



## **Conceptueel kader voor de ontwikkeling van toezicht op samenwerking in de zorg en ondersteuning van kwetsbare cliënten thuis**

Manja Bomhoff  
Dolf de Boer  
Roland Friele

Dit rapport is een uitgave van het NIVEL. De gegevens mogen worden gebruikt met bronvermelding.

ISBN 978-94-6122-389-0

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2016 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

# Inhoud

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>6</b>
<b>Deel I: Beleidsrapportage Toezicht op netwerken</b>	<b>9</b>
<i>Manja Bomhoff, Dolf de Boer en Roland Friele</i>	
<b>1 Toezicht in een veranderend zorglandschap</b>	<b>10</b>
1.1 Een nieuw domein en nieuwe vragen	10
1.2 Consequenties voor toezicht	11
1.3 Dit onderzoek	13
1.4 Leeswijzer	13
<b>2 Adressanten</b>	<b>15</b>
2.1 Wat is een netwerk en bestaat het in de zorgpraktijk?	15
2.2 Samenwerking als onderwerp van toezicht	17
2.3 Een gebied als vertrekpunt van toezicht	17
2.4 Mogelijke onderdelen van een gebiedsstrategie voor toezicht op samenwerking	18
2.5 Conclusies	19
<b>3 Normen</b>	<b>20</b>
3.1 Wat zegt het wettelijk kader?	20
3.2 Wat staat er in richtlijnen?	21
3.3 Wat is er nodig voor goede samenwerking?	22
3.4 Conclusies	23
<b>4 Risico's bij samenwerking in zorg en ondersteuning voor kwetsbare cliënten thuis</b>	<b>25</b>
4.1 Percepties van risico's	25
4.2 Prioritering van risico's	27
4.3 Conclusies	28
<b>5 Handvatten voor het toezicht</b>	<b>30</b>
5.1 De vraag om concrete suggesties	30
5.2 Samenwerking als onderwerp in direct en systeem toezicht	30
5.3 Procesvoorwaarden	31
5.4 Toezicht op principes	31
5.5 'Best practices'	32
5.6 'Vangnet' toezicht	32
5.7 Toezicht is niet altijd het antwoord	32
5.8 De cliënt centraal	33
<b>Referenties</b>	<b>34</b>

<b>Deel II: Achtergrondstudies Toezicht op Netwerken</b>	<b>36</b>
<i>Dolf de Boer, Manja Bomhoff en Roland Friele</i>	
<b>1 De achtergrondstudies</b>	<b>37</b>
<b>2 Inzichten uit de literatuur</b>	<b>38</b>
2.1 Inleiding	38
2.2 Wat wordt in de literatuur verstaan onder het begrip netwerk?	38
2.3 Kwaliteit: Hoe evalueer je de kwaliteit van een netwerk?	39
2.4 Toezicht	41
2.5 Conclusie	43
<b>Referenties</b>	<b>45</b>
<b>3 Inzichten uit de interviews met experts en (bestuurlijk) verantwoordelijken over toezicht op samenwerking</b>	<b>47</b>
3.1 Inleiding	47
3.2 Resultaten	48
3.3 Het belang van samenwerking, waar nodig	50
3.4 Hoe ziet goede samenwerking eruit?	51
3.5 Regels en regelruimte	53
3.6 Risico's of kansen	54
3.7 Toezicht	55
3.8 Conclusies	58

## Voorwoord

Voor u ligt een rapport gericht op het verkennen van mogelijke strategieën en concepten voor toezicht op zorg en ondersteuning rond kwetsbare cliënten in de thuissituatie. De aanleiding voor dit onderzoek is dat mensen langer thuis blijven wonen, ook als ze intensieve zorg en ondersteuning nodig hebben. Die zorg en ondersteuning krijgen ze veelal van verschillende zorg- en dienstverleners, uit verschillende wettelijke kaders (Zvw/Wlz/Wmo). De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) bezint zich op haar rol in dit geheel, met name waar het kwetsbare cliënten betreft die zelf onvoldoende in staat zijn om regie te voeren.

Een belangrijk uitgangspunt van het NIVEL en van de Academische Werkplaats Toezicht, waar dit onderzoek is ingebed, is dat onderzoek resultaten en inzichten moet opleveren die bruikbaar zijn voor de IGZ. Mede in dit licht is het voorliggende onderzoek in nauw overleg tussen de IGZ en onderzoekers uitgevoerd. Daarbij ging het onder meer om het wederzijds delen van informatie en tussentijdse inzichten, maar ook om deelname van de onderzoekers aan enkele bijeenkomsten van de IGZ projectgroep 'Ontwikkeling toezicht op netwerken in de langdurige zorg thuis' en het presenteren van (tussentijdse) resultaten op colloquia van de IGZ. De vruchten van deze interacties zijn door de onderzoekers gebruikt om de resultaten en inzichten uit het onderzoek zo goed mogelijk te vertalen naar de ontwikkelingen binnen de IGZ. Dit kwam de bruikbaarheid van de resultaten voor de IGZ weer ten goede.

Vanuit het doel de resultaten van dit onderzoek zo toegankelijk en bruikbaar mogelijk weer te geven bevat dit rapport globaal drie producten die verschillen in focus en detail. De *Samenvatting* bevat de belangrijkste resultaten en inzichten in algemene zin, die de IGZ kan overwegen bij de vormgeving van toezicht op zorg thuis rond kwetsbare cliënten. *Deel I* van het rapport bevat een nadere uitwerking van de gedachtenvorming over de onderzoeksresultaten die leiden tot de belangrijkste inzichten uit het onderzoek. *Deel II* van dit rapport bevat ten slotte achtergrondstudies met een verantwoording van twee belangrijke onderzoeksactiviteiten uit dit project: een literatuuronderzoek en een interviewstudie met experts en bestuurders.

Op deze plaats willen we graag de projectgroep 'Ontwikkeling toezicht op netwerken in de langdurige zorg thuis' bij de IGZ bedanken voor de prettige samenwerking en dan met name Heleen Buijze en Lucie Claessen. Daarnaast zijn we ook veel dank verschuldigd aan de verschillende geïnterviewden die ons veel input hebben gegeven voor dit rapport.

## Samenvatting

Steeds meer professionals zijn betrokken bij de ondersteuning en zorg voor kwetsbare mensen thuis. Dat maakt goede samenwerking tussen die professionals die uitgaat van de behoeften, de mogelijkheden en de belangen van een cliënt, van groot belang. Het is de vraag hoe het toezicht hierop in kan spelen.

Met deze beleidsrapportage hopen wij een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van een toezichtstrategie voor de netwerken van zorg en ondersteuning rondom kwetsbare cliënten in de thuissituatie. De behoefte aan een nieuwe toezichtstrategie is enerzijds ontstaan door de transities in de langdurige zorg, de veranderingen in de jeugdhulpverlening met de komst van de jeugdwet, en de veranderingen in het wettelijk kader rond langdurige zorg thuis en de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Anderzijds is er, ook los van deze wettelijke veranderingen al langer sprake van een aantal maatschappelijke ontwikkelingen: een verschuiving naar meer zorgverlening thuis; een grotere nadruk op de eigen regie van cliënten, een grotere rol voor mantelzorgers, en een grotere nadruk op samenwerking door verschillende zorg- en hulpverleners en een groeiend besef van de risico's die hier mogelijk bij horen. Deze veranderingen vragen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) om een passend antwoord, een toezichtstrategie die past bij deze ontwikkelingen.

Op basis van inzichten uit de literatuur en van experts en stakeholders levert deze beleidsrapportage een conceptueel kader. Het kader leidt tot suggesties met betrekking tot wie waarop aangesproken kan worden, hoe dit kan gebeuren en waarom. Hiervoor worden de volgende termen als kapstok gebruikt: adressant (wie kan de inspectie aanspreken?); normen (op grond van welke normen kan de inspectie een adressant aanspreken?) en risico's (welke risico's zijn onderwerp van het toezicht?)

### ***Netwerken zijn in dit domein (nog) geen productieve adressant voor toezicht***

Verschillende professionals en instellingen kunnen betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning voor een bepaalde cliënt. Het zou goed zijn om deze verschillende partijen in gezamenlijkheid en op hun gezamenlijke doel aan te kunnen spreken. Door deze partijen als een 'netwerk' te bestempelen zou die gezamenlijkheid benadrukt kunnen worden. Echter, de samenwerking van partijen in dit veld lijkt (nog) onvoldoende op die van een netwerk, zoals beschreven in de literatuur over toezicht op netwerken. De relaties zijn nog te wisselend van samenstelling en van aard, te veel gericht op slechts één of twee anderen, en de leden van de netwerken zijn te weinig op de hoogte van het totaalplaatje en gericht op hetzelfde doel. Dit maakt netwerken (nog) geen productieve adressant van toezicht. Het thema samenwerking blijft echter onverminderd urgent. Zeker als het gaat om kwetsbare mensen thuis die zelf geen regie kunnen voeren over het geheel van zorg en ondersteuning dat zij ontvangen. Daarbij kan de term 'netwerken' in empirische zin uitstekend gebruikt worden om de relaties rondom een cliënt zo objectief mogelijk in kaart te brengen. In agenderende zin kan de term gebruikt worden om het belang van samenhang en samenwerking te onderstrepen.

### ***Een regio kan dienen als startpunt voor toezicht op samenwerking***

Het belang van goede samenwerking rond kwetsbare mensen in de thuissituatie wordt breed onderkend in het veld en in de literatuur. In richtlijnen voor zorg en ondersteuning die vallen onder verschillende wettelijke kaders, wordt geregeld specifiek ingegaan op samenwerking. Thema's als coördinatie, informatieoverdracht en verantwoordelijkheidsverdeling komen daar stevast in terug. Tevens bieden de meeste richtlijnen de nodige ruimte om samenwerkingsafspraken in verschillende regio's op verschillende manieren uit te werken. Welke samenwerkingsafspraken het meest zinvol zijn en hoe die het best kunnen worden uitgewerkt is mede afhankelijk van regionale verschillen. Dit kan ervoor pleiten om als vertrekpunt voor toezicht op samenwerking in de zorg thuis, een hanteerbaar gebied af te bakenen waar de samenwerking tussen adressanten getoetst kan worden. Mogelijk kan bestaande toezichtinformatie over instellingen ook worden geordend naar gebieden om te bepalen welke regio's het meest in aanmerking komen voor nadere inspectie.

### ***Het loont om het doel van dit toezicht helder te formuleren en het gesprek hierover aan te gaan***

Bij het ontwikkelen van een nieuwe toezichtstrategie is een duidelijk beeld van het doel van het toezicht, en de risico's die centraal worden gesteld, van groot belang. De risico's die worden geassocieerd met samenwerking rond kwetsbare mensen thuis, zijn heterogeen en diffuus. Een categorisering van gepercipieerde risico's laat zien dat slechts een klein deel van die risico's werkelijk is toe te schrijven aan samenwerking. In andere gevallen, bijvoorbeeld bij disfunctioneren van een zorgverlener, biedt samenwerking door de betrokkenheid van andere zorgverleners juist een kans om disfunctioneren te signaleren. Samenwerking is dan niet het risico, maar een mogelijke oplossing om specifieke risico's in de langdurige zorg thuis te verminderen.

### ***Het bestaande toezicht biedt verschillende mogelijkheden om via de individuele professionals of via organisaties het onderwerp samenwerking te adresseren***

Er zijn verschillende manieren waarop samenwerking als onderwerp meegenomen kan worden in het 'reguliere' toezicht. De IGZ houdt direct toezicht op individuele zorgverleners en daarnaast systeem toezicht op governance niveau van organisaties. Op beide niveaus kan samenwerking gezien worden als onderdeel van de wettelijke verplichting die zij hebben om 'goede zorg' te verlenen. Dit biedt de IGZ de mogelijkheid om, zo nodig, handhavend op te treden.

### ***Interactief, lerend toezicht met ruimte voor een dialoog over principes en procesvoorwaarden***

Het toezicht op samenwerking kan daarnaast ook het karakter van een lerend proces krijgen. Te strakke normen kunnen de essentiële 'regelruimte' van professionals beknotten en daarmee goede samenwerking juist belemmeren. Toezicht op samenwerking zou vooral gericht kunnen worden op procesvoorwaarden in het kader van de eigen regie van de cliënt, de overdracht, de dossiervoering, de afspraken, de zorgcoördinatie etc.. Vanwege de variatie die hierin bestaat, deels inhoudelijk gemotiveerd en deels gerelateerd aan de ontwikkelingsfase van de samenwerkingen, lijkt het verstandig om dit toezicht vorm te geven als een interactief, gezamenlijk en lerend proces met veel aandacht voor 'best practices'. In zo'n proces is de kans namelijk het grootst dat organisaties de informatie met elkaar en de Inspectie delen die nodig is om de samenwerking goed te kunnen beoordelen en bevorderen. Daarnaast kan een additionele toezichtstrategie gericht op principes ook een productieve insteek bieden, doordat het in gaat op de gedeelde uitgangspunten van samenwerkingspartners en toetst of deze expliciet gemaakt worden en gedeeld zijn.

***Strenger ‘vangnet’ toezicht met minimum normen combineren met leren***

Het toezicht op samenwerking hoeft echter niet alleen lerend te zijn. Er zijn minimumnormen die ook zeer relevant zijn voor samenwerking, waar streng en handhavend toezicht op gehouden kan worden. Extra aandacht zou daarbij ook uit kunnen gaan naar die procedures en regelingen die het cliënten, familieleden en professionals zelf mogelijk maakt om problemen, klachten en fouten aan de orde te stellen. Wetgeving voorziet hier in een stevige basis met de Wkkgz. Streng toezicht op deze punten is goed te rijmen met de focus op de eigen regie van cliënten.

***Toezicht waarbij de cliënt op verschillende manieren centraal wordt gesteld***

Een belangrijk punt in de zorg in het algemeen en bij de Inspectie in het bijzonder is dat de cliënt zoveel mogelijk centraal moet staan. In dat licht is het extra van belang om bij toezicht op samenwerking te blijven kijken naar hoe die samenwerking voor individuele cliënten uitpakt, welke risico's zij zien of ervaren én welke meerwaarde van samenwerking wordt ervaren door individuele cliënten. Op die manier krijgt het cliëntenperspectief een concreet gezicht in dit toezichtdomein. In dit rapport staan suggesties voor het betrekken van cliënten bij het bepalen van de prioriteiten of doelen van toezicht in dit domein, bij het bepalen van de toezichtsagenda en de strategie, bij het vormgeven van de normen en principes waarop toezicht gehouden wordt en bij het verzamelen van signalen en informatie over de kwaliteit van de samenwerking.



## **Deel I: Beleidsrapportage Toezicht op netwerken**

*Manja Bomhoff, Dolf de Boer en Roland Friele*

# 1 Toezicht in een veranderend zorglandschap

Met deze beleidsrapportage hopen wij een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van een toezichtstrategie voor de netwerken van zorg en ondersteuning rondom kwetsbare cliënten in de thuissituatie. Deze nieuwe focus is enerzijds ontstaan door de transities in de langdurige zorg, de veranderingen in de jeugdhulpverlening met de komst van de jeugdwet en de veranderingen in het wettelijk kader rond langdurige zorg thuis en de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Anderzijds is er, ook los van deze wettelijke veranderingen al langer sprake van een aantal maatschappelijke ontwikkelingen: een verschuiving naar meer zorgverlening thuis; een grotere nadruk op de eigen regie van cliënten, een grotere rol voor mantelzorgers, en een grotere nadruk op samenwerking door verschillende zorg- en hulpverleners en een groeiend besef van de risico's die hier mogelijk bij horen. Deze veranderingen vragen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) om een toezichtstrategie die past bij deze ontwikkelingen.

In het toezicht van de IGZ heeft de ontwikkeling van een nieuwe toezichtstrategie vaak de basis in een wettekst. Daarin wordt duidelijk wie de adressant is van het toezicht en op welke norm toezicht gehouden zal worden. Bij de ontwikkeling van een nieuwe toezichtstrategie richtte de IGZ zich in eerste instantie ook vooral op deze concepten: normen en adressanten. Achterliggend - zeker wanneer de normen en de adressanten nog onduidelijk zijn - speelt echter ook de vraag naar het uiteindelijke doel van toezicht een belangrijke rol. Dan gaat het met name over de risico's waarop het toezicht gericht moet zijn, of het maatschappelijk belang waaraan de toezichthouder een bijdrage wil leveren. In dit hoofdstuk gaan we dieper in op de achtergrond van en aanleiding voor deze studie en hoe we tot handvatten voor de verdere ontwikkeling van een nieuwe toezichtstrategie zijn gekomen.

## 1.1 Een nieuw domein en nieuwe vragen

### 1.1.1 Cliënten die zorg nodig hebben blijven langer thuis wonen

Een belangrijke ontwikkeling van de afgelopen jaren is dat cliënten die zorg nodig hebben dat steeds meer en steeds vaker ontvangen in de thuissituatie. De achterliggende gedachte is dat dit zowel prettiger is voor cliënten zelf en kostenbesparend voor de overheid. Met de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo2015) en de hervormingen in de langdurige zorg is opnieuw een grote stap in deze richting gezet (zie box 1.1). Daarmee zal een groot deel van de cliënten die vroeger in aanmerking kwamen voor verblijf in een zorginstelling of een ggz-instelling, nu, met behulp van zorg en ondersteuning door professionele en informele krachten, thuis blijven wonen. Het aantal professionals dat zorg- en/of ondersteuning levert aan individuele cliënten thuis wordt daardoor groter. Er zijn meer kwetsbare cliënten die thuis wonen en de ondersteuning in de thuissituatie wordt daardoor ook intensiever.

**Veranderingen in het wettelijk kader**

In 2015 is er veel veranderd op het gebied van wetgeving met betrekking tot de langdurige zorg thuis. Allereerst is de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo2015) in werking getreden. Hierin zijn verschillende vormen van zorg en ondersteuning ondergebracht die eerder onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten vielen (AWBZ). Gemeenten zijn daarmee verantwoordelijk voor deze vormen van zorg en ondersteuning geworden. De nieuwe Wet Langdurige Zorg (Wlz) bestaat nu grotendeels uit de resterende vormen van zorg en ondersteuning uit de AWBZ. Ook de Zorgverzekeringswet (Zvw) is aangepast.

**Een nieuwe focus van toezicht**

Er is door bovenstaande ontwikkelingen een nieuw domein van toezicht ontstaan. Hierbij spelen vragen als: welk toezicht past bij zorg in de thuissituatie? Welk toezicht past bij samenwerking tussen professionals en organisaties in de langdurige zorg thuis? Welke rolverdeling past bij de toezichtstaken voor gemeenten en de IGZ bij de Wmo2015? Daarnaast zijn enkele ontwikkelingen die al langer spelen in de zorg in dit domein zeer dominant aanwezig. Zo spelen vragen over de eigen regie van de cliënt of de positie van de cliënt en de mantelzorgers in het toezicht al langer maar zijn ze in dit domein uiterst relevant. Ook vragen met betrekking tot het centraler stellen van het welbevinden krijgen in dit domein hernieuwde urgentie. Bij de Inspectie voor de Gezondheid (IGZ) leefden daarom verschillende vragen die aanleiding gaven tot dit onderzoek. Het onderzoek is uitgevoerd binnen de Academische Werkplaats Toezicht (AWT). Vanuit de AWT is ook ander onderzoek naar dit onderwerp uitgevoerd. Meer over de samenhang tussen deze onderzoeken is te lezen op pagina 12 box 1.2.

**1.1.2 Ondersteuning en zorg wordt door verschillende professionals en organisaties verleend, vanuit verschillende wetten**

Er is dus een groeiend aantal zorg- en hulpverleners betrokken bij cliënten die thuis wonen. Er is daarmee ook een groeiend aantal organisaties betrokken. De verschillende professionals en organisaties kunnen binnen verschillende wettelijke kaders vallen. Zo kan een cliënt bijvoorbeeld zorg krijgen van een huisarts, een fysiotherapeut en een wijkverpleegkundige. Die zorg valt allemaal onder de Zvw. Daarnaast kan diezelfde persoon ook ondersteuning ontvangen in de vorm van een maaltijdvoorziening en hulp bij het huishouden, beiden vanuit de Wmo2015. Daarnaast kan er natuurlijk ook nog zorg verleend worden vanuit weer heel andere wettelijke kaders (zoals bijvoorbeeld de Jeugdwet en Participatiewet) en valt een van de meest cruciale actoren in een zorgnetwerk, namelijk de mantelzorger, binnen geen enkel wettelijk kader. Van al deze verschillende organisaties en individuele zorg- en hulpverleners wordt samenwerking verwacht bij het verlenen van coherente, cliëntgerichte ondersteuning.

**1.2 Consequenties voor toezicht**

**1.2.1 Kwetsbare cliënten en regie**

Met de transitie is ook het aantal kwetsbare cliënten dat thuis woont sterk toegenomen en dit zal blijven groeien. Er zullen steeds meer cliënten zijn die wegens fysieke en/of cognitieve en mentale beperkingen niet meer in staat zijn om voldoende regie te voeren over de zorg en ondersteuning. Hier kunnen grote verschillen in zijn, per individu, per situatie en per tijdstip. In voorkomende gevallen kan een mantelzorger dit opvangen, maar dat zal lang niet altijd het geval zijn.

### 1.2.2 Wie is het aanspreekpunt voor de toezichthouder?

Kwetsbare cliënten kwamen in het verleden veelal in aanmerking voor zorg/verblijf in een zorginstelling of een GGZ-instelling. In die situatie is direct duidelijk wie verantwoordelijk zijn voor de veiligheid van de cliënt, namelijk de zorgverleners en de instelling waar de cliënt verblijft. Daarmee is ook direct duidelijk wie de toezichthouder is, namelijk de IGZ. In de thuissituatie is het bij kwetsbare cliënten veel minder vanzelfsprekend wie het aanspreekpunt is voor de veiligheid van de cliënt en is het ook niet vanzelfsprekend dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg de toezichthouder is. Voor de ondersteuning die vanuit de Wmo2015 wordt gegeven is de gemeente verantwoordelijk voor het toezicht. Dit is voor gemeenten een nieuwe verantwoordelijkheid die nog grotendeels ingevuld moet worden. Verder is de IGZ toezichthouder voor de Zvw en de Wlz en heeft de IGZ binnen de Wmo2015 geen toezichthoudende maar een evaluerende en agenderende taak.

### 1.2.3 Van een focus op professionals en instellingen naar een focus op netwerken?

De IGZ kan zich uiteraard richten op verschillende individuele, BIG geregistreerde professionals, maar spreekt die niet in samenhang aan. Tegelijkertijd is het wel van belang dat de zorg en ondersteuning die door verschillende partijen wordt geleverd, gezamenlijk sluitend is. En dat er geen gaten vallen in de afstemming en samenwerking tussen zorgverleners die ten koste gaan van de veiligheid en het welzijn van de cliënt. De belangrijkste uitdaging voor de IGZ is dus om deze situatie hanteerbaar en aanspreekbaar te maken. Om meer grip te krijgen heeft de IGZ het geheel aan zorg en ondersteuning rond cliënten in de thuissituatie opgevat als een *netwerk*. Vanuit deze gedachte zijn verschillende projecten gestart om te bezien of het voor toezicht inderdaad productief is om het geheel aan zorg- en dienstverlening rond een cliënt op te vatten als een netwerk. Zo heeft de IGZ een concept toezichtkader voor netwerken opgesteld en getoetst in de praktijk en werkt het EMGO+ Instituut van het VUmc aan de evaluatie van deze praktijktoets (zie box 1.2 voor meer informatie).

#### Box 1.2 *Wisselwerking met andere projecten*

Parallel aan dit project liepen twee andere door de IGZ geïnitieerde projecten die met een andere insteek hetzelfde domein belichtten. Allereerst startte de IGZ zelf een proef 'Toezicht op netwerken in de langdurige zorg thuis'. In dit project werkte de IGZ aan een toetsingskader om toe te kunnen zien op de langdurige zorg thuis. Dit project nam als vertrekpunt dat verschillende zorg- en hulpverleners een netwerk vormen om een cliënt. Het project richtte zich daarmee op de afstemming tussen professionals en nam het perspectief van de cliënt nadrukkelijk als vertrekpunt. Belangrijke bevindingen waren dat de informatie-uitwisseling tussen zorg- en hulpverleners soms te wensen overlaat en dat mantelzorgers soms kritischer waren op samenwerking dan de cliënten zelf. De opgedane ervaringen gebruikt de inspectie om te komen tot een toetsingskader en een werkwijze voor het toezicht op de langdurige zorg thuis (IGZ, 2015a).

Daarnaast liep eveneens vanuit de Academische Werkplaats Toezicht, een onderzoeksproject getiteld 'Effectief toezicht op zorgnetwerken van thuiswonende kwetsbare ouderen'. Dit onderzoek dat werd uitgevoerd vanuit het EMGO+ instituut (VUmc) sloot nauw aan bij de hierboven genoemde IGZ proef en evalueerde deze (met de nadruk op de doelgroep ouderen). In dit onderzoek is gekeken naar risico's voor kwetsbare oudere cliënten in de thuissituatie vanuit de literatuur, het perspectief van cliënten zelf en vanuit het perspectief van zorgverleners en organisaties.

-box 1.2 wordt vervolgd -

- vervolg box 1.2 -

Voorts is in de praktijk gekeken naar de samenwerking tussen zorgverleners waaruit bleek dat “in een netwerk niet alle zorgverleners op de hoogte zijn van elkaars aanwezigheid” en dat “formele afspraken over regie en signalering in veel gevallen ontbreken, waarbij zorgverleners vaak aangeven dat de regie bij de oudere zelf ligt”. Van dit project is een publicatie over de eerste twee fasen verschenen (Verver, 2015).

## **1.3 Dit onderzoek**

### **1.3.1 Conceptueel, met focus op meso- en macroniveau**

De pilots van de IGZ over toezicht op netwerken namen de praktijk als uitgangspunt. Het vertrekpunt van deze pilots waren casussen van individuele cliënten; dit is een vertrekpunt dat dicht tegen het microniveau aan zit. Het project van het EMGO zat hier - als evaluatie van de pilots - eveneens dicht tegenaan. Het huidige project vult hierop aan door toezicht op netwerken meer conceptueel en op meso- en macroniveau te bezien. Daarmee vormen de drie projecten puzzelstukjes die kunnen helpen om te komen tot goed en doortastend toezicht op zorg en ondersteuning voor kwetsbare cliënten thuis. Toezicht moet immers goed passen bij de meso- en macrostructuren van de zorg en tegelijkertijd werken in de praktijk op meso- en microniveau.

### **1.3.2 Scope van het onderzoek**

Een belangrijke vraag bij de ontwikkeling van dit toezicht betreft de taakverdeling en samenwerking tussen de betrokken toezichthouders. Naast de IGZ zijn uiteraard verschillende andere toezichthouders, met name ook de gemeentelijk toezichthouders (of in sommige gevallen de GGD'en die als gemeentelijke toezichthouder zijn aangewezen), betrokken. Hoewel deze vraag van groot belang is, speelt deze op dit moment vooral op politiek, strategisch en tactisch niveau en is het daarom lastiger deze conceptueel te voeden. Er is in samenspraak met de opdrachtgevers gekozen om deze vraag buiten de scope van dit onderzoek te laten vallen.

### **1.3.3 Aanpak onderzoek**

Verschiedende onderzoeksmethoden zijn gebruikt en verschillende bronnen zijn geraadpleegd. Zo is (wetenschappelijke) literatuur over netwerken bestudeerd met een focus op samenwerking en met aanknopingspunten voor toezicht. Voorts zijn wetteksten bekeken op aanknopingspunten voor toezicht, evenals verschillende richtlijnen voor vormen van zorg die relevant zijn voor kwetsbare cliënten thuis en/of veel nadruk leggen op samenwerking tussen verschillende zorgverleners. Tot slot is gesproken met experts op het gebied van toezicht op samenwerking en met (bestuurlijk) verantwoordelijken van organisaties die zorg en/of ondersteuning bieden aan cliënten thuis. In de achtergrondstudies bij dit rapport horen wordt in meer detail ingegaan op deze afzonderlijke deelonderzoeken (zie deel II: Achtergrondstudies).

## **1.4 Leeswijzer**

### **1.4.1 Een toepassingsgerichte rapportage**

Voor de vormgeving van de beleidsrapportage is leidend geweest dat het document bruikbaar en vlot leesbaar moet zijn voor toezichthouders, zowel inspecteurs als managers. Onze

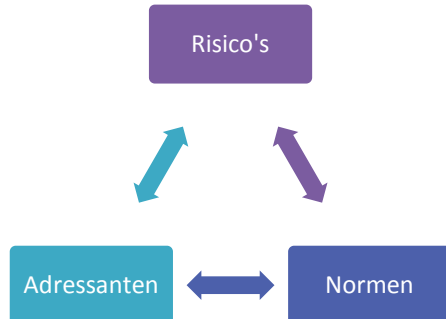
contactpersonen bij de IGZ hebben ons daarbij op het hart gedrukt om vooral te komen tot zo concreet mogelijke aanknopingspunten voor de ontwikkeling van dit nieuwe toezichtdomein.

#### 1.4.2 Adressanten, normen en risico's

De beleidsrapportage heeft een structuur die ontleend is aan drie belangrijke concepten: adressanten, normen en risico's. Toezichthouders hebben een wettelijke opdracht. Die geeft aan welke adressanten de toezichthouder kan aanspreken en aan welke - vaak nog verder in te vullen - normen deze adressanten zich dienen te houden. In een uitgekristalliseerd toezichtveld zijn de adressanten en de normen helder. Met betrekking tot het onderwerp: samenwerking voor kwetsbare mensen thuis, is nog veel nieuw en in ontwikkeling. Ons werd daarom allereerst gevraagd de focus te leggen op zorgnetwerken als een potentiële adressant. Vervolgens zouden wij kijken welke normen bruikbaar waren voor het aanspreken van zorgnetwerken en hoe normen voor zorgnetwerken verder ontwikkeld konden worden. Vanaf het begin van dit project was de focus dan ook op het vinden van bruikbare kennis voor het verder uitwerken van productieve adressanten en normen.

Over het doel van het toezicht en de achterliggende risico's bleken intern bij de IGZ en extern bij bestuurlijk verantwoordelijken in het veld veel assumpties te bestaan. Gedurende het project is steeds duidelijker geworden dat helderheid over de risico's die de toezichthouder wil prioriteren cruciaal is voor de ontwikkeling van een toezichtstrategie binnen de IGZ. Juist ook omdat het domein nog zo volop in ontwikkeling is.

Figuur 1.1 Belangrijke concepten voor toezicht



De concepten adressanten, risico's en normen bleken zeer bruikbaar voor dit project en vormen daarom de leidraad.<sup>1</sup> De concepten adressanten, risico's en normen blijken productieve ingangen voor de precisering van het nut en de noodzaak van een toezicht strategie. Helderheid en consensus over wat in het specifieke domein de risico's, de adressanten en de normen inhouden kan daarmee een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van effectief toezicht. Ze worden in de volgende hoofdstukken eerst een voor een apart, en tenslotte in samenhang besproken.

<sup>1</sup> Deze drie centrale concepten werden in gezamenlijkheid ontwikkeld met andere onderzoekers in een gemeenschappelijk project uit de Academische Werkplaats Toezicht. Dit gemeenschappelijke project was gericht op het vormgeven van een overkoepelend conceptueel kader voor toezicht. In dit gemeenschappelijke project is, uit vier verschillende onderzoeksprojecten van de Academische Werkplaats Toezicht, gedestilleerd welke concepten centraal zouden moeten staan bij het ontwikkelen van nieuw toezicht. Dit geldt bijvoorbeeld in nieuwe zorgsituaties of in situaties waarin het huidige toezicht te kort lijkt te schieten. De hierbij horende publicatie volgt.

## 2 Adressanten

Het is van groot belang dat de zorg en ondersteuning voor kwetsbare cliënten thuis sluitend is en dat er geen gaten vallen die ten koste gaan van veiligheid of welzijn. Maar een duidelijk aanspreekpunt of eindverantwoordelijke hiervoor ontbreekt. De IGZ is gestart bij de begrippen 'netwerk' en 'netwerkworg' om deze situatie hanteerbaar te maken. De charme van het concept 'netwerk' is duidelijk: een netwerk zou tot op een bepaalde hoogte zelfsturend zijn en leden zouden taken met elkaar afstemmen en kunnen overnemen. Dit alles terwijl de beslissingen, mogelijkheden en behoeften van de cliënt centraal staan. In dit hoofdstuk onderzoeken we het begrip 'netwerk' als vertrekpunt en bekijken op hanteerbaarheid en bruikbaarheid zijn voor toezicht.

We zien dat netwerkworg, zoals gedefinieerd in de literatuur, een specifieke vorm van samenwerking in houdt die in dit domein nog nauwelijks te vinden is. Daarnaast moet een netwerk verschillende kenmerken hebben om in het toezicht als adressant aangesproken te kunnen worden door de toezichthouder. De vraag of deze specifieke vorm van samenwerking ook in alle gevallen leidt tot betere zorg en hulpverlening is een belangrijke vraag. Voor nu schetsen we de contouren van een alternatieve focus op samenwerking door professionals en instellingen binnen een bepaald gebied dat praktischer lijkt.

### 2.1 Wat is een netwerk en bestaat het in de zorgpraktijk?

#### 2.1.1 De cliënt als vertrekpunt

In de pilots van de Inspectie over toezicht op netwerken voor kwetsbare ouderen in de thuissituatie, werd het netwerk vanuit het cliëntenperspectief omschreven als het geheel van betrokken zorg- en dienstverleners. Het cliëntenperspectief komt daarmee nadrukkelijk centraal te staan, wat aansluit bij de ambitie uit het Meerjarenbeleidsplan van de Inspectie om "patiënten en cliënten nadrukkelijk te betrekken bij toezicht" (IGZ, 2015b). Uit een studie van de wetenschappelijke literatuur blijkt echter dat in die literatuur op vele andere manieren naar netwerken wordt gekeken. Er zijn dan ook vele definities van het begrip "netwerk" met verschillende nuances en accenten (Bazzoli et al., 1999; Browne et al., 2007; Hill, 2002; Huerta et al., 2006; Provan en Milward, 2006). Terugkerende elementen uit deze definities zijn onder meer dat een netwerk uit relaties tussen verschillende actoren bestaat, op meerdere niveaus bekeken kan worden, en informeel en formeel kan zijn. Daar komt bij dat wat een netwerk kan, idealiter meer is dan wat ieder van de afzonderlijke actoren apart kan. Het geheel is dus meer dan de som der delen. Bij netwerken ten behoeve van service- en dienstverlening is daarnaast ook nog sprake van coördinatie, afstemming en overdracht en worden er, wanneer er een actor uitvalt, taken overgenomen of gecompenseerd (zie ook het literatuuronderzoek in deel II van dit rapport voor meer informatie over verschillende definities en opvattingen over netwerken in de literatuur [deel II, paragraaf 2.2]).

### **2.1.2 Geen netwerk op individueel niveau in de praktijk**

Wanneer we door de bril van de wetenschappelijke literatuur kijken naar het geheel van zorg- en dienstverleners rond een cliënt, dan blijken enkele belangrijke eigenschappen van een netwerk te missen in de empirie. De eerste bevindingen van het EMGO+ onderzoek laten bijvoorbeeld zien dat zorgverleners lang niet allemaal op de hoogte zijn van elkaars bestaan, laat staan dat zij ervaren dat zij samen met alle andere zorgverleners en ondersteuners onderdeel zijn van een netwerk (Verver, 2015). Er zijn weinig formele of informele afspraken die het hele ‘netwerk’ betreffen en de coördinatiefunctie is vaak nergens belegd. Dit betekent dat er dus ook geen aanspreekpunt is voor het netwerk als geheel. Deze bevindingen werden verder bevestigd in de interviews met bestuurders die in het kader van dit project zijn gehouden.

### **2.1.3 Geen netwerk op organisatieniveau in de praktijk**

Het opvatten van het netwerk als het geheel van betrokken professionals rond een individuele cliënt levert een complexe situatie op voor toezicht. Er zijn in die zienswijze namelijk net zoveel netwerken als cliënten. Alle aandacht die door de toezichthouder besteed wordt aan het in kaart brengen van een netwerk rondom één cliënt, gaat ten koste van de aandacht voor de netwerken rondom andere cliënten. Een andere manier om te kijken naar het geheel van professionals rond een cliënt, is om deze te zien als afgevaardigden van organisaties die gezamenlijk een netwerk vormen (zie ook deel II, paragraaf 2.3) (Brass et al., 2004; Provan en Milward, 2001). Deze organisaties zouden dan onderlinge afspraken moeten hebben over informatie-uitwisseling, doorverwijzing, coördinatie etc. Deze zienswijze heeft als voordeel dat er dan fors minder netwerken zijn dan cliënten. Een populatie van cliënten in een bepaald gebied wordt dan namelijk bediend door één/enkele netwerken van organisaties in dat gebied en dat is in theorie een overzichtelijke werkelijkheid. Het nadeel is echter dat die organisaties zich in de praktijk vaak ook niet gedragen als een netwerk, want er zijn nog zelden sluitende afspraken tussen al deze organisaties over informatie-uitwisseling, gezamenlijke dossiervoering, gezamenlijke plannings, verantwoordelijkheidsverdelingen etc.. Dit betekent ook dat er in veel gevallen geen centraal aanspreekpunt is.

### **2.1.4 De waarde van het begrip netwerk voor toezicht: agendasetting**

Dat netwerken in de praktijk (nog) niet echt bestaan<sup>2</sup> wil niet zeggen dat de term ‘netwerk’ of ‘netwerkgang’ van geen enkele waarde is. In tegendeel, van de termen kan een agenderende werking uitgaan naar het zorgveld en naar de toezichthouder. De gedachte achter de term ‘netwerk’ is namelijk dat de zorg- en ondersteuning rond kwetsbare cliënten thuis sluitend moet zijn. Dat dit de nodige afstemming en samenwerking vereist om te voorkomen dat er gaten vallen die ten koste gaan van de kwaliteit en de veiligheid van de zorg voor cliënten. En dat de cliënt en de mantelzorger hierbij meer expliciet als onderdeel van een netwerk meegenomen dienen te worden. Met de term ‘netwerk’ komen kwesties als samenwerking en afstemming tussen professionals uit verschillende domeinen en met cliënten en hun mantelzorgers dus op de agenda.

---

<sup>2</sup> De term netwerk wordt soms ook gebruikt voor ketenzorg rond één aandoening (bijvoorbeeld diabetes, of astma/copd). In die situaties is de zorg echter in verregaande mate geprotocolleerd. Het onderwerp van dit rapport betreft een hele andere situatie, namelijk het geheel aan professionals rond de cliënt voor verschillende vormen van zorg en ondersteuning. Voor deze situatie is de afstemming tussen die professionals nog nauwelijks geprotocolleerd en is het ook de vraag of die afstemming in protocollen te vangen is.



Een belangrijk extra punt van urgentie daarbij is dat dit in het bijzonder goed geregeld moet zijn voor kwetsbare cliënten thuis, die zelf geen regie kunnen voeren over het geheel van professionals die zorg en ondersteuning leveren.

## **2.2 Samenwerking als onderwerp van toezicht**

### **2.2.1 Aanspreekpunt**

Bij een verschuiving van een focus op netwerken naar een focus op de achterliggende gedachten – samenwerking en afstemming – blijft één probleem bestaan, namelijk hoe de inspectie dat hanteerbaar kan maken als niet duidelijk is welke professionals en organisaties met elkaar samenwerken. Wie kan de Inspectie aanspreken op welke normen? Uit de literatuur over netwerken wordt duidelijk dat het beoordelen van samenwerking in veel gevallen een kwalitatief en interactief proces is waarbij netwerkpartners zelf ook betrokken zijn (zie ook het literatuuronderzoek in deel II, paragraaf 2.4) (Ehren et al., in preparation; Provan et al., 2007; Rutz et al., 2013). In die situaties is in ieder geval duidelijk wie de netwerkpartners zijn. Maar hoe is dit hanteerbaar te maken in situaties waarin die netwerken niet als zodanig bestaan en waarbij betrokken partijen zichzelf en elkaar dus ook lang niet altijd zien als netwerkpartner?

### **2.2.2 Een populatie van aanbieders en een populatie van cliënten**

Een andere manier om te kijken naar de huidige werkelijkheid van zorg- en ondersteuning voor kwetsbare cliënten thuis, is om deze te zien als een populatie van aanbieders en een populatie van cliënten. Dit kan, zonder op voorhand een aanname te doen over de kenmerken van de samenwerking. Toezicht zou als uitgangspunt kunnen hebben dat er een gemeenschappelijke visie zou moeten bestaan op de onderlinge samenwerking, maar het is voor een groot deel onduidelijk hoe die visie eruit moeten zien, welke (professionals van) zorgaanbieders afspraken met elkaar moeten hebben en wie verantwoordelijk is voor het maken van die afspraken en welke rol de cliënten hierin spelen.

## **2.3 Een gebied als vertrekpunt van toezicht**

Wanneer we uitgaan van een populatie van aanbieders die een populatie van cliënten bedient, ligt het voor de hand om die populaties af te bakenen als het geografisch gebied waarin zij actief zijn. Van belang is om gebieden zo af te bakenen dat zij hanteerbaar zijn voor toezicht. Dit betekent dat het gebied niet te groot moet zijn en dat het beleid voor zorg en ondersteuning binnen die gebieden redelijk homogeen moet zijn. Het betekent ook dat er een strategie moet zijn om zicht te krijgen op de kwaliteit van de samenwerking die in die gebieden plaats vindt.

### **2.3.1 Afbakening van regio's en beleidsvrijheid van gemeenten**

Voor zorg die wordt betaald uit de Wlz of uit de Zvw geldt dat afspraken daarover vaak landelijk van aard zijn als het gaat om welke richtlijnen van toepassing zijn, welke zorg vergoed wordt binnen het basispakket, hoe diagnosestelling plaats vindt en welke behandelingen horen bij een diagnose. Voor de ondersteuning die vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning wordt

gegeven is dit niet het geval. Gemeenten hebben een grote mate van beleidsvrijheid om zelf te bepalen in hoeverre burgers in aanmerking komen voor ondersteuning en om zelf de voorzieningen voor die burgers in te richten (Ministerie VWS, 2014). Wanneer we de professionals die zorg en/of ondersteuning leveren aan een cliënt gaan zien als een geheel, geldt dus dat het gemeentelijke domein binnen dat geheel door iedere gemeente weer anders kan worden ingevuld. Daarmee kan de aansluiting tussen het gemeentelijk domein en de andere domeinen (Wlz en Zvw) dus ook verschillen tussen gemeenten.

Omdat er beleidsvrijheid is voor gemeenten voor het regelen van ondersteuning ligt het voor de hand om bijvoorbeeld een gemeente, of enkele gemeenten samen als vertrekpunt te nemen. Bij grote gemeenten kan een verdere opdeling plaatsvinden en bij kleine gemeenten komt het voor dat zij samenwerken voor het uitvoeren van de Wmo, waarmee het wellicht mogelijk is om enkele gemeentelijke gebieden als één gebied te zien. De gebieden dienen vooral als vertrekpunt voor de informatieverzameling en analyse van de toezichthouder en hoeven daarom geen aparte status te krijgen. Ze mogen dus, al naar gelang hun geschiktheid voor het toezicht, van vorm en grootte veranderen.

## **2.4 Mogelijke onderdelen van een gebiedsstrategie voor toezicht op samenwerking**

### **2.4.1 Toezichtinformatie**

Als de gekozen gebieden in veel gevallen kleiner of gelijk zijn aan gemeenten ontstaat een bekend probleem voor de Inspectie, namelijk dat het er te veel zijn om ze allemaal frequent te kunnen bezoeken. Een strategie van de Inspectie om hiermee om te kunnen gaan is het toepassen van een selectie op basis van toezichtinformatie (IGZ, 2016). Een interessante vraag voor toezichtinformatie over gebieden in dit verband is in hoeverre het mogelijk is om bestaande informatie over instellingen, incidenten, klachten etc., te ordenen naar gebied. Mogelijk ontstaat op die manier een beeld van welk gebied en het meest in aanmerking komen voor nader onderzoek.

### **2.4.2 Onderzoek ter plaatse**

Bestaande benaderingen voor toezicht op samenwerking in de jeugdzorg (Samenwerkend Toezicht Jeugd) en het onderwijs gaan uit van een kwalitatieve en interactieve benadering waarin gezamenlijk leren centraal staat (Ehren et al., in preparation; Rutz et al., 2013). Het gaat dan onder meer om gezamenlijk met de zorg- en dienstverleners de agenda te bepalen, gezamenlijk data verzamelen en beoordelen, gezamenlijk kennis ontwikkelen etc. Uiteraard ontwikkelt de Inspectie daarbij een oordeel over die samenwerking. Met afrekenen en sanctioneren wordt echter terughoudend omgegaan in deze benaderingen. De verwachting is namelijk dat afrekenen en sanctioneren zullen leiden tot defensief gedrag van betrokkenen. En dat informatie die nodig is om zinvol te kunnen kijken naar de samenwerking dan niet boven tafel komt. In het meerjarenbeleidsplan is dit spanningsveld treffend omschreven: *“Maar waar angst regeert, wordt niet geleerd. Met het oog op effectief toezicht ligt hierin een belangrijke uitdaging voor de IGZ besloten: het vinden van de juiste balans tussen vertrouwen geven en sanctioneren.”* (IGZ, 2015b). Het evenwicht tussen vertrouwen geven en sanctioneren is bij toezicht op samenwerking zo mogelijk een nog groter aandachtspunt.

Voordat deze lerende en interactieve benaderingen kunnen worden toegepast, moeten de 'key players' (sleutelfiguren/sleutelorganisaties) voor zorg en ondersteuning rond kwetsbare cliënten thuis worden geïdentificeerd. Deze professionals en/of organisaties blijven uiteindelijk ook de adressanten voor toezicht die de Inspectie als zodanig kan aanspreken. Een mogelijke werkwijze kan zijn om bij enkele sleutelfiguren te beginnen, zoals vertegenwoordigers van cliënten, wijkverpleegkundigen en/of huisartsen en hen te vragen welke professionals en organisaties zij hierbij van belang achten. Vervolgens kan aan die professionals en organisaties opnieuw de vraag worden gesteld welke andere partijen nog van belang zijn. De praktijk zal moeten uitwijzen of dit een effectieve manier is om sleutelfiguren aan tafel te krijgen.

### **2.4.3 Terug naar de cliënt als vertrekpunt**

Het cliëntenperspectief is en blijft een belangrijk vertrekpunt bij een strategie voor toezicht op samenwerking rond kwetsbare mensen thuis. De wijze waarop samenwerking functioneert wordt namelijk pas echt concreet en toetsbaar op het niveau van individuele cliënten. Het bekijken van samenwerking vanuit het perspectief van enkele individuele cliënten zoals de Inspectie in de pilots al heeft gedaan lijkt dan ook een zeer geschikte manier om te bekijken hoe samenwerking in de praktijk vorm krijgt. Door de lessen vanuit deze individuele cliënten te relateren aan wat er bekend is over samenwerkingspartners en samenwerkingsafspraken in een gebied wordt de informatie vanuit het perspectief van individuele cliënten rijker en beter bruikbaar.

## **2.5 Conclusies**

In dit hoofdstuk is betoogd dat netwerken vooralsnog geen zinvol toezichtobject zijn omdat netwerken in de praktijk nog niet voldoende georganiseerd en geformaliseerd zijn om als geheel aan te kunnen spreken. Als gevolg van deze observatie verschuiven we de focus naar de samenwerking tussen professionals en organisaties rond kwetsbare cliënten in de thuissituatie. Een mogelijk interessante manier om hier grip op te krijgen voor de inspectie is om te beginnen vanuit een afgebakend geografisch gebied en daarbinnen na te gaan welke zorg- en dienstverleners met elkaar samenwerken of met elkaar zouden moeten samenwerken. Overwogen kan worden om in zo'n gebied te vragen om (de opstelling van) documenten over het netwerk en de samenwerking. Die documenten kunnen dan een aanknopingspunt worden voor het toezicht. Maar het kan ook door de nadruk te leggen op mondelinge afspraken en overeenstemming. Door beschikbare toezichtinformatie over instellingen te ordenen naar de gekozen geografische gebieden ontstaat mogelijk een beeld van welke gebieden in het bijzonder in aanmerking komen voor nadere inspectie. Een aandachtspunt daarbij is het voorkomen van defensief gedrag bij lokale zorgaanbieders en professionals die bang zijn voor eventuele sancties. Een interactieve benadering die vooral gericht is op leren lijkt in dat licht goed te passen.

## 3 Normen

Naast adressanten vormen normen in 'traditioneel toezicht' de andere houvast voor inspecteurs. Daarbij wordt in de wet vaak in algemene zin aangegeven op welke normen toezicht gehouden moet worden en worden deze in het geval van de gezondheidszorg door het veld zelf verder doorontwikkeld.

In het nieuwe domein van zorg en ondersteuning in de thuissituatie is het de vraag in hoeverre de bestaande normen al houvast bieden voor toezicht. De wetteksten zijn nageslagen op relevante normen op dit onderwerp. Daarnaast is gekeken naar richtlijnen waar samenwerking een belangrijke rol in speelt om te zien waar deze zich zoal op richten. Tenslotte laat dit hoofdstuk ook zien welke belangrijke kanttekeningen en ontwikkelingen experts en betrokkenen in het veld signaleren met betrekking tot normontwikkeling op dit thema.

### 3.1 Wat zegt het wettelijk kader?

#### 3.1.1 Over netwerken

De achtergrondstudies naar normen begonnen vanuit het 'netwerk' concept. Het idee van 'netwerkworg' rond cliënten in de thuissituatie is niet of nauwelijks terug te vinden in wetteksten van de Zvw, de Wlz of de Wmo2015 of de bijbehorende Memories van Toelichting. Netwerkworg is geen concept dat letterlijk genoemd wordt, maar het is ook geen concept dat impliciet een grote rol speelt. Dat wordt vooral duidelijk wanneer men vanuit het oogpunt van toezicht naar de materie kijkt. Dan wordt namelijk duidelijk hoe de verschillende partijen binnen zo een zorgnetwerk door heel verschillende toezichthouders op heel verschillende zaken kunnen worden aangesproken.

#### 3.1.2 Over samenwerking

Daarnaast valt op hoe de verschillende wetten (Wmo2015 en de Zvw) wel het belang van samenwerking aanstippen, maar dan vooral in de vorm van een algemene aanmoediging. Zo staat er in de Wmo2015 dat aanbieders verantwoordelijk zijn voor de goede kwaliteit van een voorziening, wat onder andere betekent dat een voorziening in elk geval moet worden afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en op andere vormen van zorg of ondersteuning die de cliënt ontvangt (art.3.1 lid 2b). De nieuwe Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) benadrukt dit ook: De term 'verantwoorde zorg' is in de Wkkgz vervangen door 'goede zorg'. Het element 'afstemming' is hierin explicieter verwoord, met name in artikel 3. Hoewel dit het belang van samenwerking en afstemming benadrukt maakt dit nog niet dat samenwerking een onderwerp is waar eenduidig op toe te zien of te handhaven valt. Überhaupt is duidelijk dat de belangrijkste kwaliteitsvereisten (als 'verantwoorde zorg' of 'goede zorg') niet wettelijk worden uitgewerkt en juist in het veld door de ontwikkeling van kwaliteitsnormen moet worden vastgelegd. Het ligt er in het toezicht op kwaliteit dus erg aan of het toezichtsveld hier al ver in is gevorderd, of niet. Dat geldt evengoed voor samenwerking als onderdeel van kwaliteit.

### 3.1.3 Aanknopingspunten

Dat er vrij weinig in de wetteksten terug te vinden is over samenwerking wil niet zeggen dat er geen aanknopingspunten zijn voor toezicht. Goede samenwerking is een onderdeel van goede zorg, zeker wanneer dit ook in de geldende beroepsnormen is geëxpliciteerd. Daarnaast leren de ervaringen van het Samenwerkend Toezicht Jeugd ons dat het, door effectief gebruik te maken van de toezichtsrelaties en wettelijke kaders die er al wel zijn, prima mogelijk is om samenwerking tot onderwerp van toezicht te maken (zie ook deel II, paragraaf 2.4) (Rutz et al., 2013).

## 3.2 Wat staat er in richtlijnen?

### 3.2.1 (Veld-)normen en richtlijnen

De Inspectie voor de Gezondheidszorg maakt voor toezicht vaak gebruik van zogeheten 'veldnormen'. Dit zijn normen of uitgangspunten die zorgaanbieders zelf hebben geformuleerd als belangrijk voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg. De Inspectie kijkt dan in hoeverre zorgaanbieders deze normen naleven (IGZ, 2013). Dat heeft als voordeel dat zorgaanbieders worden aangesproken op normen of uitgangspunten die zij zelf onderschrijven. Richtlijnen zijn een belangrijke bron van veldnormen. Voor dit project hebben we enkele richtlijnen bestudeerd die relevant zijn voor zorg- en ondersteuning in de thuissituatie, met speciale aandacht voor passages over samenwerking (zie box 3.1). De intentie hierbij is niet geweest om uitputtend te zijn, maar vooral om een impressie te geven van terugkerende thema's in dit soort richtlijnen.

### 3.2.2 Terugkerende thema's in richtlijnen over samenwerking

Bij de bestuderingen van de genoemde richtlijnen springen de volgende zaken in het oog:

- Of de richtlijn nu primair is geschreven voor zorg uit de Wlz, de Zvw of de Wmo, in alle gevallen wordt het belang van zaken als coördinatie, informatieoverdracht, verantwoordelijkheidsverdeling en regie onderkend.
- De richtlijnen voor samenwerking zijn hooguit gedeeltelijk geprotocolleerd. In de meeste gevallen wordt namelijk onderkend dat de uitwerking van de richtlijn in concrete afspraken per regio moet plaatsvinden en ook kan verschillen tussen regio's. Bijvoorbeeld omdat de ene regio dichter bevolkt is dan de andere, of omdat bepaalde typen professionals in de ene regio ruimer voorhanden zijn dan in andere regio's.
- De bestudeerde richtlijnen stammen van voor de Wmo2015. Over de aansluiting tussen zorg en ondersteuning uit Zvw, Wlz en Wmo is over het algemeen dan ook weinig geschreven.

#### Box 3.1 Enkele van de bestudeerde richtlijnen i.h.k.v. veldnormen over samenwerking

- Een selectie van de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA). De LESA is een verzameling van 31 richtlijnen over samenwerking in de eerste lijn rond verschillende aandoeningen. Het doel van de LESA is om "... landelijke uitgangspunten te formuleren voor het maken van werkafspraken in de regio" (LESA, 2016).
- De handreiking verantwoordelijkheidsverdeling van de KNMG. Deze handreiking wordt door veel partijen in de zorg onderschreven en beschrijft welke rollen belegd moeten zijn, hoe de coördinatie wordt belegd en wat voor soort samenwerkingsafspraken moeten worden gemaakt (KNMG et al., 2010). Daarbij wordt ook het belang van gemeenschappelijke dossiervoering en/of informatieoverdracht benadrukt.

- box 3.1 wordt vervolgd -

- vervolg box 3.1 -

- Richtlijn Regionale Samenwerking Dementiezorg (NVKG, 2014). Deze richtlijn bevat verschillende uitgangspunten over samenwerking en wordt door een groot aantal relevante beroepsgroepen onderschreven. Uitgangspunten zijn bijvoorbeeld dat er afspraken zijn over de verdeling van verantwoordelijkheden, dat er helderheid is over de coördinatie (casemanagement taak), dat er afspraken zijn over communicatie tussen professionals onderling en over communicatie met de patiënt en diens naaste.
- De handreiking Het Gesprek die de Nederlandse Vereniging van Gemeenten uitbracht ter voorbereiding op de Wmo2015 (VNG, 2013). In deze handreiking wordt gesproken van een 'regieopdracht' voor gemeenten, die inhoudt dat gemeenten moeten zorgen voor aansluiting tussen ondersteuning en zorg uit verschillende domeinen, mede in relatie tot wat mantelzorgers en vrijwilligers doen.

### 3.3 Wat is er nodig voor goede samenwerking?

#### 3.3.1 Conflicterende waarden en verschillende keuzes

In de gesprekken met experts, bestuurders en inspecteurs werd duidelijk dat er verschillende, soms conflicterende waarden zijn die in het nadenken over dit onderwerp belangrijk gevonden worden. Zo is er bijvoorbeeld een verlangen naar meer decentralisatie en meer eigen regie voor burgers en voor zorgprofessionals. In verschillende interviews werd ons uitgelegd dat het belangrijk is dat zorgprofessionals en welzijnswerkers meer over de grenzen van hun nauwe taakomschrijving heen gaan durven kijken en verantwoordelijkheid nemen wanneer dat nodig is gecombineerd met eigen initiatief. Daarbij werd vaak gerefereerd aan begrippen als verantwoordelijkheid, autonomie, professionaliteit, prioritering in het toezicht, vertrouwen en regelruimte (zie ook deel II, hoofdstuk 3 voor meer informatie uit de interviews).

Tegelijkertijd hoorden we van de angst voor incidenten met kwetsbare mensen thuis en de verantwoordelijkheid die genomen moet worden om zulke problemen voor te zijn. Dit ging gepaard met een oproep om het veld in beweging te krijgen om normen te ontwikkelen zodat samenwerking een meer duidelijk omschreven onderdeel van de professionaliteit wordt. Hieruit sprak een verlangen om risico's te minimaliseren, zorg en ook samenwerking verder te normeren, toezicht uit te breiden en kwetsbare burgers zo veel mogelijk te beschermen. Voor hetzelfde probleem zagen de geïnterviewden kortom tegengestelde oplossingen en toezichtstrategieën voor zich.

#### 3.3.2 Prioriteiten van cliënten

Bij het verder ontwikkelen van ideeën en normen over goede samenwerking is het van belang om het perspectief van cliënten als collectief, maar zeker ook individueel, een plek te geven. De tegenstrijdigheid die in het veld door professionals en bestuurders gevoeld wordt hoeft door hen niet 'opgelost' te worden. Er bestaan namelijk ook grote verschillen in de voorkeuren, mogelijkheden en wensen van individuele cliënten op dit gebied. Zowel in de ontwikkeling van normen als in de normen zelf dient daarom ruimte te zijn voor variatie en voor het expliciet meenemen van de stem van de cliënt.

### **3.3.3 Het belang van regelruimte voor professionals**

Ruimte voor variatie is niet alleen nodig vanuit de cliënt gezien. Het begrip 'regelruimte' kwam tijdens de gesprekken ook verschillende keren naar voren. Professionals die samenwerken die genoeg regelruimte hebben kunnen zelf eventuele gaten in de samenwerking signaleren en invullen of kunnen een proactieve houding aannemen ten aanzien van signalering of het aanspreken, aansturen of aanvullen van hun collega professionals. Professionals met regelruimte zouden kunnen zorgen dat samenwerking ook daadwerkelijk leidt tot een meerwaarde (zie ook deel II, hoofdstuk 3 voor relevante citaten uit de interviews).

Een van de bestuurders die wij spraken verwoordde dit als volgt: "Die samenwerking en het overstijgende verantwoordelijkheidsgevoel vind ik persoonlijk wel heel belangrijk. Je hebt een professional en die heeft een bepaald vak geleerd. In die verantwoordelijkheid zit, bijna per definitie, dat je de verbinding zoekt met andere professionals die ook betrokken zijn. Dus als jij langs gaat voor verzorging en het toedienen van medicijnen, en je ziet dat er niet is schoongemaakt...dan is het jouw verantwoordelijkheid als professional om daar ruchtbaarheid aan te geven. In de ideale wereld regelen professionals dat zelf."

### **3.3.4 Wisselwerking tussen het bestuur in organisaties en de professionals**

Bij regelruimte hoort dus dat professionals hun verantwoordelijkheid opvatten als verdergaand dan een strakke taakomschrijving. Tegelijkertijd hoort daarbij dat zij ruimte krijgen van hun bestuurders om daarvoor ook, indien van belang voor de cliënt, van protocol, omschrijving of afspraak af te wijken. Hiervoor zijn vertrouwen, zelfstandigheid, ruimte om zaken zelf op te lossen, organisatorische randvoorwaarden en soms ook een budget nodig. Die regelruimte kunnen professionals dus deels zelf creëren, deels hebben ze daar ruimte van bestuurders, van zorgverzekeraars, van toezichthouders en beleidsmakers voor nodig.

Een bestuurder omschreef in een interview mooi het verschil tussen extern opgelegde regels en intern gevoelde principes of waarden. Zij gaf daarbij aan dat externe regels misschien wel voortkomen uit gedeelde principes, maar toch een eigen leven gaan leiden zodra ze opgelegd worden. Voorbeelden daarvan zijn bijvoorbeeld het maximaal aantal professionals dat ingezet kan worden voor één cliënt, het aantal dagen dat een vaatdoekje gebruikt mag worden in een zorginstelling of het aantal keren dat de telefoon over mag gaan bij de receptie. Stuk voor stuk is de redenering achter deze regels goed te begrijpen maar kan er een pervers effect optreden wanneer de regel belangrijker wordt dan het achterliggende principe. Medewerkers met voldoende regelruimte krijgen, zo is het idee, minder opgelegde regels waardoor ze meer worden aangezet tot het reflecteren op de eigen principes of waarden.

## **3.4 Conclusies**

Het wettelijk kader biedt geen uitgewerkte normen voor samenwerking. Dat is op zichzelf niet verwonderlijk omdat de wet vooral gericht is op de algemene norm dat zorg 'verantwoord' moet zijn en 'van goede kwaliteit'.

Dat goede samenwerking vereist is voor zorg die 'verantwoord' is en 'van goede kwaliteit' lijkt geen punt van discussie. In interviews met bestuurders en experts is het belang van samenwerking geen moment betwist en verschillende richtlijnen zijn zelfs speciaal voor dit thema ontwikkeld.

Richtlijnen uit verschillende domeinen benoemen ook allemaal belangrijke aspecten van samenwerking. Een punt van aandacht is dat de genoemde richtlijnen in veel gevallen de nodige ruimte laten voor een specifieke uitwerking per gebied. Over hoe die uitwerking er precies uit moet zien bestaan verschillende gedachten. Zo kan de proceskant worden benadrukt: het belang van een verdere normering van samenwerking en het in kaart brengen en verkleinen van risico's. Anderzijds kan ook het belang van regelruimte bij goede samenwerking worden gezien en de nadelen van een te ver gaande normering daarbij. Het centraal stellen van de behoeften, wensen en mogelijkheden van de cliënt helpt bij het vinden van de balans. In het volgende hoofdstuk onderzoeken we verder hoe er naar dit onderwerp gekeken kan worden door de blik van risico's, en wat dit oplevert.



## 4 Risico's bij samenwerking in zorg en ondersteuning voor kwetsbare cliënten thuis

Normen en adressanten zijn in dit domein nog niet heel helder uitgekristalliseerd. Dit maakt het voor de ontwikkeling van productief toezicht van extra belang een duidelijk beeld te hebben van het doel van het toezicht. Zeker omdat algemeen wordt aangenomen dat het domein tot nieuwe risico's leidt en dit in algemene zin de aanleiding vormt voor de ontwikkeling van een nieuwe toezichtstrategie. Maar is er inderdaad sprake van nieuwe risico's? En over welke risico's gaat het dan? En zijn dit wel risico's of zijn dit keerzijden van bewust ingestoken beleid? Dit hoofdstuk staat in het kader van risicodefinitie en -prioritering. Het doel van het hoofdstuk is om helderheid te scheppen en handvatten te bieden voor een dialoog over de risico's en de achterliggende doelstellingen van het toezicht op dit terrein.

### 4.1 Percepties van risico's

#### 4.1.1 Risicoperceptie en de urgentie

Er worden veel verschillende risico's geassocieerd met het nieuw ontstane domein van zorg en ondersteuning thuis. Zowel tijdens de gesprekken bij de IGZ als tijdens de interviews met bestuurders werd een breed scala aan mogelijke risico's aangedragen. Met de nadruk op deze risico's wordt het belang van het ontwikkelen van een toezichtstrategie onderstreept. De mogelijke kwetsbaarheid van cliënten die vroeger intramuraal leefden maar nu door meerdere professionals thuis worden gezien zorgt voor urgentie bij het ontwikkelen van een nieuwe toezichtstrategie.

#### 4.1.2 Verschillende risico's: van signalering tot fouten in de zorgverlening

De genoemde risico's lopen echter zeer uiteen. Veel van de risico's die genoemd worden, worden in verband gebracht met signalering. Die signalering kent in de voorbeelden echter veel verschillende gedaanten. Dan gaat het bijvoorbeeld om een burger die veel zorg en ondersteuning nodig heeft, maar niet in beeld is. Of het gaat om een cliënt die wel zorg of ondersteuning krijgt, maar waarbij niet wordt gesignaleerd dat er meer nodig is vanwege een (mogelijke) achteruitgang in gezondheid. Maar het kan ook gaan over een zorgverlener die het vermoeden heeft dat een cliënt onderwerp is van mishandeling in de privé sfeer. Ook in overdrachten tussen zorgverleners kan er iets mis gaan wanneer tekenen die de ene professional heeft genoteerd niet goed doorkomen bij de professional die een beslissing voor aanpassingen zou kunnen nemen. Of wanneer een mantelzorger structureel overbelast wordt en daardoor zelf ook meer ondersteuning nodig krijgt.

Daarnaast werden ook veel verschillende mogelijke fouten in de zorg- en hulpverlening genoemd. Fouten bij het geven van medicatie, fouten bij het stellen van een juiste diagnose of fouten die gemaakt kunnen worden als iemand disfunctioneert. Hoewel deze voorbeelden allemaal als 'fouten' kunnen worden getypeerd zijn ze in wezen erg verschillend van elkaar.

#### 4.1.3 Samenwerking als oorzaak of oplossing?

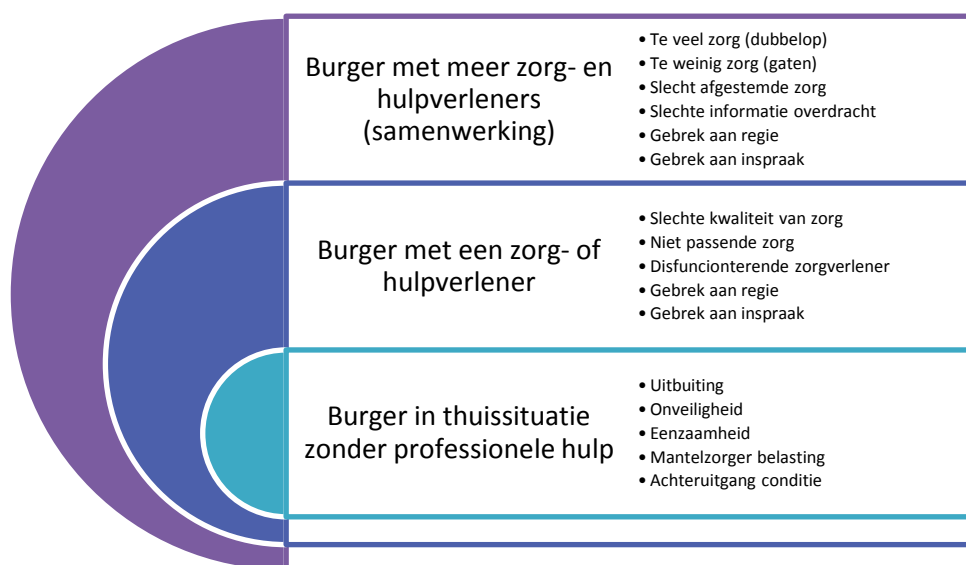
Al deze risico's werden, hoe verschillend ook, op de een of andere manier in verband gebracht met samenwerking. Niet al deze genoemde risico's zijn echter een mogelijk *gevolg* van gebrekkige samenwerking. Sterker nog, bij sommige genoemde risico's werd samenwerking juist gezien als een mogelijkheid om deze te verkleinen. Dat was bijvoorbeeld ook het geval in het voorbeeld van een cliënt die onderwerp is van mishandeling in de privé sfeer. In zulke gevoelige en lastige situaties kan het voor een zorgverlener of een hulpverlener niet alleen nuttig en prettig maar ook essentieel zijn om een plan van aanpak op te stellen samen met andere zorg en hulpverleners die bij deze cliënt betrokken zijn. Het probleem is dan juist effectiever in gezamenlijkheid te adresseren dan als individuele zorg- of hulpverlener.

#### 4.1.4 Classificatie van risico's

Om een productieve nieuwe toezichtstrategie te ontwikkelen is een heldere classificatie van risico's nodig. Alleen dan kan helderheid bereikt worden over de risico's die prioritering verdienen. De toezichtstrategie zal namelijk heel verschillend moeten zijn wanneer samenwerking de oorzaak van een mogelijk probleem is of juist de oplossing ervoor. Daarom is het goed om hier de verschillen tussen deze risico's te benadrukken.

Om helderder te krijgen welke risico's direct met (gebrekkige) samenwerking zouden kunnen samenhangen hebben we drie categorieën van risico's gedefinieerd. De risico's die in interviews met bestuurders en experts naar voren kwamen (zie ook deel II, hoofdstuk 3) en de risico's die uit eerder onderzoek bekend waren (Verver, 2015) zijn onderverdeeld naar deze categorieën (zie figuur 3.1). Zo zijn er risico's die vooral te maken hebben met de kwetsbare burger en zijn thuissituatie en risico's die te maken hebben met de zorg- of hulpverlening door een professional voor kwetsbare burger. Alleen de bovenste categorie: risico's die te maken hebben met zorg- en hulpverlening door meerdere professionals zijn in het kader van toezicht naar *samenwerking* direct relevant.

Figuur 3.1 Classificatie van gepercipieerde risico's



## 4.2 Prioritering van risico's

### 4.2.1 Belang van risico classificatie en prioritering

Gezien de vele verschillende vormen van risico's is het van groot belang om een gezamenlijke visie te ontwikkelen op wat gezien wordt als risico's en wat niet. Daarmee ontstaat ook gelijk een basis voor de prioritering van risico's. Van belang daarbij is in hoeverre de gepercipieerde risico's in de praktijk ook tot problemen leiden. Met andere woorden: een prioritering van risico's vraagt een taxatie door verschillende stakeholders in combinatie met empirische gegevens over die risico's. Op die manier wordt duidelijk welke risico's op draagvlak kunnen rekenen en kan de Inspectie beoordelen op welke risico's zij zich het eerste wil richten. Een belangrijk aandachtspunt daarbij is uiteraard een groot verschil in mogelijkheden tussen eenvoudige risico's en meer onzekere, complexe of ambigue risico's (WRR, 2008).

### 4.2.2 'Risico's' of een keerzijde van het ingestoken beleid?

Een deel van het gesprek over risico's zal dan ook moeten gaan over de vraag of de risico's door alle voor de toezichthouder belangrijke stakeholders gezien worden als risico's. Het is allereerst belangrijk om bij de gedefinieerde risico's na te gaan of deze risico's werkelijk tegengegaan moeten worden. Enkele van de genoemde risico's zijn namelijk wellicht ook een keerzijde van het bewust ingestoken beleid. Zo is bijvoorbeeld de doelstelling om de eigen regie van burgers te vergroten een nadrukkelijk onderdeel van het nieuwe wettelijk kader, met name in de Wmo2015 (Ministerie VWS, 2014). Misschien hoort daar ook bij dat burgers dan ook een grotere mate van zeggenschap houden over hun leven wanneer zij minder gezonde keuzes maken of zorg en ondersteuning mijden. Dit zijn belangrijke discussies die een bredere discussie verdienen dan alleen een 'oplossing' in de vorm van een nieuwe toezichtstrategie.

### 4.2.3 Risico of kans?

In de gesprekken met bestuurders en verantwoordelijken in de zorg kwam een ander belangrijk punt ook meerdere keren naar voren: namelijk dat een té grote focus op risico's ook een verlies aan het zien van en ruimte laten voor kansen teweeg kan brengen. Verschillende geïnterviewden gaven aan dat samenwerking ook schade kan vermijden.

"Ik denk dat het vaak goed gaat omdat het mensen zijn in de zorg die verantwoordelijkheid voelen. Men corrigeert elkaar en zaken die niet goed gaan worden vaak door het collectief opgelost", zo zei één bestuurder van een grote zorgorganisatie. Deze opmerkingen sluiten aan bij het hele debat rond Safety II versus Safety I. Kort gezegd wordt hierin beargumenteerd dat er in de zorg teveel de nadruk is gelegd op het leren van fouten in plaats van op het leren van zaken die goed gaan. Hierdoor wordt een eenzijdige vorm van kennis opgedaan en wordt andere kennis genegeerd. Deze belangrijke les kan zeker ook van toepassing zijn op het domein van onze focus. Juist omdat dit domein nog zo in ontwikkeling is en de kwaliteitsverschillen in samenwerking groot kunnen zijn.

### 4.2.4 Samenwerking als doel

Een andere waarschuwend opmerking van enkele van onze experts en bestuurders betrof meer algemeen een te grote nadruk op samenwerking (zie deel II, hoofdstuk 3 voor citaten). Samenwerking is niet iets dat nagestreefd zou moeten worden als een opzichzelfstaand doel.

Wanneer het mogelijk is om bepaalde handelingen door één persoon uit te laten voeren kan dit de voorkeur hebben. Net zo goed dat het beter, handiger, of efficiënter kan zijn om verschillende handelingen binnen één organisatie te houden in plaats van tussen meerdere organisaties. Dit punt is zeer context gebonden. Of het 'splitsen' van activiteiten dus wel of niet de voorkeur geniet is niet in algemene zin te zeggen. Daarom is deze waarschuwing ook een terechte: bij het ontwikkelen van (toezicht op) samenwerking mag daarom de vraag: is samenwerking hier wel de goede aanpak? zeker ook aan de orde komen. Daarbij kan de IGZ haar agenderende en signalerende rol gebruiken om structuur of beleidselementen die onzinnige 'splittingsen' in de hand werken aan te kaarten.

#### **4.2.5 De visie en ervaringen van de cliënt**

Bij het bepalen van de definiëring, de focus en de prioritering van risico's kan het cliëntenperspectief een grote rol spelen. Dit kan op meerdere manieren en zowel indirect als direct. Een indirecte vorm zou kunnen inhouden dat bij het bepalen van de risico's door de toezichthouder met het veld, die risico's het meeste gewicht krijgen waar de individuele cliënt het meeste van merkt. Een meer directe vorm van invloed kan zijn door te informeren bij cliënten welke risico's zij het meeste gewicht toe kennen. Dit is een strategie die ook toegepast is door de projectgroep van de IGZ bij het bepalen van een toetsingskader. Dit kan op collectief niveau: bijvoorbeeld door dit te vragen in enquêtes, of door dit te overleggen met inspraakorganen en vertegenwoordigers van cliënten. Het kan ook door zorgverleners verder aan te moedigen om per cliënt, of per cliëntengroep, de risico's die voor de cliënt belangrijk zijn in kaart te brengen en hier samen met cliënten en mantelzorgers risicostrategieën voor te bepalen. Verder is het wel belangrijk om ook aan de cliënt ruimte te laten om aan te geven wanneer hij of zij juist géén focus wenst op risico's maar bijvoorbeeld juist op kwaliteit van leven en zorg.

Elk van deze keuzes heeft andere implicaties en het voert te ver om deze in dit rapport verder uit te werken. Echter, voor nu is belangrijk te vermelden dat het moment van risico prioritering bij uitstek een moment is waarop gekozen kan worden om het cliëntenperspectief centraal te stellen.

### **4.3 Conclusies**

Zeker wanneer niet heel duidelijk is welke vorm de adressanten aannemen en wanneer de normen nog goeddeels in ontwikkeling zijn, is het van belang om de risico's zo helder mogelijk te duiden. De toezichthouder bepaalt in afstemming met het veld welke risico's in het vizier moeten komen om een goede, productieve koers uit te kunnen zetten. Zeker ook in een veld dat maatschappelijk veel aandacht krijgt en sterk in verandering is, is een prioritering noodzakelijk. Het uitdragen van deze duidelijke keuzes voor bepaalde risico's kan de toezichthouder wellicht ook helpen bij het geven van een reactie op vragen uit de maatschappij na een calamiteit die voortkomt uit een risico dat niet geprioriteerd was.

Los van deze mogelijke functie in tijden van onrust, is definiëring van risico's en vervolgens prioritering daarvan ook een vereiste voor het ontwikkelen van een productieve toezichtstrategie. Elk van de risico's vergt namelijk een andere aanpak. Als het toezicht zich werkelijk wil richten op samenwerking tussen professionals uit verschillende disciplines en domeinen dan is het belangrijk om geen onderwerpen te selecteren die hier slechts zijdelings mee te maken hebben. Daarbij zijn

verschillende waarschuwende opmerkingen geplaatst door onze geïnterviewde experts en stakeholders uit het veld over dat samenwerking geen opzichzelfstaand doel zou moeten zijn en dat een te grote focus op risico's, de ruimte kan ontnemen voor kansen op vernieuwing of verbetering.

Tenslotte is aangegeven dat het proces van risico definiëring en prioritering bij uitstek een proces is waarbij de individuele cliënt, de ideaaltypische cliënt of een collectief van cliënten een grote rol kan spelen.

## 5 Handvatten voor het toezicht

### 5.1 De vraag om concrete suggesties

Vanuit de IGZ werd nadrukkelijk gevraagd om zo concreet mogelijke suggesties en aanbevelingen als uitkomst van deze studie. In de afgelopen hoofdstukken is daarom al steeds nagegaan welke implicaties de bevindingen uit dit onderzoek zouden kunnen hebben voor de ontwikkeling van een toezichtstrategie. In dit hoofdstuk gaan we nog een stap verder en kijken we hoe de bevindingen uit de aparte hoofdstukken in samenhang gezien kunnen worden. We schetsen enkele stappen die volgens ons cruciaal zijn bij het bepalen van de grote lijn. Daarbij baseren we ons op onze kennis van de IGZ en de uitkomsten van deze studie. Echter voor de invulling zijn uiteraard ook allerlei strategische, bestuurlijke, politieke en financiële zaken van belang waar wij als onderzoekers geen zicht op hebben. In dat bescheiden licht moeten deze suggesties gezien worden.

Uit de hoofdstukken over adressanten, normen en risico's kwamen al enkele kenmerken naar voren, waaraan het te ontwikkelen toezicht in dit domein zou moeten voldoen zoals:

- Het volgt uit een definiëring en prioritering van de belangrijkste risico's.
- Het stelt de professionals en organisaties in dit domein in staat om zich verder te ontwikkelen en verder te leren.
- Het stelt de ervaringen van cliënten centraal.
- Het benadrukt de eigen regie van cliënten en zorgt dat de randvoorwaarden hiervoor in orde zijn.

Deze uitgangspunten vormen de basis voor de suggesties in dit hoofdstuk.

### 5.2 Samenwerking als onderwerp in direct en systeem toezicht

Er zijn uiteraard al veel verschillende manieren waarop professionals en organisaties aangesproken kunnen worden op hun aandeel in de zorgverlening. De IGZ houdt direct toezicht op professioneel niveau en houdt systeem toezicht op governance niveau. Uit de verkenning van de normen is duidelijk geworden dat binnen deze niveaus ook het onderwerp samenwerking prima aan de orde kan komen. De IGZ kan aan professionals en bestuurders vragen wat zij doen om de samenwerking met anderen zo goed mogelijk te doen laten verlopen. Adressanten zijn en blijven zorgverleners en organisaties. Naast dat zij direct aangesproken kunnen worden op hun aandeel in de samenwerking met anderen kunnen zij ook in gezamenlijkheid worden aangesproken. De suggestie die uit dit onderzoek voort komt is om een gebied als startpunt te nemen om vandaaruit te onderzoeken welke vorm de samenwerking tussen organisaties en zorgverleners dit gebied kent. Een volgende stap zou kunnen zijn om samenwerkende organisaties en zorgverleners ook te vragen om te werken aan een gezamenlijk samenwerkingsplan. Daarmee zouden de samenwerkende partijen meer op een formeel netwerk gaan lijken waar ook als zodanig toezicht op te houden valt. Voor nu is dit echter nog niet aan de orde, en is het ook de vraag of deze formalisering van samenwerking nodig en wenselijk is.

### 5.3 Procesvoorwaarden

Daarnaast kan het toezicht op samenwerking ook gericht zijn op vrij duidelijke procesvoorwaarden in het kader van overdracht, dossiervoering, afspraken, regie etc.. In het normen hoofdstuk zagen we dat normen over samenwerking niet te strak zouden moeten voorschrijven wat professionals wel en niet moeten doen. Te strakke normen zouden de zo belangrijk geachte 'regelruimte' van professionals kunnen beknotten en daarmee goede samenwerking belemmeren. Toezicht op samenwerking zou daarom vooral gericht kunnen worden op procesvoorwaarden. De randvoorwaarden die goede samenwerking mogelijk maken kunnen zowel in algemene zin als in meer specifieke zin worden onderzocht. Dit zijn normen in de trant van: "Er zijn de volgende afspraken gemaakt over... [coördinatie, afstemming, regievoering etc.]" in plaats van normen in de trant van "De [specifieke beroepsgroep] voert de regie".

### 5.4 Toezicht op principes

Bij toezicht op samenwerking kan een toezichtstrategie gericht op principes tenslotte ook een productieve insteek bieden. Dit biedt de nodige ruimte aan professionals en bestuurders om samenwerking zo productief mogelijk, en aansluitend bij de specifieke situatie, vorm te geven en hierop als toezichthouder toch te kunnen toetsen. Dit type toezicht wordt in de literatuur ook wel waardengericht toezicht, normatieve controle of derde orde controle genoemd. Bij deze vorm van toezicht staan niet zozeer de prestatie-indicatoren of de formele controlesystemen centraal, maar juist de achterliggende waarden en principes. Het toezicht gaat dan over de gedeelde uitgangspunten en overtuigingen van samenwerkingspartners en toetst of deze expliciet gemaakt worden en gedeeld zijn. Het functioneren van de informele structuur kan dan in kaart gebracht worden door middel van zowel harde als zachte factoren.<sup>3</sup>

Een bestuurder gaf aan hoe dat in haar grote zorgorganisatie werkte: "We werken allemaal vanuit dezelfde kaders. ... Eenduidigheid daarin, maar ook eenduidigheid in gedeelde normen en waarden. Waar staan we voor met elkaar? Dat vinden wij belangrijk. En hoe doen we dat en vanuit welke kaders werken wij dus? Die zijn gedeeld. ... Dus je weet wat je met elkaar en voor elkaar kunt betekenen."

Toezicht gericht op principes heeft als voordeel dat het situatie en doelgroep afhankelijk is. Zorgaanbieders kunnen al naar gelang de principes of kernwaarden die zij centraal stellen kiezen voor een andere invulling. Een ander voordeel is dat dit toezicht de cliënt centraal kan stellen. Wanneer, zoals besproken in het adressanten hoofdstuk, een regionaal gebied als uitgangspunt wordt genomen, kan vanuit principegericht toezicht een gesprek op gang worden gebracht over de staat van de samenwerking in het specifieke geval van een fictieve of een reële cliënt. Zulke cases kunnen dan als startpunt dienen om de verschillende tastbare dilemma's die naar voren komen in de gezamenlijke zorg en ondersteuning van cliënten te bespreken. De achterliggende vraag is dan of de samenwerkingspartners blijf kunnen geven van het bestaan van of werken aan een dialoog

---

<sup>3</sup> Meer hierover is bijvoorbeeld te vinden in publicaties van Theo Schraven (Van informeel naar waardengericht toezicht, Goed Bestuur: 2012) en van Annemarie van Dalen (Zorgvernieuwing: over anders besturen en organiseren, Boom Lemma: 2012).

over deze dilemma's of liever nog van een gezamenlijke visie. Dit toezicht is dan meer open en inventariserend van aard, maar evengoed niet vrijblijvend.

## 5.5 'Best practices'

In een nieuw domein waarin nog veel ontwikkelingen te zien zijn en waarin bovendien grote kwaliteitsverschillen in samenwerking bestaan vormt het delen van 'best practices' en productieve wijze om het algehele niveau van de kwaliteit van samenwerking te vergroten. Kennis uit 'best practices' richt zich, net als in de Safety II benadering, op wat er vaak goed gaat, in plaats van wat er mogelijk mis gaat. Dit is een benadering die mogelijk ook goed werkt in dit domein waar een nieuwe toezichtrelatie opgebouwd moet worden en waar stimulerend toezicht wellicht meer op zijn plaats is dan handhavend toezicht.

## 5.6 'Vangnet' toezicht

Dit wil overigens niet zeggen dat er niet handhavend opgetreden kan of zou moeten worden. Handhavend toezicht lijkt het meest relevant voor die procedures en regelingen die het cliënten, familieleden en professionals zelf mogelijk maakt om problemen, klachten en fouten aan de orde te stellen. Wetgeving voorziet hier in een stevige basis. Er zijn verschillende klachtenprocedures en meldingsprocedures vastgelegd in wetgeving die voor dit domein geldt; daarnaast zijn er uiteraard wettelijke voorschriften voor medezeggenschap en voor het monitoren van kwaliteit vanuit het cliënten perspectief. Streng toezicht op deze punten is goed te rijmen met de focus op de eigen regie van cliënten. Daarbij richt het toezicht zich niet louter tot de formele vaststelling of in strikte zin aan wettelijke regelingen wordt voldaan, maar ook aan de manier waarop deze regelingen worden ingevuld: op een open manier gericht op luisteren en leren.

## 5.7 Toezicht is niet altijd het antwoord

In het risico hoofdstuk werd duidelijk dat niet ieder risico dezelfde aanpak vereist. Dit maakt het belang van definiëring en prioritering van risico's groot. Met het classificeren van risico's werd al duidelijk dat sommige genoemde risico's misschien meer te maken hebben met grotere maatschappelijke processen of gezien kunnen worden als de keerzijde van het ingezette beleid. Nemen we als voorbeeld een oudere kwetsbare persoon die niet goed in beeld is, thuis te lang trappenloopt en daarbij tenslotte naar ten val komt. Dit is een gepercipieerd risico dat niet direct volgt uit samenwerking. Maar het is ook een gepercipieerd risico waar heel verschillend over gedacht kan worden: hoort dit bij de vrijheid van cliënten om zelf hun leven in te richten, zelfstandig te zijn en zelf keuzes te maken? Of hoort dit bij de verantwoordelijkheid van professionals om kwetsbare burgers te signaleren en te beschermen? Juist in deze gevallen is het zaak om de wens van de cliënt actief te achterhalen en centraal te stellen. Hoe deze, en andere vergelijkbare keuzes, ook uitvallen: het is belangrijk dat hier bewust beleid op wordt gemaakt, waar de cliënt een expliciete rol in krijgt en dat vervolgens ook expliciet wordt uitgedragen. Een valkuil voor de inrichting van het toezicht op dit nieuwe domein is dat het zo allesomvattend wordt dat het aan productiviteit verliest.



## 5.8 De cliënt centraal

Er zijn veel verschillende manieren aan bod gekomen waarop de cliënt centraal gesteld kan worden in het toezicht op samenwerking in dit domein. Enkele van de belangrijkste sommen we hier nog eens op:

- Bij het bepalen van de risico's die centraal komen te staan in het toezicht kan het cliëntenperspectief in brede en in enge zin meegenomen worden.
- Bij het toezicht op samenwerking in een bepaald gebied kan door reële of fictieve cliënt cases gekeken worden hoe samenwerking erin de praktijk daadwerkelijk uitziet.
- Bij het toezicht op procesvoorwaarden kan gekeken worden hoe de cliënt en diens perspectief wordt meegenomen in de samenwerkingsafspraken.
- Bij het toezicht gericht op principes en waarden kan centraal staan welke uitwerking de gekozen waarden hebben op de cliënt en hoe het cliëntenperspectief hierin wordt meegenomen.
- Handhavend 'vangnet' toezicht kan erop gericht zijn dat signalen van cliënten en professionals over wat er niet goed gaat, effectief worden opgepakt in de praktijk.
- Door het verspreiden van 'best practices' die goed uitwerken voor cliënten in een bepaalde regio kunnen meer cliënten profiteren van de opgedane kennis.

## Referenties

- Bazzoli GJ, Shortell SM, Dubbs N, Chan C, Kralovec P. A taxonomy of health networks and systems: bringing order out of chaos. *Health Serv Res*, 1999; 33(6):1683-1717. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10029504>
- Brass BJ, Galaskiewicz J, Greve HR, Tsai W. Taking Stock of Networks and Organizations: A Multilevel Perspective. *Acad Managem*, 2004; 47(6):795-817
- Browne G, Kingston D, Grdisa V, Markle-Reid M. Conceptualization and measurement of integrated human service networks for evaluation. *Int J Integr Care*, 2007; 7:e51. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19503735>
- Ehren MCM, Janssens FJG, Brown M, McNamara G, O'Hara J, Shevlin P. (in preparation). Emerging models of school inspection: shifting roles and responsibilities of Inspectorates of Education in a polycentric system.
- Hill C. *Network literature review: conceptualizing and evaluating networks*. Calgary: Alberta Children's Hospital, 2002
- Huerta TR, Casebeer A, Vanderplaat M. Using networks to enhance health services delivery: perspectives, paradoxes and propositions. *Healthc Pap*, 2006; 7(2):10-26. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17167314>
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. *IGZ Handhavingskader: richtlijn voor transparante handhaving*. Den Haag: IGZ, 20013. Retrieved from Den Haag: [http://www.igz.nl/Images/IGZ%20Handhavingskader\\_tcm294-371520.pdf](http://www.igz.nl/Images/IGZ%20Handhavingskader_tcm294-371520.pdf)
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. *IGZ sluit proef 'toezicht op netwerken in de langdurige zorg' af*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2015a
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Meerjarenbeleidsplan Gezond vertrouwen, 2016-2019*. Den Haag: IGZ, 2015b
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Toezicht en handhaving: risicotoezicht*. Den Haag: IGZ, 2016. Retrieved from [http://www.igz.nl/onderwerpen/handhaving\\_en\\_toezicht/risicoindicatorentoezicht/index.aspx](http://www.igz.nl/onderwerpen/handhaving_en_toezicht/risicoindicatorentoezicht/index.aspx)
- KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, et al.. *Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg*. Utrecht: KNMG, et al., 2010
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Wmo2015: memorie van toelichting*. Den Haag: Ministerie van VWS, 2014
- Nederlands Huisartsen Genootschap. *Landelijke eerstelijns samenwerkingsafspraken (LESA's)*. Utrecht: NHG, 2016. Retrieved from <https://www.nhg.org/themas/artikelen/landelijke-eerstelijns-samenwerkingsafspraken-lesas>

- NVKG. *Richtlijn regionale samenwerking dementiezorg*. Utrecht: NVKG, 2014
- Provan KG, Fish A, Sydow J. Interorganizational networks at the network level: a review of the empirical literature on whole networks. *J Managem*, 2007; 33(3):479-516
- Provan KG, Milward HB. Do Networks really work?: a framework for evaluating public-sector organizational networks. *Public Admin Rev*, 2001; 61(4):414-423
- Provan KG, Milward HB. Health services delivery networks: what do we know and where should we be headed? *Healthc Pap*, 2006; 7(2):32-36; discussion 68-75. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17167316>
- Rutz IS, Adams SA, Buitendijk SE, Robben PBM, Bont AA de. Hiding complexity, uncertainty and ambiguity: how inspectorates simplify issues to create enforceable action *Health Risk Society*, 2013; 15(4):363-379
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten. *Handreiking Het Gesprek. Deel IV: nieuwe doelgroep, ander gesprek*. Den Haag: VNG, 2013
- Verver DM, Merten H, Wagner C. *Rapport 'Toezicht op zorgnetwerken van thuiswonende kwetsbare ouderen'. Fase I en II*. Amsterdam: EMGO+ Instituut/VUmc, 2015
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. *Onzekere veiligheid verantwoordelijkheden rond fysieke veiligheid*. Den Haag: WRR, 2008

## **Deel II: Achtergrondstudies Toezicht op Netwerken**

*Dolf de Boer, Manja Bomhoff en Roland Friele*

## 1 De achtergrondstudies

Voor dit rapport zijn twee belangrijke onderzoeksactiviteiten ontplooid die te omvangrijk waren voor de beleidsrapportage en te essentieel om achterwege te laten of als bijlage af te doen. Het gaat hierbij om het literatuuronderzoek naar netwerken en de interview studie. Het literatuuronderzoek richt is op bestaande kennis over netwerken in de literatuur en is mede ingegeven door de ontwikkeling binnen de IGZ, waarbij het begrip netwerk centraal stond bij het vormgeven van toezicht op zorg rond kwetsbare ouderen thuis. De interviewstudie had tot doel om vanuit verschillende perspectieven zoveel mogelijk relevante inzichten te genereren voor de ontwikkeling van toezicht op zorg rond kwetsbare ouderen thuis.

De achtergrondstudies vervullen twee functies. Allereerst vormen de achtergrondstudies een nadere verantwoording voor verschillende bevindingen uit de beleidsrapportage. Daarnaast bevatten de achtergrondstudies ook verschillende waardevolle inzichten die niet direct een logische plek hadden in de beleidsrapportage, maar niettemin veel kleur geven aan de thematiek van (toezicht op) zorg rond kwetsbare mensen thuis.

## 2 Inzichten uit de literatuur

### 2.1 Inleiding

In de gedachtenvorming van de IGZ over toezicht rond kwetsbare mensen thuis, speelt het begrip “netwerk” een centrale rol. De gedachte is dat de professionals die zorg en ondersteuning leveren dat in samenhang zouden moeten doen, zodanig dat er geen gaten vallen die ten koste gaan van kwaliteit en veiligheid voor de cliënt. Om de gedachtenvorming op dit punt zoveel mogelijk te faciliteren is bekeken wat er in de wetenschappelijke literatuur bekend is over netwerken. De focus lag daarbij met name bij netwerken van organisaties en professionals in de zorg. In box 2.1 is meer te vinden over de werkwijze bij het literatuuronderzoek.

#### *Box 2.1 Werkwijze literatuuronderzoek*

De literatuur over netwerken is gefragmenteerd en weinig gestructureerd (Barringer en Harrison, 2000). Het type review dat hier het beste bij past is het ‘narrative review’ (Green et al., 2006). Dit is een minder gestructureerd maar veel flexibeler type review dan de meer systematische reviews. De samenstelling van studies die in dit review zijn opgenomen is tot stand gekomen op basis van suggesties van experts, diverse searches van online databases en het internet. Voorts zijn de referentielijsten van bestudeerde artikelen bekeken en zijn relevante referenties daaruit eveneens opgenomen in dit review.

Zoals gezegd biedt een narrative review de nodige ruimte en flexibiliteit voor het bestuderen van een heterogene en gefragmenteerde literatuur. Dat is een groot voordeel, maar gaat wel ten koste van de reproduceerbaarheid van de resultaten die bij verschillende andere typen van reviews wordt nagestreefd. Dat is voor het doel van dit review geen enkel probleem, namelijk het prikkelen en stimuleren van gedachtenvorming over toezicht op netwerken. Daarnaast geldt dat een narrative review een goed vertrekpunt kan vormen voor een meer systematische en reproduceerbare benadering als daar op termijn behoefte aan zou zijn.

### 2.2 Wat wordt in de literatuur verstaan onder het begrip netwerk?

#### 2.2.1 Verschillende definities

Voordat het begrip netwerk zinvol kan worden ingevuld en gehanteerd door de Inspectie moet duidelijk zijn wat het is. Een eenduidige definitie is in de literatuur echter niet voorhanden, want er blijken verschillende definities te bestaan. Een voorbeeld van een hele brede definitie is dat een netwerk bestaat uit elementen en verbindingen daartussen (Brass et al., 2004). Deze definitie is buitengewoon algemeen en abstract en zou net zo goed kunnen gelden voor netwerken in computer science, biologie of sociale netwerken, als voor netwerken van (zorg)organisaties en/of professionals. In een iets specifiekere definitie wordt het netwerk gezien als een verzameling van drie of meer organisaties die verbonden zijn ten behoeve van een gemeenschappelijk doel (Provan et al., 2007). Weer andere auteurs spreken van een min of meer stabiel patroon van sociale relaties tussen verschillende actoren (mensen, groepen, organisaties), die van elkaar afhankelijk zijn voor het bereiken van doelen zonder dominante actor (Minkman et al., 2009). Barringer en Harrison spreken van een constellatie van bedrijven die zich organiseren middels sociale verbindingen in

plaats van contracten (Barringer en Harrison, 2000). Waar voorgaande definities de mogelijkheid open laten dat relaties tussen actoren (deels) informeel van aard zijn is ook dit niet vanzelfsprekend. Zo spreken Ehren et al. (in preparation) van formele verbanden van publieke en private organisaties die bedoeld zijn om gezamenlijk handelen te faciliteren. Het begrip netwerk is dus tamelijk rekbaar.

### ***Definitie in de literatuur versus het perspectief van de Inspectie***

Vanuit de gedachte dat de patiënt centraal moet staan in de zorg ligt het voor de hand om een netwerk te beschouwen vanuit het perspectief van een individuele patiënt. Dit is ook voor de Inspectie een belangrijk vertrekpunt geweest in de gedachtenvorming over netwerken. In het meest extreme geval kan dit leiden tot de gedachte dat er net zoveel netwerken zijn als patiënten. De bestudeerde literatuur gaat niet specifiek in op deze zienswijze, maar impliciet lijken de meeste auteurs uit te gaan van een andere zienswijze, namelijk dat er een netwerk is van organisaties die gericht zijn op een patiëntenpopulatie. Op het niveau van individuele patiënten treden de actoren binnen het netwerk dan in wisselende samenstelling op.

In dit rapport kiezen we niet voor een specifieke definitie van netwerken omdat dit geen oplossing vormt voor rekbaarheid van het begrip in beleidstaal en spreektaal. We volstaan dus met de constatering dat het begrip netwerk vele verschillende definities kent en dat dit illustreert dat er verschillende manieren zijn om naar netwerken te kijken.

## **2.3 Kwaliteit: Hoe evalueer je de kwaliteit van een netwerk?**

### **2.3.1 Evaluatie op verschillende niveaus**

Verschillende internationale publicaties houden zich bezig met het evalueren van netwerken. In een bekend en veel geciteerd paper worden drie niveaus onderscheiden waarop een netwerk kan worden geëvalueerd (Provan en Milward, 2001). Op het niveau van de gemeenschap gaat het om zaken als kosten voor de gemeenschap, veranderingen in de incidentie van de problemen waar het netwerk zich mee bezig houdt, cliëntenuitkomsten op populatieniveau en publieke opinie over de effectiviteit van het netwerk. 'Building of social capital' wordt eveneens genoemd als uitkomst op gemeenschapsniveau. Dit houdt in dat netwerkvorming zou moeten leiden tot goede contacten en vertrouwen tussen organisaties; dit komt de huidige activiteiten van het netwerk ten goede, maar biedt ook een basis voor het oplossen van toekomstige problemen (Provan en Milward, 2001; Scott en Hofmeyer, 2007). Op het niveau van het netwerk zelf kan onder meer worden gedacht aan de mate van coördinatie, de kracht van de verbindingen tussen actoren binnen het netwerk, integratie van diensten, vermindering van diensten die dubbel worden aangeboden, de kosten van het onderhouden van een netwerk, commitment van deelnemers aan de netwerkdoelen. Op het niveau van de deelnemende organisatie wordt onder meer genoemd of de deelnemers niet failliet gaan, verwerving van middelen, legitimering en status van de organisatie, kosten van deelname en cliëntenuitkomsten.

De analyse van Provan and Millward (2001) vormt het vertrekpunt voor verschillende latere artikelen die zich richten op het evalueren van netwerken. Zo is bijvoorbeeld geschreven over het meten van al deze aspecten op de verschillende niveaus van een netwerk (Browne et al., 2007), zijn de niveaus van Provan en Millward overgenomen en verfijnd door het organisatieniveau onder te

verdelen in organisatie en individu (Hill, 2002) en vormde het daarmee ook weer een belangrijke basis voor de ontwikkeling van modellen voor toezicht op en inspectie van netwerken in het onderwijs (Janssens, in preparation).

### **2.3.2 Evalueren van netwerken en structuur**

Verschillende relevante aspecten van het evalueren van netwerken hebben te maken met de structuur van het netwerk. Hierbij kan gedacht worden aan het aantal verbindingen tussen actoren en de kwaliteit van die verbindingen (Provan en Milward, 2001), maar ook de mate van coördinatie binnen een netwerk, eventueel gefaciliteerd door een network administrative organisation waar die coördinatie kan worden belegd (Provan en Milward, 2001). Ook de beschikbare (ICT-)infrastructuren voor het uitwisselen van informatie tussen actoren kunnen worden gezien als een structuuraspect van een netwerk (Nicholson et al., 2013; Reed et al., 2005).

Hoewel een zeker mate van structuur wenselijk lijkt, worden er ook kanttekeningen geplaatst. Zo stellen Wijngaarden et al. (2006) bijvoorbeeld dat het integreren van organisatiestructuren niet of nauwelijks zorgt voor meer afstemming tussen professionals. Zij zijn daarom van mening dat het productiever is om bij netwerkvorming het handelen van professionals te bestuderen, dan de integratie van (organisatie-)structuren. Ook Provan en Millward zien de keerzijde van het structureren van netwerken. Zij stellen dat meer structuur vaak gepaard gaat met meer hiërarchie, wat ten koste kan gaan de flexibiliteit van een netwerk (Provan en Milward, 2006). Bij het evalueren van de structuur van een netwerk is het dus van belang om oog te hebben voor zowel gewenste als ongewenste effecten op het handelen van professionals.

### **2.3.3 Procesaspecten van de kwaliteit netwerken**

Op het niveau van individuele patiënten vormen doorverwijzing naar en overdracht tussen betrokken zorgverleners belangrijke procesaspecten. Van Wijngaarden et al. (2006) gaan hier uitgebreid op in en constateren dat overdracht en doorverwijzing maar in beperkte mate te protocolleren zijn omdat de kennis die daarvoor nodig is in grote mate onbewust is (in dit verband wordt ook wel gesproken over ‘tacit knowledge’). Zij benadrukken in dit verband het belang van het lerend vermogen van een netwerk. Als belangrijkste succesfactor noemen zij de mate waarin actoren binnen het netwerk in staat zijn om gezamenlijk problemen op te lossen. Het eerder genoemde begrip “social capital” dat onder meer betrekking heeft op het onderlinge vertrouwen speelt hierbij uiteraard ook een belangrijke rol. Thai en Ghoshal hebben bijvoorbeeld voor een grote organisatie met vele afdelingen laten zien dat dimensies van social capital, zoals sociale interactie, vertrouwen en gedeelde visie, bijdragen aan onderlinge uitwisseling en samenwerking met meer innovatie als gevolg (Tsai en Ghoshal, 1998).

Een punt van aandacht is dat goede samenwerking, gezamenlijke oplossing van problemen en building of social capital allerm minst vanzelfsprekend zijn bij de vorming van netwerken. Zo wijzen Provan en Millward op het gevaar van conflicterende belangen tussen actoren binnen een netwerk. Het landschap van belangen is daarbij nog tamelijk complex, want twee actoren die binnen een netwerk een gezamenlijk belang hebben kunnen middels participatie in andere netwerken ook weer concurrenten van elkaar zijn (Provan en Milward, 2001). Reed et al. (2005) rapporteren een strijd in Engeland tussen lokaal georganiseerde aanbieders van zorg en ondersteuning en



aanbieders die werden gesubsidieerd door de NHS. Dit was een gevolg van allerlei organisatorische, professionele en financiële barrières tussen organisaties in verschillende domeinen die moesten gaan samenwerken. Een vergelijkbare observatie uit hetzelfde artikel betreft de weerstand tegen de verpleegkundige als casemanager: de autoriteit van deze casemanager werd in het sociale domein vaak niet erkend. Bij procesaspecten van de kwaliteit van netwerken gaat het dus niet alleen om lerend vermogen, probleemoplossend vermogen en building of social capital, maar ook om randvoorwaarden zoals overeenstemming in de belangen van actoren en de afwezigheid van barrières tussen professionals, domeinen, infrastructuren etc.

### **2.3.4 Uitkomsten, netwerken en kwaliteit**

Vanuit de visie dat een netwerk bestaat uit actoren die gezamenlijk een doel nastreven ligt de relevante uitkomst voor de hand: namelijk de mate waarin dat doel ook daadwerkelijk bereikt wordt. Van belang is daarbij dat het netwerk erin slaagt die doelen beter, efficiënter en/of goedkoper te bereiken dan individuele actoren dat afzonderlijk zouden kunnen. In het geval van de kwetsbare oudere thuis gaat het dan om het behoud van zelfredzaamheid en participatie. Dit type uitkomsten komt dan ook in verschillende artikelen naar voren als belangrijk voor het evalueren van netwerken (Marafioti et al., 2014; Provan en Milward, 2001) en past ook buitengewoon goed in gedachtengoed 'value-based health care' waarbij het gaat om zoveel mogelijk behoud of bevordering van gezondheid voor een bepaald budget (Porter, 2010). Vermijdbare schade is een ander type uitkomstindicator dat voor toezicht buitengewoon relevant is. In de context van netwerken is daarbij een belangrijk risico dat vermijdbare schade ontstaat als gevolg van gaten in het netwerk: er ontstaat schade omdat een vorm van zorg of ondersteuning niet betrokken was, of omdat de overdracht tussen actoren binnen het netwerk niet toereikend was. Hoewel deze risico's ook in de literatuur worden onderkend (Reed et al., 2005), wordt vermijdbare schade niet vaak expliciet genoemd als uitkomst (Marafioti et al., 2014; Provan en Milward, 2001).

Interessant is niet alleen de vraag of het netwerk in staat is goede zorg en ondersteuning te leveren aan cliënten in de thuissituatie, maar ook of het netwerk dat efficiënter kan dan wanneer die zorg en ondersteuning bij één organisatie is belegd. Een interessante uitkomst in dit verband is in hoeverre netwerkvorming gepaard gaat met dalende kosten (of minder hard stijgende kosten). Een andere interessante uitkomst is of netwerkvorming ook leidt tot minder dubbel werk en/of diensten die een hoge mate van overlap vertonen. Dit soort uitkomsten worden dan ook in de literatuur aangehaald als belangrijk voor het evalueren van netwerken (Marafioti et al., 2014; Provan en Milward, 2001).

## **2.4 Toezicht**

### **2.4.1 De huidige zorg voor kwetsbare mensen thuis ≠ netwerk**

De literatuur over toezicht op netwerken is betrekkelijk klein. Het zou voor de hand liggen om te focussen op hoe belangrijke aspecten bij het evalueren van netwerken een rol kunnen spelen in het toezicht. Echter, in de meeste gevallen wordt bij het evalueren van netwerken uitgegaan van de situatie dat de actoren samenwerkingsrelaties hebben en zichzelf en elkaar ook zien als een netwerk. Dit is duidelijk een hele andere situatie dan de huidige werkelijkheid van zorg en ondersteuning rond kwetsbare mensen in de thuissituatie (Verver, 2015).

In deze sectie gaan we in op twee relevante artikelen over toezicht die beiden hun oorsprong hebben in Nederland, met als doel hier inzichten uit te halen die de gedachten prikkelen over toezicht op zorg- en ondersteuning rond kwetsbare mensen in de thuissituatie. Het eerste artikel heeft betrekking op het Stelseltoezicht Jeugd waarbij casussen van individuele kinderen en/of gezinnen een belangrijk vertrekpunt vormen. Het woord netwerk komt in dit artikel niet voor, maar de aanpak vanuit individuele casussen sluit wel aan bij het vertrekpunt van de gedachtenvorming van de IGZ over zorg rond kwetsbare mensen thuis. Het tweede artikel gaat over toezichtstrategieën in het onderwijs. In dit artikel wordt het netwerk opgevat als een formeel samenwerkingsverband van organisaties die een gezamenlijk doel nastreven dat ze niet zelf kunnen realiseren.

#### **2.4.2 Stelseltoezicht jeugd**

##### ***Achtergrond: samenwerking met verschillende toezichthouders***

Eén van de weinige artikelen waarin specifiek wordt ingegaan op toezicht in de context van netwerken is het artikel *“Hiding complexity, uncertainty and ambiguity: how inspectorates simplify issues to create enforceable action”* (Rutz et al., 2013). Dit artikel richt zich op het stelseltoezicht jeugd in Nederland, waarbij verschillende toezichthouders samenwerken om alle actoren die betrokken kunnen zijn bij probleemkinderen of probleemgezinnen, te kunnen aanspreken op hun individuele én hun gezamenlijke verantwoordelijkheid. De betrokken toezichthouders zijn: Inspectie Jeugdzorg, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Inspectie Veiligheid en Justitie, Inspectie van het Onderwijs, Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Het artikel beschrijft hoe organisaties in verschillende sectoren steeds meer samenwerken en soms ook fuseren, waardoor het van belang is om meerdere actoren in verschillende domeinen te kunnen aanspreken. De samenwerking tussen de verschillende toezichthouders maakt dit mogelijk.

##### ***Evaluatie op verschillende niveaus***

De werkwijze van de inspectie betrof het bestuderen van case files in een bepaalde wijk/gemeente waar het onderwerp van de visitatie (armoede in dit geval) prominent aanwezig was. Daarnaast werden focusgroeps gesprekken gehouden met kinderen en ouders en werden bijeenkomsten met professionals georganiseerd. Deze activiteiten mondden uit in een rapport met de belangrijkste bevindingen en aanbevelingen voor verbetering.

In feite is bij deze werkwijze het vertrekpunt het netwerk op *cliëntniveau* en worden op basis van een aantal van die casussen professionals betrokken om te bekijken wat daarvan kan worden geleerd op *organisatieniveau*. In hoeverre de organisaties samen een formeel en aanspreekbaar netwerk vormden kwam in het artikel niet expliciet aan de orde. Impliciet was wel duidelijk dat de samenwerking tussen de toezichthouders hielp om alle relevante actoren aan te spreken en aan tafel te krijgen.

##### ***Beleidsmakers en professionals en opvattingen van verantwoordelijkheid***

In een netwerk van zorg en ondersteuning is sprake van individuele verantwoordelijkheden van de deelnemende actoren én van gedeelde verantwoordelijkheden. Een groot risico daarbij is dat actoren hun eigen verantwoordelijkheid heel smal opvatten en daarmee dus indirect verantwoordelijkheden doorschuiven naar andere actoren. Dit risico wordt groter naarmate

vraagstukken complexer worden en meer onzekerheden kennen. De inspecteurs van het stelseltoezicht jeugd werden hiermee geconfronteerd in de vorm van beleidsmakers die vraagstukken rond armoede vooral toeschreven aan andere sectoren dan de sector waar ze zelf verantwoordelijk voor waren, of die doorverwezen naar derden omdat die over meer expertise zouden beschikken.

#### ***Aanspreken: verschillende organisaties en verschillende toezichthouders***

De verschillende inspecties werkten samen omdat zij over verschillende instrumenten en bevoegdheden beschikken richting verschillende relevante organisaties. Door hier gebruik van te maken konden zij de verschillende organisaties die van belang zijn voor jeugdzorg aan tafel krijgen; liefst vrijwillig uiteraard, maar zo nodig met behulp van hun bevoegdheden.

### **2.4.3 Toezicht op netwerken in het onderwijs**

#### ***Auteurs benadrukken de complexiteit van de materie***

Het artikel "Toward a model of school inspections in a polycentric system" gaat over toezicht op scholen van uit een polycentrische gedachte, m.a.w. vanuit de gedachte dat deze scholen onderdeel zijn van een netwerk. De auteurs positioneren de inzichten in het artikel als "work in progress" en concluderen dat "...much more work needs to be done both at a conceptual, methodological and certainly at an empirical level". Hier spreekt duidelijk uit dat toezicht op netwerken in het onderwijs ook buitengewoon complex is. In tegenstelling tot de situatie waar de IGZ zich op bezint geldt hier echter wel dat de actoren zichzelf ook beschouwen als een netwerk, want een netwerk wordt in dit artikel opgevat als een formeel samenwerkingsverband.

#### ***Inspectie van een netwerk: horizontale en interactieve samenwerking met inspectee***

Opvallend in de benadering van toezicht op netwerken in dit artikel is dat het ver af staat van zaken als risicoselectie, handhaving, sanctionering etc.. In plaats van dergelijke meer hiërarchische/verticale benaderingen ligt de nadruk vrijwel volledig op samenwerking met actoren. Dit gaat dan onder meer om agendasetting, gezamenlijk data verzamelen en beoordelen, gezamenlijk kennis ontwikkelen etc. Uiteraard kunnen prestatie-maten hier een rol in spelen, maar de meer traditionele prestatie-maten laten vaak wel allerlei aspecten onderbelicht, zoals de ontwikkeling van relaties binnen een netwerk, verandering in waarden en attitudes of ontwikkeling van vertrouwen. In het meer gezamenlijke toezichtsproces zoals de auteurs zich dat voorstellen is uiteraard ook veel meer ruimte en oog voor dit soort aspecten van het functioneren van een netwerk.

## **2.5 Conclusie**

De inzichten uit de literatuur maken duidelijk dat het begrip netwerk rekbaar is en veel verschillende verschijningsvormen kent, waar vaak ook verschillende niveaus in te onderscheiden zijn. Van belang is dat de wijze waarop de IGZ het begrip netwerk opvat – namelijk als het min of meer toevallige geheel van professionals rond een individuele cliënt in de thuissituatie – in de literatuur niet of nauwelijks voor komt. In de literatuur gaat het juist veel meer om netwerken van organisaties die ook van elkaar weten dat zij gezamenlijk een netwerk vormen. Het evalueren van netwerken blijkt erg lastig. Prestatie-maten kunnen hierbij helpen, maar veel van

de te evalueren aspecten lijken lastig in metingen of indicatoren te vangen. Voorts is het erg lastig om prestatiegegevens te aggregeren over het netwerk omdat het netwerk niet altijd duidelijk is af te bakenen en er ook allerlei wegingsvraagstukken zijn rond het aggregeren van gegevens. Het ontwikkelen en duiden van prestatie informatie lijkt voor netwerken dan ook lastiger dan voor individuele zorgaanbieders.

Het voorbeeld van het stelseltoezicht jeugd en de ontwikkeling van gedachten over netwerktoezicht in het onderwijs worden gekenmerkt door een coöperatieve en interactieve benadering, waarin gezamenlijk leren centraal staat. Veel van de voornoemde complexiteiten worden opgelost door in de praktijk te kijken naar concrete casussen, of concrete netwerken en daarmee in gesprek te gaan in een gelijkwaardige en gezamenlijke benadering. Zaken als handhaving of sanctioneren lijken hier niet goed in te passen en komen in deze artikelen dan ook niet of nauwelijks aan de orde. Wel blijkt dat een toezichthouder soms gebruik moet maken van bevoegdheden om actoren binnen een netwerk aan tafel te krijgen. Indien een toezichthouder één van de relevante actoren niet zelf kan aanspreken, lijkt het productief om te gaan samenwerken met andere toezichthouders die de betreffende actor wel kan aanspreken.

## Referenties

- Barringer BR, Harrison JS. Walking a tightrope: creating value through interorganizational relationships. *J Managem*, 2000; 26(3):367-403
- Bazzoli GJ, Shortell SM, Dubbs N, Chan C, Kralovec P. A taxonomy of health networks and systems: bringing order out of chaos. *Health Serv Res*, 1999; 33(6):1683-1717
- Brass BJ, Galaskiewicz J, Greve HR, Tsai W. Taking stock of networks and organizations: a multilevel perspective. *Academy Managem J*, 2004; 47(6):795-817
- Browne G, Kingston D, Grdisa V, Markle-Reid M. Conceptualization and measurement of integrated human service networks for evaluation. *Int J Integr Care*, 2007;7:e51
- Ehren MCM, Janssens FJG, Brown M, McNamara G, O'Hara J, Shevlin P. Emerging models of school inspection: Shifting roles and responsibilities of Inspectorates of Education in a polycentric system. (In preparation)
- Green BN, Johnson CD, Adams A. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *J Chiropr Med*, 2006; 5(3):101-117
- Hill C. *Network literature review: conceptualizing and evaluating networks*. Calgary: Alberta Children's Hospital, 2002
- Huerta TR, Casebeer A, Vanderplaat M. Using networks to enhance health services delivery: perspectives, paradoxes and propositions. *Healthc Pap*, 2006; 7(2):10-26
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. *IGZ Handhavingskader: richtlijn voor transparante handhaving*. Den Haag: IGZ, 2013
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. *IGZ sluit proef 'toezicht op netwerken in de langdurige zorg' af*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2015a
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Meerjarenbeleidsplan Gezond vertrouwen, 2016-2019*. Den Haag: IGZ, 2015b
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Toezicht en handhaving: risicotoezicht*. Den Haag: IGZ, 2016. Retrieved 2016-03-14, 2016, from [http://www.igz.nl/onderwerpen/handhaving\\_en\\_toezicht/risicoindicatorentoezicht/index.aspx](http://www.igz.nl/onderwerpen/handhaving_en_toezicht/risicoindicatorentoezicht/index.aspx)
- Janssens FJG. Toward a model of school inspections in a polycentric system. (In preparation)
- KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, et al.. *Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg*. Utrecht: KNMG, et al., 2010
- Marafioti E, Mariani L, Martini M. Exploring the effects of network governance models on health care systems performance. *Int J Public Admin*, 2014; 37:987-998

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Wmo2015: memorie van Toelichting*. Den Haag: Ministerie van VWS, 2014
- Minkman MM, Ahaus KT, Huijsman R. A four phase development model for integrated care services in the Netherlands. *BMC Health Serv Res*, 2009; 9:42
- Nederland Huisartsen Genootschap. *Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA's)*. Utrecht: NHG, 2016. Retrieved 2016-02-11, from <https://www.nhg.org/themas/artikelen/landelijke-eerstelijns-samenwerkingsafspraken-lesas>
- Nicholson C, Jackson C, Marley J. A governance model for integrated primary/secondary care for the health-reforming first world: results of a systematic review. *BMC Health Serv Res*, 2013; 13:528.
- NVKG. *Richtlijn Regionale samenwerking dementiezorg*. Utrecht: NVKG, 2014
- Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med*, 2010; 363(26):2477-2481
- Provan KG, Fish A, Sydow J. Interorganizational networks at the network level: a review of the empirical literature on whole networks. *J Managem*, 2007; 33(3):479-516
- Provan KG, Milward HB. Do networks really work? a framework for evaluating public-sector organizational networks. *Public Admin Rev*, 2001; 61(4):414-423
- Provan KG, Milward HB. Health services delivery networks: what do we know and where should we be headed? *Healthc Pap*, 2006; 7(2):32-36; discussion 68-75
- Reed J, Cook G, Childs S, McCormack B. A literature review to explore integrated care for older people. *Int J Integr Care*, 2005; 5:e17
- Rutz IS, Adams SA, Buitendijk SE, Robben PBM, Bont AA de. Hiding complexity, uncertainty and ambiguity: how inspectorates simplify issues to create enforceable action. *Health Risk Society*, 2013; 15(4):363-379
- Scott C, Hofmeyer A. Networks and social capital: a relational approach to primary healthcare reform. *Health Res Policy Syst*, 2007; 5:9
- Tsai W, Ghoshal S. Social capital and value creation: the role of intrafirm networks. *Acad Managem J*, 1998; 41(4):464-476
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten. *Handreiking Het Gesprek. Deel IV: nieuwe doelgroep, ander gesprek*. Den Haag: VNG, 2013
- Verver DM, Merten H, Wagner C. *Rapport 'Toezicht op zorgnetwerken van thuiswonende kwetsbare ouderen'. Fase I en II*. Amsterdam: EMGO+ Instituut/VUmc, 2015
- Wijngaarden JD van, Bont AA de, Huijsman R. Learning to cross boundaries: the integration of a health network to deliver seamless care. *Health Pol*, 2006; 79(2-3):203-213

## 3 Inzichten uit de interviews met experts en (bestuurlijk) verantwoordelijken over toezicht op samenwerking

### 3.1 Inleiding

Er zijn voor dit onderzoek verschillende interviews gehouden met experts en met (bestuurlijk) verantwoordelijken.<sup>1</sup> De, in totaal 17, interviews waren steeds semigestructureerd en de onderwerpen en vragen werden per persoon aangepast aan zijn of haar achtergrond. De topiclist betrof de ideeën van de experts en (bestuurlijk) verantwoordelijken over de risico's in dit domein van zorg en ondersteuning voor kwetsbare mensen thuis; over 'netwerkgang' of samenwerking als adressant; over normen en de rol van normen en wetten; over de mogelijke rol van toezicht in dit domein en over hun eigen rol. De interviews werden ofwel opgenomen ofwel gelijktijdig uitgetypt. De analyse van de interviews richtte zich vooral op wat de experts en (bestuurlijk) verantwoordelijken aan inzichten, kennis of expertise deelden op de genoemde focus. Aangezien dit project een sterk verkennend karakter heeft is vooral gekeken naar de mogelijke inzichten die de geïnterviewden de IGZ konden opleveren, niet op enige vorm van generalisatie.

De interviews hebben in grote mate bijgedragen aan de gedachtevorming zoals omschreven in de beleidsrapportage. Vanwege de wens voor een overzichtelijk en compact geschreven rapport, is er in de hoofdttekst zelf niet veel gebruik gemaakt van de quotes. Echter, veel materiaal uit de interviews leent zich wel erg goed voor quotes vanwege de rijkheid van de voorbeelden en het zicht wat het biedt op wat er zoal speelt in het denken over toezicht enerzijds en in het (bestuurlijke) werk in de praktijk anderzijds. In deze bijlage gaan we wat dieper in op enkele onderwerpen uit de beleidsrapportage. We bespreken met name die onderwerpen waarbij er in de beleidsrapportage is gerefereerd aan de interviews. Hier laten we de geïnterviewden door middel van een selectie aan inzichtelijke quotes, vooral veel zelf aan het woord. Dit stelt de lezer enerzijds in staat om te zien waarop de voorstellen en suggesties in de beleidsrapportage (deels) op zijn gebaseerd en anderzijds biedt het een mooie inkijk in de achtergrond en ervaringen van de geïnterviewde personen.<sup>2</sup>

#### 3.1.1 Interviews met experts

De interviews zijn in te delen in twee verschillende categorieën. Enerzijds zijn er interviews gehouden met personen die we 'experts' hebben genoemd. De experts hadden ofwel een academische expertise in het onderwerp of waren professioneel betrokken bij het toezicht op netwerkachtige structuren vanuit de IGZ of een andere rijksinspectie. Deze interviews hadden tot doel om meer te weten te komen over de verschillende visies die met betrekking tot deze onderwerpen kunnen bestaan en om meer te horen over ervaringen met vergelijkbare toezicht onderwerpen. Daarnaast hadden deze interviews tot doel om de specifieke situatie van

---

<sup>1</sup> De interviews zijn gehouden door de eerste en/of de tweede auteur.

<sup>2</sup> Er is in de interviews ook gesproken over de rol van de verschillende toezichthouders. Echter, omdat er voor gekozen is dit onderwerp niet te behandelen in deel I, laten we deze quotes ook hier buiten beschouwing.

samenwerkende professionals uit de zorg en het welzijn gericht op kwetsbare mensen thuis beter te kunnen vatten. De selectie voor deze personen vond plaats in overleg met de IGZ.

### 3.1.2 Interviews met (bestuurlijk) verantwoordelijken

Anderzijds zijn er interviews gehouden met personen die we '(bestuurlijk) verantwoordelijken' hebben genoemd. Deze categorie is al minstens even gevarieerd als de categorie 'experts'. Vanwege de variatie in organisatievormen in dit deel van het zorg en welzijn landschap is gekozen voor interviews met zowel bestuurders van kleine en grotere zorgorganisaties als met personen met een coördinerende rol binnen (min of) meer zelfsturende organisatievormen. Deze personen zijn niet (bestuurlijk) verantwoordelijk, maar voelen wel een verantwoordelijkheid die ze delen met de andere leden van hun team of organisatie. Het doel van deze interviews was om de (ervaren) verantwoordelijkheid en aanspreekbaarheid van deze personen te verkennen op het punt van samenwerking door hun organisatie met andere organisaties/professionals. De selectie voor deze personen werd gemaakt door de onderzoekers. Er is vooral gelet op variatie in grootte van de organisatie en in vorm van verantwoordelijkheid. Deze interviews zijn anoniem verwerkt.

## 3.2 Resultaten

### 3.2.1 Het nieuw ontstane domein van zorg en ondersteuning voor kwetsbare mensen thuis

De interviews startten steeds met een vraag naar de kijk van de geïnterviewden op het nieuw ontstane domein van zorg en welzijn bij mensen thuis, inclusief heel kwetsbare mensen. We vroegen de experts en (bestuurlijk) verantwoordelijken hoe zij dit domein zagen en wat zij als de grootste risico's zouden omschrijven.

Zowel tijdens de gesprekken bij de IGZ als tijdens de interviews met bestuurders werd een breed scala aan mogelijke risico's aangedragen. Met de nadruk op deze risico's werd het belang van het ontwikkelen van een toezichtstrategie onderstreept. De mogelijke kwetsbaarheid van cliënten die vroeger intramuraal leefden maar nu door meerdere professionals thuis worden gezien bepaalde voor de geïnterviewden de urgentie van het ontwikkelen van een nieuwe toezichtstrategie.

De lijst met gepercipieerde risico's is verwerkt in figuur 3.1 in deel I. Daarnaast gaven de interviews met (bestuurlijk) verantwoordelijken een interessante kijk op hun perceptie van de risico's die met name volgen uit de organisatie van het domein. Een bestuurder van een grote zorginstelling verwoordt zijn zorgen over risico's, (bestuurlijk) verantwoordelijkheden en toezicht in dit domein als volgt:

Lid Raad van Bestuur grote organisatie (thuiszorg en andere vormen van zorg en ondersteuning)	"Ik heb zeker zorgen vanuit het kwaliteitsperspectief over bepaalde risico's. Risico's zijn groter thuis en de professionele relatie tussen hulpverlener en cliënt is onzichtbaar, alles vindt plaats achter de voordeur. De rolverdelingen zijn ook nog niet duidelijk. De complexiteit van relaties is aan het toenemen. Wij hebben nogal veel cliënten thuis. Als de cliënten van ons zijn en de medewerkers van ons, dan is het al moeilijk maar dan is er tenminste nog een 1-op-1 relatie. Dan kun je in ieder geval de opleiding en de kwaliteit van de zorgverlener controleren. Je kunt zien of er een goed persoonlijk plan is, een goed dossier. Ook als er zich calamiteiten voordoen is duidelijk wat je kunt doen. Je hebt dan als bestuurder veel mogelijkheden om te zien of het goed gaat. Je kunt
---	---



	<p>bijvoorbeeld een risicoanalyse maken van zo een persoonlijk plan. Voor zowel het interne als het externe toezicht is de situatie dan behapbaar. Nu heb je de volgende situatie: De cliënt moet zelf de regie voeren, wat hij lang niet altijd kan, en er is een vrij ingewikkelde teamconstructie. In onze stad zijn er [aantal] wijkteams en die zijn verschillend per team. [...] Maar doordat ze zelfstandig functioneren bestaat het risico dat er geen opschaling plaatsvindt. Zo'n wijkteam is geen team van ons, maar onze mensen zitten er wel in. Ze ontwikkelen daarin van alles maar niet gerelateerd aan een instelling. Ik weet als bestuurder dan ook niet meer waar ik verantwoordelijk voor ben. "</p>
--	---

Over samenwerking en overdracht bij verschillende professionals uit verschillende disciplines werd het volgende gezegd:

<p>Lid Raad van Bestuur grote organisatie (thuiszorg en andere vormen van zorg en ondersteuning)</p>	<p>"De overdracht is altijd het meest ingewikkeld. [...]Mensen stoppen met denken als het niet meer hun verantwoordelijkheid is. En juist in dat stuk zitten vaak de fouten. [...] Ooit was ik op studiereis in Zweden. Daar was een systeem van 'next step thinking', iedere partij in een keten had een verantwoordelijkheid die pas op hield op het moment dat de eerst volgende stap in de keten werd gezet. Daarmee maak je de vorige schakel verantwoordelijk voor de volgende schakel. Dat overgangen het kwetsbaarste moment is kom je continu tegen. Mensen zijn al heel blij als ze hun eigen stukje voor elkaar krijgen, met beperkte middelen en mankracht of deskundigheidsniveau. Dat ze zich eigenlijk al niet meer druk gaan maken over wat daarna komt, terwijl dat wel zou moeten."</p>
--	---

Daarnaast zorgt de vergrote nadruk op de eigen regie van cliënten ook op dat vlak voor nieuwe uitdagingen voor zorgprofessionals en (bestuurlijk)verantwoordelijken:

<p>Lid Raad van Bestuur van een grote organisatie (zorg en ondersteuning)</p>	<p>"In de zorg staan we de ontwikkeling voor, van zorgen voor naar zorgen dat. We komen er wel op uit dat heel erg bedacht was wat goed was voor de cliënt, wij zeggen niet meer wat wij bedenken, maar wat wil jij? En zoals onze cliënt ook zegt, dat betekent dat dat gepaard gaat met vallen en opstaan. Dus dan gaan er ook dingen fout, maar je kan niet zeggen dat het een wel mag en het ander niet. En daar raakt het wel of je het nou over inspectie hebt of over maatschappelijke opvattingen. Deze visie omarmt iedereen, want niemand zal zeggen: "dat is niet goed". Maar die risico's die daarbij horen gaan we dan ook samen aan als samenleving."</p>
---	---

Een geïnterviewde expert verwoorde de verschillende typen overwegingen in samenhang:

<p>Expert op het gebied van zorg in de buurt</p>	<p>"Een punt aandacht zijn de verschillende rollen die professionals moeten beheersen en de mogelijke spanning die het oplevert om die rollen te combineren. Voor cliënten die het aankunnen moeten professionals in het 'nieuwe denken' de verantwoordelijkheid en regie zoveel mogelijk bij de cliënten zelf laten. Wanneer cliënten dat deels of geheel niet kunnen, moeten professionals ineens heel ander gedrag gaan vertonen. Dat vraagt veel schakelen tussen verschillende rollen en vaardigheden. Daarnaast is er ook een soort van screening voor nodig om te kunnen beoordelen welke cliënten zelf regie kunnen voeren en welke niet... En het vraagstuk is eigenlijk nóg complexer. Van cliënten die geen eigen regie kunnen voeren wil je namelijk ook nog weten of die regie wel in hun sociale netwerk belegt kan worden. En als dat in beginsel niet het geval is, of het netwerk gemobiliseerd kan worden om dat wel te gaan doen."</p>
--	---

En een zorgverlener in de praktijk maakte hetzelfde punt vanuit de eigen taakopvatting inzichtelijk:

Lid zelfsturend wijkverpleging team	“Je hebt een groep mensen die willen graag de regie houden: die kun je bijna niet eens adviseren. Dan heb je een groep mensen die de eigen regie niet kan houden en dat ook niet wil: mensen die altijd zorg en begeleiding nodig hebben. Soms kan die regie gevoerd worden door een mantelzorg of iemand van het buurtteam. Daar tussenin zit een groep waarbij de cliënt de regie wel zelf zou kunnen maar ‘m niet neemt. Dat is soms de uitdaging om iemand daarbij te begeleiden. Sommige mensen kunnen best wel leunen op jou als hulpverlener. Het is dan een uitdaging om mensen in ‘hun eigen kracht te zetten’ (dat zegt de gemeente dan). Daar is het buurtteam ook wel heel erg mee bezig. Daar zijn we zelf ook wel heel bewust mee bezig, daar is ook wel scholing voor binnen [onze organisatie] en er zijn filmpjes en zo. Ook in cliënten overleg wordt de vraag veel gesteld: Is het wel nodig dat we dat doen, kunnen we niet een mantelzorg of een vrijwilliger inzetten? Dat vragen we ons dan af. Dat is echt een proces dat we nu opstarten. Maar bij sommige cliënten is soms de conclusie: het kan gewoon niet. Eigen regie voeren is niet voor iedereen mogelijk. Maar sommige cliënten kunnen meer aan dan ze zelf dachten. Dat is echt leuk om te zien, dat maakt mensen ook trots. We moeten steeds meer vragen van mantelzorgers en vrijwilligers. In [naam stad] merk je wel dat alle vrijwilligersorganisaties het razend druk hebben, het duurt lang voordat je een vrijwilliger hebt. Soms hoeft iets niet perse door een professional gedaan te worden maar de vrijwilligers liggen niet meer voor het oprapen. Daar investeren we ook wel tijd in, in het vinden van vrijwilligers.”
-------------------------------------	---

Verschillende keren werd door de geïnterviewden aangegeven dat de groep thuiswonende cliënten steeds zwaardere zorg en ondersteuning nodig heeft, dat dit nieuwe eisen stelt aan het zorgaanbod en in het verlengde daarvan aan het toezicht.

Maar hoewel ‘kwetsbare’ groepen weliswaar een gegeven kunnen lijken, blijkt de precieze definiëring ervan nog lastig:

Expert op het gebied van (stelsel) toezicht	“De definitie van kwetsbare mensen is steeds verschillend, en ook verschillend per gemeente. Over die definitie zal ook nog wel meer gesteggeld worden. Daar komen nog wel hele polemieken over. Het is ook niet een vast gegeven. Je kunt dus hooguit zeggen, we gaan nu dit jaar kijken naar deze groep. [...] Het blijft dus altijd heel arbitrair. Er staat vast ook een andere kwetsbare groep naast. Het gaat soms ook om de groep met het meest herkenbare ‘zieligheidsgehalte’. En daarmee zijn de groepen ook gevoelig voor lobby’s.”
---	--

### 3.3 Het belang van samenwerking, waar nodig

Dat goede samenwerking vereist is voor zorg die ‘verantwoord’ is en ‘van goede kwaliteit’ lijkt geen punt van discussie. In interviews met bestuurders en experts is het belang van samenwerking in dit nieuw ontstane domein geen moment betwist. Daarnaast werd ook aangegeven dat zorg- en hulpverleners zelf ook sterk de neiging voelen om in dit domein samen te gaan werken:

Huisarts en medisch directeur gezondheidscentrum	“Ik denk dat er heel veel tendensen zijn waardoor mensen automatisch gaan samenwerken. De neiging om te gaan samenwerken is er in de eerstelijns. Die moet je vooral niet in de weg gaan lopen. Dat gebeurt automatisch. Als ik 4 dagen in de week wil werken dan heb ik voor die 5 <sup>e</sup> dag iemand nodig. De huisartsgeneeskunde neemt steeds meer verantwoordelijkheid over, dus is het veel makkelijker om een praktijkondersteuner te hebben als je met meer bent. Er zijn nu al veel voordelen bij samenwerken op grotere schaal. Die worden steeds groter in de toekomst. De natuurlijke neiging om te gaan samenwerken is er dus wel.”
---	---

Dat hier in het toezicht op zijn minst rekening mee gehouden moet worden was een ander gegeven volgens de geïnterviewden:

Expert bij de IGZ	“Samenwerking is een van de belangrijkste thema's in de zorg. Wij hebben daar als IGZ een rol bij. Shared decision making is een ander thema. Dat zijn moderne ontwikkelingen in de zorg. Het gevaar van het toezicht is dat wij blijven hangen in een traditioneel model van zorg en daarmee dan innovatie in de weg zitten. Door te strak vast te houden aan de verschillende echelons in de zorg, zit je zorgvernieuwing in de weg.”
-------------------	---

Wel maakten enkele van onze experts en (bestuurlijke)verantwoordelijken waarschuwend opmerkingen over een té grote nadruk op samenwerking. Samenwerking is niet iets dat nagestreefd zou moeten worden als een opzichzelfstaand doel. Wanneer het mogelijk is om bepaalde handelingen door één persoon uit te laten voeren kan dit de voorkeur hebben:

Lid Raad van Bestuur grote organisatie (verschillende vormen van zorg en ondersteuning)	“[Wij bieden veel verschillende onderdelen van zorg en ondersteuning] binnen één organisatie. In die zin heeft het, vind ik, inhoudelijk echt voordelen om de keten zelf in huis te hebben. Het belangrijkste is vooral dat je met name bij de meest kwetsbaren, risico gezinnen, systemen, personen, die dreigen het meest ertussen uit te glippen op het moment dat je een overgang hebt. In termen van overdracht zitten daar dus risico's. Dus als je daar meer in 1 hand hebt, voorkom je daar in ieder geval het risico van uit beeld geraken.” [...] “Nou, kijk, wij werken vanuit een set aan waarden, dat is: gelijkwaardigheid, participatie, maar ook op het terrein van innovatie. Dus je weet wat je met elkaar en voor elkaar kunt betekenen.”
--	--

Expert op het gebied van (stelsel) toezicht	“De vraag is ook of wijkteams wel de oplossing zijn, want alles wat je alleen af kunt, daarbij moet je niet gaan samenwerken. Samenwerken en netwerken vormen zouden geen doel op zich moeten zijn, maar lijkt wel zo te worden opgevat. Maar het zou vooral moeten gaan om de juiste verbindingen te leggen op het juiste moment.”
---	---

### 3.4 Hoe ziet goede samenwerking eruit?

Ook in de interviews kwam terug dat er nog weinig formele of informele afspraken zijn die het hele 'netwerk' van samenwerkende organisaties/professionals betreffen en dat de coördinatiefunctie vaak nergens is belegd. Dit betekent dat er dus ook geen aanspreekpunt is voor het netwerk als geheel.

Lid Raad van Bestuur grote organisatie (verschillende vormen van zorg en ondersteuning thuis)	“Dat zit ‘m in elkaar niet kennen, in wisselingen, en in een ‘ik-ben-niet verantwoordelijk’ gevoel. Wij hebben nu hier ook een zorgbrug. Je moet het actief in stand houden. Ik ben wel overtuigd dat je dit soort dingen moet ondersteunen met mankracht. Anders red je het niet. Je moet mensen hebben die daar hun aandacht aan besteden. Palliatieve netwerken voorbeeld: Daar is landelijk geld voor en een coördinator: die al die palliatieve initiatieven met elkaar verbindt en zorgt dat ze elkaar kennen. Voor dementienetwerken geldt hetzelfde. Als je daar niet een betaald iemand op zet dan krijg je het niet. Je kunt wel een clubje hebben, maar als er niet iemand zegt: ‘we moeten eens bij elkaar gaan zitten’, dan gebeurt het niet...”
--	---

Ondanks dat die formele coördinatie vaak ontbreekt, ontbreekt het niet aan initiatieven om de samenwerking inhoudelijk, maar ook procesmatig verder te verbeteren en uit te bouwen, zoals werd uitgelegd in de volgende voorbeelden:

Lid zelfsturend wijkverpleging team	<p>“Hier in de wijk.... Het is moeilijk om iedereen te betrekken, maar we werken er wel aan. Bij de huisartsen is er 1 keer per 6 weken een MDO. Dat is ook met buurtteams en met praktijkondersteuners en huisartsen. Er zijn ook nog wel andere overleggen: zo hebben we de casus overleggen over GGZ problematiek. Dat is met een aantal vaste partners (buurtteam, huisarts, [naam van een GGZ organisatie], praktijkondersteuners en de sociaal makelaar van de wijk) plus er worden per keer waar relevant partners van de cliënt uitgenodigd. Dan zijn er ook nog wijklunches met ook de politie en de sociale woningbouw aanwezig, daar schuiven we ook bij aan. Met begeleiders vanuit de regio hebben we minder vaak contact, maar die zien we soms bij cliënt overleggen.</p> <p>Ik zal niet zeggen dat het nooit meer kan gebeuren dat we het niet in kaart hebben, maar we zijn er wel alerter op. Wij weten heel goed de huisarts en de buurtteams te vinden. We komen achter sociale problematiek en dan kunnen we heel makkelijk schakelen met het buurtteam. En andersom gebeurt dat ook als er zorg dingen zijn: dan bellen ze ons. De lijntjes zijn kort. Soms moet iemand echt in zorg komen maar soms kun je ook met tips iemand weer verder helpen en hoeft die persoon niet eens in zorg te komen.</p> <p>Als ik voor mij zelf spreek: je belt iemand toch makkelijker als je hem kent. Je weet van elkaar wat je kan en niet kan en waarin je elkaar kunt aanvullen. Dat is belangrijk en ook wel verbeterd in de afgelopen jaren.”</p>
--	---

Daarbij is er wel een verschil in daadkracht tussen organisaties en kan het lastig zijn om de proceskant, met verschillende ondersteuningssystemen, goed op elkaar aan te laten sluiten:

Lid Raad van Bestuur middelgrote organisatie (thuiszorg en wijkverpleging)	<p>“Handtekeningen zetten kostte heel veel tijd. Dan moesten de formulieren hier worden geprint en dan moest er een handtekening worden gehaald [bij de huisarts] en dan weer terug. In juli zijn we gestart met het digitaliseren van alle formulieren. Ook van het zorgplan. Digitale elektronische handtekening bij de cliënt. En dan daarna of via mail of via post terug naar de cliënt. Door al die stappen is er meer tijd voor de zorg. Tijdens het vragen wordt alles al meteen genoteerd. Dat doet de wijkverpleegkundige en andere EVV'ers. We zijn heel tevreden met [naam] dat systeem. Het is wel een investering geweest om alles erin te stoppen. Maar voor onze organisatie is het ook sneller om door te voeren, vanwege onze omvang (middelgroot) . Voor ons is dat makkelijker dan voor heel grote organisaties.</p> <p>Iedereen is op zijn manier bezig, alle organisaties. Of dat wel of niet aansluit... meestal gaat het in goed overleg met andere organisaties. Maar er zijn</p>
---	--

	verschillen. [Beroepsgroep] zijn bijvoorbeeld nog niet zo ver dat zij het digitaal kunnen aanleveren. [...] Als iedereen het zelfde systeem zou hebben... Er kunnen wel koppelingen gemaakt worden, maar niet iedereen is al zo ver. De koppeling staat nog niet hoog op de agenda van de samenwerkingspartners, maar dat zou wel moeten.”
--	--

Een interessante opmerking betrof de constatering dat goede samenwerking ook inhoudt dat je elkaar soms op elkaars verantwoordelijkheid moet wijzen, of zelfs ‘nee’ moet zeggen tegen samenwerkingspartners wanneer de verantwoordelijkheden die zij wensen over te dragen (op dat moment) niet overgenomen kunnen worden:

Lid Raad van Bestuur middelgrote organisatie (thuiszorg en wijkverpleging)	“Het was wel eens zo dat een ziekenhuis belde op vrijdagmiddag voor de overdracht. Wij hebben nu de grens gesteld dat dat pas vanaf maandagochtend kan.”
--	--

### 3.5 Regels en regelruimte

In de interviews kwam vooral duidelijk naar voren dat het overeenkomen van duidelijke normen, anders dan over bepaalde inspanningsverplichtingen, nog niet eenvoudig is. Dat het de norm zou moeten zijn dat organisaties en professionals dát doen wat nodig is voor goede samenwerking, werd evident gevonden, maar hoe die samenwerking er precies uit zou moeten zien was veel diffuser.

In de gesprekken met experts, bestuurders en inspecteurs werd duidelijk dat er verschillende, soms conflicterende waarden zijn die in het nadenken over dit onderwerp belangrijk gevonden worden. Zo was sprake van verschillende geïnterviewden over hun verlangen naar meer decentralisatie en meer eigen regie voor burgers en voor zorgprofessionals. In verschillende interviews werd ons uitgelegd dat het belangrijk is dat zorgprofessionals en welzijnswerkers meer over de grenzen van hun nauwe taakomschrijving heen gaan durven kijken en verantwoordelijkheid nemen wanneer dat nodig is gecombineerd met eigen initiatief. Bij dit verlangen hoorde de termen verantwoordelijkheid, autonomie, professionaliteit, prioritering in het toezicht, vertrouwen en regelruimte.

Het begrip ‘regelruimte’ kwam tijdens de gesprekken ook verschillende keren naar voren. Professionals die samenwerken die genoeg regelruimte hebben kunnen zelf eventuele gaten in de samenwerking signaleren en invullen of kunnen een proactieve houding aannemen ten aanzien van signalering of het aanspreken, aansturen of aanvullen van hun collega professionals. Professionals met regelruimte zouden kunnen zorgen dat samenwerking ook daadwerkelijk leidt tot een meerwaarde.

Lid Raad van Bestuur grote organisatie (thuiszorg en andere vormen van zorg en ondersteuning)	“Wat betreft de regels, 90% komt van de buitenwereld en 10% leggen wij onszelf op. In thuiszorg bijvoorbeeld: het aantal gezichten (contactpersonen) dat een cliënt mag zien is afhankelijk van de frequentie waarmee je komt. Dat is een regel van de zorgverzekeraar bij de contractering. Als je het aan de medewerkers zelf zou vragen: dan zegt de opportunistische misschien wel: we zien wel hoe het uitkomt maar de wat meer cliënt gerichte die zegt laten we het inderdaad zo beperkt mogelijk houden. Dat is goed voor de cliënt. Je zult intern kaders moeten
---	---

	<p>stellen. Het is zoeken naar hoe de professional de goede ruimte krijgt. Bijv. Er is een regel dat je binnen 4 keer de telefoon moet opnemen. Een kan vanuit zichzelf gereageerd zeggen: dat gaat niet. Maar wanneer diezelfde persoon vanuit de ander reageert dan zal hij denken: hoe kan het anders? Als je professionals de ruimte geeft moet je ze dus wel 'triggeren' om buiten de kaders te denken: om te komen met oplossingen die voor beide partijen gunstig zijn. Wat voor cliënten fijn is, is bijvoorbeeld niet altijd voor zorgverleners fijn. Bijvoorbeeld, als we zouden doen wat voor cliënten fijn is dan zou ik medewerkers allemaal gebroken diensten met 3 uur werk 's ochtends en 3 uur werk 's avonds laten draaien. Dat zou het fijnst zijn voor cliënten want dan zien ze tijdens de piekuren dezelfde mensen, maar dat is voor professionals niet perse fijn. [...] Ik probeer als bestuurder ook het voorbeeld te geven en mijn managers ook echt de ruimte te laten om zelf hun verantwoordelijkheid te nemen. Rapporteer het goed en zorg dat het past binnen de begroting, zeg ik dan. Dan hoop je dat de managers het vervolgens ook doen, zodat het doorvertaald op alle niveaus. Want als ik de manager heel erg in de gaten houd dan wordt zijn gesprek met de professionals ook anders. Ik denk altijd maar bij zulke crisis, als een oudere die onder de trap wordt gevonden: enerzijds mag het niet gebeuren, anderzijds valt 100% zekerheid ook niet te geven. Dit hoort ook bij het leven. Ook het voorbeeld van een dwalende oudere die heel ergens anders wordt opgepikt."</p>
--	---

De (bestuurlijk) verantwoordelijken kwamen ook met verschillende voorbeelden van belemmerende kaders die in hun beleving de samenwerking tussen organisaties en professionals negatief beïnvloeden. Onderstaande quote is hiervoor exemplarisch:

<p>Lid Raad van Bestuur grote organisatie (thuiszorg en andere vormen van zorg en ondersteuning)</p>	<p>"Er zit beweging in de manier waarop mensen elkaar opzoeken. Maar de NMA en ACM zijn heel limiterende factoren voor netwerkstructuren. Je mag sommige dingen niet uitwisselen. Ik weet van organisaties waar de NMA ooit binnen gevallen is, die zijn nu erg terughoudend geworden. Afspraken over wijkniveau verdelingen bijvoorbeeld kunnen niet. Dat wordt dan gezien als verdelen van de markt terwijl het zorginhoudelijk gezien wel het meest praktisch is. Je loopt zo nog wel eens aan tegen beperkingen in de wetgeving over hoe je met elkaar kunt samenwerken."</p>
--	---

### 3.6 Risico's of kansen

In de gesprekken met bestuurders en verantwoordelijken in de zorg kwam een ander belangrijk punt ook meerdere keren naar voren: namelijk dat een té grote focus op risico's ook een verlies aan het zien en ruimte laten voor kansen teweeg kan brengen. Verschillende geïnterviewden gaven aan dat samenwerking ook schade kan vermijden en dus niet te veel als een risico gezien moet worden:

<p>Huisarts en medisch directeur gezondheidscentrum</p>	<p>"Samenwerking biedt kansen, als je elkaar goed gebruikt. Als je weet: hier kan een andere discipline wat aan doen, en jij niet. Als je dat dan meldt aan de ander heeft de patiënt er profijt van, maar ook de andere zorgverlener. Bijvoorbeeld, iemand met schulden die komt vaak bij mij op het spreekuur vanwege de stress. Ik kan niet iets met de schulden die die persoon heeft, maar het buurtteam wel. Ik heb behoefte aan instanties die daar iets mee kunnen. En andersom als zo'n buurtteam ziet: die cliënt is wel heel erg benauwd, of depressief. Dat weten we niet, dat zouden we aan de huisarts kunnen vragen, want als hij zo depressief blijft kunnen we niet aan de problemen met zijn schulden werken."</p>
---	--

Lid Raad van Bestuur grote organisatie (thuiszorg en andere vormen van zorg en ondersteuning)	“Ik denk dat het vaak goed gaat omdat het mensen zijn in de zorg die verantwoordelijkheid voelen. Daar waar het mis gaat in de grote calamiteiten, zie je dat het vaak op 5, 6 plekken mis is gegaan. Omdat het systeem zich vaak zelf corrigeert. Je moet elkaar ook een beetje in de gaten houden. Of dat men elkaar corrigeert. Zaken die ergens niet goed gaan worden vaak door het collectief opgelost. Bijvoorbeeld: er komt een mevrouw die steunkousen aan trekt en die ziet : de mevrouw van de schuldhulpverlening is nog niet geweest. Ik weet zeker dat zij dan gaat bellen: die mevrouw wacht op jou. Dat is ook wel een voordeel aan de [lokale] organisatie. Misschien dat deze hulpverlener ook even bij de huisarts langsloopt”.
---	---

Lid Raad van Bestuur grote organisatie (thuiszorg en andere vormen van zorg en ondersteuning)	“Die samenwerking en het overstijgende verantwoordelijkheidsgevoel vind ik persoonlijk wel heel belangrijk: je hebt een professional en die heeft een bepaald vak geleerd. In die verantwoordelijkheid zit, bijna per definitie, dat je de verbinding zoekt met andere professionals die ook wat doen. Dus als jij langs gaat voor verzorging en de pillen, en je ziet dat er niet is schoonmaakt...dan is het jouw verantwoordelijkheid als professional om daar ruchtbaarheid aan te geven. In de ideale wereld regelen professionals dat zelf.”
---	--

Dat wil overigens niet zeggen dat dit altijd goed gaat. De experts en (bestuurlijk)verantwoordelijken die wij spraken zagen wel degelijk ook verschillende risico's. We hoorden van de angst voor incidenten met kwetsbare mensen thuis en de verantwoordelijkheid die genomen moet worden om zulke problemen voor te zijn. Dit ging gepaard met een oproep om het veld in beweging te krijgen om normen te ontwikkelen zodat samenwerking een meer duidelijk omschreven onderdeel van de professionaliteit wordt. Hieruit sprak juist een verlangen om risico's te minimaliseren, zorg en ook samenwerking verder te normeren, toezicht uit te breiden en kwetsbare burgers zo veel mogelijk te beschermen. Echter, ook bij deze oproep om verdere normering ging het de geïnterviewden meer om het ontwikkelen van goede procesvoorwaarden dan harde uitkomstmaten.

Huisarts en medisch directeur gezondheidscentrum	“Wat ook mis kan gaan: Als wij de wijkverpleging vragen om een medische handeling te doen, bijvoorbeeld insuline te spuiten bij een patiënt... Als daar een fout in wordt gemaakt kan iemand dood gaan. Wij willen dus graag weten of zo'n thuiszorgorganisatie mensen laat werken die ook kritisch zijn. Dat als er ergens in het proces iets fout gaat, als er volgens het voorschrift bijvoorbeeld foutief 60 in plaats van 6 eenheden insuline gespoten moeten worden...dan willen wij dat dat mensen zijn die niet alleen goed de regels kunnen uitvoeren maar ook een gezonde kritische houding hebben van: “hé klopt dit wel?” Er moet een extra veiligheidslaag zijn die eruit bestaat dat mensen zelf nadenken.”
--	---

## 3.7 Toezicht

### 3.7.1 Vormen van toezicht

De geïnterviewden werd gevraagd vrij mee te denken over welke vormen van toezicht zij bij dit onderwerp vonden passen. Tevens werd hen gevraagd wat zij als grootste uitdagingen daarbij zagen en wat volgens hen wel of niet zou werken.

Om te beginnen bij de opdrachtgever van dit onderzoek. Bij de projectgroep van de IGZ zelf werd duidelijk gesproken van de sterke wens om in dit nieuw te ontwikkelen toezichtsveld de cliënt centraal te stellen. Daarnaast is een ander uitgangspunt om te zoeken naar manieren om zorgverleners en organisaties in samenhang aan te kunnen spreken.

Expert bij de IGZ	“Doordat de adressant onduidelijk is, moet je leren om een groep mensen te motiveren. De resultaten moeten we ook niet bespreken met individuen maar met de club die het met elkaar moet doen. Het heeft dan meer het karakter van leerbijeenkomsten dan van handhaving. Zoiets moet langzamerhand zijn vorm krijgen.”
-------------------	--

De experts en (bestuurlijk) verantwoordelijken die wij buiten de IGZ spraken hadden evengoed duidelijke ideeën over welk toezicht wel of niet productief zou zijn. Voor hetzelfde probleem zagen de geïnterviewden verschillende, en soms zelfs tegenovergestelde, oplossingen en toezichtstrategieën voor zich. Interessant was dat de ideeën over extern toezicht grotendeels werden ingegeven door de eigen ervaringen met het interne toetsen en toezichthouden op de kwaliteit van de eigen zorg- of dienstverlening.

Bij het verlangen naar meer regelruimte hoorden de termen verantwoordelijkheid, autonomie, professionaliteit, prioritering in het toezicht en vertrouwen. Tegelijkertijd was er ook een duidelijke wens naar toezicht dat dichter op de daadwerkelijke processen zit, in plaats van vooral op systeemniveau kijkt:

Lid Raad van Bestuur grote organisatie (thuiszorg en andere vormen van zorg en ondersteuning)	“Toezicht moet gaan over ' wat gebeurt er eigenlijk' in plaats van ' hoe is het georganiseerd' . Het gaat over de kwaliteit van leven van een cliënt. De ruimte van een professional zou geen issue moeten zijn voor de Inspectie. De Inspectie moet het echt over het wat hebben en niet over het hoe. Ze kijken bijvoorbeeld ook wel eens naar verzuim , maar dat vind ik ook geen issue voor inspectie. Maar het gaat dan over de waarde die je toekent aan een kwaliteitsindicator. Dat moeten indicatoren blijven en dat moeten geen absolute waarden worden.”
---	---

Waar onder de geïnterviewde (bestuurlijk)verantwoordelijken veel overeenstemming over leek te bestaan was over het belang van lerend toezicht. Toezicht, intern en extern, dat gericht is op leren en ontwikkelen en dat vooral gericht is op de waarden of de principes achter de zorg en de ondersteuning.

Daarvoor konden volgens een bestuurder verschillende bronnen van toezichtsinformatie tegelijkertijd worden gebruikt:

Lid Raad van Bestuur grote organisatie (verschillende vormen van zorg en ondersteuning)	“Ik denk in het algeheel, de kwaliteitstoetsing waar we nu met zijn allen aan werken bestaat eigenlijk uit 3 bronnen. 1 is de cliënten, 2 de medewerkers en 3 de peer-to-peer. Dus toetsen bij elkaar. Dat is iets anders dan alle lijstjes en alles afvinken. Het gaat er daarbij om bij die peer-to-peer, het gaat er hier om, worden hier de juiste keuzes gemaakt binnen de schaarste die er is? En dan is het toch meer, gaat het over de bedoeling of gaat het om systemen die voorop staan?”
---	---



Verschillende geïnterviewden spraken over elementen die, zoals ook in deel I is toegelicht, bij principegericht, of waardengericht toezicht passen. Een bestuurder verwoorde dit als volgt:

Lid Raad van Bestuur grote organisatie (verschillende vormen van zorg en ondersteuning)	“Het gaat om het verhaal. Niet wat missen we? Maar het verhaal waarop gereflecteerd wordt. Wat ik zelf heel belangrijk vind bij ons: zien leidinggevend de dilemma’s, heb je die in beeld? Het gaat veel meer om, wat mij betreft hecht ik meer waarde aan een casus met dilemma’s die veelal symbool staat voor datgene waar een groep tegenaan loopt. En als dat wel een, in ons geval, ingewikkelde problematiek is, en de leidinggevende kan geen dilemma’s noemen, dat is raar. Dan gaan de alarmbellen af. Dan denk je wat klopt er nu niet? “
--	--

### 3.7.2 De intensiteit van toezicht

Een interessante tegenstrijdigheid werd wel duidelijk bij de vraag hoe betrokken de IGZ zou moeten zijn bij dit onderwerp. Enerzijds was er onder de geïnterviewden een behoefte aan een sterke toezichthouder en werd er gesproken over de ruimte en noodzaak voor een positieve externe stimulans. Anderzijds kleven er volgens de geïnterviewden allerlei nadelen aan een té betrokken toezichthouder. Niet in de laatste plaats voor de toezichthouder zelf. Dit laatste punt werd door verschillende personen op vergelijkbare wijze gemaakt, hieronder weergegeven in een selectie van drie quotes:

Lid Raad van Bestuur grote organisatie (thuiszorg en andere vormen van zorg en ondersteuning)	“IGZ zou thematisch toezicht moeten houden op dit veld. Waarbij ze per jaar en per regio thema’s en locaties onderzoeken. Het ene jaar kan het dan gaan over de kwaliteit van de diabetes zorg en de andere keer over de ambulante zorg. Daarnaast moet er toezicht zijn op een goede afhandeling van calamiteiten. Met klassiek toezicht verdwaal je in dit veld en wordt je onderdeel van een politiek debat. Maar als er nu iets gebeurt: wie wordt dan eindverantwoordelijke? Dan zal je zien dat er stapeling optreedt van toezicht en verantwoordelijken. Dan wordt het heel warrig. Daarom is er alle reden voor de IGZ om ook op afstand te blijven.”
--	---

Expert op het gebied van toezicht	“Een interessante vraag voor de toezichthouder is ook: wat gebeurt er als je het niet doet? Dat geeft een andere ingang. Het principe van minimaal kritische specificatie gaat uit van eenvoud. In organisaties is er al sprake van intern toezicht. Anders organiseren benadrukt meer het vertrouwen. Dat helpt om te zoeken naar de paar dingen die minimaal nodig zijn. Dan heb je wel niet de hele werkelijkheid te pakken maar dat is ook goed. Het vergt oefening om het toezicht terug te brengen tot meest essentiële. Dat kan zowel voor prestatie indicatoren als voor risico's. Daardoor breng je de belasting voor de zorgverleners en zorgorganisaties terug en kijk je naar het meest essentiële. Dan kun je bepalen welke informatie je wilt uitvragen.”
-----------------------------------	---

Expert op het gebied van toezicht	“De inspectie moet benadrukken wat de grenzen zijn aan het toezicht. Dat gaat over risico's en over verantwoordelijkheid. Daar waar entiteiten zo veranderen. Waar het domein zo flexibel is, en wisselend en divers en de zorg zo in de leefwereld van mensen treedt. Kan de IGZ wel de verantwoordelijkheid nemen, en waarmaken om daar naar te kijken? De IGZ zou moeten kunnen zeggen: Dit kunnen wij dus niet doen. Wij houden hier geen toezicht op. Maar dat is veel meer een maatschappelijk vraagstuk.”
-----------------------------------	--

### 3.8 Conclusies

De interviews hebben in grote mate bijgedragen aan de gedachtevorming zoals beschreven in deel I van dit onderzoek. Daarnaast gaven de interviews ook inzicht in de praktischere consequenties van mogelijke keuzes op het gebied van toezicht. Hoewel de geïnterviewden vanuit hun verschillende gezichtspunten ook wel met verschillende suggesties kwamen is er zeker ook sprake van gemeenschappelijke punten. Een zo'n gemeenschappelijk punt is de onderstreping van het belang van goede samenwerking, met daarbij de nuancering dat dit ook inhoudelijk van meerwaarde moet zijn. Een ander punt is het belang van regelruimte voor professionals. En tenslotte de inbreng van principegericht toezicht; toezicht gericht op het verhaal achter de ingewikkelde dilemma's die inherent zijn aan zorg voor kwetsbare mensen in de thuissituatie. Dit zou een manier kunnen zijn om de cliënt centraal te stellen in het toezicht, maar daarbij evengoed de (bestuurlijk) verantwoordelijke als een belangrijke bron van kwaliteitsinformatie te blijven zien.