

Bouwstenen voor toezicht op netwerkzorg

Spreken over het functioneren
van samenwerkende organisaties

Auteurs: Kor Grit, Rabab Chrifou, Hanna Stalenhoef, Jozé Braspenning



Een uitgave van

Erasmus School of
Health Policy
& Management



IQ Scientific Center for
Quality of Healthcare

Radboudumc

Bouwstenen voor toezicht op netwerkzorg: spreken over het functioneren van samenwerkende organisaties

Publicatiedatum

Rotterdam, 1 maart 2022

Auteurs

Dr. Kor Grit

Rabab Chrifou, MSc

Hanna Stalenhoef, MSc

Dr. Jozé Braspenning

Contactgegevens

Kor Grit

Erasmus School of Health Policy & Management

Erasmus Universiteit Rotterdam

grit@eshpm.eur.nl

Dit onderzoek is uitgevoerd in de Academische Werkplaats Toezicht. In deze werkplaats werken samen ZonMw, de IGZ en vier kennisinstituten: IQ Scientific Center for Quality of Healthcare (Radboudumc), Erasmus School of Health Policy & Management (Erasmus Universiteit Rotterdam), NIVEL (Utrecht) en EMGO+ (VUmc). In de Academische Werkplaats Toezicht wordt een door ZonMw gefinancierd onderzoeksprogramma uitgevoerd naar de effectiviteit van toezicht en de determinanten daarvan. Doel van het onderzoek is een bijdrage te leveren aan de verbetering en vernieuwing van het toezicht.

Vormgeving: PanArt communicatie en mediadesign

Woord vooraf

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt toezicht op de kwaliteit van zorg van zorgaanbieders. Bij mensen in een kwetsbare thuissituatie zijn er vaak meerdere zorgverleners en zorgorganisaties betrokken. Samenwerking is dan nodig om persoonsgerichte netwerkzorg mogelijk te maken. De inspectie is gestart met het ontwikkelen van toezicht op de directe zorg en werkt door aan het toezicht op de samenwerkende organisaties.

Aan het consortium van Erasmus School Health Policy & Management (Erasmus Universiteit Rotterdam) en IQ healthcare (Radbouwwmc) is gevraagd om bouwstenen aan te leveren voor de verdere ontwikkeling van het toezicht op zorgnetwerken. Daarvoor zijn onder meer het functioneren van de samenwerking in zorgnetwerken en de eerste ervaringen met het toezicht op samenwerking onderzocht. De opdracht spitst zich toe op zorgnetwerken voor kwetsbare ouderen en mensen met een chronische psychische aandoening.

In het onderzoek staan we eerst stil bij de wijze waarop de regionale samenwerking en het toezicht daarop zich de laatste jaren heeft ontwikkeld. In hoofdstuk 4 bespreken we de ervaringen met het toezicht op zorgnetwerken. De conclusies en aanbevelingen presenteren we in hoofdstuk 5. De kernboodschap is dat het zinvol is om het toezicht op zorgnetwerken te continueren. We presenteren veertien aanbevelingen voor het ontwikkelen van een toezichtstrategie, waarbij wordt aangegeven dat de toezichtstrategie net als de zorgnetwerken regelmatig aanpassingen behoeft in ons sterk veranderende zorglandschap.

We willen graag iedereen bedanken die medewerking heeft verleend aan dit onderzoek. Het betreft vele deelnemers aan interviews, focusgroepsgesprekken, een expertmeeting en invitational conference; variërend van professionals, managers, bestuurders in de zorg en het sociaal domein, cliëntvertegenwoordigers, inspecteurs, wetenschappelijke experts tot medewerkers van diverse gemeenten, zorgverzekeraars en landelijke beroepsverenigingen en koepelorganisaties. We willen al onze respondenten hartelijk bedanken voor hun bereidheid ons te woord te staan en voor het kritisch meedenken met onze onderzoeksresultaten. Ook zijn we de begeleidingscommissie vanuit de IGJ erkentelijk voor hun constructieve inbreng. We hebben veel gehad aan hun waardevolle opmerkingen en suggesties tijdens de opzet van ons onderzoek en bij de totstandkoming van dit eindrapport. De leden van de begeleidingscommissie dragen geen verantwoordelijkheid voor de uitvoering en uitkomsten van deze studie.

Samenvatting

Achtergrond en doelstelling

Complexe zorg – meervoudige hulpvragen vanuit zowel medisch als sociaal domein – wordt steeds meer georganiseerd in persoonsgerichte zorgnetwerken. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) werkt aan het toezicht op deze vorm van zorg. De inspectie is gestart met het ontwikkelen van toezicht op de directe zorg (microniveau) en werkt door aan het toezicht op de samenwerkende organisaties (mesoniveau). Aan het consortium van ESHPM (Erasmus Universiteit Rotterdam) en IQ healthcare (Radboudumc) is gevraagd bouwstenen aan te leveren voor toezichtstrategieën, die bijdragen aan het ontwikkelen en borgen van goed functionerende samenwerking tussen de diverse organisaties betrokken bij de persoonsgerichte zorgnetwerken. De opdracht spitst zich toe op zorgnetwerken voor kwetsbare ouderen en mensen met chronische psychische aandoeningen.

Het functioneren van regionale samenwerkingsplatforms

De samenwerking tussen de organisaties die betrokken zijn bij de persoonsgerichte zorgnetwerken laten zich kenschetsen als samenwerkingsplatforms. Zo'n platform bestaat uit verschillende overlegtafels op regionaal of lokaal (wijk, gemeente) niveau. Regionale samenwerkingsplatforms komen veelal organisch tot stand vanuit gezamenlijke innovatieve projecten. Gestreefd wordt naar het aanstellen van een coördinator met een kleine ondersteunende staf. Deze coördinator kan overzicht bieden en verbindingen leggen. Er is (nog) weinig aandacht voor het eigen kwaliteitsbeleid en het organiseren van voldoende kritische reflectie op de doelen en activiteiten. Financiering van activiteiten is uitdagend. Daarnaast is afstemming nodig over een evenwichtige capaciteitsverdeling binnen de regio en over de regiogrenzen heen. Daarbij moet gesproken worden over de verdeling van de zorgtaken – om te voorkomen dat aanbieders “de krenten uit de pap” vissen – wat raakt aan het eigenbelang van de betrokken organisaties.

De kracht van Nederlandse samenwerkingsplatforms is het flexibele en dynamische karakter, waarmee meters kunnen worden gemaakt. Huiver bestaat voor het creëren van een extra organisatie laag. Samenwerkingsafspraken zijn wel nodig (governance). Daarmee kunnen kwetsbaarheden of risico's worden ingedamd, zoals de afhankelijkheid van enkele enthousiaste personen, het projectmatige werken, het niet bespreken van tegengestelde belangen en onvoldoende financiële borging. Het bewust organiseren van aandacht voor mogelijke “witte vlekken” (doelgroepen en onderwerpen) past goed bij de taken op het mesoniveau van platforms. Daarnaast is het verbinden van de activiteiten met zowel de eigen organisaties (en daarmee de directe patiënten/cliëntenzorg) als de landelijke partijen van belang voor het goed kunnen functioneren van de samenwerkingsplatforms.

Het toezicht op het mesoniveau van persoonsgerichte zorgnetwerken

Het toezicht op het mesoniveau van persoonsgerichte zorgnetwerken in Nederland brengt voor de IGJ een aantal onzekerheden met zich mee. Deze onzekerheden betreffen het duiden van het risico (bijvoorbeeld minder data of niet eenduidig wat prioriteit behoeft), de adressant (niet duidelijk wie aanspreekbaar is of ontbreken van wettelijk kader) en de norm (geen duidelijke standaarden of lastig te operationaliseren normen). De IGJ heeft mede daarom vooral ingezet op agenderen en stimuleren.

Voordat de inspectie overgaat tot een interventie genereert het al allerlei effecten. Door alleen al data te verzamelen en te delen kan de toezichthouder partijen bij elkaar brengen die gezamenlijk de data gaan bespreken. Of, uitgenodigd worden voor een inspectietraject activeert de deelnemers. Dat dergelijke effecten optreden heeft te maken met de benodigde focus in het inspectiewerk. Focus aanbrengen, hoe noodzakelijk dat ook is, heeft als keerzijde dat bepaalde aspecten minder aandacht krijgen of buiten beeld blijven. In de praktijk heeft het toezicht op netwerken nog een sterke focus op het bestaande, zoals de kernspelers, de kwaliteit van de in gang gezette initiatieven en of het netwerk een duidelijke gezamenlijke visie heeft en die waarmaakt. Zo is er minder aandacht voor het sociaal domein of de rol van de kleinere aanbieders en financiers. Het gevaar bestaat dan dat daarmee bestaande beperkingen of tekortkomingen van netwerken impliciet worden geaccepteerd.

Tijdens het (formatief) beoordelen van samenwerkingsverbanden probeert de inspectie vooral de beweging te beoordelen en in gang te houden: is er voldoende voortgang in het verbeteren van de samenwerking? De onderzochte toezichttrajecten laten zien dat de inspectie zelfs werking kan genereren in een situatie van 'toezicht zonder stok', zonder het gebruikelijk arsenaal aan handhavinginstrumenten. Dat de inspectie komt kijken, genereert een besef van urgentie en een zekere druk bij *inspectees* (de ondertoezichtstaanden) om hun best te doen of om zaken goed voor te bereiden. Vreemde ogen dwingen. De (vreemde) ogen van de inspectie fungeren niet alleen als een lens waarmee de toezichthouder naar het veld kijkt. Ze werken als een *spotlight* die de aandacht vestigt op iets of iemand en dit kan allerlei effecten sorteren, zogenaamde performatieve effecten.

Inspectees zijn in het algemeen positief over de agenderende en stimulerende rol van het toezicht; al worden er wel in beperkte mate enkele kritische kanttekeningen bij de uitvoering geplaatst. Een belangrijk kritiekpunt betrof de opmerking van enkele *inspectees* dat de rol of stijl van het toezicht niet consistent was. Deels is dat een gevolg van de Nederlandse aanpak waarbij de toezichthouder meerdere rollen kan vervullen – van agenderen en stimuleren tot streng handhaven. Daarnaast is er nog steeds een focus op 'naleven' aanwezig, zoals komen de netwerken de afspraken na en weten ze de doelen te bereiken die ze hebben gesteld. Een deel van de *inspectees* suggereert dat IGJ minder een klassieke toezichthouder (controleren en handhaven) hoeft te zijn en nog meer als 'sparringpartner' kan fungeren.

Bouwstenen voor de strategiebepaling

Alvorens toegang, kwaliteit en veiligheid onderzocht kunnen worden, dient het eerst vertaald te worden naar een toezichtobject dat inspecteerbaar is voor de inspectie. Het toezichtobject omschrijft gedrag of kenmerken waarop de inspectie toezicht houdt. Het vaststellen van een toezichtobject is geen eenmalig proces. Het vergt voortdurend onderhoud en aanpassingen, vanwege de continue veranderingen in de zorg of de wijze waarop het veld reageert of anticipeert op het toezicht. Het toezicht op het mesoniveau van netwerken brengt bovendien onzekerheden omtrent het risico, de adressant en de norm met zich mee. Er is een vorm van toezicht nodig dat weet om te gaan met die onzekerheden en lerend van aard is. Reflexief toezicht lijkt daarbij te passen. De toezichthouder reflecteert dan voortdurend op het doel, de rol en de werking van het toezicht. Reflexief toezicht erkent de beperkingen van het toezicht en probeert daarom meerdere actoren (publiek en privaat) te betrekken. Participatie en dialoog kunnen leiden tot reacties van *inspectees* en andere actoren die beter passen bij de kenmerken van het probleem en de omstandigheden. Voor reflexief toezicht is het wel nodig dat de inspectie voldoende experimenteerterruimte krijgt of blijft houden om continu haar strategie te kunnen aanpassen.

De inspectie kan in het toezicht op netwerken voortgaan met agenderen en stimuleren, waarbij de bal bij de *inspectees* of adressanten wordt gehouden. Hierbij is het van belang te waken om als toezichthouder niet te snel schakelen naar handhaven, indien bijvoorbeeld een aanbieder niet goed meedoet in het netwerk. Het agenderen en stimuleren in zorgnetwerken lijkt goed te passen bij themagestueerd toezicht. De toezichthouder richt zich dan op bepaalde thema's of risico's die relevant zijn voor de samenwerkende organisaties in de persoonsgerichte zorgnetwerken. Om meer sectorbreed een beweging in gang te zetten kunnen de samenwerkende partners een keer betrokken worden bij de inspectiebezoeken in een andere regio. Dat biedt input voor de interne reflectie van de samenwerkingsplatforms. Voor het genereren van zoveel mogelijk werking is het belangrijk landelijke partijen te betrekken bij de themakeuze en de verdere uitwerking. Themagestueerd toezicht biedt tevens de ruimte om tijdens het toezichttraject nog aan de verdere ontwikkeling van open standaarden te werken. Meer in het algemeen zou de inspectie het veld kunnen stimuleren om meer vast te leggen wat minimaal nodig is rond bepaalde cliëntgroepen of in de regio, zoals wat dient in regionale samenwerkingsplatforms besproken te worden en wie dient daarbij aan te sluiten.

Het toezicht op zorgnetwerken lijkt zelf ook te vragen om een netwerkbenadering, waarbij de IGJ zowel in dialoog met het veld als met landelijk partijen en andere toezichthouders (zoals NZa, TSD, gemeenten) het toezicht verder ontwikkelt. Randvoorwaarden voor het goed functioneren op microniveau zijn niet alleen een uitkomst van de inspanningen van het regionale netwerk, maar worden evenzeer bepaald door de landelijke mogelijkheden (wettelijke kaders en ontwikkelingen in sectoren) en financiële kaders. Daarvoor is het nodig om alle actoren te activeren die een belangrijke rol vervullen in het creëren van de randvoorwaarden voor persoonsgerichte netwerkzorg, zoals landelijke spelers en financiers (verzekeraars en gemeenten). Bij het kiezen van adressanten is het belangrijk dat de inspectie verder kijkt dan het wettelijk kader dat definieert wie tot de *inspectees* behoren. Net als voor de persoonsgerichte zorgnetwerken zelf geldt voor de IGJ het aandachtspunt dat zij het sociaal domein voldoende betrekken.

Tijdens een inspectietraject is het belangrijk om de juiste of passende spelers aan tafel te hebben om zoveel mogelijk werking te genereren. Bij de keuze van adressanten spelen meerdere overwegingen, omdat de genodigden meerdere functies kunnen vervullen zoals een beeld krijgen van wat er aan de hand is of bewust bepaalde partijen te activeren. Daarnaast is het nodig om bewust te zijn van wat het mogelijke effect is van de samenstelling van de tafelgenoten op wat er aan tafel kan gebeuren: waarover meer of minder gemakkelijk gesproken kan worden. Bij het verzamelen van data vooraf of tijdens een inspectiebezoek is goed om oog te hebben voor de meerdere functies die data kunnen vervullen, zoals data om partijen bij elkaar te brengen of om een gesprek op gang te brengen. Bij het beoordelen van het netwerk – is er voldoende beweging – is het nodig een balans te vinden tussen het concreet en inspecteerbaar maken van de samenwerking en voldoende ruimte geven aan regionale variëteit en ontwikkeling. Dat vergt een vraag-stijl van inspecteren waarmee de bal meer neer wordt gelegd bij de *inspectees*: zij moeten aantonen dat de samenwerking goed verloopt en bijdraagt aan persoonsgerichte netwerkzorg. Tijdens dat gesprek kan de inspectie nog meer als een kritische 'sparringpartner' functioneren. De inspectie hoeft niet volledig mee te gaan in hoe op dit moment een bepaald netwerk is georganiseerd. Door actief te vragen naar wat er nog niet is, wat nog meer nodig zou kunnen zijn en of het netwerk nog steeds passend is voor de (toekomstige) opgaven op het gebied van netwerkzorg, kan de inspectie een stap verder gaan dan het primair beoordelen van de in gang gezette initiatieven. In de dialoog is het van belang om een goede balans

te vinden tussen afstand en betrokkenheid. Voor welke werkwijze de IGJ ook kiest, het is zaak om deze zowel intern als naar buiten toe duidelijk te communiceren.

Conclusie

De kernboodschap is dat het zinvol is om het toezicht op zorgnetwerken te continueren. Via agenderen en stimuleren genereert het toezicht al veel effecten: vreemde ogen dwingen. Het toezicht verder ontwikkelen richting handhaving of het klassieke nalevingstoezicht lijkt niet nodig. *Inspectees* zijn over het algemeen positief over de agenderende en stimulerende rol van het toezicht, al zou de IGJ nog meer als ‘sparringpartner’ kunnen fungeren. Hieronder zijn alle aanbevelingen voor het continu ontwikkelen van een toezichtstrategie voor zorgnetwerken op een rij gezet.

Aanbevelingen op een rij

1. *Het toezichtobject en toezichtkader voor het mesoniveau van zorgnetwerken is geen vast gegeven; blijf deze door ontwikkelen in samenspraak met stakeholders (inclusief cliëntvertegenwoordigers) en inspectees.*
2. *Stimuleer het veld tot verdere ontwikkeling van (open) normen voor samenwerking.*
3. *Wees alert op prestatieve effecten van het toezicht en dat de werking van een bepaalde werkwijze op den duur kan veranderen.*
4. *Versterk het reflexieve toezicht. Reflecteer voortdurend – in dialoog met het veld en andere stakeholders – op het doel, de rol en de werking van het toezicht.*
5. *Blijf voortgaan met agenderen en stimuleren en wees terughoudend in het overschakelen naar handhaving.*
6. *Investeer meer in themagesturd toezicht.*
7. *Overweeg om bij inspectiebezoeken in het kader van het themagesturd toezicht inspectees uit andere regio's mee te nemen.*
8. *Blijf verder kijken dan het wettelijk kader bij het kiezen van adressanten. Betrek nog meer het sociaal domein, de financiers (verzekeraars en gemeenten) en landelijke spelers.*
9. *Blijf investeren in de afstemming met andere toezichthouders, in het bijzonder de gemeenten.*
10. *Bediscussieer welke samenwerkingspartners aan tafel behoren te zitten en heb daarbij oog voor meerdere functies of redenen waarom het wenselijk is dat een partij aan tafel zit.*
11. *Maak voldoende gebruik van de meerdere functies die data kunnen vervullen: om partijen bij elkaar te brengen, als tin-opener, als kenmerk van goed functioneren netwerk en als input voor agendering.*
12. *Zoek een balans tussen het concreet en inspecteerbaar maken van de samenwerking en voldoende ruimte geven aan regionale variëteit en ontwikkeling.*
13. *Vervul nog meer de rol van ‘sparringpartner’ tijdens inspectiebezoeken, waarbij voorbij de bestaande, goede initiatieven wordt gekeken en het netwerk wordt uitgedaagd om na te gaan of de huidige opzet nog past in het geheel aan regionale initiatieven en uitdagingen.*
14. *Versterk en verhelder verder – zowel intern als extern – de rol van de inspectie bij samenwerkingen.*

Inhoud

1	Achtergrond, onderzoeksdoel en methode	8
2	Kenmerken van de samenwerkingsplatforms.....	10
2.1	Organisatorische totstandkoming van regionale samenwerkingsplatforms	10
2.2	Gezamenlijke visie en realisatie van ambities.....	11
2.3	Mate van formalisatie	12
2.4	Huidige werkwijze	13
2.5	Financiering en capaciteit.....	15
2.6	Kwaliteitsbeleid	15
2.7	Interne reflectie op doelen en activiteiten	16
2.8	Samenhang micro, meso en macroniveau	17
2.9	Conclusie	18
3	Toezicht in ontwikkeling.....	20
3.1	Eerste stappen.....	20
3.2	Internationale vergelijking	21
3.3	Onzekerheid over risico, norm en adressant	22
3.4	Vooraf zorgnetwerk selecteren op basis van risico.....	23
3.5	Twee pilots	24
4	Ervaringen met toezicht op netwerken.....	26
4.1	Uitnodigen van gesprekspartners	26
4.2	Vorbereiding op het bezoek	27
4.3	Werkvorm van de gesprekken.....	28
4.4	Bespreken randvoorwaarden	29
4.5	Gebruik van data tijdens inspectiebezoek	29
4.6	Wijze van beoordelen.....	30
4.7	Rapportages	31
4.8	Vervolginterventie.....	33
4.9	Rol inspectie	33
4.10	Conclusie	36
5	Strategiebepaling	39
5.1	Het maken van een flexibel toezichtobject.....	39

5.2	Rekening houden met performatieve effecten.....	41
5.3	Reflexief toezicht.....	42
5.4	Balans zoeken tussen agenderen en stimuleren en handhaving.....	43
5.5	Themagestuurd toezicht.....	44
5.6	Toezicht op netwerken vergt een 'netwerkbenadering'.....	45
5.7	De adressanten: wie zitten aan tafel?.....	46
5.8	Gebruik data voor meerdere functies.....	47
5.9	Formatief beoordelen.....	48
5.10	Samenwerken en sparren met adressanten.....	49
5.11	Helderheid rol van inspectie versterken.....	50
5.12	Conclusie.....	51
	Referenties.....	52
	Bijlage 1: Begrippenkader.....	56
	Bijlage 2: Onderzoeksvragen uit projectvoorstel.....	57
	Bijlage 3: KLOES, local system reviews.....	58



1 Achtergrond, onderzoeksdoel en methode

Zorg voor mensen¹ in kwetsbare situaties wordt steeds meer geleverd in persoonsgerichte zorgnetwerken. Hun zorg- en hulpvraag is meervoudig en betreft verschillende medische sectoren, het sociaal domein en de informele zorgbieders. De betrokken zorgverleners werken interprofessioneel² samen bij het opstellen en uitvoeren van een plan van aanpak voor de cliënt. De IGJ is daarom enkele jaren geleden begonnen met het ontwikkelen van toezicht op de netwerkzorg rondom thuiswonende kwetsbare ouderen, mensen met chronisch psychische aandoeningen en ernstig zieke kinderen [IGJ 2017; IGJ 2018]. In deze projecten lag de focus op de directe patiëntenzorg (microniveau), maar ondertussen wordt gewerkt aan het toezicht op de samenwerkende organisaties (mesoniveau) [IGJ 2019].

Het doel van het toezicht op mesoniveau is toezien op gepaste samenwerking en de benodigde randvoorwaarden voor de uitvoering op microniveau, zodat de toegang, kwaliteit en veiligheid van de zorg in de persoonsgerichte zorgnetwerken in interactie tussen de netwerkpartners kan worden geoptimaliseerd. Als alleen het microniveau toezicht kent dan blijven de eventuele problemen op mesoniveau van het netwerk onderbelicht, terwijl deze wel van invloed zijn op de directe zorg. De samenwerking tussen organisaties wordt decentraal – regionaal of lokaal – georganiseerd door de betrokken partijen. Deze regionale samenwerking wordt gezien als een reactie op de tekortkomingen van centrale bureaucratieën en concurrerende markten [Bevir 2020]. Dit nieuwe zorgmodel vraagt reflectie op het toezicht vanuit de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), omdat haar toezicht van oudsher is gericht op de individuele zorgaanbieders.

Vanuit de Academische Werkplaats Toezicht (AWT) is aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, Erasmus School of Health Policy en Management (ESHPM) en de Radboudumc, IQ healthcare, de opdracht verstrekt het inspectietoezicht op het mesoniveau van deze persoonsgerichte zorgnetwerken verder uit te werken voor thuiswonende kwetsbare ouderen en mensen met chronische psychische aandoeningen. Het doel van het onderzoek is het aanleveren van bouwstenen voor toezichtstrategieën, die bijdragen aan het ontwikkelen en borgen van een goede samenwerking tussen de diverse organisaties betrokken bij de persoonsgerichte zorgnetwerken. Daarvoor zijn de volgende vier stappen gezet (zie ook Bijlage 2):

1. Het verkennen van het functioneren van de samenwerkende organisaties (mesoniveau), waarmee zicht wordt verkregen op de taken en verantwoordelijkheden), de betrokken organisaties (adressanten), en waar mogelijke risico's voor de patiënt/cliënt liggen.
2. Het verkennen van het huidige toezicht van de IGJ op persoonsgerichte zorgnetwerken.
3. Het ophalen van de eerste ervaringen met het toezicht van IGJ op het mesoniveau van persoonsgerichte zorgnetwerken.
4. Het ontwerpen van strategische bouwstenen voor het toezicht op het mesoniveau van persoonsgerichte zorgnetwerken, waarbij gebruik wordt gemaakt van de empirische resultaten uit beide verkenningen en de opgehaalde ervaringen.

Box 1 geeft een overzicht van de gehanteerde methode bij het realiseren van deze stappen.

¹ In het rapport wordt gesproken over mensen, patiënten en cliënten al naar gelang de beschreven zorg.

² Bijlage 1 bevat een begrippenkader.

Box 1: Onderzoeksmethode

De methodiek van actieonderzoek is gehanteerd. De onderzoekers zijn samen met de IGJ op zoek gegaan naar een geschikte werkwijze voor het realiseren van de doelstelling. Telkens zijn de vervolgstappen genomen op basis van al opgehaalde kennis.

In de periode december 2019 tot en met september 2021 zijn gesprekken gevoerd met de stakeholders:

- a. Interviews met ervaringsdeskundigen met het persoonsgerichte netwerktoezicht op microniveau (*inspectees*, aangevuld met cliëntvertegenwoordigers, n=14 en IGJ, n=3).
- b. Interviews met samenwerkende organisaties uit twee verschillende regio's (n=24); potentiële *inspectees*.
- c. Interviews met internationale gezondheidstoezichthouders (n=5); Engeland, Schotland en Noorwegen.
- d. Twee focusgroepen met de potentiële *inspectees* uit de twee regio's gericht op (1) kwetsbare ouderen, n=5 en (2) ambulante ggz, n=10; en een focusgroep met wetenschappelijk experts, n=14. Met deze drie focusgroepen zijn de resultaten getoetst die met bovenstaande activiteiten (a, b en c) zijn opgehaald.
- e. Interviews met 15 personen van 10 landelijke partijen (patiëntorganisaties, koepels van betrokken beroepsverenigingen en organisaties, kennisinstututen, Zorginstituut Nederland)³ om de resultaten te checken en aan te vullen.

Vanaf begin 2021 is gestart met de evaluatie van twee pilotprojecten met de nieuwe IGJ-werkwijze met het oog op het ontwikkelen van de bouwstenen. Het betrof (1) 'Toezicht op samenwerkende zorgaanbieders' gericht op kwetsbare ouderen en (2) het 'Toezicht op de aanpak van de wachttijden' in de ggz, waarbij IGJ themagericht aan de slag is gegaan en er samen is opgetrokken met de NZa (de financiële toezichthouder). De besprekingen zijn geobserveerd en achteraf zijn *inspectees* (n=11) geïnterviewd. De resultaten zijn besproken met de toezichthouders.

Het onderzoeksteam heeft de resultaten bediscussieerd en gerapporteerd, waarbij de wetenschappelijke literatuur en relevante rapporten zijn geraadpleegd. Deze rapportages zijn besproken met IGJ-medewerkers vanuit de begeleidingsgroep en tweemaal voorgelegd aan het IGJ team dat zich bezighoudt met het toezicht op zorgnetwerken. Aan het eind van het project is een *invitational conference* georganiseerd voor cliënt- en patiëntvertegenwoordigers, professionals, managers, bestuurders, inspecteurs en experts om de bouwstenen te presenteren en te bediscussiëren (55 deelnemers). De opgedane kennis uit de *invitational* is verwerkt in deze rapportage. Tot slot is het eindrapport besproken met de begeleidingsgroep vanuit de IGJ en een groep van wetenschappers (werkzaam bij ESHPM, EUR, 6 deelnemers) die veel ervaring hebben met onderzoek naar het werk van de inspectie.

Het onderzoek draagt bij aan de (inter)nationale zoektocht naar kenmerken van optimaal functioneren van zorgnetwerken op het mesoniveau en de wijze waarop daar toezicht op kan worden gehouden.

³ Nederlandse Patiëntenfederatie, MIND, InEen, NHG, VNenN, dNggz, Actiz, Vilans, Movisie en ZiN.

2 Kenmerken van de samenwerkingsplatforms

In 2019 kende Nederland 182 zorgnetwerken integrale ouderenzorg [De Bruin et al. 2020]. Vergelijkbare cijfers voor de ggz zijn niet bekend, maar deze netwerken lijken iets grotere regio's te bestrijken. De kenmerken van functioneren zijn met de verschillende betrokken partijen (micro-, meso- en macroniveau, zie Methode) besproken aan de hand van de volgende onderwerpen⁴:

1. Organisatorische totstandkoming: betrokken organisaties en de regioafbakening;
2. Gezamenlijke visie en realisatie van ambities met aandacht voor de tegengestelde belangen en uitwerking strategie (ook richting politieke agenda);
3. Mate van formalisatie;
4. Huidige werkwijze: projectmatig werken, leiderschap, elkaar kennen en vertrouwen;
5. Struikelblokken: financiering, capaciteit en ict;
6. Kwaliteitsbeleid en interne reflectie op doel en activiteiten

De resultaten van de gesprekken worden hieronder per onderwerp besproken, waarbij aandacht wordt gegeven aan de sterke en zwakkere punten van het huidige functioneren. Vervolgens wordt in een aparte paragraaf expliciet ingegaan op de samenhang van het functioneren van persoonsgerichte zorgnetwerken op micro-, meso- en macroniveau. In de afsluitende paragraaf worden de conclusies op een rij gezet.

2.1 Organisatorische totstandkoming van regionale samenwerkingsplatforms

De samenwerking tussen de organisaties die betrokken zijn bij de persoonsgerichte zorgnetwerken laten zich kenschetsen als samenwerkingsplatforms, zie Box 2. Regionale samenwerkingsplatforms komen organisch tot stand vanuit gezamenlijke innovatieve projecten. Gezocht wordt naar onderlinge afstemming over taken, rollen, verantwoordelijkheden en financiën. Vanuit de projecten en de historie dienen zich voor de diverse overlegtafels binnen het platform kartrekkers aan met een hoge gunfactor. Dit zijn meestal de kernspelers. De kernspelers vergroten de slagkracht, maar zij kunnen beperkend zijn voor het zicht op bepaalde onderwerpen en/of doelgroepen. De kleinere organisaties aan een overlegtafel laten zich vertegenwoordigen. Dit betekent in de praktijk dat vooral de grotere organisaties deelnemen; zij hebben meer middelen (financieel, capaciteit, kennis) om in samenwerking te kunnen investeren.

[Kleine organisaties] daarvan hebben we gezegd: die nodigen we wel uit in de producten die we creëren, (..) maar ze zitten niet aan tafel bij het bestuurlijk overleg of bij de stuurgroep. Vaak hebben ze niet de mankracht daarvoor, eerlijk is eerlijk. En heel soms meldt zich een kleinere partij, mag ik nou niet meedoen met het bestuurlijk overleg? Ja, je bent gewoon te klein. En dan wordt het gewoon te druk.

Alleen huisartsen werken vanuit een duidelijke regionale, georganiseerde vertegenwoordiging. Weinig is bekend over de effectiviteit van de “doorvertaling” van de afspraken naar de achterban; doen bijvoorbeeld alle huisartsen mee? Daarnaast zijn er kleinere organisaties (vaak betreft dit de

⁴ De onderwerpen zijn gebaseerd op literatuur [IGJ 2017, D'Amour et al., 2008; Minkman, 2012; Valentijn et al., 2015; Van Rensburg et al., 2016] en de gevoerde gesprekken.

ggz of het sociaal domein) die geen duidelijke regionale vertegenwoordiging kennen en niet vertegenwoordigd zijn aan de overlegtafels.

Box 2: Mesoniveau van persoonsgerichte zorgnetwerken: regionale samenwerkingsplatforms

In Nederland zoeken organisaties betrokken bij (meerdere) persoonsgerichte zorgnetwerken elkaar vooral regionaal op via wat wel een samenwerkingsplatform wordt genoemd (Ansell et al. 2018). Zo'n platform bestaat uit verschillende overlegtafels op regionaal of lokaal (wijk, gemeente) niveau. Op deze tafels wordt in diverse samenstellingen de gewenste zorg geagendeerd (o.a. innovatieve projecten) en gewerkt aan de randvoorwaarden bij de uitvoering. Het doel van een samenwerkingsplatform is het verbeteren van persoonsgerichte zorg door via kortere lijnen betere onderlinge afspraken te maken, krachten te bundelen en versnippering tegen te gaan.

In de huidige situatie kennen we in een regio meerdere samenwerkingsinitiatieven of -platforms. Zo zien we een samenwerkingsplatform rondom de zorg voor kwetsbare ouderen, waarbij de kernspelers afkomstig zijn van de regionale huisartsenorganisaties en de (veelal) grote instellingen uit de VVT-sector (verpleging, verzorging en thuiszorg), soms aangevuld met het sociaal domein en/of het ziekenhuis. Daarnaast kan een regionaal samenwerkingsplatform bestaan voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz), waar de grotere ggz partijen met de huisartsen de kernspelers vormen. De andere zorg- en hulpverleners (o.a. apotheek, paramedische zorg) en vertegenwoordiging vanuit de gemeenten (uitvoering Wmo) en/of de zorgverzekeraars (uitvoering Zvw en Wlz) sluiten afhankelijk van de agenda direct aan of men maakt daarmee afspraken op een later tijdstip. De partijen aan de diverse overlegtafels kennen dus een wisselende samenstelling afhankelijk van de agenda, waarbij wel duidelijk een binnenste en een buitenste schil valt te onderscheiden.

Het afbakenen van een regio of adherentiegebied is lastig, vanwege de bestaande regionale afspraken van de verschillende betrokken organisaties met elk "eigen" regiogrenzen. Het adherentiegebied kan bovendien per individuele zorgvraag verschillen. Volgens veel geïnterviewden is het definiëren van een vast adherentiegebied daardoor bijna onmogelijk. Ook wordt door sommigen de noodzaak betwist; het is voor de benodigde zorg belangrijker dat de partners elkaar kennen. Overigens zien we binnen ggz iets meer de wens om tot regionale afbakening te komen dan bij de zorg voor kwetsbare ouderen. Binnen de ggz wordt dan bijvoorbeeld gedacht aan aansluiting bij de veiligheidsregio's en voor de kwetsbare ouderen wordt nogal eens aansluiting gezocht bij de regionale huisartsenorganisatie. Diversiteit in regionalisering (zie Schuurmans *et al.* 2020) wordt in het buitenland eveneens waargenomen, maar deze lijkt in Nederland iets sterker aan de orde te zijn. In de praktijk wordt op mesoniveau weinig energie gestoken in het afbakenen van de regio, omdat (a) de diverse betrokken organisaties elk andere regio's bedienen en (b) voor de benodigde zorg het vooral van belang is dat de partners (ook buiten regiogrenzen om) elkaar kennen.

2.2 Gezamenlijke visie en realisatie van ambities

Globale omschrijvingen als "de mens als vertrekpunt", "de juiste zorg op de juiste plek" en "interprofessionele samenwerking" worden als gezamenlijke visie gehanteerd. Aangegeven wordt dat dit voldoende is, omdat er in de projecten concretere doelstellingen geformuleerd. Daarop vindt toetsing plaats. Echter, in de praktijk van zorgnetwerken, waarin er intensief wordt samengewerkt

brengt een globale visie partijen niet alleen bij elkaar maar kan tot onderlinge spanning leiden door tegenstrijdigheden en interpretatieverschillen in de uitvoering. Daarbij speelt dat niet alle partijen even sterk de urgentie voelen om aan de slag gaan – een nationaal opererende of regio-overstijgende aanbieder heeft niet altijd de behoefte om actief te zijn in elk regionaal samenwerkingsverband – of zich evenveel verantwoordelijk voelen een bepaalde opgave of probleem aan te pakken.

Expliciete discussies over de tegengestelde belangen worden naar eigen zeggen weinig gevoerd, terwijl deze de uitvoering en de borging in de weg kunnen staan. Als bij het uitwerken van de doelen de tegengestelde belangen bloot komen te liggen dan is het zaak om deze te bespreken en hier oplossingen voor te zoeken, voordat het project wordt gestart.

Ik denk dat er nog veel werk te verzetten is als het gaat om belangen. Als je een heel sterk netwerk wil bouwen, moet je natuurlijk allereerst dezelfde ambities delen, maar dan moeten ook echt die belangen op tafel komen.

Bij de gemeente speelt nog dat politieke afspraken bepalend zijn voor de ambitie; verschillen in ambitie per gemeente maken regionale afspraken soms lastig. Daarmee ligt de nadruk meer op de korte termijn dan de langere termijn ambities.

Mogelijk kunnen er bij de samenwerkingsafspraken meer concrete doelen worden geformuleerd. De discussie over de wijze van realisatie kan het gesprek goed op gang brengen en een bodem vormen voor de samenwerking. In een gesprek over kansen en bedreigingen kunnen de diverse belangen duidelijk worden. Verschillende partijen hebben gewezen op het gevaar dat de bal anders in het midden blijft liggen; het nemen van verantwoordelijkheid blijft uit. Beslissingen blijven dan hangen.

2.3 Mate van formalisatie

Enig wantrouwen wordt door de geïnterviewden geuit ten aanzien van het vastleggen van nieuwe structuren voor de samenwerkende organisaties. Men vreest bureaucratie en de fundamentele vraag wordt gesteld of structureren en formaliseren daadwerkelijk bijdraagt aan het functioneren.

Toch wordt een beperkte vorm van formalisatie her en der wel nagestreefd. Te denken valt aan het aanstellen van een coördinator en een beperkte ondersteunende staf ter voorbereiding op een overleg. Deze coördinatie is bedoeld om overzicht te houden over de diverse overlegtafels en de verschillende landelijke en regionale lopende programma's en kennisnetwerken op relevante thema's zoals dementie en palliatieve zorg.

[Een organisatie] had de taak op zich genomen een inventarisatie te maken van alle lopende projecten, en was geschrokken. Het waren er een heleboel, en veel waar ze ook helemaal niet mee bekend waren. Ook hadden heel veel projecten gemakkelijk samen opgepakt kunnen worden, dan was het veel doelmatiger geweest. Er is nu niemand die dit overzicht heeft.

Het is zoeken naar een goed evenwicht tussen enerzijds het vermijden van bureaucratie (toevoegen van institutionele laag) en anderzijds de behoefte aan meer overzicht c.q. structuur en mogelijk het kunnen realiseren van doorzettingsmacht. Her en der worden wel convenanten gesloten. De wijze van formalisatie is mede gerelateerd aan de inrichting van ons zorgstelsel, zie Box 3.

Box 3: Mate van formalisatie in vergelijking met een aantal omringende landen

Het zorgstelsel in Nederland wordt geregeld met 4 stelselwetten: de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet. De zorg kent publieke en private uitvoerders, waarbij de laatste veelal opereren in een context van concurrentie. Dit verschilt van een aantal landen om ons heen. Engeland en Schotland beschikken bijvoorbeeld over een publiek stelsel waardoor het makkelijker is om formele *integration authorities* (zie de Schotse Health en Social Care Partnerships) of andere duurzame en geordende vormen van samenwerking op te richten dan in Nederland. De Schotse regionale *integration authorities* hebben bijvoorbeeld doorzettingsmacht en krijgen taken opgelegd door de gezamenlijke nationale *Public Bodies*, zoals de gezamenlijk planning en levering van *health and social care services*, het verbeteren van de 'National Health and Wellbeing Outcomes' en de verplichting daarover jaarlijks te rapporteren (The Scottish Government, 2015). Publieke systemen hebben meer mogelijkheden om voor 'netwerkgang' een *integrated care system* op te zetten, zodat de regionale samenwerking meer geïnstitutionaliseerd en gestructureerd is dan in het Nederlandse stelsel. Daarbij past wel de kanttekening dat in die landen bij de ontwikkeling van *integrated care systems* de onderliggende institutionele kaders in stand blijven. Het voegt dus eerder een extra institutionele laag toe aan het bestaande stelsel, dan dat het leidt tot een daadwerkelijke integratie naar één systeem, waardoor onderliggende spanningen vanwege schotten niet worden opgeheven.

2.4 Huidige werkwijze

We zien een diversiteit in de activiteiten van de samenwerkingsplatforms (samenwerkingsafspraken, initiatieven en lopende projecten) die enerzijds het gevolg lijkt van de ontwikkelingsfase waarin men zich bevindt en anderzijds wordt ingegeven door de samenstelling van de partners aan de overlegtafel. Het projectmatig werken sluit aan bij het dynamische karakter van netwerkgang, waarin vraag-gestuurd wordt gewerkt. Dit betekent dat er goed zicht moet zijn op de heersende problematiek en behoeften van patiënten/cliënten; dus de essentiële onderwerpen en doelgroepen moeten onder de aandacht zijn. Dat is geen eenvoudige opgave. Hierbij komt nog eens dat voor bepaalde patiënten/cliënten geldt dat zij in de loop van de tijd "onder" een ander zorgnetwerk kunnen vallen of zelfs "onder" meerdere zorgnetwerken, waardoor een nieuw afstemmingsprobleem zich aandient. Daarnaast brengt het projectmatig werken veel onzekerheid met zich mee over de borging na afloop van het project.

Het tonen van leiderschap wordt door de geïnterviewden gezien als een belangrijke activiteit van zowel een samenwerkingsplatform als de afzonderlijke overlegtafels. Daarmee worden doelen verhelderd, kan gewerkt worden aan vertrouwen en open communicatie ten behoeve van het realiseren van de ambities. Leiderschap wordt daarbij omschreven als stimulerend zijn, mensen kunnen aanmoedigen, positief, inspirerend, realistisch en doortastend zijn. Het tonen van leiderschap komt tot uiting als het nodig is richting geven te geven aan cultuurverschillen of bij escalatie. Leiderschap wordt verwacht van de kernspelers, maar ook van de afzonderlijke organisaties.

Uiteraard kan het zo zijn dat bepaalde organisaties historisch gezien al meer deze kartrekkers rol vervullen. Deze organisaties of personen hebben een goede positie in de regio en zullen wellicht iets

meer initiatief tonen en een hoge gunfactor hebben. Maar het gaat er uiteindelijk om dat alle betrokken organisaties leiderschap tonen en zich inzetten voor persoonsgerichte zorg. Daarbij hebben afgevaardigden aan de overlegtafels een duidelijke brugfunctie naar de 'eigen' organisatie. Zo kan het verandermanagement dat gepaard gaat met het opzetten en uitvoeren van persoonsgerichte zorgnetwerken verder gestalte krijgen o.a. in de vorm van benodigde gezamenlijke deskundigheidsbevordering (bijvoorbeeld 'bij elkaar in de keuken kijken'). Deze beoogde vorm van leiderschap laat zich omschrijven als collectief leiderschap, waaraan alle betrokken organisaties uitvoering geven. In de praktijk kan dit betekenen dat belangen vanuit de "eigen" organisatie wat opzij moeten worden geschoven om verantwoordelijkheid te kunnen nemen voor het netwerk. Gedacht wordt dat het nemen van leiderschap meer vruchten kan afwerpen dan het werken aan structuren (formalisatie).

Het dag-tot-dag management is in de betrokken organisaties zelf belegd. Maar voor de gezamenlijke activiteiten is het nodig afspraken te maken over de verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Het gevaar is immers dat de bal in het midden blijft liggen. Dit vraagt om onderlinge afstemming over taken, rollen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Het opstellen van heldere afspraken over de besluitvorming en mandaat maakt daar onderdeel van uit. Een punt van aandacht daarbij is dat sommige partijen meerdere rollen vervullen. Van de financiers (zorgverzekeraar en gemeente) is bijvoorbeeld bekend dat soms een beroep gedaan op hun inhoudelijke of juridische kennis. Of, de gemeente is zowel financier als toezichthouder en kan tevens een rol vervullen als aanbieder in het sociaal domein of als regisseur van de samenwerking in de regio.

Voor het functioneren van de samenwerkingsplatforms wordt bijna unaniem gewezen op het belang van elkaar kennen en vertrouwen. Aangegeven wordt dat dit noodzakelijk is voor zowel het leggen van de basis als de gewenste wendbaarheid in de uitvoering van de visie.

Als er geen klik is tussen mensen, als er geen vertrouwen is tussen mensen, dan kom je geen meter verder (in de samenwerking).

Elkaar kennen wordt gezien als een essentieel onderdeel van het "netwerken", waarbij wordt aangegeven dat netwerken meer is dan elkaar een keer bellen.

Wat we ervoor over hebben, om te netwerken, is meer dan alleen bellen of mailen. We moeten écht investeren in relaties met elkaar en hetzelfde plaatje maken.

Netwerken is het delen van ambities en het gezamenlijk nagaan hoe deze gerealiseerd kunnen worden. Tussen de diverse organisaties wordt op persoonsniveau verbinding gezocht; nieuwsgierig naar elkaar zijn en elkaars taal leren verstaan. Dit verloopt stapsgewijs en kost tijd, maar kan mogelijk bijdragen aan het terugdringen van de vergadercultuur. Vanuit het elkaar kennen en samen optrekken in projecten kan het vertrouwen gaan ontstaan, dat ten goede kan komen aan de uitvoering en het in gang zetten van vervolgvactiteiten. Daarbij wordt aangegeven dat door snel wisselend personeel (marktwerking en/of strategisch beleid) het lastig kan zijn om de verbinding goed te behouden. Ook wordt aandacht gevraagd voor het feit dat vertrouwen lastig is in een omgeving waarin van organisaties wordt verwacht dat zij elkaar beconcurreren.

[Concurrentie] is voor de netwerkontwikkeling natuurlijk gewoon slecht. Dus het is voortdurend laveren om vertrouwen te winnen en relaties te bouwen.

De gemaakte afspraken worden ingebracht in de betrokken organisaties. De verbinding tussen de overlegtafel en de eigen organisaties moet dus goed gelegd worden. Vanuit gesprekken met de zorgverleners wordt aangegeven, dat dit niet altijd goed doorkomt. Het leggen van de verbinding vraagt om tweerichtingsverkeer: van overlegtafels naar organisatie en vice versa. Actie moet in gang kunnen worden gezet en plannen moeten worden gesmeed op basis van realistische uitgangspunten. Daarmee kan het sectorale dag-tot-dag management worden verbonden met de gewenste activiteiten vanuit de samenwerkingsplatforms.

Ter ondersteuning van de uitvoering kan aan de overlegtafels worden gewerkt aan het beschikbaar stellen van tools en informatie. Zo worden er bijvoorbeeld stappen ondernomen om de beschikbare elektronische patiëntendossiers (deels) aan elkaar te koppelen. Cruciaal in deze discussie is welke informatie voor wie is noodzakelijk en welke informatie zeker niet moet worden gedeeld niet gedeeld (autorisatievraagstuk). Uiteraard is daarbij de inzet van landelijke partijen noodzakelijk. Maar in het algemeen geldt dat voor ondersteunende tools nog weinig aandacht bestaat in deze beginfase. Wel wordt gebruik gemaakt van de handreikingen die de landelijke partijen hebben opgesteld over de zorgprogramma's zelf (inclusief de noodzakelijke randvoorwaarden) en bijvoorbeeld het regelen van vertegenwoordiging aan de overlegtafel (met name vanuit de huisartsen en de wijkverpleging i.o).

2.5 Financiering en capaciteit

De financiering van de persoonsgerichte zorgnetwerken is uitdagend. Afspraken over het betalen van de extra activiteiten, zoals het MDO (multidisciplinair overleg) voor kwetsbare ouderen, zijn in onderhandeling. Veel innovatieve activiteiten worden uitgevoerd in het kader van een project, waarbij het onduidelijk is hoe de financiering doorgang kan vinden na afloop van het project. Er wordt hier en daar gepleit voor een meer structurele, domein overstijgende financiering of een eigen betaaltitel waarin het overleg is opgenomen. Hierbij wordt een beroep gedaan op de landelijke partijen die daar mee aan de slag zijn.

Juist in de ouderenzorg worden er financiële kaders gemaakt die maken dat je meer of minder kan, dat je meer kan experimenteren of dat je makkelijker kan samenwerken of niet, dus het is altijd die professionele deskundigheid versus [rendabele] financiering, daar zit dan een spanningsveld. Daar ligt nog wel een uitdaging.'

Naast de financiering wordt het functioneren beïnvloed door een capaciteitsgebrek in sommige sectoren. Daarbij wordt vooral gekeken naar verpleegkundigen, psychologen en psychiaters. Door landelijke beroepsverenigingen wordt geopperd in de regio te werken aan een meer evenwichtige capaciteitsverdeling. Maar soms zal dit betekenen dat er over de regiogrenzen heen naar capaciteit moet worden gezocht. Concrete uitwerkingen daarvan zijn door ons nog niet gesignaleerd. Ook hier geldt weer dat dan de belangen van de verschillende organisaties uitgesproken moeten worden, zodat ook "de krenten uit de pap" eerlijk verdeeld worden. Dergelijke maatregelen kunnen de gewenste aantrekkelijkheid van bepaalde beroepen bevorderen.

2.6 Kwaliteitsbeleid

Er is (nog) weinig aandacht voor het eigen kwaliteitsbeleid binnen het netwerk. De eerste gedachten hierover bij de ondervraagden zijn dat een mix van kwantitatieve en kwalitatieve informatie over de uitvoering kan bijdragen aan het kwaliteitsbeleid, waarbij wordt aangesloten bij beschikbare

bronnen. Op dit moment zijn er nauwelijks data beschikbaar voor het samenstellen van betekenisvolle landelijke benchmarks voor persoonsgerichte zorgnetwerken. Sommige partijen vinden dit wel passend bij een volwassen organisatie; anderen vrezen de afvinkcultuur. De ondervraagde landelijke partijen beschikken wel over narratieve verhalen voor het signaleren van knelpunten. Deze worden echter niet structureel gedeeld en besproken; hetzelfde geldt voor de beschikbare kwaliteitsinformatie over individuele zorgaanbieders.

Voor een regionale knelpunten- en behoefteanalyse wordt soms nog wel gebruik gemaakt van de regiobeelden die beschikbaar worden gesteld door o.a. de zorgverzekeraars, InEen en VWS. In deze regiobeelden worden (trends in) de regionale bevolkingsopbouw, het zorggebruik en -aanbod beschreven. In de praktijk blijkt het moeilijk om voldoende betekenis aan de opgehaalde data te geven. Regiobeelden zouden wel zicht geven op leveringsproblemen; lastiger is om op basis daarvan inzage te krijgen in de zorgvraag. Daarnaast ervaren betrokkenen nog allerlei belemmeringen om op basis van een regiobeeld gezamenlijk de regionale opgaven te formuleren en tot afspraken en acties te komen [Blokzijl et al. 2020].

2.7 Interne reflectie op doelen en activiteiten

Structurele interne reflectie op de doelen en activiteiten van het samenwerkingsplatform zelf lijkt niet aan bod te komen. De reflectie kan gericht zijn op de eigen gestelde opdracht, maar het verdient aanbeveling ook daarbuiten te kijken. Vragen die gesteld kunnen worden betreffen de onderwerpen die worden opgepakt en de partijen die worden uitgenodigd bij het zoeken naar en uitvoering geven aan oplossingen. Dit vraagt dus eveneens een aanscherping van de huidige doelstelling en ambitie. Alleen als deze concreter wordt kan worden nagegaan welke aanvullingen mogelijk nog nodig zijn. Een onderwerp van reflectie kan de gewenste hoeveelheid regionale samenwerkingsplatforms zijn. Het is niet ondenkbaar dat in de toekomst de diverse regionale samenwerkingsplatforms in elkaar op gaan. Is dit wenselijk? Welke stappen zijn daarvoor nodig? In Box 4 staan de mogelijke discussiepunten voor interne reflectie op een rij.

Box 4 Discussiepunten voor interne reflectie op mesoniveau

1. Gezamenlijke visie en realisatie van ambities
2. Benodigde mate van regionale formalisatie
3. Afstemming taken en verantwoordelijkheden
4. Keuze van opgepakte initiatieven en projecten
5. Keuze van betrokken partijen (zorgaanbieders, patiënten/cliëntenvertegenwoordigers)
6. Leiderschap
7. Elkaar kennen en vertrouwen
8. Verbinding van de activiteiten met de "eigen" organisatie en de directe patiënt/cliëntzorg
9. Verbinding van activiteiten met de landelijke ontwikkelingen
10. Realisatie van de randvoorwaarden o.a. ict, financiering en capaciteit

Daarnaast zijn er veelal geen overlegstructuren waar bovengenoemde discussiepunten kritisch bevraagd kunnen worden, zoals die wel bestaan voor individuele zorgaanbieders (cliëntenraden of raden van toezicht).

2.8 Samenhang micro, meso en macroniveau

Hoewel het van belang is dat de drie verschillende niveaus (micro-meso-macro, zie Box 5) zoveel mogelijk op elkaar zijn afgestemd, zal door het gelaagde en complexe karakter van de problematiek vaak frictie ontstaan. Het gaat er dan om hoe met die frictie op de verschillende niveaus wordt omgegaan.

Box 5: Samenhang tussen micro-, meso- en macroniveau bij het functioneren van persoonsgerichte zorgnetwerken

De directe patiëntenzorg (microniveau) van persoonsgerichte zorgnetwerken wordt medebepaald door de faciliteiten die geboden worden op het mesoniveau en door maatschappelijke, politieke en juridische afspraken op macroniveau. De definities op een rij:

- Het microniveau betreft de netwerkzorg uitgevoerd door diverse formele en informele zorgverleners rondom een individuele zorggebruiker.
- Het mesoniveau bestaat uit al dan niet geformaliseerde samenwerkingsverbanden of geheel van netwerkpartners (aanbieders, gemeenten* en mogelijk de zorgverzekeraar) die de (rand)voorwaarden (kunnen) scheppen voor het goed functioneren van de zorgnetwerken op microniveau.
- Het macroniveau betreft landelijke partijen die betrokken zijn bij de beleidsvorming en wet- en regelgeving. Op dit niveau worden de wettelijke, financiële of beleidskaders gevormd waarmee het functioneren op mesoniveau en microniveau deels wordt bepaald.

*Op het mesoniveau beschouwen we dus ook gemeenten als een partner in het netwerk (als aanbieder van diensten, als inkoper van diensten, als regisseur van het netwerk en/of toezichthouder op het sociaal domein). We zien gemeenten niet als een onderdeel van het macroniveau. Tot het laatste kunnen wel de VNG, ministerie VWS (verantwoordelijk voor beleidskader waarin gemeenten functioneren) en de wetgever (verantwoordelijk voor wetten zoals de Wmo, Zvw e.d.) gerekend worden.

De institutionele omgeving (het macroniveau) is dus niet op maat gemaakt voor netwerkzorg en/of zorgnetwerken. Daarbij speelt hoeveel ruimte lokale en regionale actoren krijgen en nemen om gesitueerde oplossingen te maken, zodat uiteindelijk de zorggebruiker een passend aanbod van zorg en ondersteuning kan ontvangen. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) heeft al eerder geconstateerd dat de “organisatie, structuur en financiering van zorg en ondersteuning lang niet altijd toegesneden zijn op de meervoudige problemen waar mensen mee te maken hebben” [RVS 2017]. De benodigde samenwerking is lastig te vangen in vaste regels, structuren of ‘ketens’, omdat de zorgbehoeften per persoon verschillend zijn en het benodigde netwerk voor iedereen er anders uit kan zien. Het probleem van grenzen en schotten laat zich niet oplossen met nieuwe structuren of samenhangende modellen. Dat leidt weer tot nieuwe grenzen en schotten. “De oplossing ligt dan meer in het ondersteunen van cliënten en betrokken zorgverleners om met deze grenzen en schotten om te gaan” [RVS 2017]. De RVS ziet geen heil in stelselveranderingen; netwerken hebben enige experimenteerruimte nodig en moeten vooral gewoon aan de slag gaan. In de uitwerking zullen we wel rekenschap geven van de complexe institutionele omgeving waarin netwerkzorg tot stand moet komen. Overigens heerst de opvatting dat de indeling in niveaus (micro-meso-macro) voor integrale zorg wat kunstmatig is, omdat er geen inherente hiërarchische relatie is tussen de niveaus [Minkman 2020]. De niveaus zijn niet duidelijk afgebakend en wat bij welk niveau thuishoort kan weer schuiven.

2.9 Conclusie

De kracht van Nederlandse samenwerkingsplatforms is het flexibele en dynamische karakter, waarmee meters kunnen worden gemaakt. Huiver bestaat voor het creëren van een extra organisatie laag. Samenwerkingsafspraken zijn wel nodig (governance). Daarbij lijkt een globale omschrijving van de gezamenlijke visie voorbij te gaan aan een noodzakelijke discussie over mogelijk tegengestelde belangen. Deze discussie wordt nu gevoerd in de projecten die een concrete doelstelling hebben. Het voeren van een meer structurele discussie over de belangen die in het geding zijn, kan met name voor de langere termijnactiviteiten meer vruchten afwerpen. Met meer samenwerkingsafspraken kunnen kwetsbaarheden of risico's worden ingedamd, zoals de afhankelijkheid van enkele enthousiaste personen en het projectmatige werken (te weinig borging). Daarnaast wordt er nog weinig aandacht besteed aan het kwaliteitsbeleid en de interne reflectie. Mogelijk heeft dit te maken met de ontwikkelingsfase van de samenwerkingsplatforms – veelal net gestart. Maar interne reflectie kan bijdragen aan een goede doorstart. Het bewust organiseren van aandacht voor “witte vlekken” (doelgroepen en onderwerpen) past daar goed bij. Landelijke partijen (patiënt/cliënt organisaties, koepels van betrokken beroepsverenigingen en organisaties, kennisinstututen, Zorginstituut Nederland, VWS) kunnen hieraan bijdragen. Deze landelijke partijen stellen financiële -en capaciteitskaders en werken aan afspraken en mogelijkheden over het delen van patiëntdossiers. Het leggen van verbindingen naar zowel de eigen organisaties (en daarmee de directe patiënten/cliëntenzorg) als de landelijke partijen is dus van belang voor het goed kunnen functioneren van de samenwerkingsplatforms.



3 Toezicht in ontwikkeling

In dit hoofdstuk wordt een uitwerking gegeven van de ontwikkeling van het toezicht op persoonsgerichte netwerkzorg, waarbij een vergelijking wordt gemaakt met het toezicht in andere landen. Daarna wordt besproken wat voor onzekerheden het toezicht op netwerken met zich meebrengt.

3.1 Eerste stappen

De inspectie heeft eerst ervaring opgedaan met toezicht op de directe patiënten/cliëntenzorg in de persoonsgerichte zorgnetwerken (microniveau), zoals beschreven in de TESKO- en TAG-projecten die zich richten op respectievelijk kwetsbare ouderen en mensen met een chronisch psychische aandoening in de thuissituatie (<https://www.igj.nl/publicaties>). In deze projecten is zijdelings aandacht besteed aan de randvoorwaarden voor samenwerking, zoals de aanwezigheid van een gezamenlijke visie en regie in de samenwerking, het maken van afspraken de informatie-uitwisseling, de beschikbaarheid van voldoende tijd en middelen (o.a. voldoende personeel) voor samenwerking en mogelijkheden om knelpunten in de samenwerking op te lossen. Nu wordt door IGJ de stap gemaakt naar meer expliciet toezicht op mesoniveau (mesoniveau) van persoonsgerichte zorgnetwerken. Door dit verschil in focus is de verwachting dat andere aandachtspunten boven tafel komen of dat worden bepaalde punten verder worden uitgediept.

Het willen ontwerpen van toezicht op mesoniveau sluit aan bij eerdere ontwikkelingen binnen de inspectie en elders [De Kam, et al., 2020], die door Gilad [2010] is omschreven als een beweging naar steeds hogere lagen van toezicht. Gilad onderscheidt drie lagen van toezicht:

- Laag 1: gericht op productie en operaties; Zitten de bouten vast?
- Laag 2: gericht op compliance systemen; Worden de bouten gecontroleerd?
- Laag 3: gericht op zelf-evaluatie en verbetering; Is er zicht op risico's en bestaat er een adequate leercultuur?

Voortkomend uit deze discussie heeft de IGJ in de afgelopen decennia haar toezicht aangevuld door meer te gaan kijken of zorgaanbieders beschikken over een adequaat kwaliteitssysteem en of er sprake is van *good governance*. De gedachte is dat het toezicht op deze aspecten zich laat vertalen naar te behalen kwaliteitsdoelen op laag 1 en 2. In de praktijk is het toezicht op laag 1 en 2 echter niet verdwenen, maar gaat het eerder om een uitbreiding van het toezicht.

Toezicht op laag 3 heeft als doel een beweging in de gewenste richting te ontlokken. In dit kader wordt vanuit de IGJ gesproken over “agenderen en stimuleren”. Door de *inspectees*⁵ een spiegel voor te houden worden zij gestimuleerd te reflecteren op hun handelen en uitgenodigd waar nodig stappen te zetten voor verbetering. Het toezicht betreft dan veel meer het wel of niet acteren vanuit de reflectie; het in beweging zetten van de zorgorganisatie. Deze strategische keuze past volgens de IGJ bij het toezicht op zorgnetwerken [IGJ 2020b].

⁵ In dit rapport wordt gesproken over *inspectees*, waarmee bedoeld wordt op personen die vanuit hun zorgorganisatie betrokken zijn bij het toezicht van de inspectie.

Daarnaast wil de IGJ in haar toezicht op persoonsgerichte zorgnetwerken verkennen hoe er samen met andere toezichthouders kan worden opgetrokken. Bijzonder aan het Nederlandse toezicht op zorgnetwerken is dat er meerdere toezichthouders zijn betrokken, zoals de gemeenten en andere Rijksinspecties. In vergelijking met de onderzochte landen is in het huidige toezicht door de IGJ beperkte afstemming of samenwerking met de toezichthouders voor het sociaal domein (gemeenten). Uitzonderingen zijn de bijdrage die de IGJ levert binnen het toezicht van TSD en de recent ontwikkelde samenwerking met de NZa in het toezicht op de wachttijden in de ambulante ggz.

3.2 Internationale vergelijking

De IGJ onderhoudt contacten met inspecties uit naburige landen. De gezamenlijke kennis wordt onder andere gebruikt bij de uitwerking van het toezicht op het mesoniveau van persoonsgerichte zorgnetwerken. Internationaal wordt gesproken over *'integrated care'* en in Box 6 worden een aantal ervaringen beschreven, die door het onderzoekteam zijn opgehaald.

Box 6: Internationale ervaring met toezicht op mesoniveau van zorgnetwerken

In Schotland werken de nationale toezichthouders samen in een Joint Body in hun toezicht op *'integrated care'*. In de internationaal onderzochte lokale rapporten wordt al veel dieper ingegaan op de governance of het mesoniveau van lokale systemen dan in de IGJ-rapporten. De regionale rapporten van de Engelse CQC [2018b] en Schotse Joint Inspections [Care Inspectorate and Healthcare Improvement Scotland, 2017] geven niet alleen een uitgebreid inzicht in de mate waarin voorwaarden aanwezig zijn voor integrale zorg en ondersteuning, maar ook in het complexe krachtenveld waarin dat tot stand moet worden gebracht en de impact van de context waarbinnen de professionals hun werk moeten doen (werklast, training, mate van ondersteuning e.d.).⁶ Dat betekent niet dat elders het toezicht op netwerken gemakkelijker te organiseren en realiseren is. Engeland kent bijvoorbeeld weliswaar één inspectie, waardoor de CQC gemakkelijker toezicht kan houden op integrale zorg, maar de Engelse regelgeving is niet gericht op inspectie van integrale zorg maar op het beoordelen van individuele aanbieders. In het Engelse systeem wordt de toezichthouder (CQC) primair gefinancierd vanuit hun toezichtactiviteiten, waarbij aanbieders een "fee" betalen voor hun registratie en de inspectie van hun individuele activiteiten. Vanwege een bijzondere opdracht en financiering door het Departement was de CQC alsnog in staat om via een groot project 'local system reviews' uit te voeren [CQC, 2018a], maar de continuïteit van deze vorm van inspectie niet is geborgd.

Opvallend is dat in de uitwerking van het mesoniveau, de onderzochte buitenlandse toezichthouders veel sterker een systeembenadering hanteren dan de IGJ. In die systeembenadering is de koppeling met het sociaal domein en de financiering al gelegd en zijn er duidelijke gebiedsgrenzen over wie waarvoor verantwoordelijk is. Waarschijnlijk komt dit doordat in publieke systemen het zorgaanbod meer gestructureerd is dan in het Nederlandse hybride stelsel. Daarnaast wordt het toezicht primair vanuit landelijk beleid vormgegeven, waardoor er minder wettelijke belemmeringen zijn om de lokale autoriteiten als object van onderzoek mee te nemen. Weliswaar kent een land als Noorwegen een decentraal stelsel – met verschillende verantwoordelijkheden voor het zorgaanbod voor de

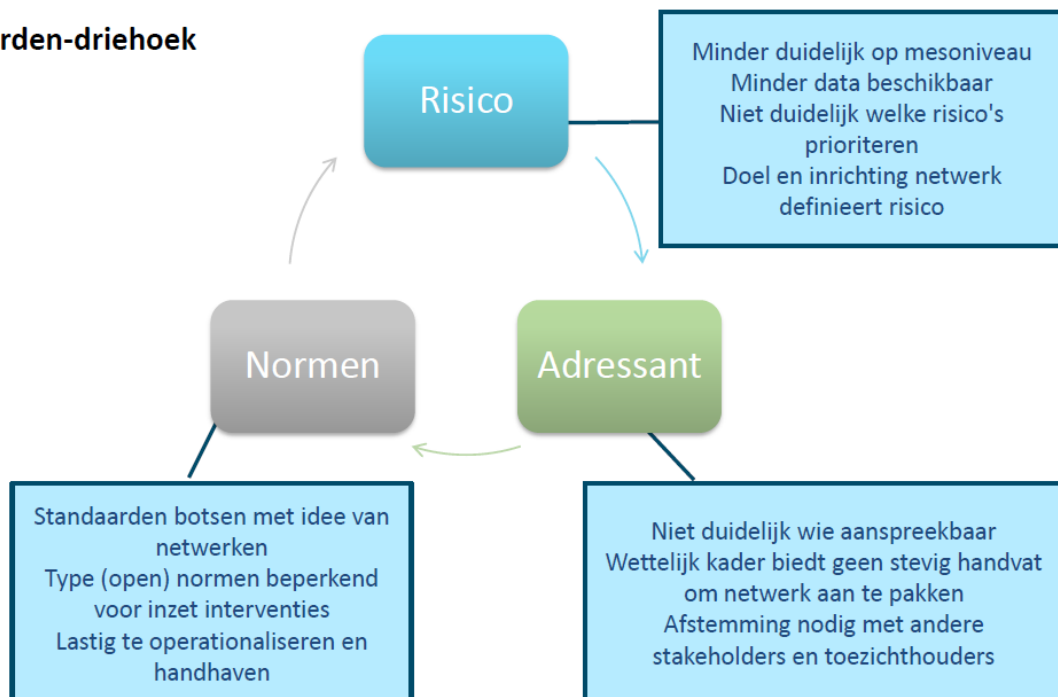
⁶ Hierbij past wel de kanttekening dat de teams waarmee de CQC dit soort local system reviews uitvoert aanzienlijk groter is dan de teams waarmee de inspectie het veld in gaat.

verschillende overheidslagen – maar is alle regulering van het toezicht in één wet verankerd. Het Noorse toezicht kent twee lagen die hiërarchisch met elkaar zijn verbonden, waardoor alsnog de verschillende sectoren die bijdragen aan integrale zorg in één inspectieactiviteit meegenomen kunnen worden.

3.3 Onzekerheid over risico, norm en adresant

Het toezicht op het mesoniveau van netwerken brengt onzekerheden met zich mee, die enerzijds worden veroorzaakt door de mate van ontwikkeling van het mesoniveau van persoonsgerichte zorgnetwerken in Nederland, maar anderzijds inherent zijn aan de gekozen werkvorm, het zorgnetwerk. Hierdoor kan minder goed worden voldaan aan de drie voorwaarden van effectief (nalevings)toezicht [Grit et al. 2016]. Ten eerste, risico's moeten kenbaar zijn en feitelijk zichtbaar worden gemaakt. Ten tweede wordt het handelen beoordeeld aan de hand van een duidelijke norm, zoals een wettelijk voorschrift of professionele richtlijn. Ten derde is het toezicht gericht op een rechtspersoon of adresant die aanspreekbaar is op de norm. Aan die voorwaarden kan niet worden voldaan worden in het toezicht op netwerken. Figuur 1 beschrijft de voorwaarden-driehoek voor effectief toezicht en benoemt de bedreigingen voor het toezicht op zorgnetwerken, waardoor er onzekere, minder goed beheersbare situaties kunnen ontstaan.

Voorwaarden-driehoek



Figuur 1: Voorwaarden-driehoek voor effectief toezicht en bedreigingen toezichtpraktijk

- *Onzekerheid over risico.* Wat de risico's zijn op het mesoniveau van zorgnetwerken is minder duidelijk dan op het microniveau. Welke randvoorwaarden moeten bijvoorbeeld op mesoniveau geregeld zijn om professionals in staat te stellen persoonsgerichte netwerkzorg te leveren of is het een probleem als bepaalde kleine zorgaanbieders niet meedoen? Voor een toezichthouder is het lastig om vooraf risico's te detecteren, omdat er landelijk weinig goede data beschikbaar zijn om niet goed functionerende netwerken op te sporen. Onzekerheid kan ontstaan over welke

risico's behoeven prioriteit: de veel voorkomende kleine risico's die bij grote groepen optreden of de meer zeldzame die een grote impact kunnen hebben bij zeer kleine groep? Of moet de inspectie kiezen voor de risico's of netwerken waarbij je als inspectie het grootste effect kan bereiken? Daarnaast kiest elk netwerk zijn eigen doelen en governance structuur, waardoor risico's zeer specifiek kunnen zijn. Of kan een zorgnetwerk worden aangesproken op een risico dat buiten de reikwijdte van de doelstelling van het netwerk ligt?

- *Onzekerheid over norm.* Er zijn geen vastgelegde, overeengekomen veldnormen voor samenwerking tussen organisaties in netwerken en er is geen uniforme manier van governance van netwerken. De literatuur (zie hoofdstuk 2) biedt wel raamwerken om meer grip te krijgen op wat een goede samenwerking is, maar daaruit zijn geen strikte of nationale standaarden af te leiden waarmee de kwaliteit van samenwerking binnen de regio eenvoudig getoetst kan worden. Een standaard of strikt normenkader voor het beoordelen van regionale samenwerking zou bovendien botsen met het idee van netwerken, waar flexibiliteit en beperkte formalisering vaak juist als kracht van het netwerk wordt gezien. Het veld bepleit daarom voor het hanteren van open normen waaronder verschillende vormen van samenwerking vallen. Open normen bieden minder aanknopingspunten voor interventies, omdat minder duidelijk is wanneer wel of niet aan de norm wordt voldaan.
- *Onzekerheid over adressant.* Bij netwerken is veelal minder duidelijk wie waarop aanspreekbaar is; er wordt vaak geen regiehouder of systeemverantwoordelijke aangewezen. Daarnaast bestaan er diverse regio-indelingen voor de verschillende sectoren en kent elke 'regio' een palet aan samenwerkingsinitiatieven. Wie kun je dan aanspreken op het geheel van zorg? Bovens [1990; 1998] typeert dit als het probleem van de vele handen, waarbij goede zorg een optelsom is van de deelhandelingen van allerlei afzonderlijke zorgaanbieders. Dit leidt tot een probleem van morele en juridische toerekenbaarheid. In een netwerk van zorg is er vaak geen entiteit (natuurlijke persoon of rechtspersoon) die voor de totale kwaliteit van zorg verantwoordelijk is. Bij het ontstaan van netwerken van zorg en welzijn zijn meerdere sectoren en ook financiers betrokken. Er zijn dan meerdere toezichthouders (IGJ, NZa en gemeenten) die toezicht op het geheel zouden kunnen houden. Er kan handelingsverlegenheid ontstaan als niet duidelijk is wie er verantwoordelijk voor is dat de juiste adressant wordt aangesproken.

Inspecteurs dienen in hun toezicht ermee rekening te houden dat netwerken in de zorg dynamisch zijn en omgeven met veel onzekerheid. In de volgende paragrafen wordt verder uitgewerkt hoe inspecteurs met deze onzekerheden omgaan.

3.4 Vooraf zorgnetwerk selecteren op basis van risico

De IGJ is – net als de andere inspecties – van oudsher gericht op het bewaken van de kwaliteit en veiligheid van voorzieningen en producten via het reduceren van risico's en trachten op basis van risicoselectie onderzoek in het veld te doen. De mogelijkheden van risicodetectie zijn aanzienlijk beperkter voor zorgnetwerken dan voor individuele zorgaanbieders door het ontbreken van bruikbare landelijke cijfers en normen. Een uitzondering vormen de data over lange wachttijden. In het TESKO-project heeft de inspectie wel geprobeerd 'risicovolle' gebieden te selecteren op basis van een viertal indicatoren, maar tijdens de uitvoering bleek dat de indicatoren onvoldoende informatief waren voor een goede selectie mede doordat veel gegevens niet de meest actuele situatie weergeven. De data over de indicatoren zijn veelal niet (meteen) gedeeld met de onderzochte regio's, omdat de inspectie vreesde dat het gesprek tijdens de startbijeenkomst te veel over de (juistheid van) indicatoren zou gaan in plaats van over de samenwerking.

Box 7: Het gebruik van data door de Engelse inspectie, de CQC

In andere landen wordt al meer gebruik gemaakt van databronnen tijdens het toezicht op integrale vormen van zorg, maar deze bieden onvoldoende houvast voor een goede selectie van gebieden. Volgens een datamanager van de Engelse CQC zijn hun data wel behulpzaam om met elkaar in de regio in gesprek te gaan over wat de cijfers betekenen en of er aanknopingspunten te vinden zijn om de zorg en ondersteuning te verbeteren. De CQC [2020] heeft veel data gebundeld in 'data profiles' van de regio waardoor partijen worden uitgenodigd om de data met elkaar te bespreken. Via data worden partijen bij elkaar gebracht om gezamenlijk de situatie in de regio te bespreken. Vanuit een van de gebieden kwam de feedback dat het waardevol was om alle data eens bij elkaar te brengen, hetgeen nog niet eerder gebeurd was (interviews CQC). Volgens een datamanager van de CQC zijn indicatoren tijdens de lokale reviews in combinatie met kwalitatieve data wel behulpzaam om risico's op te sporen. De CQC [2013; 2020] gebruikt indicatoren vooral als "smoke detectors" en "tin-openers" [Carter, 1994], die geen antwoorden geven maar nader onderzoek mogelijk maken om te zien wat er daadwerkelijk aan de hand is. Indicatoren worden gebruikt om vragen te stellen over de kwaliteit van zorg en kunnen uit zichzelf nog geen oordeel vellen over de kwaliteit van zorg.

Een andere mogelijke databron voor het detecteren van risico's zijn de calamiteitenmeldingen. Sinds enkele jaren heeft de inspectie een aparte categorie voor netwerkzorgmeldingen. Dit soort meldingen komen echter zelden voor – in 2019: 10 op een totaal van 11.370 meldingen [IGJ 2020a]. Traditioneel gezien melden individuele zorgaanbieders een calamiteit. Omdat de 'netwerkzorggedachte' niet verankerd is in wet- en regelgeving, is het niet mogelijk dat gelijktijdig betrokken zorgaanbieders een melding doen van een netwerkzorgincident. Deze meldingsprocedure is ongunstig voor het overzicht en de behandeling van netwerkzorgmeldingen. Ondanks de inzichten die inspecteurs opdoen naar aanleiding van de meldingen, geven inspecteurs aan dat het moeilijk is structurele problemen op mesoniveau te identificeren via netwerkzorgmeldingen.

3.5 Twee pilots

Tegen deze achtergrond is de IGJ twee pilots gestart met de focus op het mesoniveau van persoonsgerichte zorgnetwerken. Een pilot betreft het toezicht op de aanpak van lange wachttijden in de ggz in samenwerking met de Nza – deze pilot is inmiddels regulier geworden en onderdeel van de lopende toezichtactiviteiten van beide toezichthouders – en de andere pilot het toezicht op samenwerkende zorgaanbieders rondom de kwetsbare ouderenzorg. Voor de laatste pilot heeft de IGJ een eerste ontwerp gemaakt van een toetsingskader voor het toezicht op samenwerkende zorgaanbieders [IGJ, 2021]. Daarnaast is de nota *Interventiebeleid bij zorgnetwerken* opgesteld [IGJ, 2020b].

Selectie van de regio en de adressanten

De selectie van de regio's voor de pilot naar de wachttijden is gebaseerd op de wachttijden. De selectie van de regio voor de pilot naar kwetsbare ouderen is gebaseerd op de mate van ontwikkeling; de IGJ wilde voor deze pilot een regio benaderen die al enige ontwikkeling had doorgemaakt zodat het voorgestelde toetsingskader daadwerkelijk getest kon worden. Voor het benaderen van de adressanten is aangesloten bij de bestaande structuren.



4 Ervaringen met toezicht op netwerken

In dit hoofdstuk worden de ervaringen met de gehanteerde (deels nieuwe) werkwijzen besproken voor het toezicht op de samenwerking tussen de organisaties betrokken bij de persoonsgerichte zorgnetwerken. Inspecteurs hanteren geen uniforme methode, al worden vooraf wel een aantal basisafspraken gemaakt (bijvoorbeeld basisprotocollen, een toetsingskadere.d.). In de praktijk is het telkens zoeken naar werkwijzen die passen bij lokale situatie of aard van probleem.

4.1 Uitnodigen van gesprekspartners

Tijdens een inspectiebezoek gaat het telkens om de vraag wie aan tafel uitgenodigd dient te worden: met wie gaat de inspectie spreken? Dat begint met het maken van een afbakening van het gebied dat wordt onderzocht. Per type cliëntgroep is dat verschillend, afhankelijk van de organisatie van de netwerkzorg, variërend van (bijna) landelijk (ernstig zieke kinderen) tot regionaal (mensen met chronisch psychische aandoening) en lokaal – gemeente of wijk (kwetsbare ouderen). In praktijk is er niet altijd een eenduidige omvang van de regio, doordat er meerdere netwerken in de regio kunnen bestaan die verschillende gebieden omvatten. De gebiedseenheid in bijvoorbeeld het TESKO-project die de inspectie voor kwetsbare ouderen heeft gekozen, is in de onderzochte casus veelal kleiner dan het gebied dat de regionale samenwerkingsverbanden beslaan. Een gevaar van een te klein geselecteerde gebiedseenheid is dat er mogelijk minder aandacht wordt gegeven aan cliënten, waarvoor veelal bovenlokale oplossingen nodig zijn.

In de eerste inspectietrajecten naar persoonsgerichte netwerkzorg was de inspectie primair gericht op de 'kernspelers' in de regio of het netwerk (de binnenste ring of schil). Bij kwetsbare ouderen bijvoorbeeld zijn dat de thuiszorgorganisaties, de huisartsen en praktijkondersteuners (POH's) en bij mensen met een chronisch psychische aandoeningen gaat het om de ggz-aanbieders en de huisartsen/POH-ggz. In deze afweging speelt mee dat de IGJ zich met nadruk richt op aanbieders die passen binnen het wettelijk kader van de IGJ. Daarmee ontbreken het sociaal domein en de financiers (zorgverzekeraars en gemeenten) grotendeels in het onderzoek van de IGJ. Ook worden afgevaardigden van betrokken patiënten- en cliëntenorganisaties betrokken in het inspectietraject.

Uitgenodigd worden voor een inspectietraject brengt al een bepaalde werking met zich mee. Partijen die aan tafel gevraagd worden, worden officieel onderdeel gemaakt van het proces van regionale samenwerking. Dat kan ervoor zorgen dat partijen die eerder minder participeerden zich meer verantwoordelijk gaan voelen, maar maakt dat sommige partijen niet worden geactiveerd doordat zij geen uitnodiging ontvangen, zoals kleinere organisaties, aanbieders uit het sociaal domein, financiers en gemeenten. Per traject kunnen er verschillen zijn wie wel of niet wordt uitgenodigd. De huidige werkwijze van de inspectie kan bijvoorbeeld onbedoeld versterken dat niet uitgenodigde partijen minder aandacht krijgen, terwijl deze voor patiënten/cliënten een wezenlijk onderdeel kunnen zijn van de ontvangen netwerkzorg. Maar deze partijen kunnen een wezenlijke bijdrage leveren aan de aanpak van mogelijke problematiek.

In de twee pilotprojecten van de IGJ is er sprake van een verbreding van focus door bijvoorbeeld de zorgverzekeraars of actoren uit de buitenste ring mee te nemen. Bij beide projecten bleek dat een waardevolle verbreding te zijn. Door met spelers te spreken die niet behoren tot de kernspelers krijgt de inspectie een beter beeld van hoe het netwerk functioneert; welke thema's sneller of makkelijker opgepakt worden en welke moeizamer gaan. In het toezicht op de wachttijden wordt specifiek in een

van de regio's onderstreept dat de zorgverzekeraar naar aanleiding van het toezichttraject rondom de wachttijden actiever is gaan bijdragen aan de regionale taskforce. Enerzijds heeft de zorgverzekeraar als financier een belangrijke rol in het proces om interventies rondom de wachttijden mogelijk te maken, en anderzijds is de zorgverzekeraar ook afhankelijk van de samenwerking die plaatsvindt tussen zorgorganisaties om de toegankelijkheid te waarborgen. Het gezamenlijke toezicht door de IGJ en NZa heeft volgens meerdere partijen meerwaarde:

En wat ik vooral heel waardevol vind is dat je de NZa en de inspectie samenbrengt als toezichthoudende organen. Omdat inhoud, ik zeg maar even inhoud en euro's, even heel plat, kort door de bocht, die hangen nu eenmaal met elkaar samen. Het is niet het een of het ander, het gaat altijd over het totaalpakket. (inspectee)

Toch geven sommige deelnemers aan dat de keuze voor het aanspreken van bepaalde partijen niet altijd duidelijk wordt gearticuleerd door de inspectie. Een *inspectee* geeft aan dat zij als grote aanbieder in het proces soms veel druk ervaren doordat zij verantwoordelijk werden gemaakt voor het organiseren van bijeenkomsten: *Alsof wij verantwoordelijk zijn, zo voelde het in aanvang, voor het hele wachttijden* (Bestuurder ggz). In het begin van het traject zou daarmee bij sommige andere partijen de verkeerde indruk zijn ontstaan dat het toezicht zich primair richtte op deze aanbieder. Een ander *inspectee* geeft aan dat het toezicht op de aanpak van wachttijden in de ggz vooral *“het feestje van de grotere instellingen”* is geweest.

Daarnaast is een belangrijke vraag met wie uit de betrokken organisaties de inspectie het beste de gesprekken kan voeren. In de pilot over de samenwerkende zorgaanbieders rondom de kwetsbare ouderenzorg heeft de inspectie niet met bestuurders gesproken die verantwoordelijk zijn voor het strategische beleid, maar met directeuren of managers. *Inspectees* beschouwen dat niet als een groot gemis, omdat de laag onder het bestuur beter op de hoogte is en deze directeuren opereren binnen de strategische doelstellingen van de organisatie. De inspectie zou dat laatste nog eens in een gesprek kunnen checken, maar *inspectees* hebben de indruk dat het zonder bestuurders best goed kan gaan.

4.2 Voorbereiding op het bezoek

Alvorens het netwerk te bezoeken kan het handig zijn om een profiel van het samenwerkingsverband op te stellen, zoals doel, betrokken partijen, ontwikkelfase, omvang van regio, beschrijving taken en verantwoordelijkheden in het netwerk en een inventarisatie van de diverse activiteiten en initiatieven. Deze informatie is echter veelal maar beperkt openbaar. Aanvankelijk vroeg de inspectie in de TESKO- en TAG-trajecten via een vragenlijst informatie op voorafgaand aan het inspectiebezoek. De meerwaarde daarvan bleek wat beperkt. De toezichthouders proberen te voorkomen dat het inspectietraject leidt tot 'administratieve lasten' bij de bezochte veldpartijen en vragen daarom nu zo min mogelijk informatie vooraf op. Toch geven een aantal *inspectees* in het toezicht op de aanpak van de lange wachttijden aan dat het inspectiebezoek wel veel werk met zich meebrengt, doordat zij voor het bezoek zaken goed op orde proberen te brengen of een gezamenlijke presentatie moeten voorbereiden.

Overigens genereert deze voorbereiding door de *inspectees* beweging en draagt het bij aan het verbeteren van de samenwerking. Een traject dat vooral het bestaande beoordeelt en louter gericht is op het verantwoorden aan een derde partij wordt doorgaans eerder als een 'last' ervaren dan een traject dat activeert tot reflectie en verbetering van de samenwerking. *Inspectees* zijn vooral kritisch

als zij niet meteen een meerwaarde zien van het inspectiebezoek, bijvoorbeeld als zij het idee hebben dat ze al de beweging aan het maken waren die de toezichthouder(s) verwacht(en). De meeste respondenten zeggen dat de 'druk' van de toezichthouder of het doorlopen van een continu inspectietraject helpt extra of sneller stappen te zetten.

Inspecteurs proberen vooraf duidelijk uitleg te geven over het doel van het toezicht en hun werkwijzen. Toch is het voor *inspectees* niet altijd meteen helder wat het toezicht van hen verwacht. Verwarring kan vooral optreden als er meerdere trajecten in een regio lopen of doordat een bepaald inspectietraject nieuw is voor de *inspectees*. Indien regio's via meerdere trajecten verantwoording moeten geven over hun activiteiten kan er verwarring ontstaan over wat de toezichthouders verwachten of is niet meteen de meerwaarde van een extra traject duidelijk.

4.3 Werkvorm van de gesprekken

De toezichthouders organiseren individuele gesprekken en/of groepsbijeenkomsten om informatie op te halen of een dialoog te organiseren. Tijdens de individuele gesprekken kan het netwerk of het probleem verkend worden en lukt het vaak beter om zicht te krijgen op de belangen en knelpunten. Belangen en gevoeligheden – dat kan een verschillend perspectief zijn op hoe een gedeelde visie gerealiseerd moet worden – zijn soms lastig in groepsbijeenkomsten boven tafel te krijgen, indien ze nog niet bekend zijn bij de inspectie. Partijen zijn wat huiverig om te spreken over de ander als deze partij aan tafel zit. Kritisch spreken over de ander lijkt wel te gebeuren tijdens een groepsbijeenkomst als die betrokken partij niet aan tafel zit, zoals over kleine 'commerciële' aanbieders die de 'krenten uit de pap' zouden vissen en niet meedoen in de crisisopvang. Een groepsbijeenkomst stimuleert daarentegen meer interactie en gezamenlijkheid dan een individueel gesprek. Vooral een groepspresentatie door het netwerk lijkt activerend te werken.

Tijdens de bijeenkomsten komen op diverse momenten – expliciet, dan wel impliciet, tussen de regels door – deelbelangen ter tafel. Toch wordt daar niet altijd expliciet op doorgevraagd of over uitgeweid. Deelnemers aan een van de trajecten van het 'Toezicht op de aanpak van wachttijden ggz' geven in interviews aan dat niet alle gevoeligheden ter tafel gekomen zijn in het gesprek: niet alle samenwerking verloopt even soepel, en hervormingen raken aan keuzes van professionals (welke cliëntgroep wil men behandelen of geen crisis- of weekenddiensten willen draaien) en inkomsten van zorgorganisaties (volume en mate van winstgevendheid van cliënten). De IGJ en de NZa proberen de samenwerkingsdynamieken wel uit te vragen tijdens de bespreking, maar deze vragen worden niet altijd aangegrepen door de deelnemers om moeilijkheden in de samenwerking te bespreken. *Inspectees* geven zelf aan dat het belangrijk is om wel aan belangen en knelpunten aandacht te besteden, om te voorkomen dat deze op termijn de samenwerking belemmeren. Aan de andere kant zijn er *inspectees* die aangeven dat er wel over belangen gesproken kan worden, maar dat zij liever niet alle details van de moeizame samenwerking met de inspectie te delen. Een zorgverzekeraar stelt dat een zekere vertrouwelijkheid tussen twee netwerkpartners noodzakelijk is om de knelpunten uit te onderhandelen en verwijst naar het mislukte contracteringstraject met een zorgaanbieder:

Daar hoort een bepaalde mate van beslotenheid bij, snap je? Daar hoort ook vertrouwelijkheid bij. Ik moet ruzie kunnen maken en ik heb geen behoefte omdat met jullie of de IGJ of wie dan te delen, hoe dat precies is gegaan. (Zorgverzekeraar)

Een inspecteur schetst het als een dilemma: indien er resultaten zijn dan hoeft de inspectie het allemaal niet te weten en als de resultaten er niet zijn dan ben je voor openheid en wil je weten wat

erachter zit. Maar in een situatie waarin gevoeligheden en deelbelangen belemmerend zijn voor de resultaten is het des te lastiger om daar open over te spreken.

4.4 Bespreken randvoorwaarden

In de voorgaande TESKO-trajecten [IGJ 2020c] heeft de inspectie al aandacht besteed aan de randvoorwaarden voor samenwerking, zoals de aanwezigheid van een gezamenlijke visie en regie in de samenwerking, het maken van afspraken over de informatie-uitwisseling, de beschikbaarheid van voldoende tijd en middelen (o.a. voldoende personeel) voor samenwerking en mogelijkheden om knelpunten in de samenwerking op te lossen. In de onderzochte pilots is het mesoniveau veel explicieter object van toezicht. Door een scherpere focus op het mesoniveau in de pilot 'Toezicht op samenwerkende organisaties' komen er meer aandachtspunten voor het mesoniveau boven tafel of worden bepaalde punten verder uitgediept. De inspectie vraagt bijvoorbeeld naar het onderlinge vertrouwen en de omgang met deelbelangen (concurrentie). Naast de vele positieve geluiden over het samenwerken (de dingen die goed gaan) hoort de inspectie nu ook meer over waar de samenwerking stroef verloopt of minder goed van de grond komt (tussen bijvoorbeeld het ziekenhuis en de thuiszorg of dat niet alle huisartsen (evenveel) in de samenwerking meedoen). Of door expliciet in te zoomen op de governance van het netwerk krijgt de inspectie een beeld van hoe het netwerk zich heeft gevormd en hoe dat doorwerkt in het huidige functioneren, zoals de bestuurlijke cultuur en waar de kracht en zwakte zit van de huidige manier van samenwerken.

Randvoorwaarden zijn niet alleen een uitkomst van de inspanningen van het netwerk of regionaal samenwerkingsplatform, maar worden evenzeer bepaald door de landelijke mogelijkheden (wettelijke kaders en ontwikkelingen in sectoren). Inspecteurs proberen rekening te houden met de landelijke afspraken die gemaakt worden – of juist ontbreken – over de zorginhoud (veelal neergelegd in handreikingen) en de daarop aansluitende randvoorwaarden, die met name gaan over het bereiken van goede afstemming en samenwerking (inclusief ICT-ondersteuning, financiering en capaciteit). Het is soms wat lastig te bepalen wat voor mogelijkheden liggen er binnen de invloedssfeer van het netwerk. Inspecteurs proberen rekening te houden met de context (landelijke kaders, personeelsschaarste e.d.) zonder dat het een vrijbrief wordt voor passiviteit.

4.5 Gebruik van data tijdens inspectiebezoek

Inspecteurs maken bij het beoordelen van de samenwerking gebruik van verschillende soorten data, die te classificeren zijn als 'hard and soft signals' [Kok 2021]. 'Harde' signalen zijn concrete gegevens waarop toezicht en handhaving kunnen worden ingericht, zoals de duur van de wachttijden. Daarnaast zijn er 'zachte' signalen, die erop wijzen dat er mogelijk iets speelt binnen een zorginstelling of netwerk, zonder dat daar al direct conclusies over kunnen worden getrokken. Zachte signalen zijn bijvoorbeeld de houding en openheid van de deelnemers (benoemen ze zelf al wat er ontbreekt of waar mogelijkheden liggen ter verbetering) of de mate van interactie tijdens de bijeenkomsten (kunnen ze elkaar aanvullen of wekken ze in de indruk dat het gaat om een gezamenlijk probleem). Toch is in het algemeen het oordeel van de inspectie meer gebaseerd op informatie dat het karakter heeft van 'zachte' signalen dan op 'harde' evidentie. Inspecteurs zoeken naar signalen die hun het vertrouwen geven dat de partijen verder komen, bijvoorbeeld het positief verrast worden in een volgende bijeenkomst met wat partijen hebben gedaan. Het toezicht wordt daardoor minder visueel (gericht op wat zichtbaar is in een dossier of opgehaald met indicatoren) en meer auditief/narratief (gericht op hoe wordt gereageerd op vragen in een gesprek en vormen de verhalen een samenhangend, consistent beeld). Al worden *inspectees* nog steeds uitgenodigd om

zaken te ‘tonen’, in een narratieve benadering hoeft bewijs niet alleen gebaseerd te worden op wat zichtbaar of observeerbaar (vaak geassocieerd met ‘harde’ signalen) gemaakt kan worden. Indien bijvoorbeeld een zorgverlener aangeeft dat het niet lukt om tijdig informatie over een cliënt uit te wisselen is dat evenzeer een (auditief) bewijs van een tekortkoming dan dat de inspecteur (visueel) heeft vastgesteld op basis van dossieronderzoek dat de informatie niet volledig is. Daarmee wordt duidelijk dat de in de loop der tijd sterk gegroeide voorkeur in het toezicht voor visuele data boven narratieve data in termen van wat mag gelden als ‘bewijsvoering’ lang niet altijd terecht is.

Het beschikken over ‘evidentie’ (bijvoorbeeld informatie uit dossiers of indicatoren die niet betwistbaar zijn) is niet per se beter dan het gebruik van zachte signalen. In het project van de aanpak van de lange wachttijden proberen de toezichthouders de aanwezige partijen aan te moedigen om de doelen van interventies zo concreet mogelijk te formuleren, en deze doelen aan de hand van cijfers over de populatie, in- en uitstroom te blijven volgen (SMART-methodiek). Het formuleren van doelen en targets of afspraken over welke activiteiten ontwikkeld en uitgevoerd moeten worden, geeft concrete aanknopingspunten voor het toezicht: hier kan in volgende bijeenkomsten naar terug gegrepen worden en het helpt om de regionale samenwerking rondom de wachttijden meetbaar te maken.

In de literatuur wordt wel gewaarschuwd om voorzichtig te zijn met het formuleren van concrete targets (indicatoren) voor *integrated care* [Jones, 2017]. In haar analyse laat Jones zien hoe targets de keuze in ondernomen acties van de regio’s beïnvloeden, waardoor de nieuwe focus verschuift naar acties om op korte termijn aan de targets te voldoen, in plaats van het doorvoeren van veelbelovende bredere en regio specifieke maatregelen. Dit zou in het project van de aanpak van de wachttijden het geval kunnen zijn voor de vereisten van de landelijke taskforce wachttijden, zoals de transfertafel en de wachtlijst screening. Een *inspectee* vreest een te grote focus op het vastleggen van concrete cijfers die gehaald moeten worden zonder dat gesproken wordt over de onderliggende oorzaken. *“Dat is windowdressing wat we nu aan het doen zijn. We lossen helemaal geen enkel basisissue op dit moment in de ggz in onze regio op”* (bestuurder zorgaanbieder). De beschikbaarheid van meer ‘harde’ data (vooral als deze de relevantie en urgentie van een probleem helder maken) lijkt inspecteurs er soms toe verleiden om snel naar een ‘actiemodus’ over te willen schakelen, terwijl mogelijk op dat moment eerst nog voortgaan met een ‘analysemodus’ wenselijk kan zijn. Inspecteurs willen niet eindeloos in een ‘analysemodus’ blijven hangen, omdat het gebruikt kan worden om niet tot een ‘actiemodus’ over hoeven te gaan. Tijdens een inspectiebezoek zoeken zij naar een balans tussen beide modi.

4.6 Wijze van beoordelen

Op dit moment zijn er geen vastgelegde, overeengekomen veldnormen voor samenwerking in netwerkverband, waar de toezichthouder in haar oordeelsvorming naar kan verwijzen. Er bestaat geen unanieme governancestructuur voor netwerken. Normontwikkeling is wezenlijk anders op microniveau, waar juist veel meer vanuit standaarden (protocollen en richtlijnen) wordt gewerkt. *Inspectees* zijn wat huiverig om normen te formuleren voor samenwerking op mesoniveau en bepleiten voor het hanteren van open normen waaronder verschillende vormen van samenwerking kunnen vallen. Overigens betekent het hanteren van open normen niet dat er niet kritisch gekeken kan worden naar het functioneren. Door het stellen van gerichte vragen kan het functioneren worden blootgelegd, zie ook Box 8.

Box 8: Het stellen van kritische vragen over het functioneren met *key lines of enquiry*, (KLOES)

In Engeland heeft de CQC [2018c] voor de Local Systems Reviews (gebiedsinspecties van *integrated care*) een document met *key lines of enquiry* (KLOES) opgesteld, die de basis vormen voor het onderzoek (zie bijlage 3). In plaats van een kader van standaarden waaraan voldaan moet worden – hetgeen nog de reguliere werkwijze is binnen de IGJ, waarbij de standaarden gebaseerd zijn op veldnormen – zijn open vragen gesteld. De vragen zijn bedoeld om een gesprek op gang te brengen waarbij de *inspectees* met voorbeelden en onderbouwing moeten aangeven hoe zij samenwerken. De vraag-stijl van inspecteren legt de bal meer neer bij de *inspectees*: zij moeten aantonen dat de kwaliteit op orde is. Tevens geeft het de regio's de ruimte een eigen lokale invulling te geven aan hoe zij aan de kernstandaarden (de kernvragen) willen voldoen. De inspectie heeft in lijn met de aanpak van de Engelse CQC al een eerste ervaring opgedaan met deze wijze van verantwoorden en beoordelen, waarbij inspecteurs open vragen stellen om zodoende het gesprek aan te gaan over en een beeld te vormen van de samenwerking in de regio.

Tijdens het beoordelen van netwerken probeert de inspectie rekening te houden met de regionale variëteit en ontwikkeling. Veel bestaande en opkomende netwerken zijn volop in ontwikkeling. Het oordeel van de toezichthouder is dan geen statische momentopname; inspecteurs proberen vooral de beweging beoordelen: is er voldoende voortgang in het verbeteren van de samenwerking? In het traject van het toezicht op de lange wachttijden zijn de toezichthouders (IGJ en NZa) zich ervan bewust dat het gaat om “een veelkoppig monster” en dat het vooral gaat om het vergroten van het gevoel van urgentie en partijen te stimuleren zelf aan de slag te gaan: “partijen zelf in de actiemodus zetten” (medewerker NZa). In dit traject hanteren de toezichthouders geen formeel toetsingskader maar proberen ze te komen tot bevindingen over de inzet van de betrokken partijen: ‘wat zien we’, ‘wat vinden we ervan’ en ‘hoe nu verder’?

Uit de onderzochte pilots blijkt dat het gebruik van open normen en zachte signalen geen belemmering vormt om tot bevindingen te komen die bruikbaar zijn voor het veld. In het algemeen beschouwen de *inspectees* de bevindingen door de inspectie als herkenbaar en bruikbaar. De focus op beweging, het verder stimuleren van de actiemodus of het zoeken naar thema's ter verbetering laat zien dat het geven van een afgerond en stevig onderbouwd waarderend oordeel niet per se nodig is. Het beoordelen door de toezichthouder heeft dan eerder een *formatief* dan een *summatief* karakter. Een formatief oordeel is gericht op (continu) leren en verder verbeteren. Bij een summatief oordeel gaat het om geven van een eindoordeel, zoals het toekennen van stoplichtkleuren. In het huidige toezicht op netwerken zien we diverse kenmerken van formatief oordelen. Dit past bij de beoogde agenderende en stimulerende rol van de inspectie in het toezicht op netwerken.

4.7 Rapportages

Het inspectiebezoek wordt afgerond met een gebiedsrapportage. In de TESKO- en TAG-trajecten heeft de inspectie op basis van het toetsingskader voor persoonsgerichte netwerkzorg (het microniveau) nog een oordeel gevormd over de kwaliteit van de netwerkzorg en vertaald in het toekennen van stoplichtkleuren. In de trajecten van de “Aanpak van wachttijden in de ggz” heeft de IGJ, zoals hiervoor aangegeven, geen stoplichtkleuren gebruikt en een oordeel gevormd aan de hand van de vragen ‘wat zien we’, ‘wat vinden we ervan’ en ‘hoe nu verder’? In alle trajecten geeft de inspectie aanbevelingen op hoofdlijnen, zoals het advies om een ordening te brengen in de

verbeterpunten op basis van het risico voor de cliënt en de daarbij passende urgentie, het versterken van de samenwerking met alle sleutelpartijen of het ontwikkelen van een visie op de regionale aanpak van wachttijden. Wel richt(en) de toezichthouder(s) zich in haar adviezen op de kernspelers of de deelnemers van het inspectiebezoek. Zij zijn ook de adressanten van het gebiedsrapport. In een van de rapporten spreken de toezichthouders hun waardering uit voor het commitment en de inzet van alle partijen. Daaronder vallen niet de kleine aanbieders of de gemeenten, waarbij het moeilijk bleek om die bij de initiatieven in de regio te betrekken, terwijl hun betrokkenheid wel nodig is voor het oplossen van de problematiek (lange wachttijden).

Hoewel *inspectees* aangeven dat gebiedsrapporten veel relevante punten naar voren brengen, zijn zij wel kritisch over de mate waarin de IGJ aandacht heeft voor de context. De rapporten zouden niet altijd een volledig beeld geven van wat er landelijk of in de regio speelt. Respondenten missen een aantal partijen in het onderzoek of hebben de indruk dat er in de rapporten te weinig oog is voor de context waarbinnen hun organisatie opereert. Zorgorganisaties worstelen met urgente kwesties, zoals personeelstekorten, onderlinge concurrentie, groeiende druk door ambulantisering, het ingewikkelde zorglandschap in de regio of de landelijke regelgeving en financiële kaders. Tijdens een bezoek investeert de inspectie weliswaar tijd in de verkenning van de context waarin het zorgnetwerk opereert, om ervoor te zorgen dat het proces en de aanbevelingen passen bij de uitdagingen en het stadium waarin het zorgnetwerk zich bevindt. Toch wordt de aandacht voor de context en de noodzakelijke randvoorwaarden niet altijd zo ervaren door de *inspectees*, omdat dit in de gebiedsrapporten niet altijd expliciet wordt gemaakt.⁷ In de landelijke overzichtsrapportages van de IGJ worden contextfactoren zoals ‘ambulantisering’ en ‘personeelsschaarste’ wel altijd verder uitgediept, en spreekt de inspectie landelijke partijen hierop aan. Ook geven meerdere respondenten aan dat de IGJ op landelijk niveau niet meteen als daadkrachtig orgaan wordt gezien: naast het aanklaarten en signaleren van verbeterpunten, zou de inspectie niet in staat zijn gebleken om invloed uit te oefenen op landelijk niveau (zoals met de ICT-problematiek rond het delen van informatie tussen aanbieders), of om middelen aan te werven die netwerkorganisaties ten goede komen. *Inspectees* vragen om meer inzet van de inspectie op macroniveau.

De *inspectees* suggereren dat de overzichtsrapportages van de IGJ meer onder de aandacht kunnen worden gebracht. Andere regio's kunnen dan leren van de inspectiebezoeken en landelijke partijen (koepelorganisaties en het ministerie van VWS) worden geïnformeerd over de problemen in de regio en welke punten zij op landelijk niveau moeten oppakken. Uit eerder onderzoek [Triemstra, *et al.* 2019] kwam naar voren dat het sectorbreed leren op basis van verworven inzichten van de toezichthouder veelal niet lukte doordat deze niet bekend waren bij de beoogde doelgroep of dat de professionals onvoldoende tijd hebben om te leren van anderen. Het leren van anderen (goede voorbeelden of gedeelde inzichten) gaat niet vanzelf; daarvoor dient werk verzet te worden zoals het vertalen van nieuwe ideeën en inzichten naar de eigen situatie. Leren van anderen is niet gelijk aan de kunst afkijken en kopiëren; het vergt ruimte om te kunnen experimenteren en participeren.

⁷ In de ‘local system reviews’ van de Engelse CQC [2018a; 2018b] wordt automatisch al relatief meer aandacht besteed aan de context, omdat zij de financiering en het functioneren van de lokale autoriteiten meenemen in het onderzoek.

4.8 Vervolginterventie

In een aantal trajecten kiest de inspectie voor een vervolginterventie, zoals het eisen van een plan van aanpak of een terugkerend bezoek. In een plan van aanpak moeten de betrokken partijen aangeven hoe zij de persoonsgerichte netwerkzorg gaan verbeteren of bepaalde problematiek gaan aanpakken. Ook daarbij verwacht de inspectie goede samenwerking tussen alle partijen. Een inspecteur geeft aan dat zij eenmaal een plan van aanpak hebben afgewezen nadat de grootste zorgaanbieder (die de regie had) bij het opstellen van het plan onvoldoende de huisartsen hadden betrokken. Indien er geen plan van aanpak wordt geëist, kan dat alsnog tot onzekerheid leiden bij de *inspectees* als de inspectie aankondigt dat zij na een jaar weer opnieuw willen kijken naar de voortgang. Bij een plan van aanpak kan daarna gecheckt worden of deze is gerealiseerd – dan is de opdracht helder na goedkeuring van het plan. Indien het netwerk nog keuzes moet maken in welke zaken prioriteit krijgen, blijft er enige onzekerheid bestaan over hoe daarna het oordeel van de inspectie luidt. Een bestuurder van een zorgaanbieder noemt het risico dat de inspectie iets verwacht waarvan “[wij] niet helemaal begrepen dat die moesten. En dat ik daarop afgerekend word”.

Het houden van toezicht over een langere periode biedt een aantal voordelen, zoals toenemende helderheid bij *inspectees* over de verwachtingen van het toezicht en het vasthouden van de urgentie. Dat laatste is vooral van belang als het gaat om lastige problematiek die zich niet eenvoudig en snel laat oplossen. Door het organiseren van vervolgbijeenkomsten krijgt de toezichthouder meer zicht op of het netwerk voldoende beweging maakt. Inspecteurs proberen daarbij een goede tijdsplanning te maken, waarbij enerzijds voorkomen moet worden dat het netwerk nog niet ver genoeg is om vervolresultaten te laten zien (herhaling van zetten tegengaan) en anderzijds de inspectie voldoende druk op het realiseren van voortgang weet te houden. Een vraag blijft of in alle gevallen het creëren van bewustzijn en urgentie op termijn voldoende zal zijn om regio’s met diepe onderliggende problemen in de samenwerking in beweging te krijgen. Een inspecteur waarschuwt dat het effect van langdurig blijven toekijken kan afnemen als er gewenning ontstaat en *inspectees* doorkrijgen dat de toezichthouder wel kijkt maar nooit “bijt of blaft”. De werking van agenderen en stimuleren zou dan vooral afhankelijk zijn van het idee van een stok achter de deur. De toezichthouder zou dan alsnog een stok achter de deur nodig hebben als blijkt dat via agenderen en stimuleren het niet lukt. Het ontbreken van zwaardere handhavinginstrumenten hoeft geen beperking te zijn, zolang de huidige werkwijze tot voldoende beweging leidt. Het is nog onduidelijk of het effect van het toezicht enigszins kan uitdoven, indien partijen gewend raken aan het toezicht.

4.9 Rol inspectie

Het toezicht op netwerken is tot op heden vooral gericht geweest op activeren en stimuleren en niet of amper op naleven en (repressief) handhaven. De IGJ hanteert in eerste instantie een agenderende en stimulerende rol en probeert (waar nodig) partijen meer in beweging te krijgen. De toezichthouder geeft daarbij aan dat dit niet vrijblijvend is: “Indien nodig spreken wij de partijen individueel aan op hun verantwoordelijkheden” [IGJ en NZa 2020]. Dat is geen bewuste strategische keuze van de IGJ, maar het gevolg van de bevinding dat de meer repressieve interventies niet goed toepasbaar zijn bij zorgnetwerken [IGJ 2020b]. Inspecteurs zetten al een bredere waaier aan stimulerende instrumenten in, zoals partijen bij elkaar brengen, het agenderen van een risico en het netwerk vragen hierop te reflecteren en wat zij doen om het risico te minderen, het benoemen en bespreken van goede voorbeelden en het organiseren van bijeenkomsten met het netwerk gericht op het maken van afspraken over verbeteringen. Door partijen aan te spreken en een spiegel voor te

houden, worden partijen in het netwerk gestimuleerd om te reflecteren op hun samenwerking en om waar nodig stappen van verbetering te zetten.

Toch zien we dat in een aantal documenten van de IGJ over het toezicht op netwerken de terminologie van 'naleven' nog sterk is vertegenwoordigd. In bijvoorbeeld de kadernota 'Interventiebeleid bij zorgnetwerken' [IGJ 2020b] is het beleid nog steeds geformuleerd in termen van nalevingstoezicht bij individuele aanbieders of zorgnetwerken. Het is de vraag of de huidige doelen van het IGJ-interventiebeleid, waaronder 'herstel van naleving van normen' en 'collectieve naleving' nog voldoende omvattend zijn voor de huidige strategie. Bij agenderen en stimuleren gaat het niet zozeer om naleven, maar om het verder bevorderen van persoonsgerichte netwerkzorg, het delen van goede voorbeelden en het stimuleren van verdere normontwikkeling. In het recente Meerjarenbeleidsplan van de IGJ wordt al aangegeven dat de inspectie naast het toezien op de naleving van wetten en regels zorgverleners wil "aanmoedigen goede en veilige zorg te leveren" [IGJ 2019]. De inspectie wil aanbieders vragen zich in te zetten voor preventie, samenwerking en een continue toegang tot de zorg en de jeugdhulp. Op strategisch niveau is dan een andere of bredere benadering nodig dan de terminologie van 'naleving' suggereert. Agenderen en stimuleren is tevens minder gericht op individuele aanbieders of netwerken, omdat het verder gaat dan het naleven van de huidige normen.

Inspectees over IGJ rol: waardering maar ook ervaring van inconsistente stijl

Inspectees zijn in het algemeen positief over een stimulerende rol van het toezicht en de samenwerking met andere toezichthouders. Zij waarderen de dialogvorm van het toezicht en de feedback die zij ontvangen op de samenwerking. De ideeën die *inspectees* aanreiken voor de rol van het toezicht of suggesties ter verbetering sluiten aan bij de huidige strategie van 'agenderen en stimuleren', zoals het delen van goede voorbeelden, als intermediair optreden om netwerken met vergelijkbare uitdagingen bij elkaar te brengen of het aankaarten van overkoepelende problemen op landelijk niveau. Er wordt vaak gepleit voor een inspectie die benaderbaar en bereikbaar is, en vanuit een meedenkende houding acteert – de inspectie als katalysator en gesprekspartner.

Er worden wel enkele kritische kanttekeningen geplaatst bij de uitvoering. De *inspectees* zijn het meest kritisch over, naar hun idee, de inconsistente stijl van het toezicht. Een respondent geeft aan dat de stimulerende invalshoek wrikt met de houding van de IGJ die als meer afstandelijk en officieel wordt ervaren:

Ik zou dat zelf heel prettig vinden als zij wat meer zouden durven bij sommige toezichthoudende dingen of dat ze zeggen 'we proberen iets op gang te brengen'. Het is geen controle, want dat zeggen ze vaak, 'wij controleren niet maar willen iets op gang brengen'. Ga er dan vanuit die positie inzitten. En dat kan je best wel scheiden. Op sommige dingen moet je gewoon toezicht houden. Dat snappen wij wel met z'n allen. En als je van tevoren aangeeft in wat voor rol of wat voor pet de toezichthouder heeft... – Bestuurder ggz)

De ervaring van de bestuurder is mede een gevolg van de Nederlandse aanpak waarbij de toezichthouder meerdere rollen kan vervullen – van agenderen en stimuleren tot streng handhaven – zoals dat gebeurt in het calamiteitentoezicht [Grit *et al.* 2018]. De rollen kunnen elkaar positief versterken, maar ze kunnen leiden tot spanningen of het idee van inconsistenties in het toezicht. Meerdere landen worstelen met de rol van toezichthouder. Enerzijds willen inspecties geen adviesbureau zijn of consultancyfunctie vervullen en anderzijds heeft het toezicht wel impact en

daardoor een sturende werking. In Engeland probeert de CQC op basis van bevindingen verbetering te stimuleren, zonder een “improvement agency” te worden:

We're not an improvement agency. So, we don't give advice. We just tell them what we found. And then they had to work on that themselves, the providers. So, encourage improvement, but we're not an improvement agency. So, we don't go and say: this is what you should be doing. We encourage people to improve, but we don't tell them how to do it –
interview CQC.

Tegelijkertijd zien we dat in de praktijk de twee stijlen van toezicht (stimuleren versus controleren/handhaven) soms wat door elkaar te lopen. In het project van de aanpak van de lange wachttijden is er nog steeds een focus op ‘naleven’ aanwezig, zoals maken de netwerken hun eigen ambities waar, komen ze de afspraken na, weten ze de doelen te bereiken die ze hebben gesteld of kunnen de betrokken kernspelers goed met elkaar samenwerken. De focus op het maken van afspraken voor kortere termijn die in een volgende inspectieronde bekeken kunnen worden, kan enerzijds stimulerend werken om stappen te maken. Anderzijds kan een netwerk of regio worstelen met zaken die een lange adem hebben, zoals de cultuur of de organisatie van het zorglandschap in de regio. Dit laatste vraagt een langduriger inspanning, die zich minder goed laten vertalen in SMART-doelstellingen of korte termijnacties die meteen effect sorteren.

Roep om sparringpartner

Sommige *inspectees* suggereren dat inspectie minder een klassieke toezichthouder hoeft te zijn en nog meer als “sparringpartner” kan fungeren. De inspectie zou dan nog meer kritisch kunnen reflecteren op de gekozen uitgangspunten en organisatie van het netwerk en plekken op te zoeken waar onzekerheid heerst en risico's kunnen optreden. De IGJ probeert een beweging te ondersteunen en maakt daarvoor een inschatting van de verbeterkracht van een zorgnetwerk als geheel [IGJ 2020b]. Echter, de bevindingen zijn nog wel sterk gericht op bestaande netwerksamenstelling of de kernspelers; zij zijn de enige geadresseerden in het brieffrapport. We zagen al dat de inspectie in haar brieffrapporten haar waardering uitspreekt over de partijen die betrokken waren bij het inspectiebezoek, maar minder rept over de partijen die niet zijn aangesloten en zij ontvangen niet het rapport, al doet ze wel een oproep om relevante partijen meer bij de samenwerking te betrekken. Of, in een van de trajecten blijkt dat bijna alle huisartsenpraktijken goed participeren in het onderzochte zorgnetwerk, maar de inspectie stelt niet scherp de vraag wat het betekent dat een enkele huisartsenpraktijk niet meedoet.

Hoewel inspecteurs bewust proberen de bal bij het netwerk te houden, ontstaan er soms toch nog mechanismen waarmee de inspectie te veel in het bestuurlijke proces van het netwerk dreigt te interveniëren. In een toezichttraject was een *inspectee* kritisch over de rol van de IGJ tijdens de slotbijeenkomst waar de inspectie de aanwezigen stimuleerde om keuzes te maken voor verbeterplannen. Volgens de betrokken bestuurder ging de inspectie sturen op inhoudelijke thema's, die nader uitgewerkt moeten worden. Professionals die het op een bepaald punt eens waren met de probleemschets en daar graag een oplossing voor wilden zien, staken hun vinger op dat ze daar wel aan mee wilden werken, en dat ze vonden dat anderen dat moesten doen. De bestuurder zegt daarover:

En ik zat daar als bestuurder naar te kijken. En toen dacht ik: dit is eigenlijk inspectie, een consultancybureau avant la lettre. - Bestuurder huisartsen

De rol van de inspectie werd als te sturend ervaren, omdat het netwerk(bestuur) dit soort keuzes moet begeleiden en maken. Inspecteurs balanceren voortdurend tussen afstand (om een onafhankelijk oordeel te vormen en niet op de stoel van de netwerkpartijen te gaan zitten) en betrokkenheid (meedenken met wat er gaande is in de regio en de dialoog aan te gaan). Daarbij kijkt de inspectie niet alleen naar het netwerk, maar naar de inbreng van de afzonderlijke partijen. In een van de trajecten werd alsnog een vorm van individueel nalevingstoezicht toegepast door het afzonderlijk aanspreken van een individuele partij die mogelijk onvoldoende bijdraagt aan het netwerk. De vraag is dan wanneer is het beter om een individuele partij aan te spreken en wanneer kan beter het netwerk worden aangesproken om deze partij meer bij het netwerk te betrekken. Alertheid daarbij is nodig, omdat soms veldpartijen graag zien dat de toezichthouder een bepaalde partij aanspreekt of een negatieve bevinding uitspreekt over die partij. Het gevaar ontstaat dan dat daarmee een bepaald patroon (rond onvoldoende samenwerking) in stand wordt gehouden.

4.10 Conclusie

De IGJ heeft de afgelopen jaren bij het toezicht op zorgnetwerken vooral ingezet op agenderen en stimuleren, omdat deze netwerken nog in ontwikkeling zijn maar ook door het ontbreken van de gebruikelijke verzameling van handhavingsinstrumenten. In de wijze van beoordelen probeert de inspectie de beweging (mate van voortgang) te beoordelen. Het toezicht beoogt tevens de sector voort te sturen in het steeds verder verbeteren van de samenwerking. Dat laatste blijkt tot nu toe een grote opgave te zijn voor de inspectie, mede doordat deze functie minder bekend en zichtbaar is voor *inspectees*. Wel wordt de agenderende en stimulerende rol erg gewaardeerd door *inspectees*.

De recente focus op het mesoniveau van zorgnetwerken en de agenderende en stimulerende rol is vanuit het model van Gilad (zie paragraaf 4.1) te duiden als een beweging naar de hogere lagen van toezicht. In een dergelijk benadering is een belangrijke vraag of netwerken in staat zijn tot zelfregulering en reflectie. Uit het voorgaande blijkt dat een focus op het mesoniveau niet direct betekent dat het toezicht dan naar een hogere laag van toezicht gaat. De sterke focus op de lagere lagen kan ook verleidelijk zijn, omdat het dichterbij kernlegitimatie van de inspectie (het borgen van de kwaliteit en veiligheid van zorg voor burgers) en deze lagen de meeste aanknopingspunten bieden om te kunnen handhaven.

Hoewel de inspectie in dit dossier een grote stap heeft gezet naar een meer 'agenderen en stimuleren' blijven er mechanismen bestaan die meer lijken te passen bij 'naleven en handhaven'. Dat komt ook naar voren in de sterke wens om gebieden te selecteren in het kader van het risicotoezicht. Instellingen of regio's selecteren op basis van risicodetectie past goed bij een nalevingsstrategie waarbij de toezichthouder zich vooral richt op de 'achterblijvers'. Het project 'Aanpak van wachttijden ggz' is een voorbeeld waarbij een dergelijke strategie mogelijk is. Het TESKO-traject maar ook de ervaringen van de Engelse CQC maken duidelijk dat goede data veelal ontbreken om gebieden te selecteren. De IGJ zou deze data wel alsnog kunnen gebruiken als *tin-opener* voor een gesprek, waarbij helder wordt gemaakt dat de data alleen een agenderende functie hebben.

Voordat de inspectie overgaat tot een interventie genereert het al allerlei effecten. Al bij de start van een inspectietraject in een bepaalde regio is de interventie eigenlijk al begonnen. Door alleen al data

te verzamelen en te delen kan de toezichthouder partijen bij elkaar brengen die gezamenlijk de data gaan bespreken. Het bij elkaar brengen van partijen en het stellen van vragen genereren al een werking, zoals het verantwoordelijk maken van *inspectees*. Uitgenodigd worden voor een inspectietraject activeert de deelnemers. Dat dergelijke effecten optreden heeft te maken met de benodigde focus in het inspectiewerk. Waar de aandacht op gevestigd wordt en op welke manier dit gebeurt, heeft ook implicaties voor de manier waarop samenwerking zich ontwikkelt in het veld.

Focus aanbrengen, hoe noodzakelijk dat ook is, heeft als keerzijde dat bepaalde aspecten minder aandacht krijgen of buiten beeld blijven. In de praktijk heeft het toezicht op netwerken nog een sterke focus op het bestaande, zoals de kernspelers, de kwaliteit van de in gang gezette initiatieven en of het netwerk een duidelijke gezamenlijke visie heeft en die waarmaakt. Zo is er minder aandacht voor het sociaal domein of de rol van de kleinere aanbieders en financiers. Of wordt minder scherp doorgevraagd of het netwerk met de goede dingen bezig, of er opgaven zijn die niet (en ook niet elders) worden opgepakt en of de juiste spelers aan tafel zitten. Het gevaar bestaat dan dat daarmee bestaande beperkingen of tekortkomingen van netwerken impliciet worden geaccordeerd. De IGJ zou, ook volgens de *inspectees*, nog meer kritische distantie in kunnen nemen en de rol als 'sparringpartner' verder kunnen ontwikkelen.

In dit hoofdstuk zijn nog diverse andere effecten van de werkwijzen besproken. Zo kan een groepsgesprek of een groepspresentatie activerend werken, maar ook belemmerend zijn voor het benoemen van deelbelangen en gevoeligheden. Of de beschikbaarheid van concrete data (wachtlijsten) of targets kan agenderend werken en de urgentie versterken, maar kan ook inspecteurs verleiden om te snel naar een 'actiemodus' over te schakelen of zich te sterk te focussen op het probleem dat deze data zichtbaar maakt.

De onderzochte toezichttrajecten laten zien dat de inspectie zelfs werking kan genereren in een situatie van 'toezicht zonder stok', zonder het gebruikelijk arsenaal aan handhavingsinstrumenten. Dat de inspectie komt kijken, genereert een besef van urgentie (vooral bij focus op een concreet probleem) en een zekere druk bij *inspectees* om hun best te doen of om zaken goed voor te bereiden. Vreemde ogen dwingen.

Van de bovengenoemde effecten kan de inspectie ook strategisch gebruik maken door meer aandacht te vragen voor het functioneren van netwerken op mesoniveau. Het is belangrijk daarbij alert te blijven op onbedoelde effecten, zoals wat er over de rand valt of niet zichtbaar of hoorbaar wordt gemaakt. Het adaptieve vermogen van *inspectees* en (on)bedoelde effecten van toezicht impliceren dat de toezichthouder ook zelf flexibel moet zijn en zich voortdurend moet ontwikkelen. We nemen dit soort inzichten mee in het ontwerp van bouwstenen voor de verdere strategieontwikkeling.



5 Strategiebepaling

In dit hoofdstuk worden bouwstenen voor de strategiebepaling van de IGJ geformuleerd op basis van de kenmerken van het functioneren van samenwerkingsplatforms, de opgedane ervaring met het toezicht op het mesoniveau en de ervaringen vanuit ons omringende landen.

Uit het voorgaande hoofdstuk blijkt dat de inspectie werk moet verzetten om het mesoniveau van zorgnetwerken inspecteerbaar te maken. Daarbij staat de inspectie voor de opgave voortdurend in te spelen op de dynamiek van het veld en de eigenheid van regio's en waarbij het toezicht op samenwerking met onzekerheden is omgeven. Daarnaast is de capaciteit van het toezicht beperkt. Dit vraagt een reflectie op de strategie van de inspectie; het telkens doordenken van het doel en aanpak van het toezicht voordat de inspectie in het veld toezicht gaat houden. Voor het toezicht op governance van zorgnetwerken kan geen kant-en-klaar bouw pakket gemaakt worden; integendeel, er dient ruimte te zijn om voortdurend verder te bouwen of om zaken weer te verbouwen. Verbouwingen kunnen nodig zijn zodra de zorg, het zorglandschap, het stelsel of het wettelijk kader verandert of wanneer *inspectees* hun gedrag aanpassen op basis van het toezicht (navolging of anticipatie).

We beginnen dit hoofdstuk met zes bouwstenen voor het ontwerp van een strategisch beleid waarmee de inspectie flexibel blijft en toch voldoende werking kan genereren: (1) het maken van het toezichtobject; (2) rekening houden met performatieve effecten; (3) reflexief toezicht, waarin het leren van de toezichthouder centraal staat; (4) balans zoeken tussen agenderen en stimuleren en handhaving; (5) het themagestuurde toezicht en (6) een netwerkbenadering van het toezicht. Daarna komen een aantal meer praktische bouwstenen aanbod die behulpzaam kunnen zijn bij het verder vormgeven van een specifiek inspectietraject: (7) de selectie van adressanten (wie aan tafel); (8) de diverse functies bij het gebruik van data; (9) formatief beoordelen, gericht op verbetering; (10) samenwerken en sparren met adressanten en (11) helderheid rol van inspectie versterken.

5.1 Het maken van een flexibel toezichtobject

Alvorens kwaliteit, waaronder veiligheid en toegankelijkheid, onderzocht kunnen worden, dient het eerst vertaald te worden naar een toezichtobject dat inspecteerbaar is voor de inspectie. Een toezichtobject definieert een aspect van kwaliteit als het (legitieme) object van onderzoek door de inspectie [De Kam 2020]. Het omschrijft gedrag of kenmerken waarop de inspectie toezicht houdt. Zo is in het calamiteitentoezicht niet zozeer de calamiteit object van toezicht, maar veeleer de mate waarin en de wijze waarop de zorginstelling in staat is om de calamiteit goed te onderzoeken en daarvan te leren. Voor het microniveau van persoonsgerichte netwerkzorg bestaat al een toetsingskader; het microniveau is al een toezichtobject dat inspecteerbaar is.

Ruwweg betreft het toezichtobject op mesoniveau de organisatorische randvoorwaarden voor passende persoonsgerichte netwerkzorg op microniveau. Voor het realiseren van die randvoorwaarden is een vorm van *good governance* van netwerken of samenwerkingsplatforms nodig. Op dit moment zijn er in Nederland geen vastgelegde, overeengekomen veldnormen voor samenwerking op mesoniveau, al bestaat er enige kennis in de literatuur over wat effectieve samenwerking is en wat daarvoor nodig en van belang is. Op basis van de literatuur en ons onderzoek kunnen we een aantal onderwerpen benoemen die zich lenen voor het toezicht:

1. aanwezigheid van een gezamenlijke visie en doelstelling;

2. zicht op de lokale of regionale zorgbehoefte en knelpunten om de ambities nader te bepalen;
3. de betrokkenheid van alle relevante spelers;
4. leiderschap
5. een relatie gebaseerd op vertrouwen waarbij organisatiebelangen worden besproken en waar nodig uit onderhandeld;
6. voldoende beschikbaarheid van goed getrainde professionals;
7. verbinden van de activiteiten met de “eigen” organisatie (microniveau);
8. verbinden van de activiteiten met de landelijke ontwikkelingen (macroniveau)
9. de aanwezigheid van een lerende cultuur en een vorm van kwaliteitsbeleid (zicht op prestaties);
10. een vorm van verantwoording en intern toezicht, waarbij tevens cliënten- en patiëntenorganisaties worden betrokken.

Bovenstaand lijstje beoogt slechts alvast een aantal aandachtspunten voor samenwerking op mesoniveau te benoemen. Het idee is dat bepaalde randvoorwaarden op orde dienen te zijn om persoonsgerichte zorg te kunnen bieden, zonder dat dit meteen vastgelegd kan worden in strikte standaarden. Het toetsingskader van de inspectie behoeft dan open normen waaronder verschillende vormen van samenwerking kunnen vallen, maar het mag niet te abstract of hoog over zijn. Een aantal basiszaken dienen dan vastgelegd te worden. De inspectie kan het veld stimuleren meer vast te leggen wat minimaal nodig is qua randvoorwaarden en *governance* rond bepaalde cliëntgroepen of meer algemeen in de regio, zoals wat dient in regionale samenwerkingsplatforms besproken te worden en wie behoort daarbij aan te sluiten. Daarbij kan ook gedacht worden aan hoe de stem van de cliënt voldoende kan worden gehoord en wat de mogelijkheden zijn om een vorm van intern toezicht te organiseren (zonder dat dit meteen zou moeten leiden tot het optuigen van allerlei formele structuren). De afspraken die de betrokken organisaties en partijen opstellen ten aanzien van het functioneren op mesoniveau kunnen daarbij een vertrekpunt zijn voor verdere kritische reflectie tijdens inspectiebezoeken over wat een passende vorm van *governance* op mesoniveau is.

Een toezichtobject maken is geen eenmalig proces. Het mesoniveau van zorgnetwerken is immers geen stabiel toezichtobject en vergt voortdurend onderhoud en aanpassingen, vanwege de continue veranderingen in de zorg of de wijze waarop het veld reageert of anticipeert op het toezicht. Dit geldt zeker voor de lokale zorgnetwerken die in Nederland nog volop in ontwikkeling zijn. Gegeven de staat van ontwikkeling kunnen andere accenten gelegd worden in de beschrijving van het toezichtobject. Als bijvoorbeeld in een lokaal zorgnetwerk voor kwetsbare ouderen nog weinig gewerkt wordt met een eerstelijns specialist ouderengeneeskunde (SO) dan lijkt het zinvol om het bevorderen van deze inbreng te rekenen tot het toezichtobject, maar als dit al is geregeld dan kan het accent bijvoorbeeld verschuiven naar de wijze waarop de ouderengeneeskunde een plek krijgt aan de regionale overlegtafel.

Met het verder uitwerken van kenmerken van functioneren is het toezichtobject nog niet gereed. Het gaat in elk inspectietraject telkens om de kernvraag waar dient de inspectie aandacht op te vestigen. Wat is het risico of thema en hoe maak je dat inspecteerbaar? Welke data helpen daarbij en wat is de functie van die data? Op welke laag of lagen van toezicht dient de inspectie zicht te richten? Welke adressanten dienen daarbij aangesproken te worden? Hoe breed dient de inspectie naar het risico of probleem te kijken? Welke andere toezichthouders zijn nodig om het toezichtobject verder vorm te geven? Het toezichtobject wordt dan voortdurend aangepast aan wat nodig is in een bepaald

inspectietraject en krijgt daarmee een flexibel en vloeiend karakter. Voor de inspectie betekent dit dat het inspecteerbaar maken van het functioneren van zorgnetwerken op mesoniveau een zoektocht zal blijven of een proces dat telkens weer opgepakt zal worden.

Aanbeveling 1:	<i>Het toezichtobject en toezichtkader voor het mesoniveau van zorgnetwerken is geen vast gegeven; blijf deze door ontwikkelen in samenspraak met stakeholders (inclusief cliëntvertegenwoordigers) en inspectees.</i>
Aanbeveling 2:	<i>Stimuleer het veld tot verdere ontwikkeling van (open) normen voor samenwerking.</i>

5.2 Rekening houden met performatieve effecten

Met het definiëren van toezichtobjecten is eigenlijk de interventie al begonnen. Dat de inspectie ergens naar gaat kijken, genereert een besef van urgentie en een zekere druk bij *inspectees* om hun best te doen of om zaken goed voor te bereiden. Vreemde ogen dwingen. Er zijn veel verschillende manieren waarop de inspectie kan gaan kijken: waarop in- of juist uitzoomen? De (vreemde) ogen van de inspectie fungeren niet alleen als een lens waarmee de toezichthouder naar het veld kijkt. Ze werken als een *spotlight* die ergens of op iemand de aandacht vestigt. Dit noemen we de performatieve werking van het toezicht waarmee een toezichtobject wordt gemaakt [De Kam 2020] en al sturing wordt gegeven richting het veld. Een sturing die al kan optreden alvorens de inspectie tot een oordeel komt of een besluit neemt over een mogelijke (vervolg) handavingsinterventie. De dataverzameling, het bij elkaar brengen van bestuurders of het stellen van een vraag kunnen al zogenaamde ‘performatieve’ effecten [Dahler-Larsen 2019] met zich meebrengen, zoals het verantwoordelijk maken van onder toezicht gestelden. Zelfs de keuze van een indicator kan een performatief effect met zich meebrengen. Zo is in de wetenschap bekend dat de gekozen indicator voor wetenschappelijke kwaliteit – de kwantitatieve outputindicator voor internationale peer-reviewed publicaties – wetenschappers aanzet om resultaten over zoveel mogelijk publicaties te verspreiden en het schrijven van boeken of Nederlandstalige publicaties zoveel mogelijk te mijden [De Kam 2020].

Het kiezen van een focus en werkwijzen werkt als een *spotlight* en kan al allerlei effecten sorteren. Focus aanbrengen, hoe noodzakelijk dat is, heeft als keerzijde dat bepaalde aspecten minder aandacht krijgen. Dat geldt voor het toezicht op zorgnetwerken. Jones [2017] beschrijft hoe in Engeland bepaalde lokale (netwerk)initiatieven voor *integrated care* ontmoedigd werden door de performance data die aangeleverd moesten worden. Deze data ten behoeve van de evaluatie van de financiering van lokale initiatieven bleek een bepaalde versie van *integrated care* te definiëren en privilegiëren, dat vooral gericht was op het verbeteren van de doelmatigheid en niet zozeer de patiëntervaringen [Jones 2017]. Bij gebruik van targets of andere kwantitatieve data voor inspectiedoeleinden moet voorkomen worden dat er perverse effecten ontstaan doordat netwerkpartners zich dan primair gaan richten op de meetbare aspecten van netwerkzorg [Bevan en Hood 2006]. Het definiëren en vestigen van een toezichtobject – zoals het ontwerp van standaarden, eisen ten aanzien van data of wie verantwoordelijk wordt gesteld – kan dus allerlei onbedoelde performatieve effecten met zich meebrengen, welke niet altijd aan hoeven te sluiten bij het idee van persoonsgerichte netwerkzorg. Onder toezicht staan wordt door professionals gewaardeerd als een steun in de rug voor het realiseren van optimale zorg. Maar de vraag naar transparantie kan voor de adressant aanleiding zijn om het accent vooral op de onderzochte zaken te leggen, wat ten koste kan

gaan van de kwaliteit van zorg van cliënten. Voor de inspectie is het telkens de vraag of de huidige wijze van toezicht nog voldoet aan het doel.

Performatieve effecten kunnen in alle fasen van het inspectieproces optreden (zie Leistikow 2019 voor de vier fasen uit het ‘schildjesmodel’). De werking van het toezicht begint al tijdens (de voorbereidingen van) het inspectiebezoek, nog voordat de inspectie bevindingen heeft geformuleerd. We zagen al in het voorgaande hoofdstuk dat wie wordt uitgenodigd, wordt daarmee verantwoordelijk gemaakt. Partijen die niet aan tafel zitten worden dan niet geactiveerd, terwijl ze mogelijk wel relevant zijn voor het verbeteren van de persoonsgerichte netwerkzorg of de aanpak van een specifiek probleem. Het organiseren van bijeenkomsten kan, naast een inspectiemethode om data te verzamelen, een interventie op zich zijn. Vanuit een inspectiebezoek gaat een bepaalde werking doordat de toezichthouder actief partijen bij elkaar brengt, vragen stelt aan de betrokken partijen of presentaties laat geven. De selectie van partijen die bij de bijeenkomst aanwezig zijn, kunnen sturing geven aan het proces. De werkwijze kan daardoor medebepalend zijn voor de aspecten van kwaliteit van netwerkzorg die worden bestudeerd en daarmee meer aandacht krijgt. Bij het inspecteerbaar ‘maken’ van het functioneren op mesoniveau is het belangrijk rekening te houden met de mogelijke effecten die van een bepaalde werkwijze uitgaat.

Aanbeveling 3:	<i>Wees alert op performatieve effecten van het toezicht en dat de werking van een bepaalde werkwijze op den duur kan veranderen.</i>
----------------	---

5.3 Reflexief toezicht

Het toezicht op het mesoniveau van netwerken brengt onzekerheden met zich mee, die enerzijds worden veroorzaakt doordat netwerken in de zorg dynamisch zijn en anderzijds inherent zijn aan de gekozen werkvorm (zie paragraaf 4.2). Bij onzekerheid is het traditionele nalevingstoezicht minder functioneel [Grit *et al.* 2016; Rutz 2017]. De inspectie heeft in het toezicht op zorgnetwerken een strategie nodig dat anticipeert op onzekerheden en rekening houdt met de beperkingen van het toezicht. Daarnaast is er een vorm van toezicht nodig dat lerend van aard is zodat het kan inspelen op de dynamiek van netwerken en tevens rekening houdt met performatieve effecten. Strategische ontwikkeling is voor de toezichthouder een continu proces. Dat vergt een vorm van reflexief toezicht, waarbij de inspectie regelmatig reflecteert op het doel, rol en werking van het toezicht (bijvoorbeeld voorafgaand, tussentijds en na afloop van een inspectietraject). Telkens komt het dan terug bij de kernvraag: wat wil de toezichthouder met haar toezicht bereiken en op welke wijze kan dat bereikt worden?

Leren staat centraal in het reflexieve toezicht, omdat inspecteurs niet vooraf alles al weten. Zij kunnen zich niet langer beroepen op vanzelfsprekende routines en zullen eerder diverse strategieën uitproberen, bij voorkeur in samenwerking met andere partijen. “Het is belangrijk dat inspecteurs samen met andere relevante partijen experimenteren met het aanpakken van maatschappelijke problemen” [Rutz 2017]. Reflexief toezicht erkent de beperkingen van het toezicht en probeert daarom meerdere actoren (publiek en privaat) te betrekken. Participatie en dialoog kunnen leiden tot reacties van *inspectees* en andere actoren die beter passen bij de kenmerken van het probleem en de omstandigheden. De inspectie kan daarnaast aan het eind van een inspectiebezoek *inspectees* blijven bevragen – en niet alleen in een pilotsetting – naar hun ervaringen met het inspectiebezoek en suggesties ophalen voor hoe de IGJ nog meer kan bijdragen. Voor reflexief toezicht is het wel

nodig dat de inspectie voldoende experimenteerruimte krijgt of blijft houden om zelf te leren en continu haar strategie te kunnen aanpassen.

Aanbeveling 4:	<i>Versterk het reflexieve toezicht. Reflecteer voortdurend – in dialoog met het veld en andere stakeholders – op het doel, de rol en de werking van het toezicht.</i>
----------------	--

5.4 Balans zoeken tussen agenderen en stimuleren en handhaving

De inspectie kan in het toezicht op netwerken voortgaan met agenderen en stimuleren, waarbij de bal bij de *inspectees* of adressanten wordt gehouden. De faciliterende en op verbeteringen gerichte rol past bij een bredere internationale beweging binnen het toezicht, en dat geldt ook voor de IGJ, waarin het toezien op de naleving van zorgstandaarden (*command and control*) steeds meer plaats maakt voor systeemtoezicht of zelfs toezicht gericht op het versterken van processen van verbetering [Gilad 2010; Grit *et al.* 2016]. Ook de RVS bepleit een fundamenteel andere wijze van verantwoorden dat zich meer richt op het verbeteren van de zorg en ondersteuning. “Het vertrekpunt moet niet degene zijn die verantwoording vraagt, maar degene die verantwoording aflegt” [RVS 2019]. Dat vergt een andere relatie tussen de zorgverlener en toezichthouder waarin wederkerigheid centraal staat. Gezamenlijke reflectie en leren is een belangrijk mechanisme waarmee effect van agenderen en stimuleren wordt gegenereerd. Deze lerende of coöperatieve stijl van toezicht is gebaseerd op de beginselen van vertrouwen in het veld [Stoopendaal en Bouwman 2018] en de aanwezigheid van intrinsieke motivatie en lerend vermogen [Legemaate *et al.* 2013]. In de dialoog met *inspectees* fungeert de inspectie eerder als een ‘sparringpartner’ dan controleur (zie verder paragraaf 5.10 voor de verdere invulling van deze rol).

Dat de inspectie in het toezicht op netwerken over minder repressieve interventie-instrumenten beschikt dan in het reguliere toezicht hoeft niet meteen een probleem te zijn. De aanwezigheid van meer repressieve instrumenten kan zowel werken als een ‘stok achter de deur’ als belemmerend voor agenderen en stimuleren. De recente toezichttrajecten laten zien dat de inspectie zelfs werking kan genereren in een situatie van ‘toezicht zonder stok’. Vreemde ogen, en natuurlijk, vreemde oren dwingen. De kracht van de toezichthouder hoeft niet zozeer gezocht worden in de bovenste instrumenten van de toezichtpiramide [Ayres en Braithwaite 1992] – de sanctionerende stijl van toezicht. In praktijk hanteren inspecteurs – onder de noemer ‘agenderen en stimuleren’ – al een bredere waaier aan instrumenten die vallen binnen het spectrum van ‘informele interventies’ [IGJ 2020b].

Een brede waaier van stimulerende instrumenten biedt de IGJ al veel mogelijkheden van responsief toezicht. Bij onvoldoende urgentie of voortgang kan inspectie inzetten op ‘interventies’ met een terugkerend karakter, zoals het eisen van een plan van aanpak of een terugkerend bezoek. Hierbij is het van belang te waken voor te snel schakelen naar individueel nalevingstoezicht, waarmee de inspectie onbedoeld het probleem overneemt. Indien bijvoorbeeld een aanbieder niet goed meedoet in het netwerk zou het netwerk zelf een aanbieder er meer bij kunnen trekken. Mocht dat niet het gewenste effect hebben, dan kan de inspectie altijd nog overschakelen naar meer ingrijpende handavingsinstrumenten. Voorzichtigheid is daarbij nodig, omdat deze ‘zwaardere’ instrumenten primair lopen via het aanspreken van de individuele partijen. De inspectie kan dan niet verder gaan dan een individuele partij aan te sporen om meer actief te worden in het netwerk. Het is belangrijk om tegelijkertijd het netwerk of het samenwerkingsplatform te blijven aanspreken en activeren. De

IGJ kan nader onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om alsnog meer handhavende instrumenten toepasbaar te maken voor het toezicht op zorgnetwerken. Dat is geen pleidooi voor het inzetten van meer handhavende instrumenten. Een breder arsenaal van instrumenten erkent wel de toenemende relevantie van samenwerking voor de toegang en kwaliteit van zorg.

Een coöperatieve toezichtstijl kan alleen goed functioneren als het gezag van de toezichthouder, vertegenwoordigd door inspecteurs, onomstreden is [Legemaate *et al.* 2013]. Het onderzoek bevestigt dat *inspectees* het gezag van de inspectie niet ter discussie stellen en dat de dialoog aangaan met een netwerk of regio als ‘ingrijpen’ werd ervaren – en is daarmee al effectief. Vooral vanuit het besef dat de IGJ over een zeer beperkt aantal repressieve handhavingsinstrumenten beschikt om het netwerk zelf aan te spreken, blijft het belangrijk om voortdurend te blijven reflecteren op de wijze waarop de inspectie werking kan genereren. Om de kracht van de dialoog in stand te houden kan de IGJ nog meer inzetten op vormen van toezicht die het agenderen en stimuleren centraal stelt en een sterk beroep doen op de een coöperatieve stijl van toezicht, zoals het themagestueerd toezicht. In het themagestueerd toezicht kan de inspectie vanuit haar gezagspositie thema’s (risico’s of aandachtspunten) agenderen en via inzichten vanuit het toezicht een bredere dialoog op gang brengen om deze gezamenlijk door het veld (landelijk en in de regio) te laten aanpakken.

Aanbeveling 5:	<i>Blijf voortgaan met agenderen en stimuleren en wees terughoudend in het overschakelen naar handhaving.</i>
----------------	---

5.5 Themagestueerd toezicht

Het themagestueerd toezicht is gericht op instelling of netwerk overstijgende onderwerpen. Aanbieders of regio’s worden dan via een steekproef geselecteerd om onderzocht te worden op een specifiek onderwerp, zoals in het verleden dat is gedaan voor vrijheidsbeperkende maatregelen of het gebruik en onderhoud van tilliften. Uit een evaluatie van het themagestueerd toezicht blijkt dat deze vorm van toezicht vooral effectief is bij situaties van onzekerheid en waarbij de inspectie zich responsief en coöperatief opstelt ten opzichte van het veld [Niezen *et al.* 2011; Legemaate *et al.* 2013]. De toezichthouder richt zich dan op bepaalde thema’s of risico’s die relevant zijn voor alle netwerken. Het accent ligt dan minder op het beoordelen van specifieke gebieden of regio’s (nalevingstoezicht); maar eerder op het ophalen en delen van input (veel voorkomende problematiek en goede voorbeelden) om sectorbreed agenderend en stimulerend te kunnen zijn. Enkele voorbeelden van typen van thema’s zijn: zorg bij transfer of verplaatste zorg, concrete problemen (zie voorbeeld van lange wachttijden) of specifieke doelgroepen (variërend van vrij breed – kwetsbare ouderen – tot vrij smal, zoals daklozen). Tijdens de *invitational conference* werden al diverse suggesties gedaan voor een thema, zoals de complexe zorg voor adolescenten (overgang van jeugd naar volwassenzorg), de doelgroep van mensen met een licht verstandelijke beperking, de beschikbaarheid van jeugdzorg, arbeidsmarktproblematiek (gerelateerd aan toegang tot zorg), inzet van technologie (bijvoorbeeld e-health), hulpbehoefte als regie niet lukt (o.a. bij wie moet je zijn), inzet van medische zorg (bijvoorbeeld ouderengeneeskunde). Er worden brede thema’s genoemd als de dementievriendelijke samenleving en het bevorderen van positieve gezondheid.

De inspectie kan potentiële thema’s ontwikkelen op basis van uitkomsten van eerder toezicht (inspectiebezoeken of calamiteitenmeldingen) of door publicaties (literatuur, patiëntverhalen en

mediaberichten) te analyseren om risico's of ontwikkelingen vroegtijdig te kunnen signaleren. Daarbij is het goed om in dialoog met stakeholders en landelijke partijen thema's te kiezen en verder uit te werken, zoals hoe het thema het beste geagendeerd kan worden en wie dan aan tafel moet zitten. Dat past goed bij het idee dat het verder stimuleren van persoonsgerichte netwerkzorg zowel inspanningen vergt op regionaal als landelijk vlak. Tijdens inspectiebezoeken kan dat een onderwerp van reflectie zijn: wat meenemen voor agendering bij de landelijke partijen (als mogelijk onderwerp voor themagestueerd toezicht of bijdrage aan de overzichtsrapportage)?

Binnen het themagestueerd toezicht kan de IGJ tijdens inspectiebezoeken (voormalige) *inspectees* uit andere regio's als veldexperts meenemen – zoals dat al in de UK gebeurt waar *specialist advisors* vanuit hun ervaringen vragen stellen en samen met de toezichthouder een beeld vormen van het functioneren van een *local system*. Het meenemen van actoren uit andere regio's versterkt daarmee het beeld dat de focus niet ligt op het beoordelen van de bezoekende regio maar op het stimuleren en delen van ervaringen. *Inspectees* die meegaan met de inspectie leren iets van een inspectiebezoek en nemen iets mee naar huis (zie De Kam *et al.* 2017 over een vergelijkbaar effect van een externe voorzitter bij het calamiteitenonderzoek). Het gaat immers om een landelijke aanpak van een specifiek probleem of het sectorbreed versterken van de samenwerking rond een specifieke doelgroep. Themagestueerd toezicht biedt tevens de ruimte om tijdens het toezichttraject nog aan de verdere ontwikkeling van standaarden – en daarmee het toetsingskader – te werken.

Om daadwerkelijk vanuit themagestueerd toezicht de beoogde samenwerking te versnellen is het nodig om het veld via meerdere prikkels in beweging te krijgen. Naast de aandacht die ontstaat doordat de inspectie meekijkt in het veld, kan ondersteuning (financiering, trainingsmogelijkheden, expertise netwerken of handreikingen) nodig zijn en is het wenselijk dat andere relevante landelijke spelers agenderend optreden. Het helpt als voor het thema een landelijke werkgroep (bijvoorbeeld onder leiding van ministerie van VWS of een aangewezen onafhankelijk voorzitter) wordt geformeerd, waarmee de toezichthouder kan afstemmen over hoe eenieder een bijdrage kan leveren aan de aanpak van het thema. Door meerdere prikkels op elkaar af te stemmen kan er een soort van vliegwieleffect ontstaan. De kans daarop is groter als het een actueel onderwerp betreft waar al in het veld, de politiek en/of media enige aandacht voor is.

Aanbeveling 6:	<i>Investeer meer in themagestueerd toezicht.</i>
Aanbeveling 7:	<i>Overweeg om bij inspectiebezoeken in het kader van het themagestueerd toezicht inspectees uit andere regio's mee te nemen.</i>

5.6 Toezicht op netwerken vergt een 'netwerkbenadering'

Het toezicht op het mesoniveau van persoonsgerichte zorgnetwerken lijkt zelf te vragen om een netwerkbenadering, waarbij de IGJ zowel in dialoog met het veld als met landelijk partijen en andere toezichthouders (zoals NZa, TSD, gemeenten) het toezicht verder ontwikkelt. Alleen een netwerkbenadering stelt het toezicht in staat om autonome organisaties te motiveren tot samenwerken, samen leren en samen verbeteren [Burgess 2019]. In dialoog kan gesproken worden over risico's (zoals welke risico's doen zich voor en behoeven prioriteit), normen (zoals wat is minimaal nodig voor goede samenwerking), adressanten (zoals wie het voortouw en wie betrekken), en de rol van de inspectie (zoals hoe kan inspectie bijdragen en welke onbedoelde neveneffecten kunnen ontstaan).

Randvoorwaarden voor het goed functioneren op microniveau zijn niet alleen een uitkomst van de inspanningen van het regionale netwerk, maar worden evenzeer bepaald door de landelijke mogelijkheden (wettelijke kaders en ontwikkelingen in sectoren) en financiële kaders. Daarvoor is het nodig om alle actoren te activeren die een belangrijke rol vervullen in het creëren van de randvoorwaarden voor persoonsgerichte netwerkzorg, zoals landelijke spelers en financiers (verzekeraars en gemeenten). Bij het kiezen van adressanten is het belangrijk dat de inspectie verder kijkt dan het wettelijk kader dat definieert wie tot de ondertoezichtstaanden behoren. Net als voor de persoonsgerichte zorgnetwerken zelf geldt voor de IGJ het aandachtspunt dat zij het sociaal domein voldoende betrekken. Daarnaast kan de inspectie in haar werk gebruik maken van interne toezichthouders (hen aanspreken dat zij samenwerking voldoende agenderen in het overleg met het bestuur) en regionale cliëntenorganisaties of hen (laten) activeren.

Belangrijk is een goede afstemming tussen toezichthouders. In het samen optrekken met de lokale toezichthouders (gemeenten) kan de IGJ hen tegelijkertijd stimuleren hun kwaliteitstoezicht in het sociaal domein verder te ontwikkelen – zie Themanummer Tijdschrift voor Toezicht [2021: 2] waaruit blijkt dat gemeenten het toezicht op kwaliteit minder goed ontwikkeld hebben dan toezicht op rechtmatigheid. Toezichthouders zouden elkaar de ruimte kunnen geven om buiten de eigen wettelijke kaders te opereren; om buiten het eigen taakveld agenderend op te treden. Repressief handhaven blijft vanzelfsprekend voorbehouden aan de toezichthouder die daarvoor vanuit de wetgever is aangewezen. In goede afstemming met de andere toezichthouders kan de IGJ in haar eigen toezicht dan partijen bevragen die buiten het wettelijk kader van de inspectie vallen (financiers en sociaal domein) – zolang de inspectie zich beperkt tot agenderen en stimuleren. Binnen TSD-verband is hier al ervaring mee opgedaan en deze kennis en ervaring kan gebruikt worden voor de doorontwikkeling binnen de IGJ.

Het bevorderen van sector overschrijdend toezicht, waarbij tevens meer verbindingen worden gelegd tussen het micro-, meso- en macroniveau is de uitdaging voor de komende periode. Daarbij kunnen diverse spanningen tussen de niveaus tot uiting komen, omdat het huidige zorgstelsel en systeem van professionele specialisatie niet op maat zijn gemaakt voor persoonsgerichte netwerkzorg en samenwerking over organisatiegrenzen heen. Het themagestuurde toezicht biedt de mogelijkheid om die spanningen bij die partijen te adresseren die kunnen werken aan het verminderen van de spanningen of kunnen helpen om op een betere manier om te gaan met de onvermijdelijke spanningen.

Aanbeveling 8:	<i>Blijf verder kijken dan het wettelijk kader bij het kiezen van adressanten. Betrek nog meer het sociaal domein, de financiers (verzekeraars en gemeenten) en landelijke spelers.</i>
Aanbeveling 9:	<i>Blijf investeren in de afstemming met andere toezichthouders, in het bijzonder de gemeenten.</i>

5.7 De adressanten: wie zitten aan tafel?

Tijdens een inspectietraject is het belangrijk om de juiste of passende spelers aan tafel te hebben om zoveel mogelijk werking te genereren. Bij de keuze van adressanten spelen meerdere overwegingen, omdat de genodigden meerdere functies kunnen vervullen. Adressanten kunnen gekozen worden om:

- *een beeld te krijgen van wat er aan de hand en nodig is.* Hierbij gaat het om de vraag wie zijn cruciaal om te horen voor de dataverzameling en de duiding daarvan;
- *urgentie op te wekken.* Spelers kunnen ook geselecteerd worden, omdat zijn voor druk kunnen zorgen dat een bepaald probleem of vraagstuk wordt opgepakt. Daarbij kan het ook gaan om landelijke spelers en lokale toezichthouders. Ook aanwezigheid van cliëntvertegenwoordigers kan bijdragen aan het versterken van de urgentie om aan de slag te gaan.
- *gedrag te beïnvloeden.* Door partijen uit te nodigen worden ze geactiveerd – om ze gezamenlijk verantwoordelijk te maken of juist een betrokken partij meer te activeren. Waar nodig kan de toezichthouder ook expliciet de eindverantwoordelijken (bestuurders) activeren om ervoor te zorgen dat er intern bij de organisaties voldoende prioriteit aan de samenwerking wordt gegeven. Het gaat dan ook om de vraag wie zijn nodig om binnen de samenwerking het verschil te kunnen maken.
- *input te halen voor agendering bij landelijke spelers.* Sommige deelnemers zullen eerder in staat zijn om aan te geven wat er op landelijk niveau nodig is en wat daarin passend en realistisch zou zijn.

Het is belangrijk om bij de selectie van adressanten oog te hebben voor meerdere functies of redenen waarom iemand wordt uitgenodigd. Al die functies kunnen samenvallen bij een adresant maar dat hoeft niet. De toezichthouder kan ook werken met meerdere tafels die kunnen wisselen qua samenstelling.

Daarnaast is het nodig om bewust te zijn van wat het mogelijke effect is van de samenstelling van de tafelgenoten (inclusief de aanwezigheid van een toezichthouder) op wat er aan tafel kan gebeuren: waarover meer of minder gemakkelijk gesproken kan worden.

Aanbeveling 10:	<i>Bediscussieer welke samenwerkingspartners aan tafel behoren te zitten en heb daarbij oog voor meerdere functies of redenen waarom het wenselijk is dat een partij aan tafel zit.</i>
-----------------	---

5.8 Gebruik data voor meerdere functies

Een goede informatievoorziening is van cruciaal belang voor het functioneren van de toezichthouder (Legemaate *et al.* 2013). Goede data zijn niet altijd beschikbaar of de inspectie is daarbij afhankelijk van *inspectees*. Zo is er maar zeer beperkt data beschikbaar die gebruikt kan worden voor risicodetectie van regio's (zie paragraaf 3.4). Het ontbreken van dergelijke data hoeft geen grote belemmering te zijn, omdat data meerdere functies kunnen vervullen waar de IGJ gebruik van kan maken:

1. *Data om partijen bij elkaar te brengen.* Onderlinge afstemming tussen de (beoogde) netwerkpartners is dan nodig om gezamenlijk betekenis te geven aan de data. De inspectie of andere landelijke spelers kunnen actief beschikbare data over regio's bij elkaar brengen om het gezamenlijke gesprek daarover op gang te brengen – zie wat de zorgverzekeraar inmiddels doet met de regiobeelden. Het kan daarbij gaan om eenvoudige data die helpen om verder te kijken (De Bont en Grit 2012). De data werken dan tevens als tin-opener.
2. *Data als tin-openers.* Data hoeft dan niet volledig valide of representatief te zijn. Ze hoeven geen antwoorden te geven maar beogen nader onderzoek mogelijk te maken om te zien wat er daadwerkelijk aan de hand is. Een belangrijke vraag is wie behoort de verzamelde data te

duiden? Dat hoeft lang niet altijd de inspectie zelf te doen, maar kan een taak zijn van het netwerk waarmee een goede duiding van de data tevens een kenmerk is van goed functioneren van het netwerk.

3. *Data als kenmerk van goed functioneren netwerk.* Hierbij gaat het vooral om de vraag of het netwerk zelf data (kwalitatief en/of kwantitatief) verzamelt in het kader van de planning en het kwaliteitsbeleid: heeft het netwerk zicht op de behoeften in de regio en de prestaties van het netwerk? Met het stimuleren van datagebruik door het netwerk beweegt de toezichthouder naar een hogere laag van toezicht: toezicht op het lerend en zelfregulerend vermogen van het netwerk of de regio.
4. *Data als input voor agendering.* Data wordt dan benut om aandachtspunten te verzamelen voor landelijke partijen en andere regio's. Daar kan actief om gevraagd worden tijdens een inspectiebezoek.

Voor de IGJ is het dan de opgave per inspectietraject na te gaan welke mogelijke functies van data mogelijk en wenselijk zijn, gegeven het beoogde doel van de inspectie. Vaak zal het om meerdere functies tegelijk gaan, maar kan het accent per traject verschillen.

Aanbeveling 11:	<i>Maak voldoende gebruik van de meerdere functies die data kunnen vervullen: om partijen bij elkaar te brengen, als tin-opener, als kenmerk van goed functioneren netwerk en als input voor agendering.</i>
-----------------	--

5.9 Formatief beoordelen

Gezien de vele ontwikkelingen rond zorgnetwerken behoort het toezicht dan vooral de beweging te beoordelen: is er voldoende voortgang in het verbeteren van de samenwerking? Voor de inspectie betekent dit balanceren tussen het concreet en inspecteerbaar maken van de samenwerking en voldoende ruimte geven aan regionale variëteit en ontwikkeling. Het beoordelen door de toezichthouder heeft dan een formatief karakter gericht op (continu) leren en verder verbeteren. Dat vergt een vraag-stijl van inspecteren waarmee de bal meer naar wordt gelegd bij de *inspectees*: zij moeten aantonen dat de samenwerking goed verloopt en bijdraagt aan persoonsgerichte netwerkzorg. Tevens geeft het de regio's de ruimte een eigen lokale invulling te geven aan hoe zij aan de kernstandaarden (de kernvragen) willen voldoen of hoe zij omgaan met contextfactoren (het zorglandschap in de regio, personeelsschaarste, eisen van regelgeving e.d.).

Door meer de netwerken of regionale samenwerkingsplatforms verantwoordelijk te maken in het proces van verantwoorden (bijvoorbeeld via het geven van een groepspresentatie), wordt de beweging naar de tweede of derde laag van toezicht in het model van Gilad [2010] verder versterkt. Belangrijk is de dan de vraag of netwerken in staat zijn tot zelfregulering en reflectie, zoals is er een gezamenlijke visie, worden er goede onderlinge afspraken gemaakt als het gaat om belangen, wordt er geanticipeerd op ontwikkelingen in de sector (bijvoorbeeld arbeidsmarktproblematiek en ontwikkelingen rond corona), is er een lerende cultuur, bestaat er een kwaliteitssysteem van monitoring (kwantitatief en/of kwalitatief) en is er sprake van een vorm van verantwoording (richting stakeholders, inclusief cliëntvertegenwoordigers) en intern toezicht.

Aanbeveling 12:	<i>Zoek een balans tussen het concreet en inspecteerbaar maken van de samenwerking en voldoende ruimte geven aan regionale variëteit en ontwikkeling.</i>
-----------------	---

5.10 Samenwerken en sparren met adressanten

Samenwerken met de adressanten vergt een andere stijl en benadering van het toezicht: minder top-down en meer relationeel, gericht op dialoog en gezamenlijk leren [Burgess 2019]. Een top-down benadering zou lokale initiatieven te veel in de kiem te smoren en doet geen recht aan het idee van open standaarden. Het werk van de inspecteur verandert daarmee van monitoring en compliance (nalevingstoezicht) naar professioneel oordeel (aan de hand van kernvragen). Het inspectiebezoek krijgt dan het karakter van een vruchtbare dialoog, gericht op verbeteren en minder op oordelen.

De inspecteur is dan meer ‘sparringpartner’ dan beoordelaar. Door partijen aan te spreken en een spiegel voor te houden, worden partijen in het netwerk gestimuleerd om te reflecteren op hun samenwerking (inclusief gevoeligheden als verschil in perspectief op hoe gezamenlijke visie gestalte moet krijgen of de rol van deelbelangen), waar er witte vlekken liggen en om waar nodig stappen van verbetering te zetten. Een spiegel voorhouden impliceert nog niet dat de inspectie volledig mee hoeft te gaan in hoe op dit moment het bestaande netwerk is georganiseerd. In termen van de ‘lichtmetafoor’; de inspectie hoeft niet alleen daar te zoeken waar het al licht is – waar al een lantaarnpaal staat – en zou vooral oog moeten hebben voor wat nog meer nodig is voor de doelgroep. Met het actief en kritisch bevragen van wat er nog niet is of wat nog meer nodig zou kunnen zijn, kan de inspectie nog een stap verder gaan dan louter spiegelen. De inspectie hoeft zich niet alleen te richten op de kernspelers – daarmee zou de inspectie te veel meegaan in hoe op dat moment veel overlegtafels zijn georganiseerd. Tevens kan de inspectie de verschillende regio’s stimuleren om na te gaan of de huidige constellatie van samenwerkingsplatforms en overlegtafels nog steeds passend is voor de (toekomstige) opgaven op het gebied van de persoonsgerichte netwerkzorg. Waar nodig kan de inspectie meer aandacht vragen voor preventie en signalering of bijzonder kwetsbare cliënten of zij die tussen wal en schip dreigen te vallen. Door actief te vragen naar wat er nog niet is of wat nog meer nodig zou kunnen zijn, kan de inspectie een stap verder gaan dan het primair beoordelen van de in gang gezette initiatieven.

In de dialoog is het van belang om een goede balans te vinden tussen afstand (om een onafhankelijk oordeel te vormen en niet op de stoel van de netwerkpartijen te gaan zitten) en betrokkenheid (meedenken met wat er gaande is in de regio en de dialoog aan te gaan). Een belangrijk onderdeel is het opstellen van vragen waarmee de inspectie kan in- en uitzoomen: inzoomen op bijvoorbeeld met microniveau of een specifiek aspect van de governance van netwerken en uitzoomen om kritische distantie tot stand te brengen, zoals de positie van het netwerk in regio of de ‘visie’ van de regionale partners op de verdere ontwikkeling van samenwerking binnen de regio.

Het werk van de inspecteur wordt daarmee minder visueel en meer narratief. De vraag-stijl van inspecteren is minder gericht op visualiseren dan de compliance-stijl van inspecteren. Volgens De Kam [2020] wordt het toezicht overwegend geframed als een praktijk van zien en door (toe)zien komen inspecteurs te weten wat er aan de hand is. De IGJ presenteert nog vaak haar werk veelal als een visuele activiteit. Het ‘visuele’ is in tal van woorden verankerd in de manier waarop we spreken over toezicht, zoals ‘toezicht’, ‘monitoring’ en ‘kijken met andere ogen’ (zie Werkplan 2018). Het concept ‘inspecteren’ gaat terug naar het Latijnse inspectus dat ‘kijken naar, observeren, zien’

betekent [De Kam 2020]. In de narratieve vraag-stijl van inspecteren gaat het niet zozeer om het professionele eindoordeel van de inspecteur (lees: team van inspecteurs) om tot een bevinding te komen over de kwaliteit van samenwerking, maar vooral om een bijdrage te kunnen leveren aan het verder verbeteren van de samenwerking. De narratieve vraag-stijl leent zich er juist goed voor om via dialoog *inspectees* te activeren tot reflecteren, leren en verder verbeteren.

Aanbeveling 13:	<i>Vervul nog meer de rol van ‘sparringpartner’ tijdens inspectiebezoeken, waarbij voorbij de bestaande, goede initiatieven wordt gekeken en het netwerk wordt uitgedaagd om na te gaan of de huidige opzet nog past in het geheel aan regionale initiatieven en uitdagingen.</i>
-----------------	---

5.11 Helderheid rol van inspectie versterken

Belangrijk is helderheid over rol van inspectie, zowel intern als extern. Dat vertrekt vanuit de overkoepelende vraag: wat is het doel van het toezicht en hoe kan het toezicht daartoe bijdragen? Dit wordt verder uitgewerkt in het strategische beleid. Daarvoor is het nodig om nog eens kritisch naar de huidige IGJ-documenten te kijken – om een inconsistente stijl in het toezicht te voorkomen. Die getuigen soms sterk van de wens naar naleving en handhaving, terwijl de inspectie aangeeft agenderend en stimulerend te willen werken. Op strategisch niveau is dan een andere of bredere benadering nodig dan de terminologie van ‘naleving’ suggereert. In praktijk gaan inspecteurs al verder dan wat in de officiële documenten is verwoord. Inspecteurs proberen partijen gezamenlijk verantwoordelijk te maken – zelfs in situaties waarin duidelijke veldnormen ontbreken over wie wat moet gaan oppakken – en te stimuleren tot verbeteracties – door formatief te oordelen en partijen aan te zetten om zelf aan normstelling te doen (zoals gezamenlijke visie, prioriteiten stellen en nadenken over duurzame borging van in gang gezette initiatieven tot samenwerking).

Agenderen en stimuleren is tevens minder gericht op individuele aanbieders of netwerken, omdat het verder gaat dan het naleven van de huidige normen. Het toezicht beoogt dan vooral de sector voort te sturen in het steeds verder verbeteren van de samenwerking. Het themagestuurde toezicht biedt allerlei mogelijkheden om op meer heldere wijze agenderend toezicht te houden op sectorniveau.

Extern proberen inspecteurs weliswaar helderheid te geven over rol toezicht; toch is alertheid nodig dat dit niet altijd lukt. Nog steeds hebben veel actoren in het veld nog een ‘traditioneel’ beeld van het werk van de inspectie (controlerend en handhavend). Verwarring kan verder optreden als er meerdere trajecten in een regio lopen of doordat een bepaald inspectietraject nieuw is voor de *inspectees*. Verwarring kan ontstaan doordat de IGJ beschikt over meerdere stijlen van toezicht (van lerend tot sanctionerend). Helderheid bieden over de rol van de toezichthouder bij een bepaalde toezichtactiviteit is essentieel maar kan extra lastig zijn voor de IGJ, omdat de Nederlandse toezichthouder in tegenstelling tot veel buitenlandse toezichthouders meerdere rollen tegelijkertijd vervult. Rolvastheid binnen een toezichttraject is dan belangrijk om de rol van de inspectie helder te maken en houden. Indien toch wijzigingen daarin nodig zijn, dan is het belangrijk daarover meteen helder te communiceren.

Aanbeveling 14:	<i>Versterk en verhelder verder – zowel intern als extern – de rol van de inspectie bij samenwerkingen.</i>
-----------------	---

5.12 Conclusie

De IGJ kan een bijdrage leveren aan het verder stimuleren en versterken van regionale samenwerkingsplatforms. De inspectie moet werk verzetten om het mesoniveau van persoonsgerichte zorgnetwerken inspecteerbaar te maken. Dat komt mede doordat het toezicht op het mesoniveau van netwerken een aantal onzekerheden met zich meebrengt. Deze onzekerheden betreffen het duiden van het risico, het kiezen van de adressant en het bepalen van een (open) norm. In dit rapport zijn diverse bouwstenen aangereikt om de strategie van het toezicht op persoonsgerichte zorgnetwerken verder te versterken. De kernboodschap is dat het inspecteerbaar maken van het mesoniveau van zorgnetwerken een reflexieve houding van de toezichthouder vergt, waarbij de toezichthouder voortdurend reflecteert op het doel, de rol en de werking van het toezicht. In dialoog met anderen leert de toezichthouder zelf en ontwikkelt ze verder haar strategie passend bij de dynamiek en ontwikkelingen in het veld.

Flexibiliteit en maatwerk zijn belangrijke kernbegrippen in de strategie van de inspectie, omdat het zorglandschap en de wijze waarop samenwerking vorm krijgt per regio sterk kan verschillen. Daarnaast kunnen landelijke ontwikkelingen van invloed zijn op de mogelijkheden of bereidheid tot samenwerking. Rekening houden met de lokale en landelijke context betekent nog niet dat deze een gegeven hoeft te zijn voor de inspectie. Het bewust organiseren van aandacht voor “witte vlekken” (doelgroepen en onderwerpen) door meer te sparren met netwerken over de kracht en zwakte van de bestaande inrichting van de samenwerking past daar goed bij. Landelijke partijen kunnen hieraan bijdragen door problemen op te pakken die een landelijke aanpak behoeven. Het themagestuurde toezicht biedt de mogelijkheid om zowel de benodigde bijdragen van de regionale samenwerkingsplatforms als de landelijke partijen (inclusief andere toezichthouders) gezamenlijk te thematiseren.

Referenties

- Ansell C, Gash A. Collaborative platforms as a governance strategy. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 2018, 16–32.
- Ayres, I. en J. Braithwaite. 1992. *Responsive regulation: Transcending the deregulation debate*. Oxford: Oxford University Press.
- Bevan, G. en Hood, C. 2006. What's measured is what matters. Targets and gaming in the English public health care system. *Public Administration*, 84(3), 517-538.
- Bevir, M. What is the decentered state? *Public Policy and Administration*, 2020
<https://doi.org/10.1177/0952076720904993>
- Blokzijl, L., H. Schouten en C. van Zijp. 2020. *Stand van het land. Regiobeelden*. Utrecht: Berenschot.
- De Bont, A. and K. Grit. 2012. Unexpected advantages of less accurate performance measurements. How simple prescription data works in a complex setting regarding the use of medications. *Public Administration*, 90(2): 497-510.
- Bovens, M.A.P. 1990. *Verantwoordelijkheid en organisatie. Beschouwingen over aansprakelijkheid, institutioneel burgerschap en ambtelijke gehoorzaamheid*. Zwolle: W.E.J. Tjeenk Willink.
- Bovens, M. 1998. *The Quest for Responsibility: Accountability and Citizenship in Complex Organizations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Burgess, N., C. Graeme, B. Crump, J. Richmond en M. Johnson. Improving together: collaboration needs to start with regulators. *BMJ* 2019;367;l6392. 10.1136/bmj.l6392
- Care Inspectorate and Healthcare Improvement Scotland. 2017. *Services for older people in Scottish Borders. Report of a joint inspection of adult health and social care services*.
- Carter, N. 1994. 'Performance Indicators: "Backseat Driving" or "Hands Off" Control?', in D. McKevitt and A. Lawton (eds), *Public Sector Management. Theory, Critique and Practice*. London: Sage.
- CQC. 2013. *A new start Consultation on changes to the way CQC regulates, inspects and monitors care*. Newcastle upon Tyne: Care Quality Commission.
- CQC. 2018a. *Beyond barriers: how older people move between health and care in England*. Newcastle upon Tyne: Care Quality Commission.
- CQC. 2018b. Birmingham. *Local system review report*. Newcastle upon Tyne: Care Quality Commission.
- CQC. 2018c. *KLOES: Local system reviews*. Newcastle upon Tyne: Care Quality Commission.

- CQC. 2020. *Local authority area data profiles: Older people's pathway*. Newcastle upon Tyne: Care Quality Commission.
- Dahler-Larsen, P. 2019. *Quality. From Plato to Performance*. Cham: Plagrave Macmillan.
- D'Amour D, Goulet L, Labadie J-F, San Martín-Rodriguez L, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations *BMC Health Services Research* 2008;8:188.
- De Bruin S. Lemmens L, Beijer M, Scheepens M. *Netwerken integrale ouderenzorg: wat is de stand van zaken in Nederland?* Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, mei 2020.
- Gilad, S., 2010. It runs in the family: Meta-regulation and its siblings: Meta-regulation and its siblings. *Regulation en Governance* 4, 485–506.
- Grit, K., M. Bomhoff, R. Friele en R. Bal. 2016. *Toezicht in onzekere situaties. Op zoek naar een passend toezichtkader in een veranderende gezondheidszorg*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Grit, K., De Kam, D., Bouwman, R., Harmsen, D., Friele, R., Bal, R. 2018. *Kennissynthese calamiteiten toezicht*. Rotterdam: Erasmus School of Health Policy en Management.
- IGJ. 2017. *Toetsingskader 'Toezicht op zorgnetwerken rond cliënten in de thuissituatie'*. Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.
- IGJ. 2018. *Toetsingskader voor zorgaanbieders waar mensen wonen die langdurige zorg nodig hebben*. Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.
- IGJ. 2019. *Meerjarenbeleidsplan 2020-2023*. Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.
- IGJ 2020a. *IGJ Jaarbeeld 2019*. Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.
- IGJ. 2020b. *Interventiebeleid bij zorgnetwerken*. Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.
- IGJ. 2020c. *Grote verschillen in samenwerking huisarts en wijkverpleging; kwetsbare ouderen krijgen niet overal goede zorg thuis*. Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.
- IGJ en NZa. 2020. *Toezicht IGJ/NZa op aanpak wachttijden ggz*. Brief aan de staatssecretaris van VWS, d.d. 12 november 2020.
- IGJ. 2021. *Concept Toetsingskader 'Toezicht op samenwerkende zorgaanbieders'*. Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.
- Jones, L. Sedimented governance in the English NHS. In Bevir, M., and Waring, J. (eds) (2017). *De-Centring Health Policy: Learning from British Experiences in Healthcare Governance*. London: Routledge.
- Kaats, E. en W. Ophij. 2014. *Leren samenwerken tussen organisaties. Samen bouwen aan allianties, netwerken, ketens en partnerships*. Deventer: Vakmedianet.

- Kam, D. de, K. Grit en R. Bal. 2017. *Calamiteitentoezicht in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg. Een evaluatie van een beleidswijziging in de care-sector per 1 oktober 2015*. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.
- Kam, D. de 2020. *Through the Regulator's Eyes. On the effects of making quality and safety of care inspectable*. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Kok, J. 2021. *A standard story. On the use and consequences of standards in healthcare regulation*. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Legemaate, J., Grit, K.J., Plomp, E, Die, de, M., Bovenkamp, H.M. van de, Broer, T., Bouwman, R., Bomhoff, M.C., Friele, R.D., Bal, R.A. 2013. *Thematische wetsevaluatie - Bestuursrechtelijk toezicht op kwaliteit van zorg*. ZonMw: Den Haag.
- Leistikow, I. 2019. Het belang van praktijkgericht onderzoek voor toezichtontwikkeling. In Van Kempen, H. *Reflecties op de staat van het toezicht*. Den Haag: Inspectieraad.
- Minkman MMN. *Developing Integrated care: Towards a development model for integrated care*. PhD-thesis, 2012.
- Minkman, M.M.N. 2020. Suitable scales; Rethinking scale for innovative *integrated care* governance. *International Journal of Integrated care* 20(1): 1-5.
- Niezen, M., F. Neefjes en R. Bal. 2011. *Effectiviteit van thematisch toezicht. Leren van toezicht en toezicht op leren*. Rotterdam: iBMG.
- Rutz, S. 2017. *Practicing reflexive regulation*. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- RVS. 2017. *Heft in eigen hand*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
- RVS. 2019. *Blijk van vertrouwen. Anders verantwoorden voor goede zorg*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
- Schuurmans, J.J., N. van Pijkeren, R. Bal en I. Wallenburg. 2020. Regionalization in elderly care: what makes up a healthcare region? *Journal of Health Organization and Management* 35(2): 229-243.
- Stoopendaal, A. en R. Bouwman. 2018. *Ruimte voor Vertrouwen. De dynamiek van vertrouwen in het toezicht op zorg*. Rotterdam: Erasmus School of Health Policy en Management.
- The Scottish Government. 2015. *Core Suite of Integration Indicators*. The Scottish Government.
- Triemstra, M., Grit, K., Graaff, B. de, Venderbos, J., Friele, R. *Sectorbreed leren van calamiteiten in de jeugdhulpverlening*. Utrecht: Nivel, 2019.
- Tsakitzidis G, Van Royen P. *Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg*. Antwerpen: Standaard Uitgeverij, 2012.

Valentijn PP, Boesveld IC, van der Klauw DM, Ruwaard D, Struijs JN, Molema JJW, Bruijnzeels MA, Vrijhoef HJM, Towards a taxonomy for *integrated care*: a mixed-methods study. *International Journal of Integrated care* 2015; 15(4).

Van Rensburg AJ, Rau A, Fourie P, Bracke P. Power and Integrated Health Care: Shifting from Governance to Governmentality. *International Journal of Integrated care* 2016; 16(3):17.

Bijlage 1: Begrippenkader

Vanuit de literatuur en de gevoerde gesprekken komt naar voren, dat er veel behoefte is aan duidelijke definities. Hieronder worden daarom de gehanteerde begrippen gedefinieerd.

Begrip	Definitie
Governance	De wijze van besturen van en het interne toezicht op een organisatie of samenwerkingsverband.
Interprofessionele samenwerking	Vanuit een gezamenlijk (zorgverleners en patiënt/cliënt) opgesteld zorg- en ondersteuningsplan gebaseerd op een holistische aanpak, waarbij de mens en niet de aandoening centraal staat, werken de professionals proactief samen met respect voor elkaars deskundigheid.
Netwerkgzorg 'Integrated care'	Zorg vanuit interprofessionele samenwerking tussen verschillende zorgverleners (formeel en informeel) rondom specifieke vragen van de patiënt/cliënt
Persoonsgerichte zorgnetwerken	Het geheel van zorg- en hulpverleners (medisch en sociaal domein; formeel en informeel) rondom en samen met een individuele patiënt/cliënt die interprofessioneel samenwerken.
Samenwerkingsplatform 'Collaborative platform'	Een organisatie of een programma met 'dedicated' competenties, instituten en middelen gericht op het faciliteren van de creatie, de adaptatie en het succes van meerdere of lopende samenwerkingsprojecten (Ansell en Gash 2018). In dit rapport verstaan we onder een samenwerkingsplatform een regionaal samenwerkingsverband voor persoonsgerichte netwerkgzorg, waaraan verschillende overlegtafels verbonden kunnen zijn.
Toezichtkader	Het beoordelingskader van de inspectie. Vooraf gemaakte afspraken waartegen het toezichtobject wordt getoetst. Dit kunnen zowel bepaalde normen zijn of uitgesproken ambities.
Toezichtobject	Het object waarop de inspectie toezicht wil houden. Dit kan bijvoorbeeld een instelling zijn, een bepaalde werkwijze, een onderdeel van de wet- en regelgeving of de governance.
Zorgnetwerken	Een netwerk van zorgorganisaties en andere partijen rondom een specifieke aandoening, zoals dementie, palliatieve zorg, Parkinson of mensen met chronisch psychische aandoening. Deze netwerken kunnen in Nederland gericht zijn op kennisvermeerdering <i>of</i> de directe patiënten/cliëntenzorg <i>of</i> beide.

Bijlage 2: Onderzoeksvragen uit projectvoorstel

In het onderzoeksvoorstel zijn de volgende vragen geformuleerd:

1. Wat zijn kenmerken van het goed functioneren van netwerken van zorgaanbieders op mesoniveau die persoonsgerichte zorg bieden aan kwetsbare groepen?
 - a. Wat zijn kenmerken van netwerken op mesoniveau waarin calamiteiten hebben plaatsgevonden?
 - b. Wat zijn bevorderende en belemmerende elementen van de institutionele infrastructuur (meso- en macrokenmerken) waarbinnen netwerken moeten opereren?
2. Welke data (kwantitatief en kwalitatief) geven informatie over de kwaliteit en het functioneren van zorgnetwerken op mesoniveau?
 - a. Welke databronnen zouden voor de IGJ zinvol kunnen zijn in het toezicht op het functioneren van zorgaanbieders in deze netwerken?
 - b. Hoe zou de IGJ deze data kunnen duiden en gebruiken?
3. Hoe zou de IGJ kunnen bijdragen aan het bevorderen van goed functionerende zorgnetwerken op mesoniveau?

De onderzoeksvragen zijn als volgt in het rapport uitgewerkt. De eerste onderzoeksvraag is behandeld in hoofdstuk 2 “Kenmerken van samenwerkingsplatforms”. Het onderzoek naar de calamiteiten leverde weinig bruikbare informatie op voor het beschrijven van de risico’s en komt in dit rapport niet uitgebreid aan de orde. Onderzoek naar de tweede vraag maakte al snel duidelijk dat er weinig openbare informatie beschikbaar is. Maar dat voor een juiste interpretatie een gesprek met de het samenwerkingsplatform noodzakelijk is om de relevante contextinformatie te kennen. Het gebruik van data komt expliciet aan bod in paragraaf 2.6 “Kwaliteitsbeleid” en paragraaf 2.7 “Interne reflectie op doelen en activiteiten”, in paragraaf 4.5 “Gebruik van data tijdens inspectiebezoek” en paragraaf 5.8 “Gebruik data voor meerdere functies”. Onderzoeksvraag 3 wordt behandeld in hoofdstuk 5 “Strategiebepaling”, waarin de bouwstenen voor het toezicht worden beschreven.

Bijlage 3: KLOES, local system reviews

KLOES: Local System Reviews – UPDATED AUGUST 2018

1. Safe KLOE 1: How are people using services supported to move safely across health and social care to prevent avoidable harm?	
S1	How do systems, processes and practices across the health and social care interface safeguard people from avoidable harm?
S2	How are risks to people assessed, mitigated and monitored so they are supported to stay safe?
S3	What system is in place for providers to identify people who are frail, with complex needs or who are at high risk of deterioration in their health or social situation?
2. Effective KLOE 1: How effective are health and social care services in maintaining and improving health, wellbeing and independence?	
E1	Are people's needs and choices assessed holistically to promote independence and is this information communicated effectively across the system?
E2	Are services designed to improve flow through the health and social care system evidence based?
E3	Does the workforce have the right skills to support the effective transition of people between health and social care services?
E4	How effectively does the workforce collaborate and share information to meet the needs of the local population?
3. Caring KLOE 1: Do people experience a compassionate, high quality and seamless service across the system which leaves them feeling supported and involved in maximising their wellbeing?	
C1	Are assessments of need and care co-ordinated effectively to ensure that the person is at the centre of their care and support planning when moving between health and social care services?
C2	How well are people supported to be actively involved in making decisions about their care, support and treatment when moving through the health and social care system?
C3	How well does the system inform and involve carers, families, advocates and their representatives to make informed choices about future plans?
C4	Are people treated with kindness, dignity, respect and compassion when they move between health and social care services?
4. Responsive KLOE 1: To what extent are services across the health and social care interface responsive to people's individual needs?	
R1	How does the system ensure that people who are moving through the health and social care interface are seen in the right place, at the right time, by the right person?
R2	How timely and effective is the process for reviewing people's support needs to ensure that these continue to remain appropriate as they move through the health and social care interface?
R3	How do services ensure that people can make informed choices to access the support they want, in a way that promotes their independence?

5. Well led KLOE 1: Is there a clear shared vision and common purpose, underpinned by a credible strategy to deliver high quality care and support which is understood across the system?	
WL1	Is there an agreed vision for health and care services that is signed up by system partners?
WL2	What is the strategic framework that brings system partners together that encourages multidisciplinary working across health and social care and how is this delivered?
WL3	How well do partners involve people who use services, their families and carers, and representative organisations in the strategic approach to planning and developing health and care services?
WL4	How effectively do leaders collaborate to plan and deliver services so that organisations and staff are encouraged to work together to meet the needs of older people who access health and care services?
6. Well Led KLOE 2: What impact is governance of the health and social care interface having on quality of care across the system?	
G1	Are there clear governance arrangements that support partners to collaboratively drive and support quality of care across the health and care interface?
G2	Are there clear accountability structures and KPIs for how organisations contribute to the overall performance of the system?
G3	To what extent is learning and improvement shared across the health and social care system?
G4	How do information governance arrangements (and the use of digital interoperability) enable information sharing across health and social care?
7. Well led KLOE 3: How is the system working together to develop a health and social care workforce to meet the needs of its population now and in the future?	
W1	Is there a strategy for ensuring that there is sufficient staff who have the right skills across the health and care interface to meet the needs of older people, now and in the future?
W2	Are system partners using existing workforce resources effectively to meet the needs of older people at the interface of health and social care?
8. Well Led KLOE 4: Is commissioning of care across the health and social care interface, demonstrating a whole system approach based on the needs of the local population?	
COM1	Is there a strategic approach to commissioning across the health and social care interface informed by the identified needs of local people?
COM2	How is commissioning promoting, developing and managing a diverse and sustainable market to ensure the system has capacity to support services at the interface between health and social care?
COM3	How well are services commissioned at the interface of health and social care? (are they outcomes based?)
COM4	Is there an aligned approach to monitoring and improving the quality of services commissioned at the interface of health and social care?
9. Resource Governance KLOE 1: How do system partners assure themselves that resources supporting the interface of health and social care are achieving sustainable high quality care and promoting people's independence?	
RG1	How do system partners monitor the use of resources to ensure they are being used effectively and efficiently across the health and social care interface?
RG2	Do system partners routinely evaluate the impact of commissioned services, including pilots and initiatives, to drive improvement?

