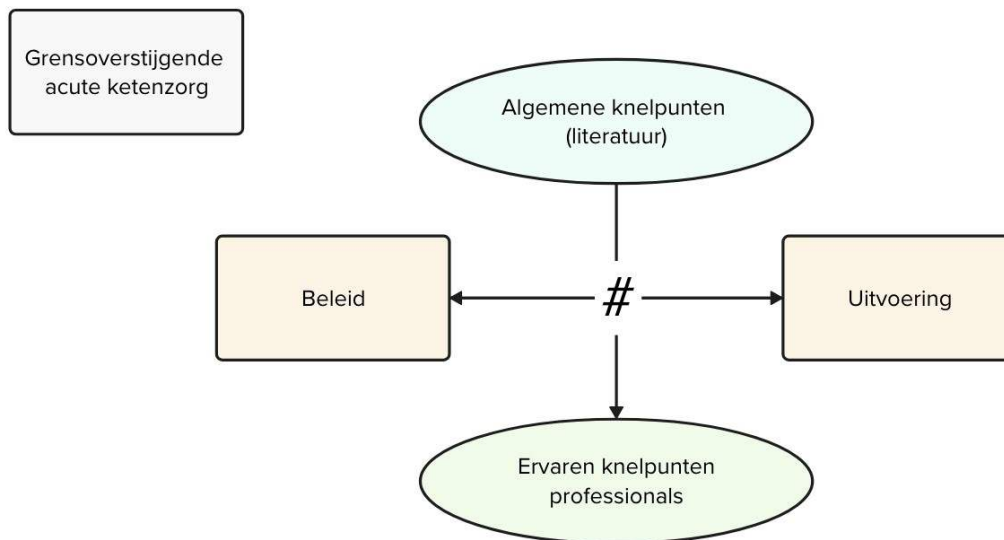
Grensoverstijgende acute zorg raakt direct aan de veiligheid en kwaliteit van zorg voor patiënten in grensregio's. Binnen de Europese Unie neemt de inzet van grensoverstijgende samenwerking toe, terwijl de uitvoering structureel weerbarstig blijft. Inzicht in de spanning tussen beleid en uitvoering ontstaat draagt bij aan effectievere en veiligere zorg voor patiënten die afhankelijk zijn van goed functionerende grensoverstijgende ketens.

2. Theoretisch kader

Om antwoord te geven op de onderzoeksvraag volgt eerst het theoretisch kader. In dit kader worden de relevante kernbegrippen in relatie tot de onderzoeksvraag belicht. Het kader is opgebouwd aan de hand van verschillende begrippen: grensoverstijgende acute ketenzorg (2.1), beleid (2.2), uitvoering (2.3), professionals (2.4) en knelpunten (2.5).

Figuur 1 fungeert als kapstok voor dit hoofdstuk en visualiseert het denkkader en de verbinding tussen de begrippen. De context bestaat uit grensoverstijgende acute ketenzorg. De knelpunten (#) tussen beleidsintenties en de uitvoering van grensoverstijgende acute ketenzorg staan centraal. De tweerichtingspijl tussen beleid en uitvoering benadrukt dat deze domeinen elkaar wederzijds kunnen beïnvloeden. De in de literatuur beschreven algemene knelpunten in grensoverstijgende acute zorg bieden een analytische lens om ervaren knelpunten van professionals te structureren en te interpreteren. Het kader is ordenend van aard en niet bedoeld als verklarend model.

Figuur 1. Denkkader



2.1 Grensoverstijgende acute zorgketens

In deze thesis wordt voor samenwerking het kernbegrip ketenzorg gehanteerd. Ketenzorg wordt gedefinieerd als een samenwerkingsverband tussen zelfstandige zorgorganisaties die, naast hun eigen doelstellingen, één of meer gemeenschappelijk gekozen doelstellingen nastreven. Kenmerkend voor ketenzorg is de onderlinge afhankelijkheid tussen organisaties en professionals: de kwaliteit van zorg hangt af van het functioneren van de keten als geheel, niet uitsluitend van de afzonderlijke organisaties of professionals daarbinnen (Crijns et al., 2018).

Een grensoverstijgende keten wordt gedefinieerd als een activiteit of regeling die wordt ondernomen door twee of meer samenwerkende actoren in verschillende landen. Deze vorm van zorgketens overstijgt nationale zorgstelsels en wordt gekenmerkt door een hoge mate van organisatorische complexiteit waar diverse actoren en factoren aan bijdragen (Wismar et al., 2011).

Acute zorg wordt gedefinieerd als medische zorg die binnen minuten tot uren noodzakelijk is om overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade te voorkomen (Federatie Medisch Specialisten & Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulpartsen, 2025). Om deze zorg te leveren wordt met verschillende organisaties en professionals samengewerkt. Het startpunt is een ongeplande zorgvraag

via 112, waarna een ambulance of indien noodzakelijk in Nederland het Mobiel Medisch Team of in Duitsland de Notarzt de eerste behandeling start en de patiënt vervoert naar de SEH. Indien noodzakelijk volgt opname, operatie of behandeling op de Intensive Care. Overige ketenpartners bestaan uit tweedelijns specialismen zoals Neurologie of Cardiologie. Kenmerkend voor de acute keten is dat er sprake is van een hoge mate van onderlinge afhankelijkheid waarbij tijdige coördinatie en informatieoverdracht essentieel zijn.

2.2 Beleid

Beleid wordt in deze thesis opgevat als het geheel aan intenties dat richting geeft aan samenwerking in de keten. Hieronder vallen formele en informele samenwerkingsafspraken, protocollen, bestuurlijke afspraken en andere sturingsmechanismen. Deze afspraken of intenties kunnen op bestuurlijk niveau door bestuurders of directieleden, of op tactisch niveau door afdelingshoofden, managers en programmaleiders zijn opgesteld.

Twombly et al. (2020) stellen daarbij dat samenwerking pas werkelijk begint ná het sluiten van formele overeenkomsten, namelijk bij het realiseren van de beoogde waarde in de uitvoeringspraktijk. Om tot deze gezamenlijke waardecreatie te komen wordt in de literatuur het begrip ketensturing aangehaald waarbij niet alleen inhoudelijke afspraken en procedures maar ook relationele en culturele factoren zoals een ketengerichte houding, ruimte voor samenwerking en vertrouwen een rol spelen (Crijns et al., 2018). Recente literatuur sluit hierbij aan en benadrukt dat ketenzorg een combinatie van top-down sturing en bottom-up participatieve betrokkenheid van professionals vraagt (Belrhiti et al., 2024; Crijns et al., 2018; Twombly et al., 2020). Vanuit het beleidsniveau wordt van professionals zelfs verwacht dat zij zelfstandig en proactief over organisatorische en disciplinaire grenzen heen de ketenzorg uitvoeren (Crijns et al., 2018).

2.3 Uitvoering

Uitvoering wordt in deze thesis gedefinieerd als het dagelijks handelen van professionals in de keten. In 1980 introduceerde Lipsky hierbij het concept street-level bureaucracy om te beschrijven hoe professionals beleid aanpassen aan lokale omstandigheden om tot uitvoering te komen (Lipsky, 1980). Zoals ook beschreven in de literatuur, wordt in de praktijk opgemerkt dat grensoverstijgende samenwerking niet uitsluitend wordt gedragen door formeel vastgelegde structuren, maar juist in belangrijke mate afhankelijk is van de informele netwerken en persoonlijke contacten tussen professionals (Crijns et al., 2018; Jabakhanji et al., 2015; Twombly et al., 2020). Toch behoren Twombly et al. (2020) tot de weinigen die de concrete uitvoering expliciet benoemen als één van de vijf essentiële elementen voor het effectief functioneren van ketenzorg.

2.4 Professionals

Onder professionals worden alle actoren verstaan die in de praktijk direct of indirect betrokken zijn bij het tot uitvoering komen van grensoverstijgende acute ketenzorg. Hiertoe worden onder meer gerekend: leidinggevenden, programmaleiders, artsen (SEH-artsen, tweedelijns-specialisten, arts-assistenten), verpleegkundigen, secretariaatsmedewerkers en Informatie- en Communicatietechnologie (ICT)-professionals. Professionals die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering kenmerken zich door gespecialiseerde kennis, professionele autonomie en het centraal stellen van het publieke belang. Hun handelen wordt daarbij mede gestuurd door een breed palet aan persoonlijke en professionele waarden, zoals altruïsme, gelijkheid, bekwaamheid en veiligheid, die richting geven aan klinische besluitvorming en samenwerking (Moyo et al., 2016).

Professionals in de acute zorg worden daarnaast specifiek gekenmerkt door pragmatisme en een oplossingsgerichte houding waarbij, ondanks toewijding aan evidence-based werken, ook een sterk beroep gedaan wordt op persoonlijke ervaring (Tegelberg et al., 2020). Dit maakt hen bij uitstek

zogenoemde street-level bureaucrats, uitvoerders die pragmatische oplossingen realiseren binnen de ruimte die het beleid hen laat (Lipsky, 1980). Dit gevoel van verantwoordelijkheid heeft ook een direct invloed op de professional. Bij een aanvullende vragenlijst in het Radboudumc gaf 69,0% van de professionals aan dat incomplete informatie overdracht in grensoverstijgende ketens leidt tot meer stress (69,0%), meer onzekerheid over het handelen (69,0%) en zorgverleners daarom anders gaan handelen dan ze zouden willen en bijvoorbeeld extra zorg inzetten (72,4%) (Simons et al., 2026).

2.5 Knelpunten

Het begrip knelpunt wordt in deze thesis gebruikt als overkoepelende term voor ervaren belemmeringen of spanningen. De literatuurstudie biedt een lens om de knelpunten te structureren en te interpreteren waarbij tijdens de dataverzameling ruimte blijft voor eventuele thema's die niet vooraf in de literatuur beschreven zijn. Op basis van de literatuuranalyse keren in ieder geval onderstaande drie thema's structureel terug als knelpunt in grensoverstijgende zorg.

Randvoorwaarden. Grensoverstijgende samenwerking wordt structureel bemoeilijkt door onduidelijke kaders rond aansprakelijkheid, klachtenprocedures en verantwoordelijkheden (Dara et al., 2017; Jabakhanji et al., 2015). Verschillen in randvoorwaarden tussen landen beïnvloeden de praktische haalbaarheid van samenwerking (Wismar et al., 2011). Financiering vormt hierin een specifiek knelpunt, de overdracht van financiering gaat gepaard met transactiekosten wat samenwerken minder aantrekkelijk maakt (Jamison & Payne, 2001). Verschillen in vergoedingssystemen zorgen daarnaast voor meer druk op internationale samenwerking (Doering et al., 2013; Jabakhanji et al., 2015).

Communicatie. Continuïteit van informatie is essentieel voor professionals om adequate zorg te kunnen verlenen. In een grensoverstijgende context vergroten verschillen in terminologie de kans op miscommunicatie tussen professionals uit verschillende landen en zorgsystemen (Wismar et al., 2011). Naast taalbarrières spelen ook uiteenlopende professionele werkwijzen een rol in het vergroten van onzekerheid bij informatieoverdracht (Beuken et al., 2020; Doering et al., 2013). Gebrekkige communicatie tussen zorgverleners kan daarbij leiden tot verstoringen in het zorgproces, met organisatorische uitdagingen tot gevolg (Groene et al., 2009).

Digitale gegevensuitwisseling. Het veilig en tijdig verkrijgen van de juiste informatie is in de acute zorg cruciaal, maar de huidige privacy- en wetgeving leiden in de praktijk tot workarounds en een slechte implementatie van digitale systemen (Beuken et al., 2020; Doering et al., 2013; Kroezen et al., 2016; Towett et al., 2023). Daarbij vormt beperkte interoperabiliteit tussen ICT-systemen een structurele belemmering voor grensoverstijgende gegevens-uitwisseling (Beuken et al., 2020; Kollmann et al., 2025). Gebrek aan uniformiteit in systemen en standaarden resulteert in fragmentatie, maakt uitwisseling minder voorspelbaar en gegevensoverdracht kwetsbaar waardoor het van professionals extra tijd en coördinatie vergt (Dara et al., 2017; Groene et al., 2009; Kollmann et al., 2025; Kroezen et al., 2016; Towett et al., 2023). Het ontbreken van transnationale afspraken over gegevensdeling en verwijzing vormt hierin een structurele belemmering (Dara et al., 2017; Kollmann et al., 2025).

Naast de algemene knelpunten richtte slechts één studie zich op het perspectief van professionals. Beuken et al. (2020) heeft zich in deze context specifiek gefocust op knelpunten bij de overdracht van patiënten en toont aan dat professionals in grensoverstijgende zorg te maken krijgen met context specifieke knelpunten zoals informatieoverdracht, taalbarrières, taakverdeling, verschil in opleiding, beleids- en financiële structuren. Ten aanzien van culturele verschillen wordt beschreven dat dit niet als losstaand knelpunt kan worden gezien maar door de sterke verwevenheid onderdeel is van alle andere thema's (Beuken et al., 2020).

Het ontbreken van onderzoek met het brede professionele perspectief als vertrekpunt vormt een kennishiaat in de literatuur. De algemene thema's uit de literatuur bieden weliswaar een analytisch kader, maar het is onduidelijk in hoeverre deze overeenkomen met de knelpunten die professionals ervaren, en of er aanvullende knelpunten zijn die hierin een rol spelen.

3. Methode

Dit hoofdstuk beschrijft de onderzoeksopzet en verantwoordt de gemaakte keuzes. Achtereenvolgens komen de context (3.1), de onderzoeksmethode (3.2) het onderzoeksdesign (3.3), de dataverzameling (3.4), de data-analyse (3.5), ethische aspecten en AI gebruik (3.6) en kwaliteitsborging (3.7) aan bod.

3.1 Context

Dit onderzoek is opgezet als een single-casestudy. Een opzet waarin één casus wordt bestudeerd en uitgewerkt. Deze opzet is geschikt wanneer een intensieve bestudering van de casus belangrijk is om informatie te verzamelen (Mortelmans, 2020). De casus van deze thesis betreft de grensoverstijgende acute ketenzorg tussen Kreis Kleve (Duitsland) en het Radboudumc (Nederland) binnen de Euregio Rijn-Waal.

Het Radboudumc ligt op circa acht kilometer van de Duits-Nederlandse grens. Als SEH van een academisch ziekenhuis met een level 1-traumacentrum kan het Radboudumc zowel hoogcomplexen als tijdskritische zorg leveren. Het dichtstbijzijnde Duitse ziekenhuis met vergelijkbare voorzieningscapaciteit (Maximalversorger) ligt aanzienlijk verder Duitsland in. De beschikbaarheid van hoogcomplexen en tijdskritische acute zorg in Nederland maakt het ziekenhuis een logische verwijzingslocatie voor patiënten uit de grensregio. Het aantal patiënten dat via de Duitse ambulancezorg naar de SEH van het Radboudumc wordt vervoerd, is de afgelopen jaren toegenomen. Om deze samenwerking te faciliteren zijn zowel formele als informele samenwerkingsafspraken gemaakt. Professionals in de acute keten werken inmiddels op dagelijkse basis samen binnen deze grensoverstijgende context. De dagelijkse uitvoeringspraktijk van grensoverstijgende acute ketenzorg biedt een concrete setting om knelpunten tussen beleid en uitvoering vanuit het professioneel perspectief te analyseren.

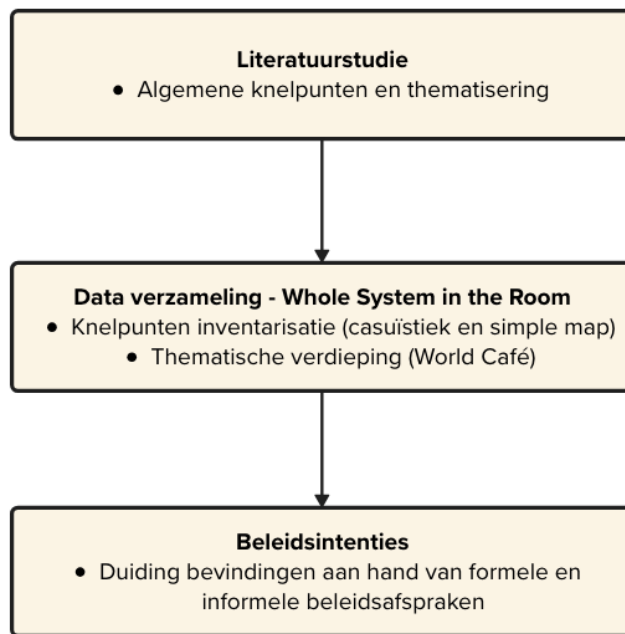
3.2 Onderzoeksmethode

Om knelpunten tussen beleid en uitvoering vanuit het perspectief van professionals te identificeren en te beschrijven is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode met een abductieve benadering. De kwalitatieve methode sluit aan bij de doelstelling van dit onderzoek waarbij het gaat om het begrijpen van ervaringen, betekenissen en patronen in de uitvoeringspraktijk (Mortelmans, 2020). Een abductieve benadering sluit hierbij aan en draagt bij aan vooruitgang in de wetenschap, niet door expliciet te zoeken naar 'een gat in de literatuur' maar door actieve betrokkenheid bij vraagstukken uit de praktijk. Juist die realiteit kan inzichten geven waar de wetenschappelijke wereld verder mee geholpen wordt (Van Maanen et al., 2007). Door de abductieve benadering worden inductieve inzichten uit de empirische data gecombineerd met deductieve concepten uit de literatuur. Concreet betekent dit dat thema's uit de literatuurstudie als analytische lens zijn gebruikt om de empirische data te structureren, terwijl ruimte werd gelaten voor het ontstaan van nieuwe thema's die niet vooraf in de literatuur waren beschreven. Deze benadering maakte het mogelijk zowel reeds bekende als tot dusver onderbelichte knelpunten of thema's te identificeren.

3.3 Onderzoeksopzet

Het onderzoek bestond uit drie opeenvolgende fasen (Figuur 2). In de eerste fase werd via een literatuurstudie theoretisch inzicht verkregen in algemene knelpunten tussen uitvoering en beleid in grensoverstijgende zorg. In de tweede fase werden knelpunten vanuit het professionele perspectief verzameld tijdens een Whole System in the Room (WSR)-sessie, bestaande uit een knelpunteninventarisatie en verdieping in een World Café-setting. In de derde fase werden de empirische bevindingen gespregeld aan beleidsdocumenten en samenwerkingsafspraken.

Figuur 2. Visuele weergave van het onderzoeksdesign



3.3.1 Literatuurstudie

Om een breed theoretisch inzicht te krijgen in algemene knelpunten tussen beleid en uitvoering binnen grensoverstijgende acute ketenzorg werd een literatuurstudie uitgevoerd in PubMed. De zoekstrategie bestond uit vijf componenten waarbij gebruik werd gemaakt van synoniemen voor de termen cross-border, healthcare, collaboration, policy en barriers. De volledige zoekstrategie is opgenomen in Appendix 1. Via de referenties van geïncludeerde artikelen aanvullend gezocht naar andere geschikte bronnen.

Inclusiecriteria waren (1) directe of indirecte betrekking op grensoverstijgende samenwerking in de zorg, (2) expliciete beschrijving van uitdagingen, barrières of een kloof tussen beleid en uitvoering, en (3) empirische of beleidsmatige onderbouwing (inclusief casestudies en beleidsdocumenten).

Artikelen werden geëxcludeerd indien zij (1) uitsluitend betrekking hadden op wetenschappelijke samenwerkingen, (2) geen volledige tekst beschikbaar hadden en contact met de auteurs geen aanvullende toegang opleverde, of (3) gericht waren op samenwerking buiten Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO)-landen; studies in deze context (bijvoorbeeld gericht op infectieziektebestrijding in Centraal-Afrika) werden als te beperkt generaliseerbaar beschouwd.

Deze zoekstrategie leverde 302 potentieel relevante artikelen op. Na screening op titel en samenvatting bleven 15 relevante artikelen over voor volledige beoordeling waarbij slechts het artikel van Beuken et al. (2020) zich specifiek richtte op het perspectief van uitvoerende professionals. De overige artikelen boden inzicht in algemene knelpunten tussen beleid en uitvoering in grensoverstijgende (acute) ketenzorg. Op basis van deze literatuur werden de gevonden algemene knelpunten gethematiseerd. De drie overkoepelende thema's randvoorwaarden, communicatie en digitale gegevensuitwisseling werden de analytische lens voor het theoretisch kader en het uitgangspunt voor thematische verdieping tijdens de WSR.

3.3.2 Whole System in the Room

Om het perspectief van professionals uit de gehele grensoverstijgende acute keten in kaart te brengen, is gekozen voor een Whole System in the Room (WSR)-sessie. De WSR is een variant van de Large

Group Intervention (LGI)-methoden, waarbij professionals uit verschillende domeinen van een systeem bijeen worden gebracht voor gezamenlijke reflectie en collectieve betekenisgeving (Ward et al., 2022). Onderzoek naar LGI-methoden laat zien dat heterogene groepssessies leiden tot rijke probleemdefinities en diepgaand inzicht in complexe vraagstukken (Arena, M. J., 2009; Worley et al., 2011). De WSR sluit daarmee aan bij de bottom-up benadering van dit onderzoek; uitvoerende professionals zijn actief betrokken bij het identificeren en duiden van knelpunten in de uitvoering. De sessie bestond uit twee onderdelen: een knelpunteninventarisatie en een verdieping in een World Café-setting. Voor een gedetailleerde beschrijving van de middagsessie wordt verwezen naar Appendix 3.

Selectie deelnemers

Gezien de breedte van de grensoverstijgende acute keten werd gekozen voor een doelgerichte selectie van professionals uit de verschillende schakels. De selectie omvatte zowel Nederlandse als Duitse professionals vanuit de ambulancezorg, de SEH, tweedelijns specialismen, programmamanagement, ICT, zorgverzekering en kwaliteit. Per domein werden meerdere professionals uitgenodigd om een voldoende grote en representatieve groep te waarborgen.

Geselecteerde professionals werden in persoon of per e-mail uitgenodigd. In de uitnodiging werd het doel van het onderzoek toegelicht en een informed consentformulier meegestuurd. Indien een professional niet kon deelnemen, werd gevraagd een vervanger met een vergelijkbare rol of functie voor te dragen. Appendix 2 bevat het stroomdiagram van de inclusie. De uiteindelijke onderzoekspopulatie bestond uit 37 professionals (Tabel 1), met voldoende variatie in sekse, nationaliteit en domein om te spreken van een heterogene groep.

3.3.3 Beleidsintenties

Om de empirisch geïdentificeerde knelpunten vanuit de professionals te kunnen spiegelen aan bestaande beleidsintenties werden relevante formele en informele beleidsdocumenten en werkafspraken verzameld. Deze werden opgevraagd via de programmamanagers, directies en afdelingsleiding. Als inclusiecriteria moesten de documenten betrekking hebben op de organisatie van grensoverstijgende acute zorgverlening tussen Kreis Kleve en het Radboudumc.

In totaal werden vijf formele documenten geïdentificeerd: twee overkoepelende overeenkomsten en drie aanvullende deelovereenkomsten voor een specifiek specialisme. Daarnaast werden enkele informele werkafspraken geïdentificeerd. De documenten werden niet als primaire databron geanalyseerd maar dienen als referentiemateriaal om inzicht te bieden in de beleidsintentie waartegen de empirisch geïdentificeerde knelpunten worden gespiegeld.

3.4 Dataverzameling

Knelpunten werden geïnventariseerd tijdens de WSR-sessie. Deelnemers konden in hun eigen taal spreken (Nederlands of Duits), meertalige deelnemers fungeerden indien nodig als tolk. De sessie werd, naast de onderzoeker, begeleid door ervaren facilitators. Bij de subonderdelen waren observanten aanwezig om groepsprocessen en inhoudelijke bijdragen te registreren. De inhoudelijke regie en analyse lagen bij de onderzoeker. De WSR werd vastgelegd via audio-opnames, transcripten, veldnotities, observatieverslagen en foto's van de eindproducten. Per World Café-tafel werd een transcript gemaakt van de gesprekken (45 minuten per thema).

De sessie bestond uit twee onderdelen. In het eerste deel werd, aan de hand van een knelpunteninventarisatie ('de casus in beeld: het doorlopen van het proces'), in groepen gewerkt met fictieve casuïstiek om knelpunten in de praktijk te identificeren. In het tweede deel van de sessie vond een verdiepende analyse plaats in een World Café-setting. Hierbij werd ingezoomd op de volgende thema's: de juiste zorg op de juiste plek, communicatie en patiëntoverdracht, keteninzicht, en informatie-uitwisseling. Daarnaast was er een afzonderlijke verdiepingstafel gericht op de centrale onderzoeksvraag; knelpunten tussen beleid en uitvoering.

Tabel 1. Karakteristieken deelnemers

	Nederlands	Duits	Totaal N=37
Ambulance medewerker	2	2	N= 4 (10,8%)
Arts	8	4	N= 12 (32,4%)
Verpleegkundige	3	1	N= 4 (10,8%)
Secretarieel	2	0	N= 2 (5,4%)
Informatie- of ICT professional	5	0	N= 5 (13,5%)
Leidinggevende	2	2	N= 4 (10,8%)
Programmamedewerker	3	1	N= 4 (10,8%)
Zorgverzekeraar	0	2	N= 2 (5,4%)

* Van het totaal was n= 12 vrouw (32,4%) en n=25 man (67,6%)

3.5 Data-analyse

De data-analyse werd systematisch gedocumenteerd en uitgevoerd, wat heeft bijgedragen aan de consistentie en navolgbaarheid van het analyseproces. De empirische data werden geanalyseerd in drie opeenvolgende fasen, conform de methode van Strauss en Corbin (Strauss & Corbin, 2014). Voor de structurering van de data werd gebruikgemaakt van de Gioia-methode (Gioia et al., 2012).

Fase 1. Open coderen. De post-its waarop professionals knelpunten noteerden werden omgezet in open codes. Bijvoorbeeld werd ‘Rettungswagen krijgt liever een brief dan digitale informatie?’ omgezet in de eerste-orde code ‘Voorkeur analoge overdracht’. De audio-opnames, transcripties, veldnotities en observatieverslagen werden gebruikt om de codes in hun context te interpreteren. De open codes bleven daarmee zo dicht mogelijk bij de data en beschrijven de daadwerkelijk ervaren knelpunten en perspectieven van de professionals. In deze fase werd voor de knelpunten tevens beoordeeld of deze generieke knelpunten in ketenzorg betreffen of knelpunten die specifiek samenhangen met de grensoverstijgende context.

Fase 2. Axiaal coderen. De open codes werden geordend en samengevoegd tot tweede-orde codes. ‘Voorkeur analoge overdracht’ werd bijvoorbeeld samengevoegd met onder andere ‘Wisselend gebruik digitale aanmelding’ tot ‘Menselijke factoren digitale gegevensuitwisseling’ in de tweede-orde code.

Fase 3. Geaggregeerde dimensie, de thema’s. In de laatste fase werden de tweede-orde codes samengevoegd bijvoorbeeld door ‘menselijke factoren digitale gegevensuitwisseling’ en ‘systeemfactoren digitale gegevensuitwisseling’ te combineren tot (digitale) gegevensuitwisseling. Dit werd vervolgens geanalyseerd in relatie tot het theoretisch kader en de bestaande literatuur.

3.6 Ethische aspecten en AI statement

Dit onderzoek is uitgevoerd met inachtneming van de geldende ethische principes. Participanten werden vooraf geïnformeerd over het doel en de aard van hun (vrijwillige) deelname aan het onderzoek. Alle deelnemers ontvingen een informatiebrief en informed consentformulier voorafgaand aan deelname.

Bij de omgang met data werd zorgvuldig omgegaan met vertrouwelijkheid en privacy. Onderzoeksgegevens worden opgeslagen in een beveiligde omgeving conform de geldende richtlijnen voor gegevensbescherming. In de rapportage wordt terughoudend omgegaan met potentieel gevoelige organisatie-informatie. Beleidsdocumenten en andere contextuele bronnen werden gebruikt met respect voor de aard, herkomst en het doel van het onderzoek.

De onderzoeker is zich bewust van haar positie ten opzichte van het onderzoeksveld en de mogelijke invloed hiervan op dataverzameling, analyse en interpretatie van de data. Waar relevant wordt deze reflectie expliciet gemaakt in de rapportage.

Digitale hulpmiddelen, waaronder Artificial Intelligence (AI), werden ingezet ter ondersteuning ter voorbereiding van de voorbereiding van de literatuurstudie en het structureren van teksten. AI-hulpmiddelen werden niet gebruikt voor het genereren van onderzoeksdata of voor het trekken van conclusies. De verantwoordelijkheid voor de inhoud, interpretatie en conclusies van het onderzoek ligt volledig bij de onderzoeker. De gebruikte digitale hulpmiddelen zijn:

- Microsoft Word (16.16.27): documentatie en tekstschrijven
- Excel (16.82): dataverzameling, -structurering en -analyse
- Zotero (7.0.30): beheren van literatuur en genereren van bronverwijzingen.
- Perplexity AI (pro-account): ondersteuning bij het verkennen van onderzoeksvragen en het identificeren van potentieel relevante artikelen.
- ChatGPT (5.2, plus-account) en Claude (Sonnet 4.6, pro plan): ondersteuning bij het vertalen, herstructureren van teksten en het aanscherpen van formuleringen.
- Rayyan: ondersteuning bij de selectie van relevante literatuur op basis van de zoekstrategie op Pubmed.

3.7 Kwaliteitsborging

Om de kwaliteit, betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek te borgen zijn verschillende strategieën toegepast.

1. De literatuurstudie werd uitgevoerd op basis van een reproduceerbare zoekstrategie, met duidelijk geformuleerde selectiecriteria ten aanzien van relevantie.
2. Door het combineren van meerdere databronnen; literatuuronderzoek, input professionals en de beleidsdocumenten werd data-triangulatie toegepast.
3. Tijdens de empirische dataverzameling vond directe member checking plaats. Zowel tijdens de WSR-sessie als tijdens de World Cafés werden alle knelpunten in groepsverband besproken en waar nodig verduidelijkt of aangevuld door de deelnemers.
4. Gedurende het onderzoeksproces vond collegiaal overleg met de onderzoeksbegeleider en medestudenten plaats. In de voorbereiding op en gedurende de WSR vond afstemming plaats met de observanten en facilitators.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het empirisch onderzoek gepresenteerd. Appendix 4 geeft een overzicht van de in totaal 209 knelpunten, uitgesplitst naar grensoverstijgende en algemene knelpunten. Tevens wordt het perspectief van professionals op de rol van beleid in relatie tot de door hen beschreven knelpunten weergegeven. De knelpunten worden tot slot gespiegeld aan de formele en informele beleidsafspraken.

4.1 Thematisering

De thema's randvoorwaarden (4.1.1), communicatie (4.1.2) en digitale gegevensuitwisseling (4.1.3) zijn de thema's uit het theoretisch kader. In aanvulling daarop werden in het empirisch onderzoek nog de thema's procesafspraken (4.1.4) juiste zorg op de juiste plek (4.1.5) en keteninzicht (4.1.6) geïdentificeerd. Appendix 5 biedt een overzicht van de geïdentificeerde thema's en bijbehorende knelpunten inclusief hun positionering op het niveau van beleid, uitvoering of het snijvlak daartussen.

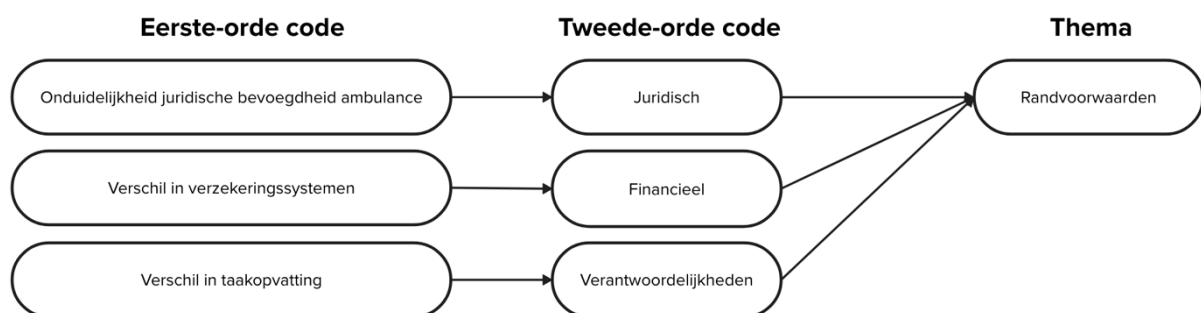
4.1.1 Randvoorwaarden

'Maar het is de vraag of je überhaupt niet aan de voorkant eerst een Rapid Rhino leert plaatsen. En dat dan 9 van de 10 neusbloedingen al gestopt zijn. Dan voorkom je ook dat je überhaupt getransporteerd moet worden. Wat ook weer al die implicaties heeft met de verzekering en met kosten.' - Quote van professionals ten tijde van WSR.

Onduidelijk tot hoever een ambulance uit Nederland over de grens mag rijden – post-it WSR.

Binnen het thema randvoorwaarden (Figuur 3) ervaren professionals knelpunten met betrekking tot juridische aspecten (n=13), financiële aspecten (n=6) en verantwoordelijkheden (n=5). Van de 24 knelpunten waren er 17 specifiek grensoverstijgend van aard. Het grensoverstijgende karakter komt binnen alle tweede-orde codes terug (Appendix 4). Knelpunten binnen het thema randvoorwaarden bevonden zich voornamelijk op beleidsmatig niveau (Appendix 5).

Figuur 3: knelpunten Randvoorwaarden.



Knelpunten in **juridische** aspecten hebben betrekking op onduidelijkheid over de geldende juridische kaders in een grensoverstijgende context, waaronder vraagstukken rondom medische aansprakelijkheid en de mogelijkheden voor inzet van ambulances over de grens.

Knelpunten in **financiële** aspecten betreffen onduidelijkheid over de afhandeling van zorgkosten met verzekeraars en de wijze waarop informatie hierover wordt gecommuniceerd naar patiënten en hun naasten.

Knelpunten in **verantwoordelijkheden** hebben betrekking op verschillen in professionele bevoegdheden en verantwoordelijkheden tussen de verschillende landen en domeinen van professionals. Professionals geven aan dat onduidelijkheid hierover kan leiden tot onzekerheid in de uitvoering van zorg en de samenwerking binnen de grensoverstijgende acute zorgketen.

4.1.2 Communicatie

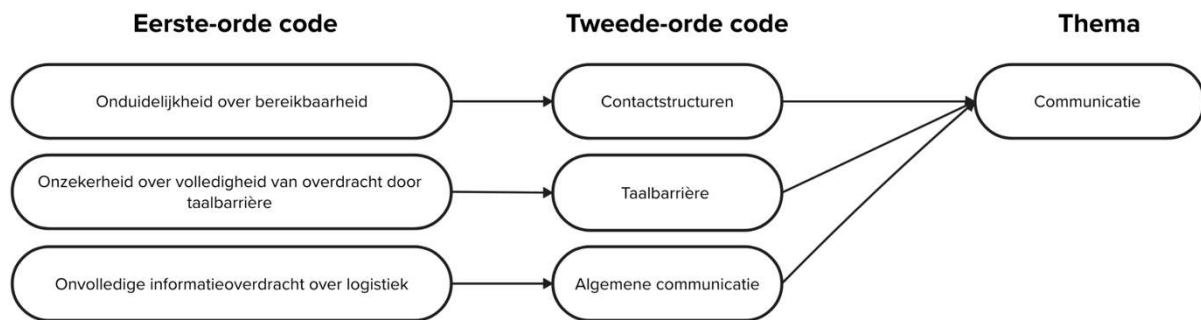
'We worden er allebei onzeker en oncomfortabel van. Omdat je allebei wel voelt... Ja, we moeten iets urgents overdragen. Het is belangrijk dat we elkaar goed snappen. Maar het is soms, soms gaat het heel goed. Maar soms dan.. Ja, want ik spreek geen Duits. En jij spreekt geen Nederlands. Ja, dat is voor jou een probleem. En voor mij is dat een probleem. Terwijl we allebei het zo goed mogelijk proberen te doen.' - Quote van professionals ten tijde van WSR.

'Ik denk dat irritaties niet vaak het juiste woord zijn. Het zijn ook wat je zorgen. En er is dus heel veel oncomfortabelheid Dan voel ik de urgentie aan de andere kant van de telefoon. Maar ik moet eerst toch een aantal telefoontjes plegen voordat ik ze kan helpen. Ik moet dus de juiste mensen hebben. Dus dat is meer zorg dan irritatie.' - Quote van professionals ten tijde van WSR.

Taalbarrière is een probleem in de samenwerking, nuance verdwijnt in de berichtgeving. – post-it WSR

Binnen het thema communicatie (Figuur 4) ervaren professionals knelpunten met betrekking tot contactstructuren (n=21), taalbarrières (n=18) en algemene communicatie (n=14). Van de 53 knelpunten waren er 33 specifiek grensoverstijgend van aard. Het grensoverstijgend karakter kwam het meest naar voren bij de tweede-orde code taalbarrières, maar ook binnen contactstructuren en algemene communicatie werden grensoverstijgende factoren geïdentificeerd (Appendix 4). Knelpunten binnen het thema communicatie bevonden zich voornamelijk op niveau van uitvoering (Appendix 5).

Figuur 4: communicatie



Knelpunten in **contactstructuren** hebben betrekking op onduidelijkheid over wie benaderd moet worden binnen de keten en het ontbreken van directe communicatielijnen. Professionals geven aan meerdere schakels te moeten doorlopen voordat zij de juiste contactpersoon bereiken, wat met name in acute situaties leidt tot vertraging en onzekerheid.

Knelpunten in **taalbarrières** betreffen het ontbreken van een gedeelde taal, waardoor nuance in informatieoverdracht verloren kan gaan. Professionals beschrijven dat zij zich onzeker voelen over de volledigheid en juistheid van de overgedragen informatie wanneer communicatie niet in de eigen taal plaatsvindt.

Knelpunten in **algemene communicatie** hebben betrekking op de volledigheid en duidelijkheid van informatieoverdracht, bijvoorbeeld rondom logistieke aspecten zoals het doorgeven met welk

vervoersmiddel een patiënt wordt overgebracht (ambulance of helikopter). Onvolledige of onduidelijke informatie bemoeilijkt de voorbereiding op de komst van een patiënt.

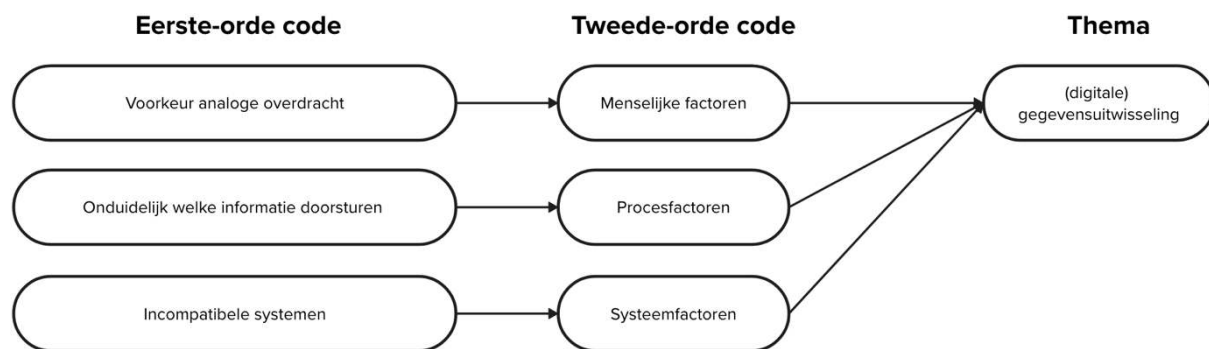
4.1.3 (digitale) gegevensuitwisseling

‘Wat ik nog wel bijzonder vond in de eerste ronde, is dat de Rettungswagen heeft het liefst analoge informatie. Dus letterlijk op papier. Want als we ooit een keer van paal wisselen, heb ik geen internet, ben ik mijn gegevens kwijt. Dat is een beetje de angst die daar leeft. Terwijl in het ziekenhuis zouden ze het liefst alles digitaal willen hebben.’ - Quote van professionals ten tijde van WSR.

‘Welke informatie heeft het ontvangende ziekenhuis nodig?’ - Post-it, WSR

Binnen het thema (digitale)gegevensuitwisseling (Figuur 5) ervaren professionals knelpunten op het gebied van menselijke factoren digitalisering gegevensuitwisseling (n= 10), procesfactoren digitalisering gegevensuitwisseling (n=14) en systeemfactoren digitalisering gegevensuitwisseling (n= 15). Van deze 39 knelpunten waren er in totaal 24 specifiek grensoverstijgend van aard. Het grensoverstijgende karakter komt binnen alle tweede-orde codes terug (Appendix 4). Knelpunten binnen het thema (digitale) gegevensuitwisseling bevonden zich tussen uitvoering en beleid (Appendix 5).

Figuur 5: knelpunten (digitale)gegevensuitwisseling



Knelpunten in **menselijke factoren** digitalisering gegevensuitwisseling hebben betrekking op verschillen in de wijze waarop om wordt gegaan met digitalisering, bijvoorbeeld door het wel of niet gebruik maken van de digitale aanmeldmogelijkheid, of het gebrek aan vertrouwen van digitale toepassingen.

Knelpunten in **procesfactoren** digitalisering gegevensuitwisseling hebben betrekking op onduidelijkheid over welke informatie op welk moment beschikbaar is binnen de keten en welke gegevens door de ontvangende partij noodzakelijk worden geacht en moeten worden doorgevoerd.

Knelpunten in **systeemfactoren** digitalisering gegevensuitwisseling betreffen verschillen tussen Nederlandse en Duitse softwaresystemen, waardoor informatie-uitwisseling wordt bemoeilijkt. Professionals hebben uiteenlopende verwachtingen ten aanzien van beschikbare functionaliteiten en de toegankelijkheid van relevante patiëntinformatie.

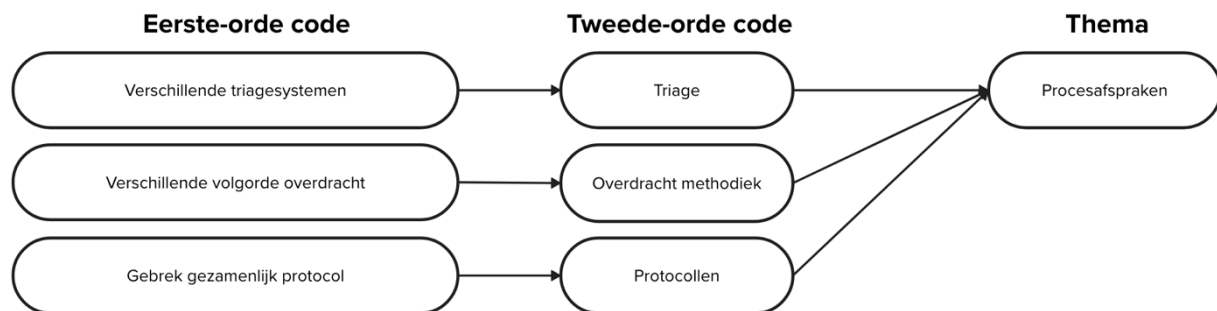
4.1.4 Procesafspraken

‘Wat ik vanuit het acute proces op de Spoedeisende Hulp ook vaak zie, en vandaag ook geleerd heb. Is dat wij hebben. Op de spoedeisende hulp. Is er een bepaalde. Manier van overdragen. Dat gaat volgens. A, B, C, D. Etc. In Duitsland hebben ze hetzelfde soort systematiek. Maar dat is anders. Ik weet als verpleegkundige op de spoedeisende hulp niet hoe de Duitse systematiek werkt. Dus kan ik hem ook niet volgen. Als ik zou weten hoe die werkt. Want hij hangt ergens aan de muur. Dan kan ik begrijpen. En dan weet ik wanneer ik welke informatie krijg.’ - Quote van professionals ten tijde van WSR.

Er is geen protocol hoe samen te handelen bij ernstige calamiteiten – post-it WSR

Het thema procesafspraken (Figuur 6) werd als aanvulling gevonden in de data op de vooraf opgestelde thema's uit de WSR. Professionals ervaren knelpunten met betrekking tot triage (n=7), overdrachtsmethodiek (n=9) en protocollen (n=14). Van de 30 knelpunten waren er 18 specifiek grensoverstijgend van aard. Het grensoverstijgende karakter komt binnen alle tweede-orde codes terug (Appendix 4). Knelpunten binnen het thema procesafspraken bevonden zich met name in de uitvoering (Appendix 5).

Figuur 6: knelpunten procesafspraken



Knelpunten in **triage** hebben betrekking op verschillen in de wijze waarop patiënten worden getrieerd, waardoor professionals de ernst van de situatie niet altijd op dezelfde manier kunnen interpreteren.

Knelpunten in **overdrachtsmethodiek** betreffen verschillen in de structuur en werkwijze van informatieoverdracht, evenals de logistieke organisatie van overdrachtsmomenten. Deze verschillen bemoeilijken het volgen van elkaars werkwijzen en vergroten het risico op onvolledige informatieoverdracht.

Knelpunten in **protocollen** hebben betrekking op het ontbreken van gezamenlijke afspraken over de inrichting van samenwerking binnen de acute zorgketen. Professionals geven aan dat hierdoor onduidelijkheid kan ontstaan over rollen, verantwoordelijkheden en werkwijzen binnen grensoverstijgende zorgprocessen.

4.1.5 Juiste zorg op de juiste plek.

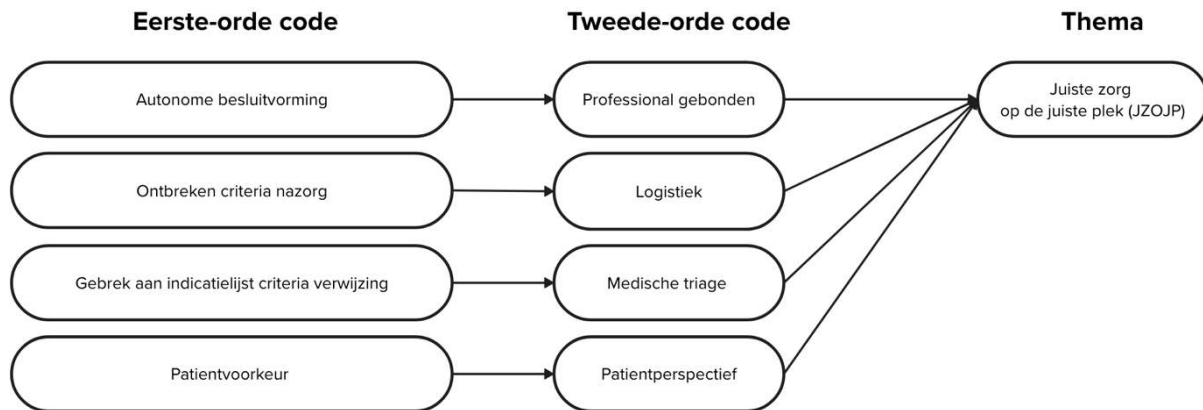
‘Een drempel wordt ervaren om naar ons te gaan. Om wat voor reden dan ook. Als het maar voor die patiënt goed is. Ja, En andersom. Dus als een patiënt hier is behandeld. En weer terug zou kunnen, wordt daar nu een drempel ervaren.’ - Quote van professionals ten tijde van WSR.

De Notartz beslist zelf waar hij de patiënt naartoe brengt. – post-it WSR

Binnen het thema juiste zorg op de juiste plek (JZOJP) (Figuur 7) ervaren de professionals knelpunten met betrekking tot professional gebonden factoren (n=5), logistiek (n=17), medische triage (n=15) en patiëntperspectief (n=3). Van deze 40 knelpunten waren er in totaal 22 specifiek grensoverstijgend van

aard. Het grensoverstijgende karakter komt in alle tweede-orde knelpunten terug, maar manifesteert zich met name binnen logistieke knelpunten (Appendix 4). Knelpunten binnen het thema juiste zorg op de juiste plek bevonden zich tussen uitvoering en beleid (Appendix 5).

Figuur 7: juiste zorg op de juiste plek



Knelpunten ten aanzien van **professional gebonden factoren** hebben betrekking op variatie in ervaring en inschatting van zorgverleners, wat van invloed kan zijn op besluitvorming rondom verwijzing.

Knelpunten in **logistiek** hebben betrekking op reistijd, het inzetten van ambulances over de grens en de praktische uitvoering van verwijzingen en vervolgzorg.

Knelpunten in **medische triage** hebben betrekking op het ontbreken van eenduidige afspraken over de criteria op basis waarvan wordt bepaald naar welk ziekenhuis een patiënt wordt verwezen. Professionals geven aan dat verschillen in werkwijzen en urgentiecategorieën onzekerheid veroorzaken bij de professionals.

Binnen het **patiëntperspectief** wordt benoemd dat voorkeuren van patiënten een rol kunnen spelen bij de keuze voor een behandellocatie.

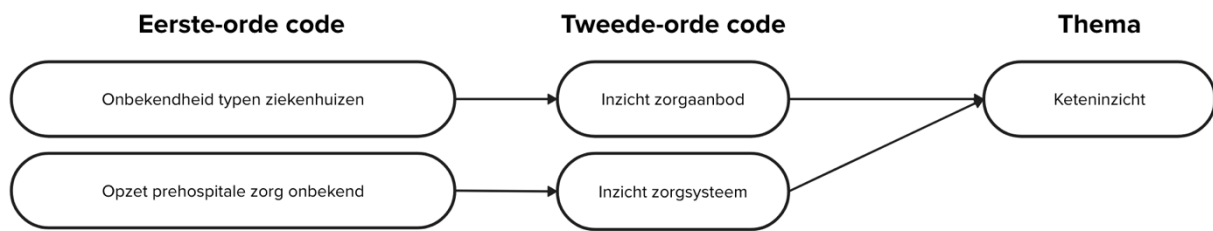
4.1.6 Keteninzicht

'We moeten weten welke ziekenhuizen welke zorg kunnen leveren. Ik wist tot zojuist, totdat een van jullie collega's mij dat vertelde, niet dat in Nederland eigenlijk alle ziekenhuizen vrijwel alle zorg kunnen bieden. Bijvoorbeeld bij een neusbloeding kan in Nederland ieder ziekenhuis behandelen, terwijl dat in Duitsland niet het geval is. Bij ons komen deze patiënten daarom vaak terecht in ... Vervolgens gaan zij weer naar ..., wat opnieuw een uur reistijd betekent, terwijl er eigenlijk meerdere ziekenhuizen in de regio zijn. Dat vormt een probleem. Dit leidt tot lange ritten en extra belasting voor zowel patiënten als ambulancedienst.' - Quote van professionals ten tijde van WSR

In Duitsland heeft niet iedereen een huisarts – post-it WSR

Binnen het thema keteninzicht (Figuur 8) ervaren professionals knelpunten met betrekking tot het inzicht zorgaanbod (n=12) en het inzicht zorgsysteem (n=10). Van de 22 knelpunten waren er 21 specifiek grensoverstijgend van aard. Het grensoverstijgende karakter komt daarmee binnen vrijwel alle tweede-orde codes terug (Appendix 4). Knelpunten binnen het thema keteninzicht bevonden zich tussen uitvoering en beleid (Appendix 5).

Figuur 8: keteninzicht



Knelpunten in **inzicht zorgaanbod** hebben betrekking op een beperkt overzicht van mogelijkheden bij van ketenpartners. Er is onduidelijk welke ziekenhuizen er zijn, welke zorg ze leveren en wat van de professionals in de acute keten verwacht kan worden. Gebrek aan inzicht in verschillende behandelstructuren en beschikbare voorzieningen bemoeilijkt de samenwerking.

Knelpunten in **inzicht zorgsysteem** hebben betrekking op onduidelijkheid over verschillen in vergoedingsstructuren, de inrichting van gezondheidssystemen en de organisatie van ketenpartners binnen de acute zorgketen aan de andere zijde van de grens.

4.2 Perspectief van de professional op knelpunten tussen beleid en uitvoering.

'Is het nu willekeur? Ik denk dat er niks geborgd is.' - Quote van professionals ten tijde van WSR.

'Dat dat denk ik zo'n crux (elkaar kennen) is rondom dit onderwerp. Ja, dat is wel interessant om eens in ... te gaan praten. Want daar hebben ze het al wel voor elkaar. Weet je hoe ze het daar doen? Nee, maar dat zegt de bedrijfsvoering. Ja, ja, ja. Moet je met de mensen op de vloer gaat praten. Ik ben benieuwd hoe het vanuit de praktijk wordt ervaren. Maar dat is de vraag. Ja, daarom zou ik daar wel eens willen kijken.' - Quote van professionals ten tijde van WSR.

Tot slot werden de deelnemers tijdens de WSR gevraagd welke knelpunten zij ervaren in de relatie tussen beleid en uitvoering binnen de grensoverstijgende acute zorgketen. De bovenstaande quotes illustreren een tweeledig patroon dat tijdens deze sessie zichtbaar werd. Enerzijds blijken professionals weinig bekend te zijn met bestaande beleidsintenties en samenwerkingsafspraken; beleid is voor hen een abstract en weinig tastbaar domein. Anderzijds leidt deze onbekendheid ertoe dat zij onvoldoende kunnen reflecteren op wat er vanuit beleidsniveau nodig zou zijn om ervaren knelpunten structureel op te lossen.

Na meermalige toelichting op de betekenis en rol van beleid binnen de acute ketenzorg werden uiteindelijk tien knelpunten benoemd (tekstkader) die voornamelijk betrekking hadden op operationele afspraken en minder direct aansloten bij het abstractieniveau van beleidsvraagstukken. Dit bevestigt dat de kloof tussen beleid en uitvoering niet alleen zichtbaar is in de praktijk, maar ook in het bewustzijn van professionals zelf.

World-Café opbrengst ‘knelpunten tussen beleid en uitvoering’

1. Afspraak dat polytrauma patiënt altijd aangemeld worden bij diensthoofd chirurgie; gebeurt niet altijd
2. Er is altijd capaciteit om terug te plaatsen
3. Duidelijk aanspreekpunt centraal/per afdeling
4. Afspraak is patiënt kan gelijk terug na ingreep, wat is de definitie van ‘gelijk’
5. Digitale aanmelding in praktijk niet altijd gebruikt
6. Afspraak is om vaste telefoonnummers te gebruiken
7. Uniformiteit van traumalevels
8. Ambulance ETA niet altijd actueel
9. Rol van andere ziekenhuizen in Nederland is niet duidelijk
10. Er is nog weinig beleid

Tekstkader: de 10 knelpunten die benoemd worden tussen beleid en uitvoering.

4.3 Beleidsintenties en samenwerkingsafspraken

De vijf geïdentificeerde formele documenten bestaan uit twee overkoepelende overeenkomsten waarvan een raamwerkovereenkomst tussen een zorgverzekeraar en een ziekenhuis, een samenwerkingsovereenkomst tussen twee ziekenhuizen en drie deelovereenkomsten gericht op specifieke patiëntencategorieën binnen een specialisme.

De twee overkoepelende overeenkomsten beschrijven op hoofdlijnen gezamenlijke intenties, randvoorwaarden en kennisdeling. Opvallend is dat beide documenten expliciet benoemen dat nadere concretisering via deelovereenkomsten noodzakelijk is. De centrale rol van professionals wordt hierin wel erkend, maar voor verdere uitwerking wordt verwezen naar nog te vormen afspraken.

De drie deelovereenkomsten bevatten concrete afspraken over patiëntcategorieën vanuit één specialisme zoals type behandellocaties, verwijzingsstructuren, gegevensuitwisseling, transport en bekostiging. Dit sluit aan bij de thema's waarin professionals knelpunten benoemen, maar de reikwijdte is beperkt tot de specifieke doelgroepen. De specifieke deelovereenkomsten worden genoemd als goed voorbeeld in de WSR.

Naast de formele documenten werden informele werkafspraken geïdentificeerd rondom contactstructuren en de organisatie van juiste zorg op de juiste plek. Hierin werden tegenstrijdigheden aangetroffen, zoals inconsistente afspraken over wie gecontacteerd moet worden bij patiëntaanmelding.

Samenvattend zijn de beleidsintenties op hoofdlijnen geformuleerd en slechts voor een beperkt aantal patiëntencategorieën geconcretiseerd. De professionals ervaren minder knelpunten als het om geconcretiseerde beleidsafspraken gaat.

5. Discussie

In deze discussie wordt beschreven wat de invloed is van contextfactoren op de kloof tussen beleid en uitvoering (5.1), hoe deze kloof zich manifesteert in knelpunten op dit snijvlak (5.2) en hoe professionals pragmatisch met oplossingen komen maar daarmee ook de kloof in stand houden (5.3). Tot slot wordt gereflecteerd op de onderzoeksmethode (5.4) Op basis van de verkregen inzichten is het denkkader aangepast naar Figuur 9. Dit vormt de basis van de conclusie van deze thesis.

5.1 Contextfactoren vergroten de kloof tussen beleid en uitvoering

Ter beantwoording van deelvraag 1 werd onderzocht wat algemene knelpunten zijn tussen beleid en uitvoering in grensoverstijgende (acute) ketenzorg. De bevindingen uit de empirische data bevestigen de in de literatuur gevonden algemene knelpunten.

Grensoverstijgende ketenzorg wordt gekenmerkt door complexe structurele randvoorwaarden die de vertaling van beleid naar uitvoering bemoeilijken (Sivonen, 2023). De knelpunten die professionals ervaren op het gebied van randvoorwaarden, communicatie en digitale gegevensuitwisseling sluiten aan bij de literatuur waarin structurele knelpunten worden beschreven ten aanzien van verschillen in financierings- en verzekeringsstructuren, juridische verantwoordelijkheden en de praktische organisatie van samenwerking tussen zorgsystemen met uiteenlopende (IT)-structuren (Jabakhanji et al., 2015; Jamison & Payne, 2001). Deze knelpunten zijn daarmee niet uitsluitend toe te schrijven aan de lokale context, maar worden zijn mede een gevolg van de grensoverstijgende context.

Het acute karakter versterkt deze complexiteit doordat besluitvorming plaatsvindt onder tijdsdruk met afhankelijkheid van tijdige data-uitwisseling en behoefte aan heldere verantwoordelijkheidsverdeling. Het effect hiervan is dat bestaande knelpunten urgenter en eerder zichtbaar zijn in de acute context (Beuken et al., 2020). Zowel de grensoverstijgende context als het acute karakter vergroten daarmee de kloof tussen beleid en uitvoering. Acute ketenzorg is in die zin niet slechts een variant van grensoverstijgende samenwerking, maar kan dienen als een 'kanarie in de kolenmijn' voor vroege signalering van structurele problemen.

5.2 Perspectief van professional onthult veel knelpunten, tussen beleid en uitvoering blijven thema's keteninzicht en juiste zorg op juiste plek in de literatuur onderbelicht

Ter beantwoording van deelvraag 2 werd onderzocht welke knelpunten professionals in de uitvoering van grensoverstijgende ketenzorg tussen Kreis Kleve en het Radboudumc ervaren. De empirische data leveren een breed scala aan knelpunten vanuit het perspectief van professionals in de uitvoering van grensoverstijgende acute ketenzorg. Deze werden beschreven in paragraaf 4 om de samenhang van de knelpunten tot het niveau tussen beleid en uitvoering te kunnen duiden wordt in Appendix 5 de samenhang van de geïdentificeerde tweede-orde codes per thema en niveau gevisualiseerd. Hierbij wordt gezien dat er op beleidsniveau knelpunten ervaren worden binnen de randvoorwaarden. Op het niveau van de uitvoering werden op het gebied van communicatie en procesafspraken knelpunten ervaren. Tussen beleid en uitvoering bevindt zich de kloof waar de tweede-orde codes (digitale) gegevensuitwisseling, keteninzicht en de juiste zorg op de juiste plek tot uiting komen. De ervaren knelpunten van professionals bevinden zich hierbij zowel binnen het beleidsmatige aspecten als op het niveau van de uitvoering.

Ten aanzien van de tweede-orde codes en thema's werd gezien dat een groot deel van de knelpunten werd teruggevonden in de literatuur. Met name de thema's **randvoorwaarden**, **digitale gegevensuitwisseling** en **communicatie** sluiten aan bij de gevonden literatuur. Terugkerende knelpunten tijdens de WSR en in de literatuur rondom randvoorwaarden betreffen met name onduidelijkheid rondom verantwoordelijkheid, aansprakelijkheid en financiering (Dara et al., 2017; Jabakhanji et al., 2015; Jamison & Payne, 2001). Op het gebied van communicatie en (digitale)

gegevensuitwisseling worden ook terugkerende knelpunten ervaren die de informatieoverdracht bemoeilijken en zowel in de literatuur als in de empirische data gevonden worden. Terminologieverschillen, taalbarrières en uiteenlopende professionele werkwijzen vergroten de kans op miscommunicatie en verstoren de samenwerking (Beuken et al., 2020; De Pourcq et al., 2019; Doering et al., 2013; Groene et al., 2009; Wismar et al., 2011). Daarnaast leidt beperkte interoperabiliteit tussen informatiesystemen en het ontbreken van standaardisatie tot kwetsbaarheid, met name in tijdkritische situaties, waardoor professionals extra coördinatielast en tijdsdruk ervaren (Beuken et al., 2020; Groene et al., 2009; Kollmann et al., 2025; Kroezen et al., 2016; Towett et al., 2023). Het ontbreken van transnationale afspraken over gegevensdeling en verwijzing vormt een aanvullende belemmering voor effectieve grensoverstijgende samenwerking (Dara et al., 2017; Kollmann et al., 2025). Dat deze knelpunten in de literatuur in verschillende contexten beschreven worden en ook in de Euregio Rijn-Waal prominent aanwezig zijn, bevestigt dat ze structureel zijn en minder casusgebonden. Tegelijk laat dit zien dat in de literatuur reeds beschreven knelpunten onvoldoende in bestaande beleidsintenties worden geadresseerd.

Het empirisch onderzoek heeft ook knelpunten op het gebied van onderbelichte thema's opgeleverd. De thema's procesafspraken, keteninzicht en de juiste zorg op de juiste plek bieden aanvullende inzichten die in de literatuur onvoldoende zijn beschreven. De behoefte aan concrete **procesafspraken** in de uitvoering wordt nauwelijks als zelfstandig thema belicht in de literatuur. Ten aanzien van de kloof specifiek tussen beleid en uitvoering vereisen een tweetal thema's verdere verdieping.

Allereerst blijken professionals weinig **keteninzicht** te hebben. Ze hebben weinig kennis ten aanzien van elkaars rol, werkwijzen en mogelijkheden. Collegiale contacten in de acute zorgketen zijn vaak vluchtig, professionals ontmoeten elkaar kort op de werkvloer tijdens de medische overdracht van een patiënt en teams kunnen per patiënt wisselen van samenstelling. Deze factoren bemoeilijken het opbouwen van onderlinge relaties, wederzijds begrip en het leren van elkaar als collega's in de acute zorgketen. Professionals hebben daarbij beperkt inzicht in verschillen tussen Nederlandse en Duitse (prehospitale) zorgverlening, ziekenhuizen en zorgsystemen. Dit beperkte inzicht in werkwijze, zorgaanbod en verwachtingen kan grensoverstijgende samenwerking beperken omdat men moeilijk in kan schatten wat men van elkaar kan verwachten (Salzer-Muhar et al., 2012).

Ten aanzien van de **juiste zorg op de juiste plek** beschrijft Beuken et al. (2020) dat ambulanceverpleegkundigen soms patiënten naar een ziekenhuis in het eigen land vervoeren, zelfs wanneer over de grens een dichterbij gelegen optie beschikbaar is. De empirische data voegen hieraan toe dat besluitvorming rondom triage en ziekenhuiskeuze een terugkerend vraagstuk vormt waarbij zowel beleidsmatige besluitvorming als de mogelijkheid tot uitvoering in de praktijk een belangrijke rol spelen. Kenmerkend voor acute zorg is dat patiënten zich niet presenteren met een diagnose of vooraf gedefinieerde categorie, waardoor vaak pas later in de keten duidelijk wordt tot welke patiëntengroep een patiënt behoort wat het concretiseren van beleidsintenties bemoeilijkt (Claassen et al., 2024).

5.3 Professional creëren pragmatische oplossingen voor knelpunten maar houden daarmee de kloof in stand

Ter beantwoording van deelvraag 3 wordt gereflecteerd op de samenhang tussen de knelpunten en de beleidsintenties. De bevindingen bij deelvraag 1 en 2 suggereren dat er sprake is van direct invloed van de grensoverstijgende en acute context op de kloof tussen beleid en uitvoering, maar dat deze contexten ook het concretiseren van beleidsintenties bemoeilijken zoals we zien binnen thema's als keteninzicht en juiste zorg op de juiste plek met als gevolg dat deze kloof weer verder wordt versterkt. Daarbij is het opvallend dat ondanks de omvang en diversiteit aan geïdentificeerde knelpunten de grensoverstijgende acute zorg in de praktijk wel dagelijks plaatsvindt. Dit betekent dat professionals continu op het snijvlak tussen beleid en uitvoering werken en zelf met oplossingen komen. Dit vraagt om een nadere beschouwing van de rol van professionals binnen deze kloof en het effect van hun handelen.

Onderzoek naar beleidsimplementatie bevestigt dat street-level bureaucrats, in deze context de professionals, een cruciale rol spelen bij de vertaling van beleid naar uitvoering. Professionals beschikken over discretionaire ruimte; de mogelijkheid om beleid aan te passen aan lokale omstandigheden. Deze ruimte maakt beleid werkbaar binnen complexe, dynamische en contextafhankelijke systemen (Elmore., 1979; Thomann et al., 2018).

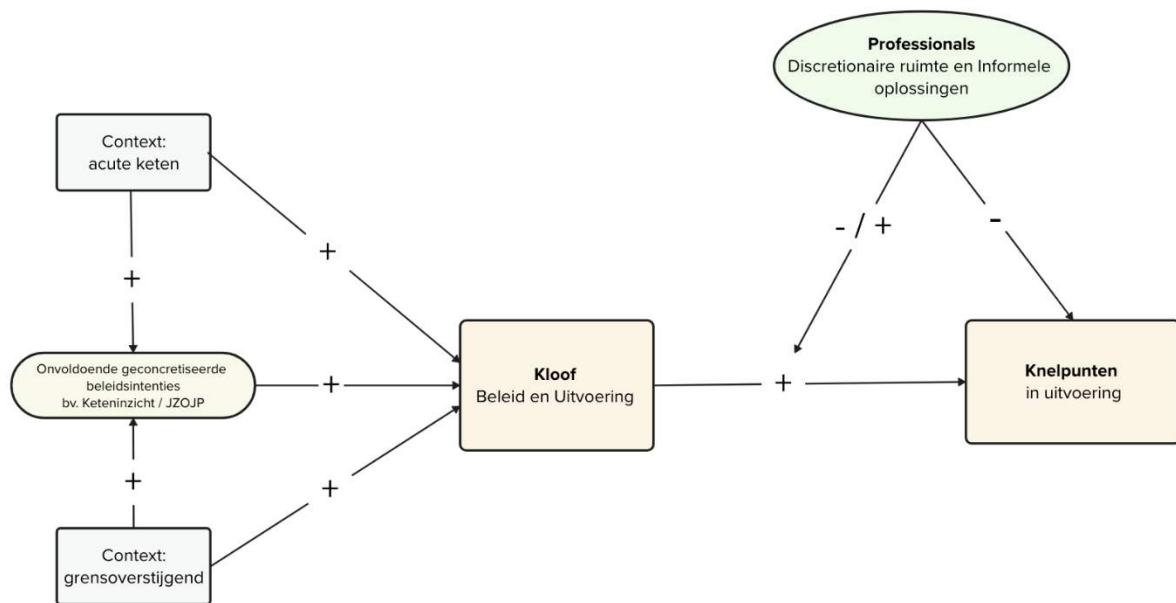
Dit mechanisme is ook zichtbaar in de onderzochte casus. Hoewel beleidsdocumenten, met uitzondering van een enkele specifieke patiëntencategorie, op hoofdlijnen zijn geformuleerd wordt de samenwerking in de praktijk in belangrijke mate vormgegeven via direct contact tussen professionals. Hierbij wordt in het onderzoek bevestigd dat informele werkwijzen en netwerken het mogelijk maken dat acute zorg doorgang vindt wanneer formele structuren onvoldoende aansluiten op de praktijk (Beuken et al., 2020). Dit sluit aan bij wat in het theoretisch kader wordt beschreven; professionals kenmerken zich door pragmatisme en een oplossingsgerichte houding waarbij sterk wordt teruggevallen op persoonlijke ervaring (Tegelberg et al., 2020), ze zetten discretionaire ruimte in om de knelpunten op te lossen (Elmore., 1979; Thomann et al., 2018). Het perspectief van de professional blijft daarbij voornamelijk operationeel, terwijl knelpunten op systeem- en beleidsniveau buiten beeld blijven.

De discretionaire ruimte zorgt er dus voor dat samenwerking mogelijk is, maar creëert tegelijk ook nieuwe kwetsbaarheden. Dit onderzoek laat zien dat informele afspraken kunnen leiden tot tegenstrijdige afspraken over wie gecontacteerd moet worden bij patiëntaanmelding of verwijzingen. Deze bevinding sluit aan bij literatuur over strategie-implementatie, waarin wordt beschreven dat uitvoering kwetsbaar blijft wanneer strategische intenties onvoldoende worden vertaald naar concreet verwacht gedrag (Hrebiniak, 2006). In grensoverstijgende (acute) ketenzorg wordt deze kwetsbaarheid versterkt doordat implementatie van beleid nog complexer is en plaatsvindt binnen meerdere nationale en regionale contexten met uiteenlopende systemen en randvoorwaarden (Sivonen, 2023).

Hieronder ligt een dieper probleem dat het theoretisch kader bevestigt, maar ook nuanceert. Beleid en uitvoering functioneren los van elkaar. Deze thesis laat zien dat professionals zich niet altijd bewust zijn van bestaande beleidsafspraken of beleidsintenties en een beperkte invloed ervaren op structurele randvoorwaarden. Beleidsmakers beschikken aan de andere kant over inzicht in beleidsintenties, randvoorwaarden en mogelijke oplossingsrichtingen maar hebben niet altijd zicht op de dagelijkse uitvoeringsrealiteit. Naast de letterlijke landsgrenzen in een grensoverstijgende context lijkt er figuurlijk ook sprake van een grens tussen beleidsmakers en professionals. De professional vult als street-level bureaucrat de discretionaire ruimte in, maar de verbinding met de beleid ontbreekt. Dit maakt dat de knelpunten in de uitvoering blijven en de kloof blijft bestaan. Tijdens de WSR werd zichtbaar dat een gestructureerde dialoog tussen verschillende professionals en beleidsmakers leidde tot het actief zoeken naar verbinding en gezamenlijke reflectie op de samenwerking.

Samenvattend visualiseert figuur 9 het aangepaste denkkader. Zowel de acute als de grensoverstijgende context versterken de kloof tussen beleid en uitvoering. Daarbij komt dat het onvoldoende concretiseren van de beleidsintenties zorgt voor een grote kloof. Het concretiseren wordt echter ook bemoeilijkt door zowel de aard van de acute zorg met ongedifferentieerde patiënten als de grensoverstijgende context met uiteenlopende randvoorwaarden. De kloof tussen beleid en uitvoering zorgt voor knelpunten in de uitvoering. Professionals hebben hierop een direct modererend effect, maar vullen de discretionaire ruimte primair met informele en tijdelijke oplossingen waardoor structurele oplossingen uitblijven en de discretionaire ruimte zelf weer een bron van nieuwe knelpunten vormt.

Figuur 9. Aangepast denkkader naar aanleiding van de bevindingen



5.4 The Whole system in the Room: kracht en beperkingen

Naast de inhoudelijke discussie vraagt ook de onderzoeksmethode om kritische reflectie om de reikwijdte en beperkingen van de bevindingen te kunnen beoordelen. De keuze voor een WSR-systematiek sluit aan bij literatuur die benadrukt dat inzichten ten aanzien van complexe vraagstukken juist ontstaan wanneer uitvoerenden actief worden betrokken (Arena, M. J., 2009; Ward et al., 2022; Worley et al., 2011). De methode leverde rijke kwalitatieve data op en maakte het mogelijk verschillende perspectieven te combineren. Door het gebruik van post-its en plenaire terugkoppeling tijdens de sessie vond een vorm van participantenvalidatie plaats als strategie om de betrouwbaarheid van kwalitatief onderzoek te vergroten wat bijdraagt aan de betrouwbaarheid van de bevindingen.

Tegelijkertijd kent de WSR beperkingen. De groepssetting kan sociale wenselijkheid of terughoudendheid bevorderen met name rond gevoelige thema's als hiërarchie- of cultuurverschillen waardoor deze onderbelicht kunnen blijven. Daarnaast bestaat in een groepssetting het risico dat minder dominante deelnemers minder goed aan bod komen. De inzet van facilitators die hier rekening mee hielden en het gebruik van wisselende groepssamenstellingen kunnen dit deels opvangen maar sluiten het niet uit. Door logistieke beperkingen was bovendien een thematische selectie noodzakelijk, waardoor onderwerpen zoals procesafspraken pas in een latere analysefase zichtbaar werden. Dit betekent dat de data op deze thema's mogelijk minder verzadigd zijn dan op vooraf vastgestelde thema's. De aanwezigheid van de onderzoeker tijdens de WSR kan hebben bijgedragen aan sociaal wenselijke antwoorden. Door slechts een observerende rol aan te nemen en te reflecteren met aanwezige observanten is getracht deze bias te beperken.

De documentanalyse bood inzicht in formele beleidsintenties, maar informele werkafspraken die in deze casus een cruciale rol spelen zijn zelden vastgelegd en daardoor moeilijk te achterhalen. Door alle ketenprofessionals bijeen te brengen, kon tijdens de WSR worden gecontroleerd of deze afspraken volledig in beeld waren.

Wat betreft overdraagbaarheid geldt dat de single-case opzet generalisatie beperkt. Bevindingen over, randvoorwaarden, communicatie en (digitale) gegevensuitwisseling acht ik het meest overdraagbaar, omdat deze voortkomen uit structurele kenmerken van grensoverstijgende samenwerking die breed in de literatuur worden herkend. Bevindingen over keteninzicht, juiste zorg op juiste plek, protocollen zijn sterker contextgebonden.

6. Conclusie

De deelvragen worden eerst beantwoord en leiden tot beantwoording van de hoofdvraag.

Wat zijn algemene knelpunten tussen beleid en uitvoering in grensoverstijgende (acute) ketenzorg?

Algemene knelpunten tussen beleid en uitvoering komen voort uit een samenspel van verschillende factoren. Zowel de grensoverstijgende als de acute context hebben hier invloed op. Een grensoverstijgende context beïnvloedt randvoorwaarden en versterkt structurele belemmeringen. De acute context maakt knelpunten niet fundamenteel anders, maar zorgt ervoor dat deze eerder aan het licht komen.

Welke knelpunten ervaren professionals in de uitvoering van grensoverstijgende ketenzorg tussen Kreis Kleve en het Radboudumc?

Professionals ervaren in deze single-case een breed scala aan knelpunten waarbij het merendeel van de knelpunten een grensoverstijgend karakter heeft. De thema's randvoorwaarden, communicatie en digitale gegevensuitwisseling sluiten aan bij wat in de literatuur beschreven wordt en tonen hiermee aan dat deze knelpunten niet alleen lokaal een probleem zijn maar van structurele aard zijn in grensoverstijgende acute ketenzorg. In deze thesis wordt op het vlak van uitvoering knelpunten in procesafspraken gevonden. Er worden twee thema's gevonden op het vlak tussen beleid en uitvoering die in de literatuur onderbelicht blijven. Ten eerste ervaren professionals een structureel gebrek aan keteninzicht; zij missen zicht op elkaars zorgaanbod en zorgsystemen, zowel door de grensoverstijgende context als de vluchtige aard van collegiale contacten in de acute zorgketen. Ten tweede vormt de juiste zorg op de juiste plek een terugkerend knelpunt, onduidelijkheid rondom besluitvorming over triage en ziekenhuiskeuze maar ook het patiëntperspectief en professional gebonden factoren spelen hierbij een rol.

Hoe verhouden de ervaren knelpunten van de professionals zich tot de beleidsintenties en samenwerkingsafspraken die ten grondslag liggen aan de grensoverstijgende acute ketenzorg tussen Kreis Kleve en het Radboudumc?

Er is een aanzienlijke kloof tussen beleidsintenties en de uitvoeringspraktijk. Professionals missen concrete uitwerking van algemene samenwerkingsovereenkomsten of zijn zich niet bewust van bestaande beleidsafspraken. In de discretionaire ruimte creëren professionals informele afspraken en oplossingen. Op korte termijn zorgt dit voor continuïteit van zorg, op lange termijn vergroot het de kwetsbaarheid van de samenwerking omdat knelpunten tijdelijk opgevangen worden en de kloof tussen beleid en uitvoering in stand blijft bestaan.

Conclusie hoofdvraag: 'Welke knelpunten ervaren professionals tussen de uitvoering en beleid van grensoverstijgende acute ketenzorg?'

Professionals ervaren een breed scala aan knelpunten in de uitvoering van grensoverstijgende acute ketenzorg. Knelpunten tussen beleid en uitvoering worden met name gevonden in (digitale) gegevensuitwisseling, keteninzicht en de juiste zorg op de juiste plek waarbij de laatste twee onderbelichte thema's in de literatuur zijn. De kloof tussen beleid en uitvoering wordt versterkt door de context en door onvoldoende concretisering van beleidsintenties waarbij professionals ook beperkt zicht hebben op bestaande afspraken. In de praktijk overbruggen de professionals knelpunten met informele en pragmatische oplossingen. Dit borgt de continuïteit maar houdt tegelijkertijd de kloof in stand.

7. Aanbevelingen

Voor professionals:

- Bouw actief keteninzicht op, ook buiten acute situaties. Professionals missen zicht op elkaars zorgaanbod, zorgsystemen en werkwijzen. Dat gebrek is niet op te lossen in de hectiek van een acute setting. Zoek structureel contact met ketenpartners over de grens en maak kennis van elkaars werkwijzen.
- Benut bewust de discretionaire ruimte. Herken de voordelen maar ook de valkuilen. Pragmatische oplossingen zijn noodzakelijk, maar houden de kloof in stand zolang ze informeel blijven. Signaleer knelpunten die je informeel oplost actief richting je leidinggevende om tot structurele oplossingen te komen.
- Wees een actieve schakel tussen uitvoering en beleid. Dit onderzoek laat zien dat professionals beleid als abstract ervaren of niet weten dat er beleidsintenties zijn. Blijf je verwonderen en zoek de verbinding op met programmamanagers en beleidsmakers.

Voor beleidsmakers:

- Concretiseer samenwerkingsafspraken. Overkoepelende overeenkomsten zijn aanwezig maar professionals zijn hier niet van op de hoogte. Communiceer en concretiseer waar mogelijk, samen met de professional, hoe de ketenzorg vorm dient worden te geven.
- Vertaal juridische en financiële randvoorwaarden naar operationeel toegankelijke formats. Onduidelijkheid over aansprakelijkheid en vergoedingen beïnvloedt het handelen van professionals direct, maar ligt buiten hun invloedssfeer. Een kader dat alleen op beleidsniveau bekend is, zorgt voor knelpunten in de uitvoering.
- Organiseer structurele sessies met uitvoerende professionals als vast onderdeel van de beleidscyclus. Informele oplossingen die professionals creëren in hun discretionaire ruimte bevatten informatie over waar formele structuren tekortschieten. Die informatie bereikt beleidsmakers onvoldoende, dit structurele informatieverlies moet actief geadresseerd worden.

Voor beleidsmakers en professionals samen:

- Zet de methoden zoals de WSR in als terugkerend instrument voor gedeelde probleemidentificatie. Dit onderzoek heeft aangetoond dat het bijeenbrengen van professionals uit de gehele acute keten leidt tot gedeeld inzicht en gezamenlijke reflectie op knelpunten.
- Zie complexe systemen als kans om de kloof tussen beleid en uitvoering te verkleinen. Juist bij complexe onderwerpen met invloed van de context is het belangrijk om samenwerking tussen beleidsmakers en zorgverleners te bestendigen. Maak het leren van elkaars kennis daarbij een bewust doel, niet een bijproduct.

Voor vervolgonderzoek:

- Onderzoek de toepasbaarheid van de WSR in andere grensregio's. De WSR kan ook in andere grensregio's als instrument dienen voor het identificeren van knelpunten.
- Onderzoek discretionaire ruimte als verklarende variabele in grensoverstijgende zorgimplementatie. Dit onderzoek toont aan dat discretionaire ruimte in een grensoverstijgende context een dubbel effect heeft: het maakt samenwerking mogelijk maar houdt de kloof ook in stand. Dit vraagt om theoretische doorontwikkeling.
- Verdiep de toepassing van strategie implementatie in grensoverstijgende zorg. Bestaande modellen voor implementatie van beleid zijn nog beperkt onderzocht in contexten waar meerdere nationale systemen, regelgeving en professionele praktijken samenkomen.

Literatuur

- Arena, M. J. (2009). Understanding Large Group Intervention Processes: A complexity theory perspective. *Organizational Development Journal*, 27(1).
- Belrhiti, Z., Bigdeli, M., Lakhal, A., Kaoutar, D., Zbiri, S., & Belabbes, S. (2024). Unravelling collaborative governance dynamics within healthcare networks: A scoping review. *Health Policy and Planning*, 39(4), 412-428.
- Beuken, J., Verstegen, D., Dolmans, D., van Kersbergen, L., Losfeld, X., Sopka, S., Vogt, L., & Bouwmans, M. (2020). *Going the extra mile—Cross-border patient handover in a European border region: Qualitative study of healthcare professionals' perspectives*. 29(12), 980-987.
- Claassen, L., Ritter, L., Latten, G., Zelis, N., Cals, J., & Stassen, P. (2024). *From symptom onset to ED departure: Understanding the acute care chain for patients with undifferentiated complaints: A prospective observational study*. 17(1), 55.
- Crasborn, M., van Aken, M. O., van der Hoeven, B. L., Numans, M. E., van Smoorenburg, S., Pepping, R. M., & Vos, R. C. (2025). Perception of primary-secondary care collaboration among general practitioners and specialists and the perceived potential for innovation: An exploratory qualitative study. *BMJ Open*, 15(11), e088034.
- Crijns, V., Ruiterman, E., Aardewijn, M., & de Man, A.-P. (2018). *Ketens de baas, pijlers en bouwstenen voor ketensturing (2e druk)*.
- Dara, M., Sulis, G., Centis, R., d'Ambrosio, L., De Vries, G., Douglas, P., & Migliori, G. B. (2017). Cross-border collaboration for improved tuberculosis prevention and care: Policies, tools and experiences. *Int J Tuberc Lung Dis*, 21(7), 727-736.
- De Pourcq, K., De Regge, M., Van den Heede, K., Van de Voorde, C., Paul, G., & Eeckloo, K. (2019). *The role of governance in different types of interhospital collaborations: A systematic review*. 123(5), 472-479.
- Doering, N., Legido-Quigley, H., Glinos, I. A., McKee, M., & Maarse, H. (2013). *A success-story in cross-border telemedicine in Europe: The use of intra-operative teleneuromonitoring during aorta surgery*. 2(1), 4-9.

- Duysters, G., de Man, A. P., Luvison, D., & Krijnen, A. (2012). *The State of Alliance Management: Past, Present, Future. BCE-serie, deel 3.*
- Elmore, R. (1979). *Backward mapping: Implementation research and policy decisions.* 94(4), 601-616.
- Europees Parlement, & Raad van de Europese Unie. (2011). *Richtlijn 2011/24/EU betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg.*
- Federatie Medisch Specialisten, & Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulpartsen. (2025). *Visiedocument Acute Zorg.*
- Gioia, D., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2012). *Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research: Notes on the Gioia Methodology.* 16(1), 15-31.
- Groene, O., Poletti, P., P Vallejo, Cucic, C., Klazinga, N., & Suñol, R. (2009). Quality requirements for cross-border care in Europe: A qualitative study of patients', professionals' and healthcare financiers' views. *BMJ Quality & Safety, 18(Suppl 1), 15-21.*
- Hrebiniak, L. (2006). *Obstacles to Effective Strategy Implementation.* 35(1), 12–31.
- Jabakhanji, S. B., Meier, T. M., Ramakers-van Kuijk, M. A., Brink, P. R., Andruszkow, H., Krafft, T., & Pape, H. C. (2015). Agreements and practical experience of trauma care cooperation in Central Europe: The “Boundless Trauma Care Central Europe”(BTCCE) project. *Injury, 46(4), 519-524.*
- Jamison, J., & Payne, D. (2001). *Cross-border co-operation in health services in Ireland: A Report for the Centre for Cross Border Studies.* Centre for Cross Border Studies.
- Kenis, P., & Provan, K. (2008). Het network-governance-perspectief. In *In Business Performance Management. Sturen op prestatie en resultaat.*: Pp. 296-312. Boom Academic.
- Kollmann, V., Traugott, N., Hensely-Schinkinger, S., Zeidler, D., & Haslinger-Baumann, E. (2025). The requirements and development potential of interdisciplinary digital health data exchange in mobile nursing and care settings in German-Speaking Countries: Delphi study. *Journal of Medical Internet Research, 27, e78193.*
- Kroezen, M., Buchan, J., Dussault, G., Glinos, I. A., & Wismar, M. (2016). *How can structured cooperation between countries address health workforce challenges related to highly*

specialized health care?: Improving access to services through voluntary cooperation in the EU. Policy Brief No.20.

- Lennox-Chhugani, N. (2023). Inter-Disciplinary Work in the Context of Integrated Care a Theoretical and Methodological Framework. *International Journal of Integrated Care*, 23(2), 29.
- Maris, A., Hoppenbrouwers, S., Ravesteijn, P., & van Hillegersberg, J. (2023). Network governance in Healthcare, a systematic literature review. *19th European Conference on Management, Leadership and Governance.*, (Academic Conferences and publishing limited).
- Mortelmans, D. (2020). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Acco België.
- Moyo, M., Goodyear-Smith, F. A., Weller, J., Robb, G., & Shulruf, B. (2016). Healthcare practitioners' personal and professional values. *Advances in Health Sciences Education*, 21(2), 257-286.
- Salzer-Muhar, U., Pollak, A., Aufricht, C., Ehrich, J., & Lenton, S. (2012). *European Challenges: Cross-Border Care for Children*. 161(3), 574-576.
- Simons, J., van Eeten, E., Habraken, M., & van Dulmen, S. (2026). *Structural and Communication Challenges in Cross-Border patient handover. Impact of a digital debriefing tool on the healthcare workers' well-being*. ongepubliceerde interne studie, Radboudumc.
- Sivonen, S. (2023). *Future-proof acute care in the Netherlands: 360 cross-border perspectives. Dossier 4: Grenseffectenraportage 2023*.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2014). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*.
- Tegelberg, A., Muntlin, A., Juhlin, C., & Jangland, E. (2020). *Engagement under difficult conditions: Caring for patients with acute abdominal pain across the acute-care chain: A qualitative study*. 52, 100910.
- Thomann, E., van Engen, N., & Tummers, L. (2018). *The Necessity of Discretion: A Behavioral Evaluation of Bottom-Up Implementation Theory*. 28(4), 583-601.
- Towett, G., Snead, R. S., Grigoryan, K., & Marczika, J. (2023). *Geographical and practical challenges in the implementation of digital health passports for cross-border COVID-19 pandemic management: A narrative review and framework for solutions*. 19(1), 98.

- Twombly, J. M., Fälting, J., Giorgetti, M., Maroney, A. C., & Osswald, G. (2020). How partnership should work to bring innovative medicines to patients. *Drug Discovery Today*, 25(6), 965-968.
- Van Maanen, J., Sørense, J. B., & Mitchell, T. R. (2007). *The interplay between theory and method*. 32(4), 1145-1154.
- Ward, M. E., Daly, A., McNamara, M., Garvey, S., & Teeling, S. P. (2022). A Case Study of a Whole System Approach to Improvement in an Acute Hospital Setting. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1246.
- Wismar, M., Palm, W., Figueras, J., Ernst, K., & van Ginneken, E. (2011). *Cross-border Health Care in the European Union, mapping and analysing practices and policies: World Health Organization. Regional Office for Europe*.
- Worley, C. G., Nevitt, J. A., & Mohrman, S. A. (2011). Large Group Interventions: An Empirical Field Study of Their Composition, Process, and Outcomes. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 47(4), 404-431.

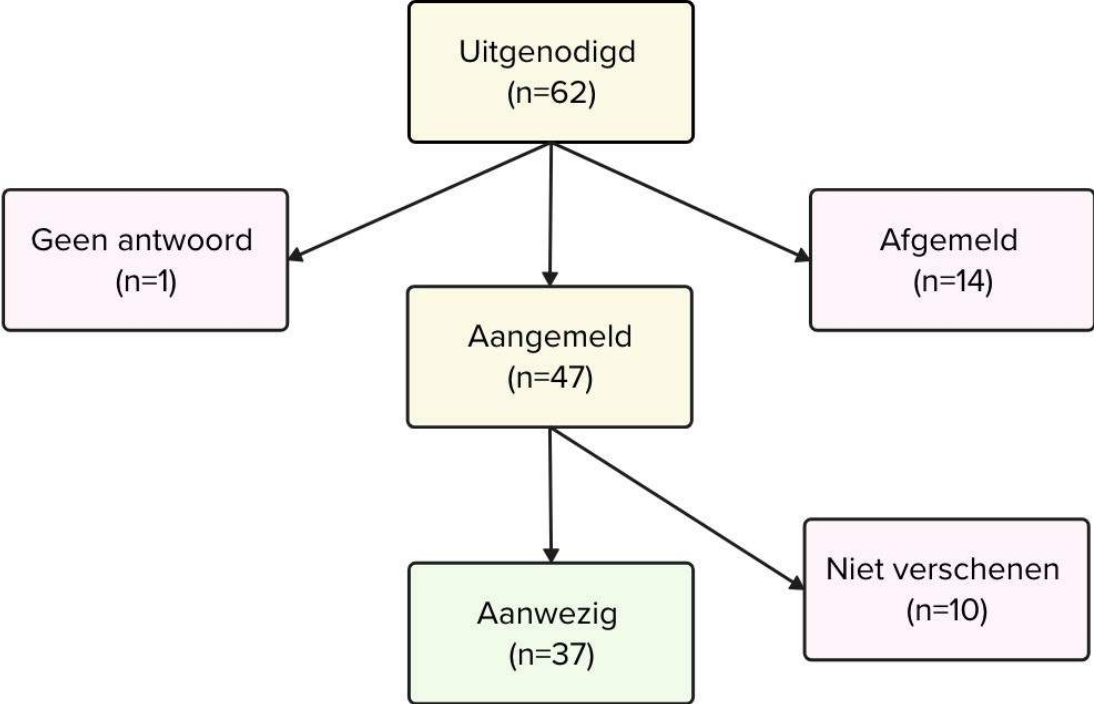
Appendix

Appendix 1: Zoekstrategie

Zoekstrategie:

("border*" [Title/Abstract] OR "crossborder*" [Title/Abstract] OR "transnational" [Title/Abstract] OR "CBHC" [Title/Abstract] OR "cross border*" [Title/Abstract] OR "cross countr*" [Title/Abstract] OR "transboundar*" [Title/Abstract]) AND ("Public Health" [MeSH Terms] OR "Public Health" [Title/Abstract] OR "Community Health" [Title/Abstract] OR "Healthcare" [Title/Abstract] OR "Health Care" [Title/Abstract]) AND ("Intersectoral Collaboration" [MeSH Terms] OR "collaborat*" [Title/Abstract] OR "Working together" [Title/Abstract] OR "cooperat*" [Title/Abstract]) AND ("Policy" [MeSH Terms] OR "Policy Making" [MeSH Terms] OR "Policy" [Title/Abstract] OR "Policies" [Title/Abstract] OR "govern*" [Title/Abstract]) AND ("barrier*" [Title/Abstract] OR "challeng*" [Title/Abstract] OR "hinder*" [Title/Abstract])

Appendix 2: Selectie deelnemende professionals WSR



Appendix 3: Details Whole System in the Room

a. Knelpunten inventarisatie ‘de casus in beeld’

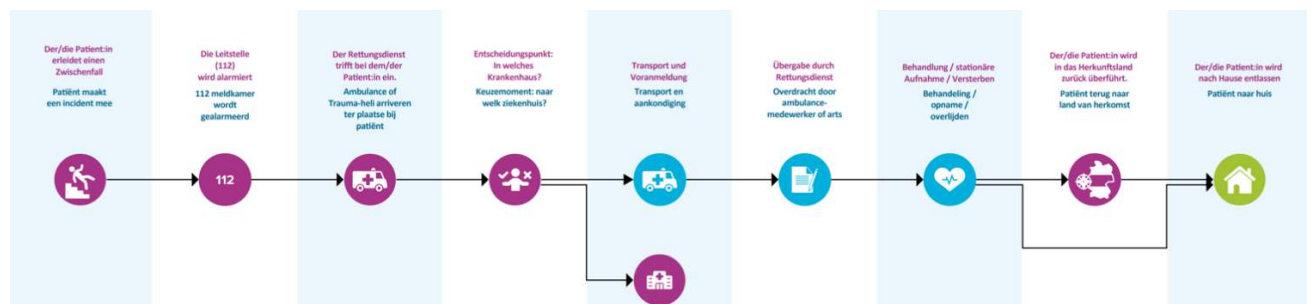
In het eerste onderdeel bespraken groepen van maximaal vijftien professionals fictieve casussen uit de grensoverstijgende acute ketenzorg. Bij de samenstelling van de groepen werd gestreefd naar een evenwichtige vertegenwoordiging van verschillende professionele rollen binnen de keten. De groepen werden begeleid door een facilitator en een observant.

De casuïstiek bestond uit drie situaties:

1. Een ongeval waarbij een kind werd aangereden in Duitsland en naar het ziekenhuis vervoerd moest worden.
2. Een patiënt die aanvankelijk door de ambulance naar een Duits ziekenhuis werd gebracht maar achteraf bleek dat er een onderliggende aandoening was waarvoor spoed overplaatsing naar Nederland nodig was.
3. Een patiënt die na behandeling in Nederland kon worden terugverwezen naar een Duits ziekenhuis.

Deelnemende professionals werden gevraagd om knelpunten te identificeren bij deze casuïstiek vanuit hun eigen rol en zich vervolgens ook te verplaatsen in een andere rol binnen de keten (middels rolkaarten). De groepen werden daarna verder gesplitst in subgroepen van vijf deelnemers waarin de geïdentificeerde knelpunten afzonderlijk werden genoteerd (één knelpunt per notitie). Vervolgens kwam de groep bijeen om de knelpunten te bespreken en op een vereenvoudigd procesmodel van de acute zorgketen (‘simple map’) te positioneren. De discussie werd voortgezet totdat door deelnemers, facilitators en observanten werd aangegeven dat er geen nieuwe knelpunten meer geïdentificeerd en er verzadiging was. Tijdens de sessie werd ruimte geboden voor member-checking van de genoemde knelpunten.

Figuur 10: voorbeeld simple map



b. Verdieping op algemene thema's middels World Café-setting.

Op basis van de gevonden literatuur en de observaties gedurende de eerste sessie werden voorafgaand aan de sessie vijf thema's geselecteerd om verder uit te diepen. Na de inventarisatie van knelpunten in het eerste onderdeel beoordeelde de onderzoeker samen met de facilitators en observanten of aanvullende thema's nodig waren. Omdat de geïdentificeerde knelpunten aansloten bij de bestaande thema's werden geen nieuwe thema's aan de World Café-setting toegevoegd.

Tijdens het World Café werden deelnemers verdeeld over vijf tafels. Elke tafel had een eigen tafelhost die het gesprek faciliteerde, participatie van deelnemers stimuleerde en de opname apparatuur controleerde. Het World Café bestond uit meerdere gespreksrondes. In de eerste ronde brachten deelnemers ervaringen en ideeën in kaart. In de tweede ronde werden de benoemde punten besproken en aangevuld. In de derde ronde werd gereflecteerd op mogelijke vervolgacties. De WSR sessie werd afgesloten met de vraag om een wens of aanbeveling voor de verdere ontwikkeling van grensoverstijgende samenwerking te formuleren.

De besproken thema's zijn:

Thema 1: De Juiste zorg op de juiste plek

- *Startvraag: Wat zijn jullie ervaringen en verwachtingen rond dit thema in de acute keten?*
Vervolgvrage: Hoe vindt besluitvorming hierover plaats? Welke uitdagingen spelen hierbij een rol?

Thema 2: Communicatie en overdracht patiënt

- *Startvraag: Wat zijn jullie ervaringen en verwachtingen rond dit thema in de acute keten?*
Vervolgvrage: Welke rol speelt taal hierbij?

Thema 3: Onbekend maakt onbemind? (o.a. verwijsroutes, procedures)

- *Startvraag: Wat zijn jullie ervaringen en verwachtingen rond dit thema in de acute keten?*
Vervolgvrage: Wat zou je willen weten van de ander?

Thema 4: Informatie uitwisseling dossier patiënt?

- *Startvraag: Wat zijn jullie ervaringen en verwachtingen rond dit thema in de acute keten?*
Vervolgvrage: Wat gaat er goed, wat kan er beter? Hoe ga je hier nu mee om?

Thema 5: Knelpunten tussen beleid en uitvoering?

- *Startvraag: Wat zijn jullie ervaringen en verwachtingen rond dit thema in de acute keten?*
Vervolgvrage: Waar zitten de spanningen? Waar gaat het al heel goed?

Appendix 4. Overzicht knelpunten empirische data

Thema	Knelpunt	Simple map	Grensoverstijgend	World Café	Grensoverstijgend	Totaal
Beleid						
Randvoorwaarden	juridische kaders	10	6	2	2	12
	financiële voorwaarden	6	5	0	0	6
	verantwoordelijkheden	1	1	5	3	6
	<i>totaal</i>	17	12	7	5	24
Tussen beleid en Uitvoering						
JZOJP	professional gebonden	4	1	1	1	5
	patiëntperspectief	3	2	0	0	3
	logistiek	9	3	8	8	17
	triage	5	3	10	4	15
	<i>totaal</i>	21	9	19	13	40
Keteninzicht	inzicht zorgaanbod	5	5	7	6	12
	inzicht zorgsysteem	1	1	9	9	10
	<i>totaal</i>	6	6	16	15	22
(digitale)gegevensuitwisseling	mens	5	2	5	3	10
	systeem	9	6	6	6	15
	proces	8	3	6	4	14
	<i>totaal</i>	22	11	17	13	39
Uitvoering						
Communicatie	taalbarrière	16	16	2	2	18
	algemene communicatie	8	4	6	3	14
	contactstructuren	11	4	10	4	21
	<i>totaal</i>	35	24	18	9	53
Procesafspraken	protocollen	9	5	5	3	14
	overdracht methodiek	6	5	3	1	9
	triage	6	5	1	1	7
	<i>totaal</i>	21	15	9	5	30

Appendix 5: Samenhang tweede-orde codes per niveau

