



Universiteit
Utrecht

Regionale dementienetwerken: effectief georganiseerde zorg door verandering in *network governance*



Masterscriptie Organisaties, verandering en management
Departement Bestuurs- & organisatiewetenschap
Universiteit Utrecht

Auteur: Joost Agterdenbos
Studentnummer: 6712630
Begeleider: dr. Kim Loyens
Tweede lezer: dr. Maikel Waardenburg
Datum: 15-6-2023

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	6
1.1 Aanleiding en context van het onderzoek.....	6
1.2 Probleemstelling	7
1.3 Doel- en vraagstelling.....	8
1.4 Maatschappelijke relevantie	9
1.5 Wetenschappelijke relevantie	9
1.6 Leeswijzer	10
2. Theoretisch Kader	11
2.1 Dementienetwerken	11
2.2 Governance	12
2.3 Network governance.....	13
2.4 Collaborative governance	13
2.5 Effectiviteit van governance	15
2.6 Verandering in governance.....	16
2.7 Verwachtingen	16
3. Methodologie	17
3.1 Onderzoeksperspectief	17
3.2 Onderzoektype en -design.....	17
3.2.1 Case study design	17
3.3 Dataverzameling en datamanagement.....	17
3.3.1 Interviews.....	18
3.3.2 Focusgroepen	18
3.3.3 Datamanagement en -analyse	20
3.4 Kwaliteit	20
3.4.1 Kwaliteitscriteria	21
4. Resultaten	22
4.1 Netwerkcoördinatorschap.....	22
4.1.1 Functie	22
4.1.2 Sleutelrol	22
4.2 Netwerk	23
4.2.1 Activiteiten	23
4.2.2 Entiteit	23
4.2.3 Leden	23
4.2.4 Structuur.....	24
4.2.5 Functioneren	26
4.3 Network governance	27
4.3.1 Collaboratief proces.....	27
4.3.2 Start omstandigheden	30
4.3.3 Institutioneel ontwerp.....	31
4.3.4 Facilitair leiderschap	32
5. Conclusie.....	33
6. Discussie en aanbevelingen.....	35
6.1 Verwachtingen.....	35

6.2 Praktische implicaties.....	35
6.3 Beperkingen van het onderzoek	36
6.4 Vervolgonderzoek	37
7. Nawoord.....	38
8. Literatuurlijst	39
Bijlagen	44
Bijlage 1. Toestemmingsverklaring.....	44
Bijlage 2. Topiclijst interviews	45
Bijlage 3. Topiclijst focusgroepen	47
Bijlage 4. Observatielijst	49
Bijlage 5. Codeboom	50

Samenvatting

De Wetenschappelijk Raad voor het Regeringsbeleid (2021) stelt dat de zorg in de toekomst onhoudbaar is. De vergrijzing van Nederland speelt hier een grote rol in. Waar nu één op de zes inwoners van Nederland de leeftijd van 65 jaar bereikt heeft, zal dit in 2040 één op de vier inwoners zijn (Ministerie van VWS, 2020). Als gevolg hiervan zullen de uitgaven aan de ouderenzorg bij ongewijzigd beleid in ongeveer 20 jaar verdubbelen (Ministerie van VWS, 2020). Een grote en tevens snel toenemende kostenpost in de ouderenzorg is dementie. Dementie ontwikkelt zich namelijk tot de belangrijkste doodsoorzaak en duurste aandoening in Nederland (Ministerie van VWS, 2020).

Dementie is een klinisch syndroom van verslechtering in meerdere cognitieve domeinen, wat invloed heeft op activiteiten van het dagelijks leven en het alledaags functioneren, dat van nature progressief is en niet het gevolg is van omkeerbare oorzaken (Huijsman, 2023). Bij dementie zijn er veel verschillende vormen van zorg en ondersteuning nodig, aangezien de behoeften van dementiepatiënten veranderen gedurende het ziekteverloop. Zo is er aan het begin van het ziekteverloop vaak behoefte aan ondersteuning, bijvoorbeeld in de vorm van hulp in de huishouding of dagbesteding. In een later ziektestadium is er vaak meer behoefte aan zorg, bijvoorbeeld in de vorm van thuiszorg of verpleeghuiszorg. Vanwege de combinatie van behoefte aan sociale- en medische hulp is het belangrijk dat organisaties hier coöperatief op inspelen. Voor de organisatie van dementiezorg is dan ook samenwerking vereist tussen de verschillende betrokken partijen, welke in veel regio's georganiseerd is in dementienetwerken. In Nederland zijn er in totaal ongeveer 60 regionale dementienetwerken, waarin professionals met elkaar werken aan goede zorg en ondersteuning voor mensen met dementie (Zorg voor beter, z.d.). Denk hierbij aan professionals zoals casemanagers, geriaters, VVT-managers en beleidsmedewerkers van gemeenten.

Ondanks het bestaan van deze regionale dementienetwerken, blijft het organiseren van passende zorg in de praktijk lastig. Dit komt door het feit dat er een complex veld is met onduidelijke *governance*. Het is onduidelijk wie er nu bestuurt en verantwoordelijk is (van Leeuwen, van Lindenberg & Hoff, 2023). Er wordt als gevolg hiervan moeizaam samengewerkt door alle betrokken partijen. Daarnaast zijn er regionale verschillen in de kwaliteit van zorg en ondersteuning voor mensen met dementie en hun mantelzorgers. De dementiezorg zal anders georganiseerd moeten worden om te zorgen dat deze zorg betaalbaar blijft en mensen met dementie de juiste zorg kunnen organiseren en ontvangen (Taskforce Juiste Zorg op de Juiste Plek, z.d., p. 62). In dit onderzoek is dan ook door middel van kwalitatief onderzoek, in de vorm van 13 interviews met netwerkcoördinatoren en twee focusgroepen met respondenten die lid zijn van een regionaal dementienetwerk (onder andere een klinisch geriaters, bestuurder van een VVT-organisatie, coördinator zorgprogramma ouderen van een huisartsengroep en casemanager), onderzocht welke *governance* er volgens betrokken actoren nodig is om de vanuit regionale dementienetwerken georganiseerde zorg effectief te kunnen organiseren.

Uit dit onderzoek blijkt dat er geen eenduidige *governance* is van de regionale dementienetwerken en dat deze *governance* in de regel als negatief ervaren wordt. Hieraan ligt ten grondslag dat: de structuur van de netwerken vaak niet helder en daarnaast ineffectief is, de netwerken veelal niet als hecht gezien worden, de netwerken niet de juiste samenstelling van leden hebben en de leden te weinig *commitment* en eigenaarschap tonen. Bovendien heeft niet ieder netwerk doelen vastgesteld dan wel geprioriteerd en zijn deze doelen vaak niet meetbaar. Daarnaast worden successen van de netwerken onvoldoende gedeeld en gevierd. Volgens betrokken actoren is er dan ook verandering nodig om de vanuit regionale dementienetwerken georganiseerde zorg effectief te kunnen organiseren. De door hen genoemde veranderingen zijn: het veranderen van de samenstelling (toevoegen van preferente zorgverzekeraar, welzijnsorganisaties en gemeenten), creëren van een betere mix tussen bestuurders/managers en professionals, vergroten betrokkenheid partijen, ontwikkelen van dementienetwerk naar ouderenzorgnetwerk, professionaliseren van casemanagement, stellen van meetbare- en daarnaast ook abstracte doelen. Het is namelijk belangrijk om doelen te hebben die meetbaar en daarmee haalbaar zijn, maar ook doelen die abstract en daarmee richtinggevend zijn.

Voorwoord

Beste lezer,

Dementie is een moeilijk te begrijpen ziektebeeld, iets dat voor velen ongrijpbaar is. In mijn zoektocht in de wetenschappelijke en grijze literatuur naar wat dementie is, kwam ik het citaat op het voorblad tegen toen ik het boek *Hersenschimmen* van J. Bernlef (1984) las. Dit citaat deed mij inzien wat dementie is en wat het betekent. Net zoals dementie een ziektebeeld is dat bol staat van complexiteit, staat de dementiezorg dat ook. Het was logischerwijs een zoektocht om deze zorg te begrijpen. Ik heb gekozen om het citaat te gebruiken op het voorblad omdat het voor mij deze zoektocht symboliseert.

Nu ik terugkijk op deze inhoudelijke zoektocht, denk ik te kunnen stellen dat ik gevonden heb wat ik zocht. Het resultaat is een flink boekwerk, waar ik veel tijd en energie in heb kunnen steken. Dit heb ik te danken aan Bisnez Management B.V., waar ik als afstudeerder fulltime aan de slag kon met deze scriptie. In het bijzonder gaat hiervoor mijn dank uit naar dr. Evelien van Leeuwen, die mij benaderde om mijn scriptie te schrijven als vervolg op eerder onderzoek van Van Leeuwen, van Lindenberg & Hoff (2023) naar de dementiezorg. Ik wil daarnaast directeur Frans den Boer dan ook hartelijk danken voor de kans die hij mij geboden heeft om mijn scriptie daadwerkelijk te schrijven in opdracht van Bisnez Management B.V. Bovendien wil ik dr. Evelien van Leeuwen daarnaast enorm bedanken haar begeleiding waar ik erg veel aan gehad heb, haar rol als moderator bij de focusgroepen en de prettige samenwerking. Tot slot wil ik Peter-Willem Lindenberg bedanken voor het wijzen op interessante auteurs.

Ik heb daarnaast veel gehad aan de goede begeleiding vanuit de Universiteit Utrecht door dr. Kim Loyens. Het was zeer prettig om samen te werken, in het bijzonder omdat ik haar altijd kon bereiken en steeds op zeer korte termijn waardevolle feedback ontving. Mijn dank hiervoor is groot. Daarnaast wil ik dr. Maikel Waardenburg bedanken voor zijn werk als tweede lezer. Zijn aanbevelingen naar aanleiding van mijn onderzoeksopzet hebben ervoor gezorgd dat ik een kwalitatieve slag heb kunnen slaan. Tot slot wil ik mijn medestudenten Thomas Bijl, Merel Kuijter en Roos Ingels voor hun mentale steun en het meedenken bedanken. Als wij niet dagelijks samen aan onze scripties gewerkt hadden, had ik nooit hetzelfde resultaat kunnen neerzetten.

Het vinden en benaderen van respondenten liep gesmeerd, ondanks de korte tijdsspanne die hiervoor stond. Een belangrijke rol hierin speelt de hulp die ik hierbij kreeg van Dementie Netwerken Nederland, de koepelorganisatie van de regionale dementienetwerken, en in het bijzonder Sharona Smit. Daarnaast heeft zij de onderzoeksopzet van feedback voorzien, waardoor ik deze sterk heb kunnen verbeteren. Ik wil haar hier dan ook voor bedanken.

Het scriptieproces verliep als ik terugkijk goed, door de hoeveelheid tijd, goede begeleiding en hulp vanuit alle kanten. Maar de periode waarin ik mijn scriptie schreef was op persoonlijk vlak niet makkelijk. In de eerste week van mei verloor ik namelijk mijn grootvader. Ondanks dat mijn familie en ik al wisten dat hij niet lang meer had, kwam het einde van zijn leven een stuk sneller dan verwacht. Mijn grootvader was voor mij een inspirerend figuur, waar ik tegenop keek en een bijzondere band mee had. Hij was betrokken en altijd geïnteresseerd in mijn studie. Ik weet dat hij graag de afronding van mijn studietijd en de start van mijn carrière had meegemaakt. Het is dan ook verdrietig dat hij niet meer mee kan maken hoe ik mijn studietijd afsluit door het inleveren van deze scriptie. Deze masterscriptie draag ik dan ook graag aan hem op.

Dan rest mij u veel leesplezier te wensen.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding en context van het onderzoek

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport stelde in de Discussienota Zorg voor de Toekomst (2020, p. 7): “De toenemende zorgvraag en schaarste aan personeel en middelen zorgen ervoor dat we, als we niets doen, onze zorg niet op het huidige niveau kunnen houden”.

Evenals dit statement stelt ook de Wetenschappelijk Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) (2021) dat de zorg in de toekomst onhoudbaar is. De vergrijzing in Nederland speelt een grote rol in deze onhoudbaarheid, gezien ouderdom gepaard gaat met een toenemende en complexere zorgvraag. Waar nu één op de zes inwoners van Nederland de leeftijd van 65 jaar bereikt heeft, zal dit in 2040 één op de vier inwoners zijn (Ministerie van VWS, 2020). Een gevolg van deze vergrijzing is ook een toename in het aantal mensen met dementie, zo zal het aantal mensen met dementie in Nederland stijgen van de ongeveer 280.000 in 2020 naar 420.000 mensen met dementie in 2040. Dementie ontwikkelt zich daarmee tot de belangrijkste doodsoorzaak en duurste aandoening in Nederland (Ministerie van VWS, 2020).

Dementie is een verzamelnaam van neurodegeneratieve aandoeningen: een combinatie van symptomen, waarbij de hersenen informatie niet langer goed kunnen verwerken (Ministerie van VWS, 2020). Bij elke vorm van dementie nemen tijdens het ziekteproces de ernst en de hoeveelheid van de klachten toe, en is er geen genezing mogelijk. Over het algemeen nemen complicaties echter niet snel toe en daarmee kan iemand goed thuis blijven wonen en daar behandeld worden (Borbasi, Jones, Lockwood & Emden, 2006). Mensen met dementie leven gemiddeld zes en een half jaar met deze ziekte (Alzheimer Nederland, z.d.). Dementie is na kanker en hart- en vaatziekten de meest voorkomende doodsoorzaak in Nederland (Alzheimer Nederland, 2021).

Bij een vermoeden van dementie meldt een patiënt zich bij de huisarts, welke doorverwijst naar een specialist bij een geheugenpoli of afdeling neurologie van een ziekenhuis. Deze specialist doet neurologisch en neuropsychologisch onderzoek en diagnosticeert op basis hiervan dementie en de vorm hiervan (Alzheimer Nederland, z.d.). Na deze diagnose wordt geacht dat degene met dementie en zijn/haar naasten zelf bepalen welke zorg of ondersteuning passend is. Er zijn veel verschillende vormen van zorg en ondersteuning nodig, gezien de behoeften van dementiepatiënten veranderen gedurende het ziekteverloop. Zo is er vaak eerst behoefte aan ondersteuning, zoals bijvoorbeeld in de vorm van hulp in de huishouding of dagbesteding. In een later ziektestadium is er meestal meer behoefte aan zorg, bijvoorbeeld in de vorm van verpleeghuiszorg. Het is dan ook belangrijk dat organisaties hier coöperatief op inspelen en daarmee de fysieke en psychische aspecten van zorg aanbieden (Lemieux-Charles et al., 2005). Dit gebeurt vanuit regionale dementienetwerken, waarin zorgaanbieders en andere betrokken partijen samenwerken om de dementiezorg en maatschappelijke ondersteuning te organiseren. Maar ondanks het bestaan hiervan blijft het organiseren van passende zorg in de praktijk lastig. Met passende zorg wordt bedoeld op zorg “die werkt en waarbij patiënt en zorgverlener samen beslissen” (Zorginstituut Nederland, z.d.).

Er is recht op een casemanager vanuit de basisverzekering, welke aangevraagd kan worden via de huisarts of wijkverpleegkundige in de regio. Casemanagement is zeer geschikt voor complexe situaties die geen eenduidig protocol hebben en moeilijk te managen zijn (van Mierlo, Meiland, van Hout & Dröes, 2014). Een casemanager is een vaste en onafhankelijke begeleider voor mensen met dementie en hun naasten en helpt om een weg te vinden in alle wetten, regels en zorgmogelijkheden binnen het dementienetwerk (Alzheimer Nederland, z.d.). Dit doet deze persoon door praktisch advies en daarnaast sociale- en emotionele ondersteuning te bieden (Minkman, Ligthard & Huijsman, 2009). Er zijn twee soorten casemanagers, namelijk casemanagers met een verpleegkundige achtergrond en casemanagers met een achtergrond in maatschappelijk werk (Zorgstandaard dementie, 2020).

Casemanagers worden meestal betaald door een verpleeghuis of geestelijk gezondheidszorg organisatie (Richters et al., 2018), maar de organisatie van casemanagement ligt in handen van regionale dementienetwerken (S. Smit, persoonlijke communicatie, 29 maart 2023).

De aangeboden diensten en kwaliteit van de lokale dementiezorg, “de zorg die mensen met dementie ontvangen” (Ministerie van VWS, 2020), verschillen sterk door heel Nederland. De dementiezorg is namelijk op lokaal niveau bepaald door nationaal, regionaal en lokaal beleid, bestaande faciliteiten en door individuele initiatieven ondernomen door zorgprofessionals (Richters et al., 2018). Daarnaast zijn er veel verschillende betrokken partijen in elke regio, welke verschillend bekostigd worden. Waar huisartsenzorg, thuiszorg en verpleegkundige zorg vergoed worden door de zorgverzekeraar, wordt de organisatie en financiering van zorg en ondersteuning vanuit het sociaal domein door gemeenten geregeld (Richters et al., 2018). Voor de organisatie van dementiezorg is dan ook samenwerking vereist tussen de verschillende betrokken partijen, welke in veel regio's samenkomen in dementienetwerken. Dit is in lijn met het feit dat de WHO (2017) stelt dat samenwerking vereist is tussen alle betrokken partijen om preventie, risicoverlaging, diagnose, behandeling en zorg te verbeteren om een omvangrijke en gecoördineerde reactie te kunnen geven op de ontwikkelingen rondom dementie. Om een dergelijke samenwerking te realiseren is betrokkenheid nodig van alle relevante publieke spelers, bijvoorbeeld binnen de overheid, zorg, maatschappelijke dienstverlening, onderwijs, werkgelegenheid, recht en huisvesting. Daarnaast zijn partnerships met relevante maatschappelijke en private organisaties vereist (WHO, 2017).

De dementiezorg wordt in Nederland geregeld vanuit de ongeveer 60 regionale dementienetwerken. Hierin werken professionals met elkaar aan goede zorg en ondersteuning voor mensen met dementie (Zorg voor beter, z.d.). De samenstelling van de regionale dementienetwerken varieert sterk, maar vaak zijn de leden in ieder geval zorginstellingen, zorgprofessionals, de gemeente en het zorgkantoor (van Leeuwen, van Lindenberg & Hoff, 2023). Aan het roer van elk regionaal dementienetwerk staat een netwerkcoördinator, soms ketenregisseur, ketencoördinator of netwerkregisseur genoemd, welke de kar trekt. Deze persoon draagt de zorg voor de verbinding, voortgang en borging binnen het dementienetwerk (Alzheimer Nederland, z.d.). Hierboven hangt de organisatie Dementie Netwerk Nederland die met en namens de regionale dementienetwerken probeert om landelijk de regionale netwerken in positie te brengen en de samenwerking in de regio's te stimuleren en verbeteren (Dementie Netwerk Nederland, z.d.). Regionale samenwerkingen blijken in de praktijk echter moeilijk (RVS, 2022) en de vraag is dan ook hoe effectief deze regionale dementienetwerken functioneren.

1.2 Probleemstelling

“Als we de zorg blijven organiseren zoals we dat nu doen, dan is er een steeds groter tekort aan professionals, wordt de rekening onbetaalbaar en helpen we de mensen te weinig die nu veel last hebben van de verkeerde zorg op de verkeerde plek. Doorgaan op dezelfde weg is geen optie en ‘duiken’ [wegkijken] wordt niet geaccepteerd” (Taskforce Juiste Zorg op de Juiste Plek, z.d., p. 62). Dit geldt ook voor de dementiezorg. Echter, is het probleem voor de dementiezorg breder. Uit onderzoek door van Leeuwen, van Lindenberg en Hoff (2023) bleek namelijk dat het voor mensen met dementie en hun naasten lastig is om de juiste zorg te organiseren, met of zonder de hulp van een casemanager. Dit komt door het feit dat er een erg complex veld is met onduidelijke *governance*. Dit betekent dat het onduidelijk is wie er nu bestuurt en verantwoordelijk is. Er wordt als gevolg hiervan moeizaam samengewerkt door alle betrokken partijen en er zijn regionale verschillen in de kwaliteit van zorg en ondersteuning voor mensen met dementie en hun mantelzorgers. Hiermee wordt niet voldaan aan een deel van de missie van de nationale dementiestrategie welke luidt: “Mensen met dementie en hun naasten kunnen als waardevol lid van onze samenleving functioneren en goede ondersteuning en zorg ontvangen.” (Ministerie van VWS, 2020, p. 4).

Nies, Canoy, Lieber, Stekelenburg en Stolwijk (2022) stellen dan ook dat binnen het dementiezorgsysteem de coördinatiemechanismen op persoonlijk¹, lokaal², regionaal³ en nationaal niveau⁴ verbeterd en gevestigd moeten worden. Hierin spelen netwerkcoördinatoren een belangrijke rol, gezien zij de zorg dragen voor de verbinding, voortgang en borging binnen het dementienetwerk (Alzheimer Nederland, z.d.).

De reeds bestaande regionale dementienetwerken zouden door hun *governance* te verbeteren de dementiezorg beter kunnen organiseren. Lewis en Pettersson (2009) stellen namelijk dat goede *governance* in zorgsystemen leidt tot effectievere zorg. Met effectiviteit van de zorg wordt bedoeld op de mate waarin een doel bereikt wordt in de zorg (Lewis & Pettersson, 2009). Voorbeelden van doelen zijn het succesvol behandelen van een x-aantal patiënten of het leveren van topklinische zorg. In dit onderzoek wordt effectiviteit dan ook gezien als de mate waarin er passende zorg geboden wordt door de regionale dementienetwerken. Daarnaast kan volgens Cunningham et al. (2012) het creëren van goed samenwerkende netwerken zorgen voor het verbeteren van de coördinatie van de zorg en het verhogen van de kwaliteit en veiligheid.

1.3 Doel- en vraagstelling

De dementiezorg zal anders georganiseerd moeten worden om te zorgen dat deze zorg betaalbaar blijft en mensen met dementie en hun naasten de juiste zorg kunnen organiseren. Doel van dit onderzoek is dan ook om een inzicht te verschaffen in hoe de vanuit regionale dementienetwerken georganiseerde zorg effectief georganiseerd kan worden, waarmee deze zorg betaalbaar blijft en mensen met dementie en hun naasten de juiste zorg kunnen organiseren. Volgens van Leeuwen, van Lindenberg & Hoff (2023) is de samenwerking tussen de betrokken partijen binnen de dementiezorg moeizaam, wat ten koste gaat van de effectiviteit van de regionale dementienetwerken. Het is dan ook belangrijk om de ervaringen van betrokken partijen, zoals de leden van de netwerken en de netwerkcoördinatoren, te onderzoeken. De *governance* kan een belangrijke rol hierin spelen, gezien dit ten goede kan komen aan de effectiviteit van de zorg (Lewis & Pettersson, 2009). *Governance* is hierin het regime voor coördinatie en toezicht om gezamenlijke doelstellingen, als publieke goederen en diensten, te bewerkstelligen (Imperial, 2005; Ansell & Gash, 2008; Emerson, Nabatchi & Balogh, 2012). De onderzoeksvraag van dit onderzoek luidt dan ook:

“Welke *governance* is er volgens betrokken actoren nodig om de vanuit regionale dementienetwerken georganiseerde zorg effectief te kunnen organiseren?”

Deze onderzoeksvraag wordt beantwoord door middel van de volgende deelvragen:

Theoretische deelvragen:

- Wat is er in de literatuur bekend over dementienetwerken?
- Wat is er in de literatuur bekend over *governance*?
- Wat is er in de literatuur bekend over de effectiviteit van *governance*?
- Wat is er in de literatuur bekend over verandering van *governance*?

¹ Casemanagement, vroegtijdige case planning

² Multidisciplinair overleg

³ Samenwerkingsstructuren, gezamenlijke visie

⁴ Generiek digitaal registratiesysteem, een registratie met prestatie- en verbeterinformatie, een nationale ondersteuningsstructuur, samenwerking tussen betrokken partijen om systeemtekorten te overkomen

Empirische deelvragen:

- Hoe zit de huidige *governance* van de regionale dementienetwerken in elkaar?
- Hoe wordt de *governance* van de zorg rondom dementie in de regionale dementienetwerken ervaren?
- Hoe wordt er gekeken naar de effectiviteit van de regionale dementienetwerken?
- Welke verandering is volgens betrokkenen nodig in de *governance* van de regionale dementienetwerken om de van hieruit georganiseerde zorg effectief te kunnen organiseren?

Om deze deelvragen en daarmee de hoofdvraag te beantwoorden, is binnen dit onderzoek dataverzameling door middel van een literatuuronderzoek gedaan dat zich focust op het vergaren van kennis over dementienetwerken, *governance*, effectiviteit van *governance* en verandering van *governance*. Na dit literatuuronderzoek zijn er 13 interviews met netwerkcoördinatoren van regionale dementienetwerken gehouden. Na een tussenanalyse van de hieruit verzamelde data zijn er stellingen geformuleerd, welke getoetst zijn in twee focusgroepen met leden van regionale dementienetwerken. Hiermee wordt de laatste deelvraag beantwoord. De methoden worden verder toegelicht in hoofdstuk 3.

1.4 Maatschappelijke relevantie

Het aantal mensen in Nederland met dementie zal van ongeveer 280.000 in 2020 naar ongeveer 420.000 mensen in 2040 stijgen (Ministerie van VWS, 2020). Dit zal ervoor zorgen dat de kosten die nu al hoog zijn, omlaag moeten om de gehele zorg betaalbaar te houden. Daarnaast speelt dat in recente beleidsplannen, zoals het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) (Ministerie van VWS, 2022) en de Nationale Dementiestrategie 2021-2030 (Ministerie van VWS, 2020), meer regie gelegd wordt bij mensen met dementie en hun omgeving. Bijvoorbeeld door te streven naar zo lang mogelijk thuis wonen. Deze verschuiving naar meer zelfregie zorgt voor een toenemende druk op de informele zorg welke georganiseerd wordt door mantelzorgers en vrijwilligers. Neem bijvoorbeeld mantelzorgers, waarvan 53 procent aangeeft zwaar belast te zijn (Alzheimer Nederland, 2021).

Gezien het feit dat het aantal mensen met dementie een dergelijk grote groep van de samenleving betreft en de samenleving daarnaast collectief meebetaalt aan de dementiezorg, betreft dit een maatschappelijk probleem. Dit is dan ook terug te zien in de hoeveelheid grijze literatuur die hierover bestaat (Ministerie van VWS, 2020; Ministerie van VWS, 2022; WRR, 2021; Zorgstandaard dementie, 2020). Het is maatschappelijk gezien dan ook van grote waarde dat er wetenschappelijk onderzoek gedaan wordt naar hoe deze zorg (beter) georganiseerd kan worden om te zorgen dat deze zorg betaalbaar blijft en mensen met dementie de juiste zorg kunnen organiseren en ontvangen. Dit onderzoek draagt dan ook bij aan dit maatschappelijke probleem en is daarmee maatschappelijk relevant.

1.5 Wetenschappelijke relevantie

Literatuur over *governance* en samenwerking is in veelvoud te vinden. Deze literatuur richt zich echter vooral tot het openbaar bestuur of betreft de gehele publieke sector. Er is dus weinig, laat staan recente, literatuur die over *governance* in de zorg gaat (Lewis & Pettersson, 2009; Braithwaite, Healy & Dwan, 2005; Sudarshan & Prashanth, 2011; Klomp & de Haan, 2008). De zorgsector verschilt in Nederland substantieel van andere sectoren door het feit dat de invoering van de Zorgverzekeringswet (2006) en de Wet Marktordening Gezondheidszorg (2006) marktwerking in de zorg heeft geïntroduceerd. Hiermee is de zorgsector semi-publiek geworden, waardoor het aannemelijk is dat *governance* in de zorgsector anders werkt dan in de publieke sector. Onderzoek hiernaar is daarom relevant.

Over *governance* en samenwerking in de dementiezorg is weinig literatuur te vinden. Zo is er slechts één artikel dat gaat over *Co-Creating Platform Governance Models*, maar dit betreft een IT-vraagstuk dat niet goed aansluit bij het thema van dit onderzoek. Drie andere artikelen gaan over regionale dementienetwerken in Duitsland. In het eerste artikel werd het onderzoek van Laporte Uribe et al. (2017) besproken, waarin onderzocht is in hoeverre de toegang tot dementienetwerken mantelzorgers ontlast. In het tweede onderzoek werd hetzelfde onderzocht (Laporte Uribe et al., 2017). Echter concludeerden zij dat verschillende *governance* structuren van dementienetwerken even goed geschikt zijn om de gebruikers van het netwerk te ondersteunen en misschien bijdragen aan het ontlasten van mantelzorgers. Hierbij werd gesteld dat toekomstig onderzoek naar factoren in dementienetwerken die mogelijk tot veranderingen in de last van mantelzorgers leiden, sterke conclusies over de effectiviteit van dementienetwerken moeten trekken. In het laatste artikel keken Wübbeler et al. (2017) hoe mensen met dementie gebruik maken van huisartsen en specialisten binnen dementienetwerken. Deze artikelen zijn dus allen geschreven in hetzelfde jaar, door grotendeels dezelfde onderzoekers en zijn bovendien kwantitatief van aard (Laporte Uribe et al., 2017; Laporte Uribe et al., 2017; Wübbeler et al., 2017).

De huidige literatuur over het managen van verandering in de zorg beperkt zich tot specifieke behandelingen en blijft op organisatieniveau. Daarnaast zijn deze onderzoeken alleen in de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk gedaan (Bazzoli, Dynan, Burns & Yap, 2004; VanDeusen Lukas et al., 2007; Ferlie & Shortell, 2001). Bovendien is de gevonden literatuur over verandering in *governance* zeer beperkt (Burris, Kempa & Schearing, 2008). Tot slot is ook de literatuur over verandering in *governance* binnen de zorg beperkt. Zo is er het artikel van Reay en Hinings (2005) dat een hervorming in het zorgsysteem van Alberta, een staat in Canada, als casus gebruikt om het proces van een hervorming van een organisatieveld te begrijpen. Een ander artikel kijkt naar hoe professionals institutioneel werk uitvoeren in een gelaagde institutionele context (Felder et al, 2018).

Dit onderzoek is op vier manieren wetenschappelijk relevant, gezien het allereerst een aanvulling is op de verouderde literatuur over *governance* en samenwerking. Daarnaast is het een aanvulling op de beperkte literatuur over de *governance* van de dementiezorg, doordat het verder kijkt dan de last van mantelzorgers en kwalitatief van aard is. Bovendien maakt het feit dat dit onderzoek theorie gestuurd is dit onderzoek wetenschappelijk relevant, gezien het kwalitatief wil nagaan in hoeverre theorieën en modellen ook van toepassing zijn op de casus die door middel van dit onderzoek onderzocht wordt. Tot slot betreft dit onderzoek verandering in *governance* binnen regionale dementienetwerken, waarmee een nog niet eerder onderzocht thema geëxploreerd wordt.

1.6 Leeswijzer

Na deze inleiding volgt in hoofdstuk 2 het theoretisch kader, waarin de kernconcepten voor dit onderzoek in samenhang besproken worden en hoe zij gebruikt worden in dit onderzoek. Vervolgens zijn op basis hiervan verwachtingen geformuleerd. Hierop volgend bespreekt hoofdstuk 3 de methodologie, waarin beschreven wordt welke methoden gebruikt zijn om tot resultaten te komen. Hoofdstuk 4 de onderzoeksresultaten presenteert. Waarna hoofdstuk 5 de hoofd- en deelvragen beantwoordt. Tot slot bevat hoofdstuk 6 de discussie, waarin de vooraf gestelde verwachtingen, praktische implicaties, beperkingen van het onderzoek en aanbevelingen voor vervolgonderzoek besproken worden.

2. Theoretisch Kader

Dit theoretisch kader bespreekt de relevante literatuur aan de hand van de concepten die in dit onderzoek aan bod komen. Eerst bespreekt dit hoofdstuk de concepten dementienetwerken, *governance*, *collaborative governance*, *network governance*, effectiviteit van *network governance* en verandering in *governance*. Daarna worden de verwachtingen over de uitkomst van het onderzoek op basis van de behandelde literatuur besproken.

2.1 Dementienetwerken

Een netwerk beschrijft de relatie tussen mensen, groepen of organisaties. Het is dan ook een synoniem voor 'vennootschap', 'samenwerking', 'alliantie' en 'groep' (Cunningham et al., 2012). Minkman, Ahaus en Huijsman (2009, p. 2) definiëren een netwerk als "een enigszins stabiel patroon van sociale relaties tussen verschillende actoren (mensen, groepen, organisaties) die van elkaar afhankelijk zijn om hun doelen te bereiken zonder het bestaan van een dominante actor". Wang en Ran (2021, p. 3) definiëren netwerken echter als structuren van onderlinge afhankelijkheid tussen meerdere actoren voor het oplossen van problemen of het behalen van collectieve doelen die niet door één actor behaald kunnen worden. Deze definitie reikt verder dan die van Minkman, Ahaus en Huijsman (2009, p. 2), gezien deze verder kijkt dan slechts sociale relaties. In dit onderzoek hanteren we dan ook de definitie van Wang en Ran (2021, p. 3). Het belang van netwerken tussen organisaties in de publieke sector is veel beschreven in de literatuur, deze kunnen namelijk op deze manier *wicked problems* van hun patiënten aanpakken die niet zouden kunnen worden aangepakt door één organisatie (Raeymaeckers & Kenis, 2016).

De samenstelling van dementienetwerken varieert sterk; zo zijn zorgkantoren en gemeenten soms geen lid van de netwerken (van Leeuwen, van Lindenberg & Hoff, 2023). Een dementienetwerk is daarnaast niet zozeer een logistieke keten van elkaar opvolgende handelingen vanuit structuren van onderlinge afhankelijkheid, maar een dynamisch netwerk (Donkers et al., 2008). Binnen regionale dementienetwerken vindt bundeling van expertise, middelen en kracht van de verschillende zorg- en dienstverleners plaats, met als gezamenlijk doel om de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun mantelzorgers in een bepaalde regio zo hoog mogelijk te krijgen (Ministerie van VWS, 2020).

Dementienetwerken kunnen worden gezien als modellen van geïntegreerde zorg (Laporte et al., 2017). Geïntegreerde zorg is een geheel van coherente en gecoördineerde diensten die gepland, gemanaged en geleverd worden aan individuele gebruikers door een breed spectrum aan organisaties en door een aantal samenwerkende professionals en verzorgers (Minkman, Ahaus & Huijsman, 2009). Sommige dementienetwerken behelzen een zorggeoriënteerde definitie van geïntegreerde zorg, waar input, aanbod, management en de organisatie van diensten gerelateerd worden aan de zorg. Andere dementienetwerken behelzen een bredere benadering van geïntegreerde zorg, waarbij de focus ligt op de ervaring van de patiënt (Laporte et al., 2017).

Succesfactoren voor een zorgnetwerk en daarmee ook voor dementienetwerken zijn: duidelijke taken en afspraken tussen de betrokken zorgaanbieders en de wil om met anderen samen te werken, waarbij herverdeling van functies en taken overwogen dient te worden. Hierbij is het belangrijk om oog te houden voor het feit dat wanneer de rol van *casemanager* ingevuld wordt door een maatschappelijk werker, wat veelal het geval is, de kans speelt dat zorgprofessionals in het netwerk deze persoon als een minderwaardig lid beschouwen (Minkman, Ligthard & Huijsman, 2009). Hoe hechter de dementienetwerken, hoe beter de *outcome* van casemanagement is (Mierlo et al., 2016; Hout et al., 2014; Lemieux-Charles et al., 2005; Richters et al., 2018).

Er worden een aantal suggesties in de literatuur gedaan over zorgnetwerken, welke dus ook voor dementienetwerken gelden. Zo wordt in het artikel van Cunningham et al. (2012) het belang genoemd van het versterken van communicatie en het creëren van vertrouwen om een zorgnetwerk goed te laten functioneren. Van Wijngaarden, de Bont en Huijsman (2006) stellen tevens dat directe communicatie gestimuleerd wordt door het bestaan van informele relaties tussen zorgprofessionals. De sterkte van deze relaties hangt af van de mate waarin er fysieke afstand is, aan dezelfde taken gewerkt wordt, in dezelfde formele teams gewerkt wordt, er al bestaande sociale contacten met elkaar zijn en er een vergelijkbare professionele achtergrond is (van Wijngaarden, de Bont en Huijsman, 2006). Tot slot beschrijven Minkman, Ahaus en Huijsman (2009) dat het delen van informatie binnen een netwerk en daarnaast toewijding aan het netwerk van enorm belang zijn. Dit is echter complex gezien het feit dat samenwerkende organisaties vaak verschillende doelen hebben, wat betekent dat integratie niet makkelijk bereikt wordt in de praktijk. Dit impliceert dat het proces om een effectief netwerk te creëren moeilijk kan zijn (Minkman, Ahaus & Huijsman, 2009). Bij het ontwikkelen van interorganisationale relaties om netwerken te versterken zijn vertrouwen en gelijkheid dan ook belangrijke factoren. Daarnaast is het belangrijk om in acht te nemen dat organisaties constant aan het veranderen en herstructureren zijn, door de acties en interpretaties van de betrokken leden (Minkman, Ahaus & Huijsman, 2009).

Tot slot is er ook kritiek op het functioneren van zorgnetwerken, waarmee dit ook voor dementienetwerken geldt. Zo is er een tekort aan empirisch bewijs dat sommige zorgnetwerken effectief zijn en anderen niet, zeker wanneer effectiviteit aan *outcome* van de zorg gekoppeld wordt (Lemieux-Charles et al., 2005). Daarnaast bestaat de kritiek dat netwerken erg afhankelijk zijn van actoren die een sleutelrol hebben in het verbinden van het netwerk. De afhankelijkheid van deze personen laat de kwetsbaarheid van zorgnetwerken zien (Cunningham et al., 2012). Tevens bestaat de kritiek dat het moeilijk is om een daadwerkelijk goed functionerend netwerk te creëren, omdat mensen die het onderling goed kunnen vinden naar elkaar toetrekken, waardoor er actief gestuurd moet worden op binding tussen de subgroepen, die als gevolg hiervan ontstaan. Zeker in grote professionele netwerken is dit nodig. Dit fenomeen wordt in de sociologie en netwerktheorie ook wel *homophily* genoemd (Cunningham et al., 2012).

2.2 Governance

Governance verwijst naar het regime voor coördinatie en toezicht om gezamenlijke doelstellingen, als publieke goederen en diensten, te bewerkstelligen (Imperial, 2005; Ansell & Gash, 2008; Emerson, Nabatchi & Balogh, 2012). Het bevat formele- en informele regels, sociale normen en -structuren die de relaties tussen organisaties bepalen (Imperial, 2005). Een goede *governance* in zorgsystemen leidt tot effectieve levering van zorg. Hierbij zijn gepaste standaarden, stimulansen, informatie en verantwoordelijkheden van belang, gezien deze zorgen voor hoge prestaties van publieke organisaties (Lewis & Pettersson, 2009).

De *governance* van netwerken wordt over het algemeen in drie vormen georganiseerd: *lead-organization governance*, *network administrative organization* en *shared participant governance*. Bij *lead-organization governance* netwerken is er één organisatie die de taak op zich neemt van leider. Dit betekent dat deze organisatie het netwerk coördineert, administratieve zaken regelt en de activiteiten van de andere organisaties in het netwerk faciliteert om de doelstellingen van het netwerk te behalen (Raeymaeckers & Kenis, 2016; Wegner, Teixeira & Verschoore, 2019; Provan & Kenis, 2008). *Network administrative organization* is een vorm van *governance* waarbij er een losstaande administratieve organisatie opgericht wordt om het netwerk en haar activiteiten te managen en coördineren (Raeymaeckers & Kenis, 2016; Wegner, Teixeira & Verschoore, 2019; Provan & Kenis, 2008). Tot slot is er *shared participant governance*, wat Wegner, Teixeira & Verschoore (2019) *shared governance* noemen. Hierbij is er geen leidende organisatie en zijn alle organisaties van elkaar afhankelijk. De *governance* van deze netwerken is georganiseerd door regelmatige bijeenkomsten van afgevaardigden

van de organisaties (Raeymaeckers & Kenis, 2016; Provan & Kenis, 2008). In een netwerk waarin de organisaties vrijwillig of toevallig samenwerken is er sprake van een *shared participant type of governance*. Hierin is het leggen van de lijntjes binnen het netwerk gedreven door individuele behoeften van organisaties, resulterend in toevallige netwerk trajecten. In deze trajecten maken individuele actoren keuzes om de lijntjes te leggen die afhankelijk zijn van hun eigen belang. Echter, kan het niet goed functioneren van het *governance* mechanisme van het netwerk leiden tot een erg gefragmenteerde, slecht geïntegreerde en loshangende netwerkstructuur (Raeymaeckers & Kenis, 2016). Een *shared participant type of governance* heeft een positieve impact op de integratie van netwerken van dienstenorganisaties. Omdat dienstenorganisaties een heterogene doelgroep hebben die met meerdere problemen zit, zijn *shared participant type of governance* het beste type *governance* om te gebruiken (Raeymaeckers & Kenis, 2016).

2.3 Network governance

Network governance (NG) wordt in de literatuur gedefinieerd als entiteiten die collaboratieve publieke goederen en dienstverlening samenbrengen met collectieve beleidsproductie (Wang & Ran, 2021). Dit is gebaseerd op principes van vertrouwen, wederkerigheid, onderhandeling en gedeelde onafhankelijk onder actoren. *NG* verwijst dan ook naar de manier hoe een netwerk gestructureerd en georganiseerd is, hoe het de belangen van haar leden garandeert en de vastgestelde normen door managers en leden verzekert (Wegner, Teixeira & Verschoore, 2019). Netwerken worden breed geaccepteerd door wetenschappers en uitvoerders als een belangrijke vorm van multi-organisatorische *governance*, dat zoveel betekent als de *governance* van samenwerking tussen meerdere organisaties. De voordelen van netwerk coördinatie zijn in zowel de publieke- als private sector aanzienlijk. Voorbeelden hiervan zijn een verbeterd leerproces, efficiënter gebruik van middelen, verhoogde capaciteit om complexe problemen aan te pakken, hoger concurrentievermogen en verbeterde diensten voor patiënten (Provan & Kenis, 2008).

Er zijn vier achterliggende oorzaken die ervoor zorgen dat actoren en organisaties zich genoodzaakt voelen om een samenwerking met elkaar aan te gaan, namelijk: het bereiken van een gedeelde visie, het maximaliseren van het gebruik van de beschikbare bronnen, de complexiteit van het beleid of het aanvliegen van de dienstenomgeving (Durose & Rummery, 2006). Wanneer samenwerking plaatsvindt met dezelfde waarden en belangen, vinden deelnemers vaak een productieve manier om samen te werken en meer publieke waarde te creëren dan alleen mogelijk zou zijn. Hiermee is samenwerking zowel individueel een rationele strategie, als een manier om samen *NG* te verbeteren (Imperial, 2005).

Het meeste onderzoek naar netwerken kan gekarakteriseerd worden door twee basis benaderingen, namelijk de 'netwerk analytische' benadering en de 'netwerk als een vorm van *governance*' benadering. Beiden zijn beperkt wanneer het aankomt op het analyseren van de *governance* en het functioneren van netwerken. De 'netwerk analytische' benadering focust zich vooral op microniveau, egocentrische aspecten van netwerken, voortbouwend op werk van sociologische wetenschappers die netwerken van individuen onderzocht hebben. Deze benadering komt het meeste overeen met de *collaborative governance*. De 'netwerk als een vorm van *governance*' benadering ziet netwerken echter als een eenheid van analyse. Netwerken worden bij deze benadering gezien als een mechanisme van *governance* (Provan & Kenis, 2008), wat in lijn is met *NG*. Net als Provan en Kenis (2008) wordt in dit onderzoek een combinatie van de twee benaderingen gevolgd, waarmee de kracht verhoogd wordt voor het analyseren van de *governance* en het functioneren van netwerken.

2.4 Collaborative governance

Collaborative governance (CG) is te definiëren als een vorm van *governance* waar sprake is van samenwerking tussen verschillende publieke, semipublieke en private actoren, die samenwerken als stakeholders op basis van beraadslagende consensus en collectieve beslissingen om gedeelde publieke doelen te bereiken, die anders niet zouden kunnen worden bereikt. Daarnaast doelt *CG* op het maken

van publiek beleid of het managen van publieke programma's (Wang & Ran, 2021; Ansell & Gash, 2008; Emerson, Nabatchi & Balogh, 2012). Door CG kunnen publieke organisaties lang lopende conflicten overkomen, het vertrouwen van stakeholders opbouwen, acceptatie voor beslissingen creëren en diverse typen van informatie in beslissingen integreren (Ulibarri & Scott, 2017).

NG en CG zijn twee concepten die op elkaar lijken en overlap bevatten, maar ook van elkaar verschillen (Wang & Ran, 2021). Er zit overlap tussen de twee concepten, wat ligt in het feit dat in een proces waarbij samengewerkt moet worden tussen publieke, semipublieke en private organisaties, netwerkvormen van *governance* zich uitstekend lenen om complexe publieke problemen te adresseren (Ulibarri & Scott, 2017; Ansell & Gash, 2008). Een andere overeenkomst tussen NG en CG is dat beide de nadruk leggen op het proces van collectieve beslissingen van publieke diensten, gebaseerd op normatieve principes zoals vertrouwen, machtsverdeling, diversiteit, consensus, inclusiviteit, beraadslaging en gelijkheid (Wang & Ran, 2021). Tot slot stellen Ansell en Gash (2008) zelfs dat NG en CG naar dezelfde fenomenen kunnen verwijzen.

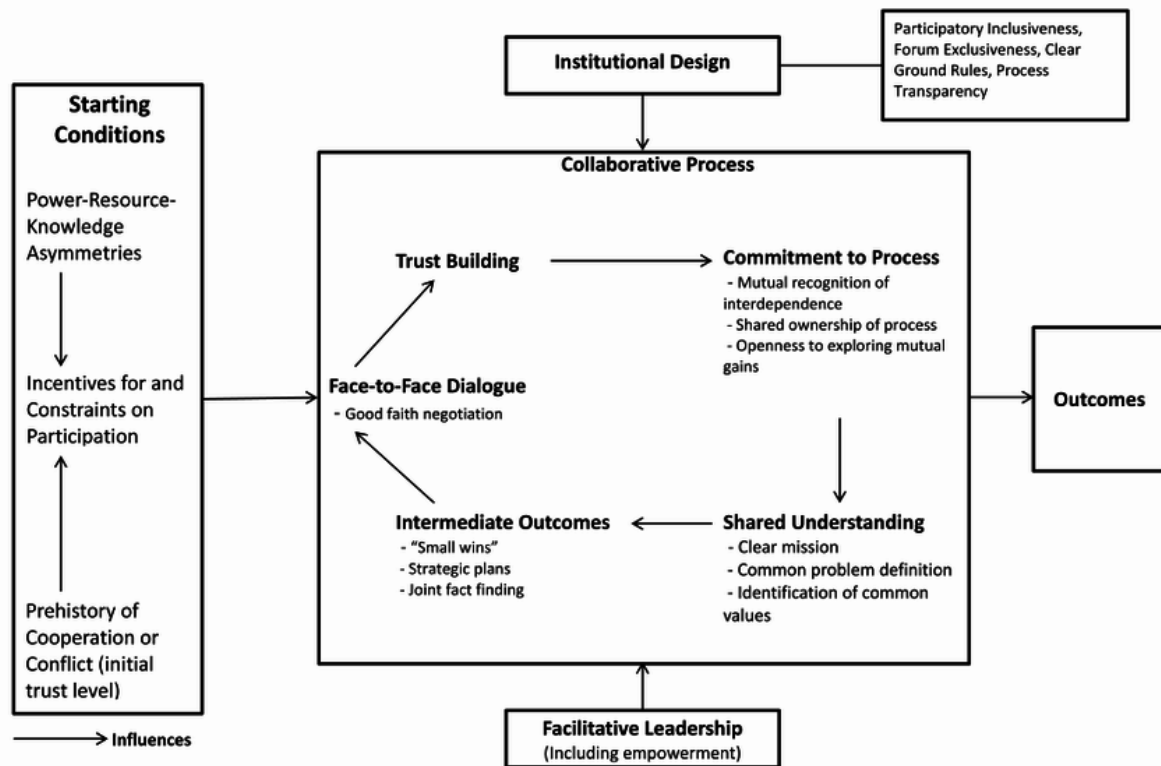
Echter stellen Ansell en Gash (2008) ook dat er een verschil is tussen NG en CG, door het feit dat CG verwijst naar een expliciete en formele strategie waarin stakeholders in multilaterale en consensus-georiënteerde beslissingsprocessen deelnemen. Bij NG is de samenwerking echter informeel en blijft deze grotendeels impliciet. Netwerken opereren namelijk meer door informele patronen van makelaardij en shuttle-diplomatie, dan door formele multilaterale processen (Ansell & Gash, 2008). Wang en Ran (2021) schrijven daarnaast dat NG een structureel concept is dat meer de nadruk legt op pluricentrische coördinatie, wat het proces is waarbij twee of meer publieke autoriteiten de macht en verantwoordelijkheid delen voor bepaalde *governance* taken (Sørensen, 2014), terwijl bij CG meer nadruk ligt op hoe meerdere actoren in een samenwerking betrokken zijn om een probleem in een bepaald veld aan te pakken (Wang & Ran, 2021).

Het feit dat NG en CG, ondanks de verschillen, naar dezelfde fenomenen kunnen verwijzen, betekent dat modellen van CG bruikbaar kunnen zijn om netwerken te analyseren. Er zijn twee veelgebruikte CG-modellen, namelijk die van Ansell en Gash (2011) en het model van Emerson, Nabatchi en Balogh (2012). Ansell en Gash (2011) hebben een algemeen CG-model ontwikkeld, waarin het collaboratieve proces een centrale rol speelt. Het model van Emerson, Nabatchi en Balogh (2012) specificiert echter een aantal dimensies die een grotere systeemcontext omvatten, een CG-regime, en haar interne dynamieken en acties in samenwerking die tot impact en aanpassingen in het systeem kunnen leiden. Dit onderzoek focust zich op de samenwerking tussen de lid organisaties van de regionale dementienetwerken en niet op de grotere systeemcontext, waarmee het CG-model van Ansell en Gash (2011) een bruikbaar concept is om de casus die in dit onderzoek onderzocht wordt in te zetten.

Dit model bevat vier brede variabelen, welke opgesplitst kunnen worden in meer fijnkorrelige variabelen (zie figuur 2). Collaboratief proces (*Collaborative Process*) variabelen hebben een centrale rol in het model, met 'start omstandigheden', 'institutioneel ontwerp' en 'facilitair leiderschap'; het gaat hier over variabelen die gerepresenteerd zijn als kritische bijdrage aan- of context voor het collaboratief proces. Het samenwerkingsproces zelf is zeer iteratief en niet-lineair en is daarom als een cyclus weergegeven. Startomstandigheden (*Starting Conditions*) bepalen de basis van het vertrouwen, conflict en sociaal kapitaal, welke gedurende de samenwerking voor middelen of passiva zorgen. Het institutioneel ontwerp (*Institutional Design*) zorgt voor de basisregels waaronder samenwerking plaatsvindt. Tot slot zorgt facilitair leiderschap (*Facilitative Leadership*) voor bemiddeling en facilitering van het collaboratief proces (Ansell & Gash, 2011).

Figuur 2

Het model van *Collaborative governance* van Ansell en Gash (2011).



Eerder beschreven succesfactoren voor NG zijn duidelijke taken, afspraken en communicatie, en daarnaast vertrouwen en gelijkheid. Bovendien geldt dat organisaties dezelfde doelen en belangen moeten delen. Deze contextuele factoren komen terug in het collaboratief proces, de start omstandigheden en institutioneel ontwerp van het CG-model van Ansell en Gash (2011). Hiermee is dit model bruikbaar om de *governance* van regionale dementienetwerken te analyseren.

2.5 Effectiviteit van *governance*

Er is veel verschillende literatuur waarin de effectiviteit van *governance* beschreven wordt. Echter is er hiervoor geen eenduidige definitie, gezien de effectiviteit van *governance* casus-afhankelijk is. Zo zien Fredette en Bradshaw (2012) effectiviteit van *governance* als de capaciteit van raden van bestuur om niet alleen financieel verantwoordelijkheden te overzien, maar ook om haar missie te beschermen en volbrengen, en daarnaast regelmatige feedback te geven over de prestaties van de voorzitter van de raad van bestuur. Een andere definitie wordt door politicoloog Schmelzle (2012) beschreven in zijn artikel over de effectiviteit en legitimiteit van *governance*. Deze veelomvattende definitie stelt dat *governance* effectief is wanneer het de problemen oplost die het zou moeten oplossen. Wanneer we willen weten hoe effectief een zekere politieke orde, institutie of *governance regime* is zouden we ons volgen hem dan ook moeten kijken in hoeverre het haar doelen bereikt. Effectiviteit is volgens hem geen objectieve classificatie, maar hangt af van de intentie van de *governance* actoren (Schmelzle, 2012).

Gezien we in dit onderzoek kijken naar de *governance* van netwerken is het belangrijk om ook netwerkeffectiviteit te adresseren. Netwerkeffectiviteit is het bereiken van positieve netwerk *outcome*, welke niet bereikt had kunnen worden door individueel handelende organisaties (Provan en Kenis, 2008). Netwerken in de publieke sector zijn dan ook het meest effectief wanneer ze de capaciteit

van haar lid organisaties benutten om problemen op te lossen en cliënten te bedienen (Provan & Milward, 2001).

Provan en Kenis (2008) stellen dat effectieve *NG* voortkomt uit het creëren van structuren, die voor zowel interne- als externe legitimiteit zorgen. Daarnaast beschrijven ze vier contextuele factoren die voor de effectiviteit van *NG* vormen zorgen: de mate van vertrouwen tussen de netwerkleiden, het aantal deelnemers, de mate van doelconsensus en de behoefte aan competenties op netwerkniveau. De relatie tussen deze factoren zou gebruikt moeten worden voor het identificeren welke vorm van *NG* passend is voor het netwerk (Provan & Kenis, 2008).

2.6 Verandering in *governance*

Bij een verandering in *governance* wordt het regime voor coördinatie en toezicht gewijzigd. Deze verandering kan liggen in de formele- en informele regels, sociale normen of -structuren van een netwerk. Een verandering in *governance* is complex, omdat het veranderen hiervan politiek gevoelig is. Dit geldt in het bijzonder voor een verandering in *NG*, waar sprake is van collectieve beleidsproductie. Dit is namelijk gebaseerd op principes van vertrouwen, wederkerigheid, onderhandeling en gedeelde afhankelijk onder actoren.

2.7 Verwachtingen

Op basis van de besproken literatuur wordt verwacht dat, om de vanuit regionale dementienetwerken georganiseerde zorg effectief te kunnen organiseren, er een andere *governance* nodig is. Er wordt verwacht dat deze verandering in *governance* ligt in het besteden van aandacht aan de relatie tussen de vier contextuele factoren die voor de effectiviteit van *NG* vormen zorgen, namelijk: de mate van vertrouwen tussen de netwerkleiden, het aantal deelnemers, de mate van doelconsensus en de behoefte aan competenties op netwerkniveau. Daarnaast wordt verwacht dat om aan deze vier contextuele factoren te voldoen, er aandacht gegeven dient te worden aan de vier variabelen uit het model van *CG* (Ansell & Gash, 2011): het collaboratief proces, de start omstandigheden, het institutioneel ontwerp en facilitair leiderschap.

3. Methodologie

In dit hoofdstuk wordt eerst besproken wat het onderzoeksperspectief is, waarna het onderzoektype en -design besproken wordt. Hier worden de methoden en datamanagement besproken. Tot slot wordt de kwaliteit van dit onderzoek besproken.

3.1 Onderzoeksperspectief

Het onderzoeksperspectief van dit onderzoek is theorie gestuurd. Deze benadering past bij de vraagstelling van dit onderzoek, gezien dit onderzoek door middel van kwalitatieve methoden wil nagaan in hoeverre theorieën en modellen van toepassing zijn op deze casus. Dit sluit aan bij dat Ulibarri en Scott (2016) stellen dat het analyseren van samenwerking binnen netwerken vaak een intensieve dataverzameling vereist, zoals interviews. Vervolgens kan, indien nodig, de theorie bijgesteld of aangevuld worden. Bovendien kan op basis van de hieruit opgedane empirische data en de theorie bepaald worden welke *governance* er volgens betrokken actoren nodig is om de vanuit regionale dementienetwerken georganiseerde zorg effectief te kunnen organiseren. Met dit onderzoeksperspectief wordt dan ook voldaan aan de doelstelling van dit onderzoek om inzicht te geven in hoe de vanuit regionale dementienetwerken georganiseerde zorg effectief georganiseerd kan worden, waarmee deze zorg betaalbaar blijft en mensen met dementie de juiste zorg kunnen organiseren en ontvangen. Deze benadering past bovendien bij mij als onderzoeker, omdat ik iemand ben die het zeer interessant vindt om te zoeken naar dieperliggende oorzaken. Bovendien vind ik het leuk om bestaande theorieën te gebruiken voor het onderzoeken van een nieuwe casus.

3.2 Onderzoektype en -design

Om de hoofdvraag “Welke *governance* is er volgens betrokken actoren nodig om de vanuit regionale dementienetwerken georganiseerde zorg effectief te kunnen organiseren?” te beantwoorden, is er kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Hierbij is een vergelijkende *case study* gedaan, wat inhoudt dat er meerdere casussen gebruikt en vergeleken zijn om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Daarnaast is dit onderzoek zowel deductief als analytisch inductief, gezien het aan de ene kant bestaande theorieën, benoemd in het theoretisch kader, wil toetsen en aan de andere kant de in de wetenschappelijke relevantie beschreven *research gaps* wil opvullen door nieuwe theorieën te creëren en bestaande theorieën verder te ontwikkelen (Boeije & Bleijenbergh, 2019).

3.2.1 Case study design

De *cases* in dit onderzoek zijn de 13 verschillende regionale dementienetwerken. Deze zijn geselecteerd op basis van de locatie waar zij gevestigd zijn, zodat er *cases* uit verschillende plekken in Nederland in het onderzoek betrokken zijn. Daarnaast zijn de verschillende regionale dementienetwerken geselecteerd op basis van de samenstelling van de netwerken, hierbij is er gekeken naar het aantal leden van het netwerk, welke leden het netwerk had en de grootte van het zorggebied van het netwerk. De *cases* zijn dan ook geselecteerd op basis van locatie en samenstelling, en verschillen hierin van elkaar. Er is dus sprake van *most-different cases*, waarmee er conclusies getrokken kunnen worden die de sterkste basis hebben voor generaliseerbaarheid (Seawright & Gerring, 2008). De generaliseerbaarheid is echter beperkt gezien de beperkte grootte van de steekproef.

3.3 Dataverzameling en datamanagement

Om de ervaringen van betrokken actoren te onderzoeken, hebben de leden van de netwerken en de netwerkcoördinatoren gediend als respondenten. Allereerst zijn er 13 interviews met coördinatoren van regionale dementienetwerken via Microsoft Teams gehouden. In deze interviews zijn individuele ervaringen opgehaald over de organisatie van de dementiezorg in netwerken, de effectiviteit van dementienetwerken en verandering in *governance* (zie bijlage 2). Door een tussenanalyse zijn deze

ervaringen uitgewerkt tot stellingen. Vervolgens zijn er twee focusgroepen georganiseerd, waarbij leden van het netwerk en de netwerkcoördinator aan tafel zaten. In deze focusgroepen zijn de bevindingen die uit de interviews zijn opgedaan bevestigd en verder uitgediept.

3.3.1 Interviews

Bij interviews is sprake van een interactie tussen twee mensen, waardoor de mogelijkheid ontstaat voor een onderzoeker om over een sociaal verschijnsel te leren in de taal en vanuit de ervaringen van participanten (Boeije & Bleijenbergh, 2019). De beperking van volledig gestructureerde interviews is dat er mogelijk te weinig bruikbare informatie besproken wordt, gezien er bij deze methode weinig tot geen ruimte overgelaten wordt voor de respondent om dingen toe te lichten. Om deze beperking te voorkomen, kan er gebruik gemaakt worden van een topiclijst. Hierdoor wordt namelijk richting gegeven aan de interviews en tegelijkertijd blijft er ruimte open om het gesprek aan te passen aan de respondent (Boeije & Bleijenbergh, 2019). Er is in dit onderzoek dan ook gekozen om semigestructureerde interviews af te nemen aan de hand van een topiclijst. Het doel van deze semigestructureerde interviews was om individuele ervaringen op te halen over de organisatie van de dementiezorg in netwerken, de effectiviteit van dementienetwerken en verandering in *governance*. Op basis van dit doel is de topiclijst voor deze interviews opgesteld (zie bijlage 2).

Omdat netwerkcoördinatoren aan het stuur staan van de regionale dementienetwerken, hebben zij een goed beeld van wat er in de netwerken speelt en zijn daarmee relevante respondenten om te interviewen. Echter, zorgt dit mogelijk voor een *bias* in de bevindingen. Dit komt door het feit dat ze aan het stuur van het netwerk staan en ergens dus de verantwoordelijkheid dragen voor het functioneren van het netwerk, wat ervoor kan zorgen dat zij dingen positiever framen. Er is een opportunistische steekproeftrekking (Boeije & Bleijenbergh, 2019) gedaan, gezien er slechts beperkte tijd was om deze interviews af te nemen, netwerkcoördinatoren moeilijk te bereiken zijn en bovendien een drukke agenda hebben. De netwerken die aangesloten zijn bij Dementie Netwerken Nederland, de koepelorganisatie van de regionale dementienetwerken, staan op de website van Dementie Netwerken Nederland vermeld met hun emailadressen. Naar al deze 53 emailadressen is een standaardmail gestuurd waarin gevraagd werd of ze wilden deelnemen aan dit onderzoek. Vervolgens hebben respondenten zich gemeld en is er een selectie van de respondenten gemaakt op basis van de selectiecriteria, welke besproken zijn in paragraaf 3.2.1.

Er zijn netwerkcoördinatoren geïnterviewd van netwerken uit zes van de 12 provincies in Nederland, met variërende grootte tussen de vijf en 52 organisaties. Dit zorgt voor een hogere variatiedekkende generaliseerbaarheid (Boeije & Bleijenbergh, 2019). Door deze variatie is er bovendien data ontstaan uit verschillende delen van Nederland, welke vergeleken kunnen worden. Er zijn 13 respondenten geïnterviewd; bij de laatste interviews is alleen bevestigd wat in de eerdere interviews gesteld werd. Op basis hiervan kan gesteld worden dat er naar alle waarschijnlijkheid saturatie ontstaan is (Guest, Bunce & Johnson, 2006).

3.3.2 Focusgroepen

Een focusgroep is een interview met een groep respondenten over een specifieke focus. De discussie die tussen de respondenten plaatsvindt over dit centrale thema wordt vervolgens gebruikt als dataverzameling. Een focusgroep is een sociale gebeurtenis en daarom kunnen de gegevens die hieruit voortkomen een betere afspiegeling zijn van de sociale realiteit dan gegevens die zijn verzameld in een niet-sociale setting (Boeije & Bleijenbergh, 2019). Dit geldt tevens voor dit onderzoek, gezien de interviews met netwerkcoördinatoren mogelijk andere resultaten opleveren dan de twee focusgroepen. Dit verschil in resultaten kan mogelijk worden verklaard door de eerder besproken *bias* dat netwerkcoördinatoren zich positiever opgesteld hebben in de interviews. Terwijl de leden van het netwerk andere belangen hebben en zich dus anders zullen opstellen. Door de verschillende perspectieven samen te brengen in deze focusgroep kunnen er zowel bredere als meer diepgaande

bevindingen opgedaan worden. De twee focusgroepen hebben dan ook geholpen om de bevindingen die uit de interviews opgedaan zijn te toetsen en verder uit te diepen.

Deelnemers aan een focusgroep delen hun mening en informatie niet alleen met de onderzoekers, maar ook met de andere deelnemers in de groep. Daarnaast kan in sommige groepen een onderwerp gevoelig liggen. Bij het opstellen van de topiclijsten en het *informed consent* is hier dan ook rekening mee gehouden door de discussie rustig op gang te brengen door de volgorde van de stellingen en de stellingen niet te negatief te framen.

Met het oog op de werving van deelnemers, zijn de geïnterviewde respondenten tijdens de interviews gevraagd of zij konden informeren binnen hun netwerk of er geïnteresseerden waren, die tevens ruimte in hun agenda hadden. Vervolgens is er in samenwerking met hen een selectie van respondenten gemaakt. Dit is op basis van een theoretische steekproeftrekking gedaan. Hierbij zijn de criteria organisatie, functie in de eigen organisatie en rol in het netwerk gehanteerd. Gevolg hiervan is dat de samenstelling van het netwerk en daarmee de verschillende perspectieven binnen het netwerk gerepresenteerd zijn. De focusgroepen zijn vanuit praktisch oogpunt in deze verschillende groepssamenstellingen gedaan, gezien de regionale dementienetwerken van samenstelling verschillen. Boeije en Bleijenbergh (2019) stellen bovendien dat het van belang is om verschillende groepssamenstelling met elkaar te vergelijken om te bestuderen hoe een specifieke groepssamenstelling de verkregen gegevens mogelijk heeft beïnvloed, maar het kan ook interessant zijn om focusgroepen te organiseren met gelijkgestemden. Echter, werd verwacht dat dit zeer moeilijk te organiseren zou zijn, omdat er dan respondenten uit verschillende netwerken op eenzelfde moment bijeen moesten komen. Dit kostte hen meer tijd in een al drukke agenda, gezien de respondenten dan waarschijnlijk uit verschillende regio's zouden moeten komen.

De ideale grootte van een focusgroep ligt tussen de vijf en acht respondenten (Krueger, 2014, p. 67). Om te zorgen dat iedereen in de focusgroep aan het woord kan komen, is ernaar gestreefd om 5 respondenten te laten deelnemen. Echter bleek het lastig om mensen te laten deelnemen, door erg drukke agenda's. Uiteindelijk hebben er bij de eerste focusgroep 4 en bij de tweede focusgroep 5 respondenten deelgenomen. Bij de eerste focusgroep was er een klinisch geriatr en lid adviesraad van het zorgprogramma dementie, een regiocoördinator zorgprogramma dementie en secretaris bestuurlijk netwerk, een bestuurder van een VVT-organisatie en voorzitter van het dementienetwerk en tot slot de netwerkcoördinator. Bij de tweede focusgroep was de samenstelling als volgt: een mantelzorgconsulent en zorgcoördinator en daarnaast voorzitter lokaal netwerk dementie en werkgroep dementie, een netwerkcoördinator en casemanager, een netwerkcoördinator, een coördinator zorgprogramma ouderen van een huisartsengroep en praktijkverpleegkundige ouderen en ten slotte een manager zorg en welzijn bij een VVT-organisatie en daarnaast voorzitter van het dementienetwerk.

Een moderator heeft de twee focusgroepen geleid en begeleidde de discussie tussen de respondenten. Deze rol is ingevuld door dr. Evelien van Leeuwen, de scriptiebegeleider vanuit Bisnez Management B.V., die ruime ervaring heeft met het houden van focusgroepen. Als instrument is door de moderator een topiclijst met stellingen gebruikt (zie bijlage 3), welke gaat over de organisatie van de zorg rondom dementie in netwerken, netwerk effectiviteit en verandering in *governance*. Een assistent-moderator heeft tijdens de focusgroep gezorgd voor aantekeningen, observeerde, bewaakte de tijd en zorgde voor een goede audio-opname (Boeije & Bleijenbergh, 2019). Deze rol heeft de onderzoeker ingevuld. Hierbij is gebruik gemaakt van een observatielijst (zie bijlage 4). Deze twee focusgroepen zijn op locatie gehouden. Critici zeggen namelijk dat dataverzameling waarbij de onderzoekers de participanten niet ontmoeten, tot verlies van non-verbale informatie leidt (Boeije & Bleijenbergh, 2019). De locatie van de focusgroepen zijn beide gefaciliteerd door één lid van het netwerk, dit was hun werkkamer in het kantoor van de organisatie waar zij werkzaam waren. Het gevolg hiervan is dat er de mogelijkheid ontstaan is dat de respondenten die de locatie gefaciliteerd hebben, zich comfortabeler gevoeld

hebben omdat ze zich 'op eigen terrein begaven'. Dit kan invloed hebben gehad op de verhoudingen in de focusgroep, al is dit niet door de moderator en assistent-moderator waargenomen. Nadien is er van de opname een globaal transcript gemaakt. Deze data zijn vervolgens verrijkt met aanvullingen uit de aantekeningen en observaties van de onderzoeker in de rol van assistent-moderator.

3.3.3 Datamanagement en -analyse

Bij het afnemen van de interviews en het houden van de focusgroepen is eerst uitgelegd wat dit onderzoek inhoudt en hoe er omgegaan wordt met de privacy van de respondenten. Vervolgens is er een toestemmingverklaring aangeboden. Zodra deze ondertekend was, begon het interview of de focusgroep. De toestemmingsverklaringen zijn nadien gescand en opgeslagen op een harddrive, waarna de fysieke exemplaren vernietigd zijn. Nadat deze scriptie gepubliceerd is, zijn ook de gescande toestemmingsverklaringen vernietigd.

Voor het transcriberen van de interviews is gecontroleerd of de toestemmingsverklaring ondertekend is. Hierna zijn de opnames getranscribeerd, waarbij er aandacht uitgegaan is naar het pseudonimiseren van alles wat direct of indirect te relateren is aan de respondent. Toen het transcriberen was afgerond, is er gekeken of er goed gepseudonimiseerd is, waarna direct de opnames van de interviews verwijderd zijn. De transcripten zijn vervolgens in de software Nvivo geüpload, wat gebruikt is om de transcripten te coderen. Bij de tussenanalyse is er eerst gecodeerd aan de hand van de theorie, wat inhoudt dat er codes gebaseerd op de theorie aan bepaalde stukken tekst gegeven zijn. Denk hierbij aan codes als bijvoorbeeld 'commitment' en 'waarden'. Om een overzicht te scheppen in al deze codes is er een codeboom gemaakt (zie bijlage 5). Op basis van deze codes zijn er stellingen uitgewerkt voor de focusgroepen. Vervolgens zijn na de tussenanalyse de codes nageslagen op de theorie en waar nodig samengevoegd tot overkoepelende codes. Deze codes zijn vervolgens gebruikt om het resultatenhoofdstuk te schrijven. De transcripten en codes zijn bewaard op een externe harde schijf, die volledig gewist wordt wanneer het onderzoek gepubliceerd is.

Tijdens de focusgroepen zijn aantekeningen gemaakt in de observatielijst, welke opgedeeld is in drie categorieën: 'algemeen', 'non-verbale communicatie' en 'verbale communicatie' (zie bijlage 4). Hierna is gekeken of de toestemmingsverklaringen ondertekend zijn. Vervolgens zijn de opnames volledig beluisterd en is de observatielijst bij de categorie 'algemeen' aangevuld met de uit de opname opgedane nieuwe- en verdiepende aantekeningen. Dit heeft tot een verrijking van de data geleid. Hierbij is aandacht uitgegaan naar het pseudonimiseren van alles wat direct of indirect te relateren is aan de respondent. Daarna is gecontroleerd of er goed gepseudonimiseerd is, waarna direct de opnames van de focusgroepen verwijderd zijn. Tot slot zijn op basis van de aangevulde observatielijst de resultaten geschreven.

3.4 Kwaliteit

Uit onderzoek van Lambert en Loiselle (2008) blijkt dat de combinatie van interviews en focusgroepen voor een vruchtbaar iteratief proces zorgt, waarbij de interviews dienen als verkenning voor de conceptualisatie van deze casus. Vervolgens worden de data bevestigd, verrijkt of juist ontkracht door de focusgroepen (Lambert & Loiselle, 2008). Er is dan ook gekozen om deze twee methoden beide in te zetten in de door Lambert en Loiselle (2008) beschreven volgorde. In dit onderzoek is dus gebruik gemaakt van meer dan één methode of bron van data, waarmee bevindingen dubbel gecheckt worden (Bryman, 2015). Er is dan ook sprake van triangulatie in dit onderzoek, wat zorgt voor het minimaliseren van de kans op *biases* en een verhoging van de generaliteit van de bevindingen (Maxwell, 2008).

3.4.1 Kwaliteitscriteria

Het feit dat de aard van dit onderzoek kwalitatief is, zorgt dat de resultaten subjectief zijn. Al is dit beperkt doordat dit een theorie gestuurd onderzoek is, wat betekent dat de onderzochte thema's in de interviews en focusgroepen gebaseerd zijn op de theorie. Bovendien is de analyse van de data aan de hand van de theorie gedaan. De volgende kwaliteitscriteria zijn gebruikt om betrouwbaarheid en validiteit in dit onderzoek te garanderen.

3.4.1.1 Betrouwbaarheid

“Betrouwbaarheid betekent dat toevallige of niet-systematische fouten zo min mogelijk invloed hebben op de waarnemingen” (Boeije & Bleijenbergh, 2019).

In dit onderzoek is aan dit criterium voldaan door bij de interviews goed contact te maken met de respondenten en veel te vragen of klopt wat waargenomen is door de onderzoeker. Er is daarnaast sterk gelet op het voorkomen van oppervlakkige observaties, door non-verbaal gedrag en de toon van de antwoorden waar te nemen. Bij de focusgroepen is daarnaast door de onderzoeker de rol van assistent-moderator op zich genomen, terwijl de rol van moderator werd ingevuld door iemand anders. Hierdoor kon de onderzoeker zich volledig focussen op het observeren, waarmee de focusgroepen objectief waargenomen zijn en er extra aandacht uit kon gaan naar de verbale- en non-verbale communicatie van respondenten.

3.4.1.2 Validiteit

Boeije en Bleijenbergh (2019) vatten validiteit op als het daadwerkelijk meten wat beoogt te meten is. Dit betekent dat systemische fouten zo min mogelijk invloed hebben op de waarneming.

De invloed van systemische fouten op waarnemingen is zo veel mogelijk vermeden doordat de respondenten voorafgaand aan de interviews en focusgroepen op de hoogte gebracht zijn over het thema van het interview, waardoor duidelijk was vanuit welke rol zij geïnterviewd zouden worden. Daarnaast is voorafgaand aan de focusgroepen gezorgd dat iedereen hetzelfde verstond onder 'effectiviteit', door een definitie hiervan te projecteren. Dit was van belang is gezien veel stellingen over effectiviteit gingen. Tot slot is de validiteit van dit onderzoek gewaarborgd doordat de data gepresenteerd zijn in de resultaten met het veelvoudig gebruik van quotes en er telkens duidelijk genoemd wordt of de data uit de interviews dan wel de focusgroepen komen. Tevens zijn de topiclijsten bijgevoegd. Hierdoor wordt de lezer de gelegenheid geboden om zelf oordelen of er daadwerkelijk gemeten is wat beoogt te meten is.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten die bij de dataverzameling zijn opgedaan besproken aan de hand van drie thema's, welke gebaseerd zijn op de theorie en de daaruit voortvloeiende empirische deelvragen. Deze deelvragen helpen met het geven van antwoord op de hoofdvraag: "Welke *governance* is er volgens betrokken actoren nodig om de vanuit regionale dementienetwerken georganiseerde zorg effectief te kunnen organiseren?". Deze thema's zijn 'netwerkcoördinatorschap', 'netwerk' en '*network governance*'. Telkens worden de resultaten die aan deze thema's gekoppeld zijn besproken en wordt besproken hoe die zich verhouden tot de theorie.

4.1 Netwerkcoördinatorschap

4.1.1 Functie

De functie van netwerkcoördinatoren verschilt op meerdere vlakken; zo gebruiken ze bijvoorbeeld niet eenzelfde functietitel. Er zijn namelijk vijf respondenten die de functietitel ketenregisseur, twee respondenten die de functietitel ketencoördinator, twee respondenten die de functietitel netwerkregisseur en vier respondenten die de functietitel netwerkcoördinator ketenoverleg gebruiken. Dit is opmerkelijk gezien ze over het algemeen dezelfde taken hebben. Daarnaast geeft een aantal respondenten aan bij één van de organisaties in dienst te zijn, maar in de praktijk niet voor deze organisatie maar voor het netwerk te werken. Bovendien blijkt uit de interviews dat respondenten niet altijd evenveel uren voor hun functie ter beschikking hebben, dit varieert tussen de 14 en 28 uur. Ook krijgt de ene respondent managementondersteuning, maar de ander niet. Tot slot geven respondenten aan geen doorzettingskracht te hebben. Zo stelt een geïnterviewde respondent:

"Want wij als ketenregisseurs hebben geen doorzettingskracht. Dus je hebt een, wij zijn niet de baas van een netwerk. Zo voel ik het helemaal want wij voelen ons ook echt onderdeel van het netwerk, en ik heb zeker het idee dat wij, dat onze input zeer gewaardeerd wordt. Maar als het puntje bij paaltje komt hebben we niks te vertellen." (respondent I1).

4.1.2 Sleutelrol

In de literatuur wordt gesteld dat netwerken erg afhankelijk zijn van actoren die een sleutelrol hebben in het verbinden van het netwerk. Deze afhankelijkheid laat de kwetsbaarheid van een zorgnetwerk zien (Cunningham et al., 2012). Dit zien we ook in de data terug. De geïnterviewde respondenten stellen namelijk dat ze vooral een verbindende functie en daarmee een sleutelrol in het netwerk hebben. Daarnaast wordt het belang van een kartrekker in de vorm van een netwerkcoördinator door meerdere respondenten onderschreven. Zo wordt er door een respondent gesteld:

"Maar je merkt ook wel als ik er niet aan trek, dan gebeuren er soms dingen niet. [...]" (respondent I5).

Dit zien we ook terug in de focusgroepen, waar benoemd wordt dat de netwerkcoördinator een belangrijke rol vervult. De respondenten van de eerste focusgroep stellen namelijk dat het hebben van een kartrekker in de vorm van een netwerkcoördinator nodig is in het versnipperde zorglandschap. In de tweede focusgroep is men van mening dat een netwerk valt of staat bij een netwerkcoördinator. Zonder kartrekker zou niemand eigenaarschap nemen en zou er dus maar vergaderd worden om het vergaderen. Hierbij wordt ook het belang genoemd dat de netwerkcoördinator lang verbonden is aan het netwerk. Het succes van het netwerk zou volgens de respondenten namelijk zitten in de continuïteit van betrokken mensen. Tegelijkertijd wordt wel in de tweede focusgroep gesteld dat de kwetsbaarheid van een netwerk ligt bij de netwerkcoördinator. De kennis en relaties die deze persoon heeft opgebouwd zouden volgens de respondenten essentieel zijn om een netwerk effectief te laten functioneren. Dit is niet zomaar over te dragen, en er wordt dan ook gesteld in de tweede focusgroep dat er eigenlijk altijd iemand moet zijn die in de leer is bij de netwerkcoördinator, zodat er goed overgedragen kan worden wanneer deze stopt met zijn/haar functie.

4.2 Netwerk

4.2.1 Activiteiten

Er is een breed scala aan activiteiten die de netwerken ondernemen. Al wordt er door de meeste respondenten van de interviews genoemd dat zij werken volgens de zorgstandaard dementie en deswege hun activiteiten daarop baseren, waarmee er een aantal activiteiten zijn die door bijna iedere respondent genoemd worden. De activiteiten die respondenten het meest noemen zijn het organiseren van Alzheimercafés, informatievoorziening voor burgers, het creëren van dementievriendelijke gemeenschappen, het organiseren van casemanagement voor jonge mensen met dementie en mensen met een migratieachtergrond en dementie. De meeste netwerken hebben echter de organisatie van casemanagement als hoofdactiviteit. Op dit vlak verschillen de netwerken, namelijk in het feit dat bij sommige netwerken casemanagers in dienst zijn bij de lid organisaties en ze onafhankelijk voor het netwerk werken, terwijl de casemanagers bij andere netwerken niet onafhankelijk werkzaam zijn. Bij deze netwerken worden de casemanagers om die reden meer ondersteund en samengebracht.

4.2.2 Entiteit

De netwerken waarin de respondenten van de interviews en focusgroepen werkzaam zijn, verschillen niet alleen in activiteiten, maar ook in entiteit sterk van elkaar. Zo zijn er netwerken in de vorm van een vereniging, regio-organisatie, maar ook zonder entiteit. Daarnaast bestaat het ene netwerk twee jaar en het ander 15 jaar. Bovendien variëren de zorggebieden tussen de zes en 18 gemeentes.

4.2.3 Leden

Tevens verschilt het aantal leden van de netwerken waarvoor de respondenten van de interviews werken sterk, zo zijn er netwerken met vijf, 19, 40 en 52 leden. Bij het ene netwerk zijn alleen zorgorganisaties lid van het netwerk, bij andere netwerken zijn “[...] zo goed als alle partners in zorg en welzijn aan boord [...]” (respondent 1). Wat opvalt is dat bij veel netwerken de gemeenten dan wel verzekeraars geen (formeel) lid zijn, terwijl zij een belangrijke speler zijn in de dementiezorg. Dit was tevens het geval bij de eerste focusgroep, waar de gemeenten echter wel vertegenwoordigd zijn in het ‘groot bestuurlijk netwerk’. Dit komt overeen met de theorie, waarin gesteld wordt dat de samenstelling van dementienetwerken sterk varieert en dat zorgkantoren en gemeenten soms geen lid zijn van de netwerken (van Leeuwen, van Lindenberg & Hoff, 2023). Maar er wordt wel door de respondenten van de eerste focusgroep aangegeven dat het nodig is om ook de gemeenten te gaan betrekken bij het regionale dementienetwerk.

In het netwerk van de eerste focusgroep is er domeinvertegenwoordiging door één organisatie per domein. Echter zou dit volgens de respondenten van deze focusgroep niet goed functioneren. Anderzijds kunnen ook niet alle partijen die zich bezighouden met dementiezorg in het netwerk zitten, want dan zou het netwerk te groot worden. Een respondent van de eerste focusgroep stelt dan ook:

“Het is beiden onhaalbaar. Ik denk niet dat je kunt praten namens je [het domein], daar is het te groot voor, namens je, als je echt domeinvertegenwoordiger bent. Dat is echt gewoon linke soep. Omdat we ook allemaal vanuit een andere achtergrond komen, vanuit je organisatie. En iedereen aan tafel kan ook niet.” (respondent F17).

Enkele respondenten geven tijdens interviews aan nog een aantal leden te willen toevoegen aan het netwerk, omdat deze ook een belangrijke rol spelen in de dementiezorg en samenwerking daarmee wenselijk is. Zo worden paramedici, fysiotherapeuten en ergotherapeuten (respondent I11), welzijns- en veiligheid organisaties (respondent I3) en woningcorporaties (respondent I3 & I5) genoemd.

Wat opvallend is bij de tweede focusgroep, is dat de GGZ wel lid is, maar niet deelneemt in het netwerk. Hierbij is opmerkelijk dat gemeenschappelijk gedeeld wordt door de respondenten dat de

GGZ echter niet gemist wordt. Hiervoor wordt de reden gegeven dat de GGZ de dementiezorg afgestoten heeft en dat de GGZ geen betrouwbare partner is. Zo stelt respondent F1:

“De GGZ heeft veel dementiezorg afgestoten. Naar mijn mening doet de GGZ soms ineens dingen en dan moet je het maar zien. Je weet niet wat je aan ze hebt.”

Binnen de tweede focusgroep is er geen consensus over hoe effectief de samenstelling van het netwerk is. De netwerkcoördinator geeft aan dat het belangrijk is een goede afspiegeling van de regio te hebben, met als argument dat er dan onderling beter gecommuniceerd kan worden en dat er daadwerkelijk andere input van andere organisaties komt. Maar onder de andere respondenten bestaat de zorg dat het netwerk te groot zal worden en daarmee de effectiviteit in het geding kan komen. Hierbij wordt aangegeven dat als het netwerk te groot dreigt te worden, partijen anderen moeten gaan vertegenwoordigen. Er wordt gesteld dat er van iedere categorie één organisatie aangesloten moet zijn bij het netwerk. Tot slot wordt genoemd dat er interne wisselingen binnen organisaties plaatsvinden. Hierover geeft een respondent aan dat dit telkens ervoor zorgt dat nieuwe mensen in het netwerk zich hard opstellen, wat door de anderen weer ingedamd wordt:

“En dan gaan mensen weer even een haantje zijn. Maar dat wordt dan collectief weer ingedamd.” (respondent F23).

Er is één respondent van de interviews die aangeeft dat het veranderen van de samenstelling van het netwerk bij zou kunnen dragen aan een effectiever netwerk. Deze verandering in samenstelling zou moeten liggen in het toevoegen van meer welzijnsorganisaties, waarmee er een bredere focus dan alleen op de zorg zou komen. Anderzijds zijn er drie respondenten die aangeven dat er nog andere partijen toegevoegd kunnen worden aan het netwerk, maar hun vraagtekens hebben of dit ten goede zou komen aan de effectiviteit van de *governance*.

4.2.4 Structuur

De meeste netwerken waarvoor de geïnterviewde respondenten werkzaam zijn, hebben een stuurgroep, waarin een aantal organisaties zitten die de andere organisaties die lid zijn van het netwerk vertegenwoordigen. Echter verschillen deze netwerken wel van structuur. Zo is er bijvoorbeeld één netwerk met een stuurgroep waar casemanagers onder het netwerk vallen (respondent 10), één netwerk waar een tactisch overleg boven hangt en er een stuurgroepoverleg met een andere regio is (respondent 13) en één netwerk met een stichting boven het netwerk, waaraan formeel verantwoording afgelegd wordt (respondent 12). Tot slot hebben ook de netwerken van de focusgroepen een andere structuur, zo is er bij de eerste focusgroep sprake van een ‘groot bestuurlijk netwerk’, waar verschillende netwerken onder hangen. Het dementienetwerk is er daar één van. We zien ondanks de verschillen, dat de netwerken een *shared participant type of governance* hebben. Er is namelijk geen leidende organisatie en alle organisaties zijn van elkaar afhankelijk. (Raeymaeckers & Kenis, 2016).

Gevolg van het feit dat veel organisaties in meerdere netwerken zitten, is dat dit als té veel ervaren wordt door de respondenten van de interviews. Ook in de eerste focusgroep wordt dit zo ervaren en wordt er zelfs gesproken van een overschot aan netwerken. Een respondent van de interviews geeft dan ook stellig aan:

“We worden helemaal gek van alle netwerken.” (respondent F17).

Door de respondenten van de eerste focusgroep wordt afstand ervaren tussen het groot bestuurlijk netwerk en het dementienetwerk. In het groot bestuurlijk netwerk is sprake van domeinvertegenwoordiging, wat volgens de respondenten niet werkt. Er wordt dan ook aangegeven

dat door een andere structuur efficiënter samengewerkt kan worden. Hoe deze structuur er dan uit zou moeten zien wordt echter niet genoemd.

Bij de tweede focusgroep is er sprake van een structuur van een dementienetwerk waaronder verschillende lokale netwerken hangen. Deze lokale netwerken voeden als het ware weer het regionale netwerk. Daarnaast wordt in deze focusgroep gesteld dat de praktische vertaling van het netwerk essentieel is. Volgens respondent F22 is het dan ook belangrijk om een mix van professionals en bestuurders/managers te hebben in het netwerk, zodat deze praktische vertaling gemaakt kan worden. Zo stelt deze:

“De praktische vertaling van het netwerk is essentieel. Als je veel beleidsmedewerkers hebt, wordt het soms niet altijd goed naar de werkvloer doorgevoerd. De mix van professionals en bestuurders/managers is een bewuste keuze, zodat je weet wat er op de werkvloer speelt.” (respondent F22).

Doch zijn er ook drie netwerken waarvoor de geïnterviewde respondenten werkzaam zijn die geen stuurgroep hebben, waarvan één bestuurd wordt door alle lid organisaties (respondent I14), één netwerk met een algemeen bestuur en daarnaast dagelijks bestuur (respondent I12) en één netwerk met een klankbordgroep met daaronder een netwerkoverleg met alle lid organisaties en daarnaast een vast overleg met de preferente zorgverzekeraar over de voortgang van het netwerk (respondent I12).

Onder de respondenten van de interviews leven er twee verschillende ideeën over verandering van de structuur van het netwerk. Het eerste idee is om gemeenten lid te laten worden van het netwerk, omdat zij een belangrijke rol hebben in de dementiezorg als financier van de ondersteuning van mensen met dementie vanuit het sociaal domein (respondent I8). Hiermee is het cruciaal om ook met gemeenten samen te werken en dus aan te sluiten bij het netwerk. Opvallenderwijs wordt hierbij het toevoegen van de preferente zorgverzekeraar aan het netwerk niet genoemd, terwijl ook zij een belangrijke rol hebben als financier van de dementiezorg. Het tweede idee is om van een dementienetwerk door te groeien naar een ouderenzorgnetwerk (respondent I10). Het argument dat hierachter ligt is dat mensen niet eenzelfde ziektebeeld en daarmee dezelfde zorg nodig hebben, en het daarmee efficiënter is om een breder netwerk te creëren waar meer zorgaanbieders kunnen samenwerken.

Tot slot zijn er drie geïnterviewde respondenten die aangeven dat de structuur van het netwerk niet effectief is. Hiervoor worden verschillende oorzaken gegeven, zo wordt gesteld dat de structuur van het netwerk niet helder is waardoor het onduidelijk is wie waar verantwoordelijk voor is. Een andere oorzaak is dat werkgroepen op zeggenschap en niet op inhoud samengesteld worden, wat ervoor zorgt dat er minder inhoudelijk besproken wordt en daarmee het doel van het netwerk voorbijgaat. Dit zorgt dus voor het ontbreken van interne legitimiteit, wat overeenkomt met de bevinding uit eerder onderzoek dat effectieve NG voortkomt uit het creëren van structuren, die voor zowel interne- als externe legitimiteit zorgen (Provan en Kenis, 2008).

De structuur van de netwerken blijkt dus sterk van elkaar te verschillen. Hierbij is opvallend dat in de focusgroepen genoemd wordt dat organisaties in veel netwerken zitten, wat niet als positief ervaren wordt omdat het als inefficiënt ervaren wordt. Tot slot is een terugkomend onderwerp dat het netwerk te ver af zou staan van wat er lokaal speelt. Dit zien we ook terug in de focusgroepen, waar afstand ervaren wordt tussen de uitvoering en de bestuurders, waardoor er minder goed een praktische vertaling gemaakt zou kunnen worden.

4.2.5 Functioneren

Tot slot wordt het functioneren van de netwerken door de respondenten van de interviews wisselend als effectief en niet-effectief ervaren. De effectiviteit van het functioneren ligt voor de respondenten die hier positief over zijn in het feit dat de doelen van het netwerk gehaald worden en de samenwerking goed verloopt. Een aantal respondenten die aangeven dat ze het netwerk als niet-effectief ervaren, noemen een aantal voorbeelden van zaken die het functioneren van het netwerk effectiever zouden maken: het harmoniseren van casemanagement en landelijk regelen van informatievoorziening (respondent I1), meer uur voor netwerkcoördinatie (respondent I10), beter delen van informatie tussen organisaties (respondent I5) en meer *commitment* van gemeenteambtenaren aan projecten (respondent I7). Tot slot valt op dat één respondent vond dat er nog onvoldoende sprake was van een netwerk:

“Mensen voelen zich niet onderdeel van een netwerk, organisaties voelen zich niet onderdeel van een netwerk. Casemanagers werken nog vanuit de eigen organisatie, in plaats van vanuit het netwerk. Daar is weinig structureel overleg tussen de verschillende organisaties of het nou gaat om casemanagement of dagbesteding, of welzijn, of. Daar zit ja daar, het is gewoon, gewoon in mijn ogen, nog niet een netwerk.” (respondent I14).

Bij de eerste focusgroep is men gematigd positief over het functioneren van het netwerk, ondanks dat er enkele kritische noten waren. Dit terwijl bij de tweede focusgroep collectief de gedachte gedeeld wordt dat het netwerk uitstekend functioneerde. Een respondent zegt hierover dat dit komt doordat men de samenwerking als noodzakelijk ziet en dan ook aangaat:

“Er is cohesie en bereidheid om samen te werken. Er wordt echt sterk de urgentie gevoeld dat het samen moet. Dat is een soort basiswaarde voor dat het lukt. Er zit echt een hele fijne vibe onder.” (respondent F21).

Er wordt bij de eerste focusgroep op praktijkniveau samengewerkt met alle partijen die betrokken zijn bij de dementiezorg. Echter, wordt er op bestuurlijk niveau niet met de gemeenten samengewerkt in het dementienetwerk. Daarnaast heerst in deze focusgroep de gedachte dat indien alle casemanagers onafhankelijk voor het netwerk zouden werken dit ten goede zou komen aan de effectiviteit.

In de tweede focusgroep wordt gesteld dat de leden van het netwerk de meerwaarde van het netwerk inzien, wat ten goede komt aan de samenwerking. Dit komt overeen met het feit dat Minkman, Ligthard & Huijsman (2009) beschrijven dat een succesfactor voor dementienetwerken de wil om met anderen samen te werken is. Er wordt in deze focusgroep door één respondent genoemd dat de samenwerking bemoeilijkt wordt wanneer het over financiën gaat, want dan zouden belangen ineens een rol spelen.

Een knelpunt voor het netwerk dat in beide focusgroepen naar voren komt is de financiering. Er wordt gesteld dat dit te veel regeltijd kost. Daarnaast voeren gemeenten eigen beleid op financiën, wat de samenwerking verslechterd. Er worden tot slot omtrent dit knelpunt twee opvallende uitspraken gedaan, namelijk dat er bewust verkeerde diagnoses gesteld worden en dat de marktwerking van de zorg er in de praktijk niet meer is:

“Door al die hokjes en al die regels. Ja. Dit wordt anoniem opgenomen, hé? Stellen wij soms ook diagnoses die mensen niet hebben, omdat ze anders in geen enkel hok passen. Of we zeggen functioneert op dementieel niveau.” (respondent F15).

“Marktwerking is voor ons wel bedacht, maar daar stappen we zelf wel uit hoor.” (respondent F22).

De geïnterviewde respondenten noemen een breed pallet aan knelpunten in het functioneren van het netwerk, echter zijn er een paar terugkomende knelpunten. Het eerste knelpunt is dat er netwerken zijn waar de casemanagers in dienst zijn bij hun eigen organisaties, met als gevolg dat er voldaan moet worden aan de productiviteitsnormen van hun eigen organisaties, het netwerk niet beschikt over managementinformatie en er minder overleg is tussen de casemanagers in de regio. Het tweede knelpunt is de financiering en dan specifiek de financiële schotten en de administratieve last voor casemanagers. Dit gaat ten koste van hun productiviteit en daarmee de effectiviteit van het netwerk. Het derde knelpunt is de tijd die het kost om dingen te organiseren. De door respondenten genoemde achterliggende reden is dat mensen weinig tijd hebben door de grote personeelstekorten waar organisaties mee te maken hebben en daarnaast dat sommige zaken over meerdere schijven binnen organisaties moet gaan. Het vierde knelpunt is de vele wisselingen binnen organisaties. In de literatuur zien we dan ook dat organisaties constant aan het veranderen en herstructureren zijn, door de acties en interpretaties van de betrokken leden (Minkman, Ahaus & Huijsman, 2009). Dit zorgt ervoor dat afspraken en regels steeds herhaald moeten worden. Dit leidt tot enige irritatie onder de respondenten. Tot slot wordt veelal genoemd dat het netwerk te ver af zou staan van wat er lokaal speelt. Anderzijds geeft respondent I14 aan dat het juist effectief is om regionaal te werken als netwerk, omdat er dan zaken gecombineerd kunnen worden.

4.3 Network governance

De resultaten die onder het thema NG vallen, worden besproken aan de hand van de vier variabelen die het model van Ansell en Gash (2011) bevat.

4.3.1 Collaboratief proces

De samenwerking binnen het netwerk wordt door een deel van de respondenten van de interviews als effectief gezien. Bovendien is deze samenwerking steeds effectiever aan het worden volgens deze respondenten. Door respondent I7 wordt hiervoor de reden gegeven dat de organisaties uit verschillende domeinen elkaar nodig hebben om goede zorg en ondersteuning te kunnen geven aan thuiswonenden met dementie. Echter zijn er ook vijf geïnterviewde respondenten die aangeven dat de samenwerking soms 'stroperig' verloopt. Hier worden verschillende oorzaken voor genoemd, waaronder wet- en regelgeving, ego en beperkingen van tijd, geld en ruimte (respondent I14), concurrentie en belangen (respondent I12 & I2) en (respondent I2). Een opvallende opmerking hierbij is dat een netwerkcoördinator het heft in eigen handen neemt omdat er te weinig besluitvaardigheid is onder de leden van het netwerk:

“Want er zijn natuurlijk onderwerpen bij die ik al meerdere keren op tafel heb gelegd bij de verschillende netwerken, bij de stuurgroepen. En dan zie je dus dat soms wat weinig besluitvaardigheid is en dan doe ik dingen gewoon soms onder het motto niet reageren is akkoord. Dan ben je het al rond, hè? Dus ik doe geen dingen stiekem, maar, en dan heb ik het ook over de regelgeving, hè [...]” (respondent I14).

4.3.1.1 Doelen

De eerste variabele van het collaboratief proces is 'doelen'. De regionale dementienetwerken hebben allemaal totaal verschillende doelen. Een greep uit deze doelen zijn: het faciliteren van casemanagers, het faciliteren van samenwerking tussen de verschillende organisaties om te zorgen voor goede dementiezorg in de regio, het op orde brengen en verbeteren van de ondersteuning voor mensen met dementie, het versterken van de samenwerking binnen de keten en mensen zo lang mogelijk mee laten doen in de maatschappij. Over het algemeen zijn al deze doelen gebaseerd op de zorgstandaard dementie.

Wat opviel is dat niet ieder netwerk haar doelen vastgelegd heeft, geprioriteerd heeft wat het belangrijkste doel is van het netwerk en dat deze doelen vaak niet meetbaar zijn. Dit laatste is dan ook terug te zien in het feit dat de meeste respondenten aangeven dat de doelen van het netwerk niet

bereikt worden, omdat dit abstracte en niet-meetbare doelen zijn. Dit wordt ook in de tweede focusgroep aangegeven. Een respondent van deze focusgroep geeft hierbij echter aan dat het nodig is om abstracte, meer richtinggevende doelen te hebben. Een andere respondent haakte hierop aan:

“Soms moet je ook gewaagde doelen hebben, die er eigenlijk zijn, meer richtinggevend zijn. En je moet, ik denk wel dat je een mix moet hebben. Je moet wel wat concrete doelen hebben, anders dan zal, laten we zeggen, gaan partijen denken: wat is nou het nut van het netwerk?” (respondent F23).

Respondenten van de interviews geven bovendien aan dat hun doelen gedeeld worden door de partijen, gezien ze vaak in coproductie vastgesteld zijn. Echter plaatst respondent 2 de kanttekening dat in theorie de doelen gedeeld worden, maar organisaties in de praktijk deze doelen prioriteren.

4.3.1.2 Commitment

De tweede variabele van het collaboratief proces is ‘*commitment*’. Hierbij is er wederom sprake van een tweedeling tussen de respondenten van de interviews. Waar een grote groep respondenten positief is over het *commitment* van de leden aan het netwerk, is er ook een groep respondenten die minder positief is. Zo wordt er door twee respondenten genoemd dat er meer *commitment* nodig is van de leden van het netwerk om de effectiviteit van de *governance* te verhogen. Dit ligt in het feit dat er in de netwerken een aantal leden zitten die geen *commitment* tonen doordat ze bijvoorbeeld niet naar vergaderingen en andere bijeenkomsten komen. Er worden twee redenen door de respondenten genoemd voor het lage *commitment* van sommige leden van het netwerk. De eerstgenoemde reden zijn individuele belangen. De tweede reden is dat men niet intrinsiek gemotiveerd is om lid te worden van het netwerk maar verplicht om lid te worden:

“Ja, wat mijn verklaring ervoor is. Mensen zijn niet intrinsiek gemotiveerd om lid te worden van het netwerk dementie. Mensen zijn met name die zorgorganisaties die op dit moment een groot deel zijn van de stuurgroep. Die hebben een financieel belang, die moeten namelijk lid zijn van een netwerk dementie als ze casemanagement willen aanbieden. En ze willen casemanagement aanbieden en daarom zijn ze lid van het netwerk. Niet omdat ze dat netwerk zo belangrijk vinden. Omdat de zorgverzekeraar dat eist.” (respondent I2).

“Nou er zijn wel een aantal organisaties die een beetje aan de randen, ook van het letterlijke werkgebied, maar ook van het inhoudelijke gebied zitten. Er zijn een paar organisaties die lid zijn, omdat ze, die organisatie is niet binnen onze regio gevestigd, maar ze hebben bijvoorbeeld wel een locatie, een woonlocatie bijvoorbeeld in onze regio. Waardoor ze verplicht zijn om lid te zijn van het netwerk. Nou die hoor en zie je, ik bedoel ik betrek ze er altijd wel bij. Het heeft voor hun echt geen meerwaarde.” (respondent I3).

Opvallend is dat er door de respondenten van de interviews meermaals aangegeven wordt dat het *commitment* in de lift zit. Hiervoor worden drie redenen gegeven, namelijk dat er het besef is bij zorgaanbieders dat samenwerking nodig is om zorg te kunnen organiseren (respondent I3), demografische ontwikkelingen en het beleid van langer thuis (respondent I12).

Ten slotte wordt in de tweede focusgroep door de respondenten gesteld dat er veel *commitment* is. Het belang hiervan wordt door een respondent aangegeven:

“Zonder bestuurlijk commitment kan je niets.” (respondent 21).

Echter wordt er wel aangegeven dat financiële belangen een rol spelen. Hier wordt de kanttekening bij geplaatst dat als er iets is waar iedereen gezamenlijkheid in voelt, het financiële belang dan ook wat minder een rol speelt.

4.3.1.3 Eigenaarschap

De derde variabele van het collaboratief proces is ‘eigenaarschap’. Tijdens interviews zeggen respondenten dat zij hier over het algemeen niet over te spreken zijn, wat met name komt door bestuurlijke aspecten en niet door de uitvoering van de activiteiten van het netwerk. Er worden verschillende redenen genoemd voor een lage mate van eigenaarschap, namelijk dat het netwerk geen prioriteit heeft, personeelstekorten ondervindt en de tijd en financiële middelen ontbreken bij organisaties om actief deel uit te maken van het netwerk:

“Maar wat je natuurlijk ziet, daar waar voor de één natuurlijk de, de corebusiness is, is het voor de ander natuurlijk toch een stuk erbij.” (respondent I11).

“En dat is, dat is wisselend, maar ik merk wel omdat, omdat natuurlijk we te maken hebben met die arbeidskrachte en de mensen op de vloer, het gewoon allemaal hartstikke druk hebben. Dat dat wel lastiger wordt. ... Maar het heeft soms ook met expertise te maken natuurlijk.” (respondent I8).

“[...] eigenaarschap vanuit grote organisaties die, die is groter zeg maar die, die doen sneller een stap naar voren en de mensen die bestuurlijk betrokken zijn, zeg maar.” (respondent I12).

Een drietal geïnterviewde respondenten geeft aan dat zij een erg belangrijke rol hebben in het zorgen voor eigenaarschap. Dit onderstreept wederom dat er weinig eigenaarschap getoond wordt door de leden van het netwerk.

Tot slot geven twee respondenten aan dat er meer *commitment* en eigenaarschap nodig is van de leden van het netwerk om de effectiviteit van de *governance* te verhogen.

4.3.1.4 Waarden

De vierde variabele van het collaboratief proces is ‘waarden’. De waarden van het netwerk worden door alle leden gedeeld volgens de respondenten van de interviews. Echter, wordt er wel door een drietal respondenten genoemd dat de invulling van deze waarden tussen de leden verschilt. Respondent 2 noemt hiervoor de reden dat bij sommige organisaties het financiële belang voorop staat en voor andere organisaties goede zorg.

4.3.1.5 Communicatie

De vijfde variabele van het collaboratief proces is ‘communicatie’. Alle geïnterviewde respondenten geven aan dat de onderlinge communicatie tussen de leden van het netwerk goed is. Echter, is er één respondent die aangeeft dat de communicatie met gemeenten soms lastig verloopt bij moeilijke casussen die niet onder een bepaalde wet vallen. Hiervoor wordt geen reden genoemd, maar aannemelijk is dat er een tekort aan specialistische kennis over de wetgeving is bij gemeenten.

4.3.1.6 Vertrouwen

De zesde variabele van het collaboratief proces is ‘vertrouwen’. De respondenten van de interviews zijn positief over het onderlinge vertrouwen binnen het netwerk. Volgens een tweetal respondenten zou de onderlinge communicatie hieraan bijdragen. Wat bovendien bij veel respondenten terugkomt is dat de leden elkaar niet meer als concurrenten zien, waardoor het vertrouwen toeneemt binnen het netwerk. In de eerste focusgroep wordt echter gesteld dat er een geringe mate van vertrouwen is tussen de leden van het netwerk:

“Organisaties moeten elkaar vertrouwen en meer mandaat geven, zodat ze elkaar kunnen vertegenwoordigen. Ziekenhuizen gaan elkaar echt niet vertegenwoordigen op dit moment.” (respondent F15).

Er is daarnaast één respondent van de interviews die aangeeft dat binnen zijn/haar netwerk er wel sprake concurrentie is tussen sommige thuiszorgaanbieders, en dat dit niet ten goede komt aan het onderlinge vertrouwen binnen het netwerk.

4.3.1.7 Successen

De laatste variabele van het collaboratief proces is 'successen'. Successen worden volgens de geïnterviewde respondenten gedeeld, maar te weinig. Daarnaast geven de meeste respondenten aan dat successen niet of nog te weinig gevierd worden binnen het netwerk. Hierbij stellen wel veel respondenten dit meer te moeten en willen doen, zo stelt respondent I4:

“Ja, het misschien wel meer, denk ik wel als ik heel eerlijk ben. Ik denk dat doen we misschien nog wel te weinig, ja. En we delen wel de successen binnen het team. Maar als ik, ja, als ik daar zo over na denk, mag dat misschien iets meer nog gedeeld worden.”

We zien dus dat het *commitment* en eigenaarschap door een groot deel van de respondenten als onvoldoende gezien wordt. Daarnaast zijn doelen in niet ieder netwerk vastgelegd en geprioriteerd, tevens zijn deze doelen vaak niet meetbaar. Bovendien worden successen van de netwerken onvoldoende gedeeld. Tot slot worden de waarden van het netwerk gedeeld door de leden van het netwerk, maar verschilt de invulling van deze waarden tussen de leden soms. Anderzijds zijn de onderlinge communicatie en het vertrouwen tussen de leden van het netwerk wel goed. Dit betekent dat een aantal variabelen van het collaboratief proces van de netwerken, dat een centrale rol heeft in het model van Ansell & Gash (2011), als onvoldoende gezien worden. Gevolg hiervan is dat deze variabelen een negatieve werking op elkaar en daarmee het gehele collaboratief proces hebben (Ansell & Gash, 2011).

4.3.2 Start omstandigheden

De context waarin het collaboratief proces plaatsvindt heeft ook invloed op het collaboratief proces (Ansell & Gash, 2011). Zo bepalen de startomstandigheden de basis van het vertrouwen, conflict en sociaal kapitaal, welke gedurende de samenwerking voor middelen of passiva zorgen (Ansell & Gash, 2011).

Een variabele van de start omstandigheden is de geschiedenis tussen sommige partijen. De meeste respondenten van de interviews geven aan dat er hier sprake van is. Dit ligt met name in dat voorheen de concurrentie tussen dementiezorgaanbieders zo sterk was dat er geen samenwerking tussen hen was. Hoewel er nu nog steeds concurrentie is, weet men elkaar echter meer te vinden met de intentie om samen te werken. Als oorzaak hiervoor worden de personeelstekorten genoemd. Een andere geschiedenis die genoemd wordt is het feit dat gemeenten eerder niet betrokken waren, maar een belangrijke rol rondom de dementiezorg zijn gaan spelen en daarom nu wel betrokken zijn. Echter, zijn de gemeenten in de meeste onderzochte netwerken geen lid van het netwerk.

Een opvallende uitspraak over de geschiedenis is dat één respondent aangeeft dat er een verschil is tussen hoe mannen en vrouwen zich opstellen naar anderen:

“Ja weet je dat is er natuurlijk altijd. Er zijn altijd partijen die de grootste willen zijn. En dat zijn vaak partijen met mannen aan het hoofd. [...] Maar inmiddels en dat is natuurlijk om te zeggen, zijn het allemaal vrouwen en, als bestuurders, en gaat het een stuk beter.” (respondent I5).

De andere variabele van de start omstandigheden is machtsverhoudingen, waar volgens het leeuwendeel van de geïnterviewde respondenten geen sprake van is. Hierbij zijn er ook een aantal respondenten die aangeven dat de grotere organisaties en de organisaties met meer financiële middelen macht naar zich toetrekken.

4.3.3 Institutioneel ontwerp

Een ander onderdeel van de context is het institutioneel ontwerp, dat zorgt voor de basisregels waaronder samenwerking plaatsvindt (Ansell & Gash, 2011).

Als we in de data kijken naar het institutioneel ontwerp zien we bij de hechtheid van het netwerk dat er sprake is van een tweedeling onder de geïnterviewde respondenten. Waar de ene respondent spreekt van een hecht netwerk, spreekt de ander van een 'los vast' netwerk. Bovendien wordt er door twee respondenten gesproken van een tweedeling in hechtheid binnen het netwerk. Zo wordt er gesteld dat er een hechte kern van het netwerk is en een buiten-schil die minder hecht is (respondent I12 & I14).

Dit zien we ook terug in de focusgroepen. In de ene focusgroep wordt namelijk gesproken van een hecht netwerk, maar in de andere focusgroep wordt afstand ervaren tussen het bestuurlijk- en uitvoerend deel van het netwerk.

Waar er verdeeldheid is onder de respondenten over de hechtheid, zien we bij de inclusiviteit juist veel van dezelfde antwoorden. De meeste respondenten van de interviews geven namelijk aan dat het netwerk inclusief is voor al haar leden. Ze geven echter wel aan niet inclusief te zijn in dat ze sommige partijen bewust buiten het netwerk houden. Hierbij worden in het bijzonder partijen die alleen aan persoonsgebonden budget (PGB) doen genoemd. Er zijn bovendien twee respondenten die aangeven niet inclusief te zijn voor organisaties die zich bij het netwerk zouden willen voegen.

De respondenten van de tweede focusgroep geven aan dat iedere partij die iets met demantie doet welkom is in het netwerk, zolang een partij iets toevoegt aan het netwerk. Zij spreken hierbij van het fenomeen 'halen en brengen':

"Als een nieuwe partij lid wil worden moet er ook iets gebracht worden. 'Halen en brengen'." (respondent F23).

In zowel interviews als de focusgroepen spreekt men dus van inclusiviteit binnen het netwerk, maar dat het netwerk niet inclusief is in de zin dat nieuwe partijen zich niet zomaar bij het netwerk kunnen voegen.

De transparantie van het netwerk wordt over het algemeen ook als goed beschouwd door de respondenten. Wel valt op dat er benadrukt wordt door meerdere geïnterviewde respondenten dat er sprake van transparantie is zolang er inzet getoond wordt van de leden om alles te lezen wat hen toegestuurd wordt en aanwezig te zijn bij vergaderingen. Dit impliceert dat de leden dit dus niet altijd doen.

Tot slot geven de meeste respondenten van de interviews aan dat er zwart op wit vastgestelde regels zijn die gelden binnen het netwerk, in de meeste gevallen in de vorm van een huishoudelijk reglement, convenant dan wel samenwerkingsovereenkomst. Hierop noemt één respondent de opvallende uitzondering dat in een netwerk het huishoudelijk reglement geschrappt wordt:

"[...] We hebben we afgelopen dinsdag gezegd wij gaan dat niet meer doen, een huishoudelijk reglement. Waarom zouden we het doen? Wij zijn bij elkaar met ons gezond verstand zijn wij een netwerk en een netwerk is niks hé? Je bent niet een entiteit op zich. En waarom moeten we dat allemaal formaliseren? We kunnen ook vanuit de goede bedoeling met elkaar samenwerken en dat is wat we dus nu gezegd hebben." (respondent I1).

Er zijn anderzijds twee respondenten die aangeven dat er regels vastgesteld zijn in werkafspraken. Er is één respondent die aangeeft dat regels in notulen vastgelegd zijn en één respondent die stelt dat

regels in de statuten zijn vastgelegd. Tevens is er één respondent die aangeeft dat er geen vastgelegde regels meer zijn, maar dat deze wel opnieuw zouden worden vastgelegd.

4.3.4 Facilitair leiderschap

Tot slot is het facilitair leiderschap onderdeel van de context waarin het collaboratief proces plaatsvindt, dat zorgt voor bemiddeling en facilitering van het collaboratief proces (Ansell & Gash, 2011). De variabele hiervan is de ruimte voor inbreng. De respondenten geven aan dat er voor ieder lid voldoende ruimte is voor inbreng in het netwerk. Zo stelt respondent I10:

“Die is 100%, hè? Want in een vergadering, ja, hebben we gewoon een agenda, en, en, ja, daar ligt voor iedereen de ruimte. En iedereen neemt ook die ruimte om daarop te reageren vanuit zijn of haar expertise.”

Wel valt op dat een respondent aangeeft dat deze ruimte weinig genomen wordt door de leden van het netwerk.

5. Conclusie

In dit hoofdstuk wordt eerst antwoord gegeven op de empirische deelvragen die gesteld zijn in dit onderzoek. Vervolgens wordt op basis hiervan antwoord gegeven op de onderzoeksvraag.

De eerste empirische deelvraag luidde: Hoe zit de huidige *governance* van de regionale dementienetwerken in elkaar? Uit dit empirische onderzoek blijkt dat er geen eenduidige *governance* is van de regionale dementienetwerken. De netwerken hebben namelijk verschillende entiteiten en verschillen in soorten en aantal leden, structuur en activiteiten die ze ondernemen. De onderzochte netwerken hebben allen wel een kartrekker die over het algemeen dezelfde taken hebben. Echter heeft deze kartrekker een variërende functietitel, zoals netwerkcoördinator, ketenregisseur, ketencoördinator en netwerkregisseur. Daarnaast hebben deze kartrekkers verschillende werkgevers, aantal uren voor de functie en vormen van ondersteuning die zij krijgen.

De tweede empirische deelvraag was: Hoe wordt de *governance* van de zorg rondom dementie in de regionale dementienetwerken ervaren? Uit dit empirische onderzoek blijkt dat de *governance* van de zorg rondom dementie in de regionale dementienetwerken in de regel als negatief ervaren wordt, waar meerdere factoren aan ten grondslag liggen. Zo is de structuur van de netwerken vaak niet helder en daarnaast ineffectief, worden de netwerken veelal niet als hecht gezien, hebben de netwerken niet de juiste samenstelling van leden en tot slot tonen leden te weinig *commitment* en eigenaarschap. Bovendien is gebleken dat niet ieder netwerk doelen heeft vastgesteld dan wel geprioriteerd, tevens zijn deze doelen vaak niet meetbaar. Daarnaast worden successen van de netwerken onvoldoende gedeeld en gevierd.

De derde empirische deelvraag luidde: Hoe wordt er gekeken naar de effectiviteit van de regionale dementienetwerken? In dit empirische onderzoek hebben we gezien dat er wisselend gekeken wordt naar de effectiviteit van de regionale dementienetwerken. Hierbij werd aangegeven dat de samenwerking steeds effectiever aan het worden is. Echter zijn er een flink aantal knelpunten in de samenwerking, zo zijn er netwerken waar de casemanagers in dienst zijn bij hun eigen organisaties, de financiële schotten en de administratieve last voor casemanagers en de tijd die het kost om dingen te organiseren. Daarnaast zijn er de vele interne wisselingen binnen organisaties, te veel organisaties in het netwerk zitten en tot slot dat de geconcentreerde expertise van de netwerkcoördinator een netwerk kwetsbaar maakt.

De vierde empirische deelvraag luidde: Welke verandering is volgens betrokkenen nodig in de *governance* van de regionale dementienetwerken om de van hieruit georganiseerde zorg effectief te kunnen organiseren? In dit empirische onderzoek is gebleken dat er onder de respondenten een aantal ideeën leven voor verandering in *governance* van de regionale dementienetwerken om de van hieruit georganiseerde zorg effectief te kunnen organiseren. Deze ideeën zijn: het veranderen van de samenstelling (toevoegen van preferente zorgverzekeraar, welzijnsorganisaties en gemeenten), creëren van een betere mix tussen bestuurders/managers en professionals, vergroten betrokkenheid partijen, ontwikkelen van dementienetwerk naar ouderenzorgnetwerk, professionaliseren casemanagement, stellen van concrete doelen. Echter wordt er wel de kanttekening geplaatst dat er hierbij de zorgen leven dat het netwerk te groot zou kunnen worden, en dat dit de efficiëntie negatief zal beïnvloeden.

De onderzoeksvraag van dit onderzoek luidt:

“Welke *governance* is er volgens betrokken actoren nodig om de vanuit regionale dementienetwerken georganiseerde zorg effectief te kunnen organiseren?”

Op basis van de bovenstaande deelvragen kunnen we concluderen dat volgens betrokken actoren een andere *governance* nodig is om de vanuit regionale dementienetwerken georganiseerde zorg effectief te kunnen organiseren. De door hen genoemde veranderingen in *governance* zijn: het veranderen van de samenstelling (toevoegen van preferente zorgverzekeraar, welzijnsorganisaties en gemeenten), creëren van een betere mix tussen bestuurders/managers en professionals, vergroten betrokkenheid partijen, ontwikkelen van dementienetwerk naar ouderenzorgnetwerk, professionaliseren van casemanagement, stellen van meetbare- en daarnaast ook abstracte doelen. Het is namelijk belangrijk om doelen te hebben die meetbaar en daarmee haalbaar zijn, maar ook doelen die richtinggevend en daarmee abstract zijn.

6. Discussie en aanbevelingen

Dit hoofdstuk bestaat uit vier paragrafen. In de eerste paragraaf worden de vooraf gestelde verwachtingen vergeleken met de resultaten. Daarna worden de praktische implicaties besproken, waarna de beperkingen van het onderzoek worden besproken. Tot slot worden er suggesties voor vervolgonderzoek gedaan.

6.1 Verwachtingen

Op basis van de besproken literatuur werd verwacht dat, om de vanuit regionale dementienetwerken georganiseerde zorg effectief te kunnen organiseren, er een andere *governance* nodig is.

In de resultaten zien we dat men de samenwerking binnen het netwerk wisselend als wel en niet-effectief ziet. Hierbij werd aangegeven dat deze samenwerking steeds effectiever aan het worden is. Echter, werden er knelpunten genoemd die de samenwerking bemoeilijken: er zijn netwerken waar de casemanagers in dienst zijn bij hun eigen organisaties, de financiële schotten en de administratieve last voor casemanagers, de tijd die het kost om dingen te organiseren, de vele interne wisselingen binnen organisaties, dat er te veel organisaties in het netwerk zitten en dat de geconcentreerde expertise van de netwerkcoördinator een netwerk kwetsbaar maakt.

We zien in de resultaten dat men ontevreden is over de effectiviteit van de *governance* van de netwerken. Dat strookt dus met de verwachting dat er een andere *governance* nodig is om de vanuit regionale dementienetwerken georganiseerde zorg effectief te kunnen organiseren. Deze ontevredenheid ligt in: de structuur, het *commitment*, het eigenaarschap, de samenstelling en de competenties van het netwerk. Dit komt overeen met de verwachting dat de verandering in *governance* ligt in het besteden van aandacht aan de relatie tussen de vier contextuele factoren die voor de effectiviteit van *NG* vormen zorgen, namelijk: de mate van vertrouwen tussen de netwerkleiden, het aantal deelnemers, de mate van doelconsensus en de behoefte aan competenties op netwerkniveau (Provan en Kenis, 2008).

Om aan deze vier contextuele factoren te voldoen, werd verwacht dat er aandacht gegeven dient te worden aan de vier variabelen uit het model van *CG*: het collaboratief proces, de start omstandigheden, het institutioneel ontwerp en facilitair leiderschap (Ansell & Gash, 2011).

In de resultaten hebben we gezien dat het collaboratief proces aandacht behoeft. Het *commitment* en eigenaarschap van de leden van een groot deel van de netwerken zijn onvoldoende. Daarnaast zijn niet in ieder netwerk doelen vastgelegd en geprioriteerd, tevens zijn deze doelen vaak niet meetbaar. Bovendien worden successen van de netwerken onvoldoende gedeeld. Tot slot worden de waarden van het netwerk gedeeld door de leden van het netwerk, maar verschilt de invulling van deze waarden tussen de leden soms. Anderzijds zijn de onderlinge communicatie en het vertrouwen tussen de leden van het netwerk wel goed.

6.2 Praktische implicaties

Op basis van de bevindingen uit dit onderzoek worden vijf praktische aanbevelingen gedaan. Deze kunnen ingezet worden om verandering te bewerkstelligen, waarmee de vanuit regionale dementienetwerken georganiseerde zorg effectiever georganiseerd kan worden.

Ten eerste hebben we in dit onderzoek gezien dat er veel zorgnetwerken en andere overleggen zijn waar dementiezorg organisaties lid van zijn. Dit kan leiden tot een overschot aan netwerken en overleggen, waardoor organisaties minder *commitment* en eigenaarschap tonen aan de netwerken. Wat dan weer ten koste gaat van de effectiviteit van de netwerken. De praktische aanbeveling hierbij is dan ook om te kijken of er zorgnetwerken en andere overleggen samengevoegd kunnen worden.

Een voorbeeld hiervan is om de netwerken die te maken hebben met ouderenzorg samen te voegen tot een ouderenzorgnetwerk.

Ten tweede is in dit onderzoek bevonden dat in de regionale dementienetwerken waar casemanagers niet onafhankelijk werken, ontevredenheid hierover heerste, terwijl in de netwerken waar dit wel het geval was men erg positief was over het functioneren van het casemanagement. Het is dan ook een praktische aanbeveling om de casemanagers onafhankelijk te laten werken voor de regionale dementienetwerken. Dit zou betekenen dat ze niet meer in dienst zijn van een individuele organisatie, maar van het netwerk. Hiermee zou een casemanager daadwerkelijk een vaste en onafhankelijke begeleider voor mensen met dementie en hun naasten zijn, die helpt om een weg te vinden in alle wetten, regels en zorgmogelijkheden binnen het dementienetwerk (Alzheimer Nederland, z.d.).

Ten derde is in dit onderzoek gebleken dat in de meeste regionale dementienetwerken de preferente verzekeraar en gemeenten niet aangesloten zijn, terwijl ze een belangrijke rol in de dementiezorg spelen en in het bijzonder bij vraagstukken met een financiële component. De preferente zorgverzekeraar is als financier van de zorg dus een belangrijke partij. Daarnaast ligt de organisatie en financiering van zorg en ondersteuning vanuit het sociaal domein bij de gemeenten (Richters et al., 2018). Een aanbeveling is dan ook om de preferente verzekeraar en gemeenten lid te laten zijn van de netwerken.

Ten vierde werd in dit onderzoek gesteld dat niet ieder netwerk doelen vastgesteld dan wel geprioriteerd heeft en zijn deze doelen vaak niet meetbaar. Dit draagt niet bij aan de effectiviteit van het netwerk. Een respondent noemde hierbij dat het nodig is om abstracte, meer richtinggevende doelen te hebben. Een aanbeveling is dan ook om meetbare- en daarnaast ook een aantal abstracte doelen vast te stellen en deze te prioriteren.

Ten slotte is in dit onderzoek gebleken dat de meeste netwerken successen niet delen, laat staan dat ze deze successen vieren. Dit laatste is te verklaren doordat er weinig budget voor is. Echter draagt dit niet bij aan de effectiviteit van het netwerk. Een praktische aanbeveling is dan ook om successen te delen en waar mogelijk, met het oog op de budgetten, te vieren.

6.3 Beperkingen van het onderzoek

Dit onderzoek kent vijf beperkingen, welke invloed hebben op de betrouwbaarheid van dit onderzoek.

Ten eerste zijn er twee focusgroepen gehouden, waar er in de onderzoeksopzet beoogt werd drie focusgroepen te houden. Echter, bleek dit gezien de drukke agenda's van de respondenten niet mogelijk. Hoewel er door het aantal focusgroepen voldoende data gegenereerd zijn, had er dus een grotere hoeveelheid data gegenereerd kunnen worden uit de focusgroepen.

Ten tweede was de tweede focusgroep één uur lang, in plaats van de anderhalf uur die hiervoor gepland was. Dit kwam wederom door de drukke agenda's van de respondenten. Het heeft echter geen invloed gehad op de hoeveelheid data die opgedaan is uit deze focusgroep en heeft daarmee geen invloed op de resultaten. Ook hierbij geldt dus dat er voldoende data gegenereerd zijn, maar dat dit meer had kunnen zijn.

Ten derde zijn de interviews via Microsoft Teams afgenomen. Dit heeft als voordeel dat het reistijd scheelt en daardoor efficiënter is, maar als nadeel dat er beperkt non-verbale communicatie waargenomen kan worden. Er is daarom tijdens de interviews extra aandacht hieraan besteed en daardoor zijn er zo betrouwbaar mogelijke data gegenereerd. Deze beperking heeft daarmee geen invloed gehad op de hoeveelheid data, alsmede de resultaten.

Ten vierde zijn netwerkcoördinatoren van regionale dementienetwerken uit zes provincies geïnterviewd. Hoewel deze spreiding een mooie variatie heeft opgeleverd in de uitkomsten, zijn niet alle netwerken in Nederland betrokken in dit onderzoek. Daarom is het aan te raden om voorzichtig te zijn met het trekken van generalistische conclusies op basis van de onderzoeksuitkomsten. Desalniettemin komen de onderzoeksuitkomsten overeen met conclusies uit eerdere onderzoeken over dit thema (Cunningham et al., 2012; Minkman, Ligthard & Huijsman, 2009; Minkman, Ahaus & Huijsman, 2009; Raeymaeckers & Kenis, 2016; Provan & Kenis, 2008; van Leeuwen, van Lindenberg & Hoff, 2022), waardoor verwacht wordt dat dit een realistisch beeld schetst.

Ten slotte zijn er 14 interviews gehouden, waarvan de data van één van deze interviews onbruikbaar zijn voor dit onderzoek. Respondent 6 bleek tijdens het interview namelijk voorzitter te zijn van een lokaal dementienetwerk, wat onderdeel is van een regionaal dementienetwerk. Dit betekent dat er sprake was een totaal ander netwerk in structuur, leden, activiteiten, et cetera. Hiermee is er data ontstaan die niet vergelijkbaar zijn met de andere data, en daarmee niet bruikbaar zijn. Hoewel er door het aantal interviews voldoende data gegeneerd zijn, had er dus een grotere hoeveelheid bruikbare data gegeneerd kunnen worden uit de interviews.

6.4 Vervolgonderzoek

Er kunnen naar aanleiding van de resultaten en beperkingen van dit onderzoek een drietal aanbevelingen gedaan worden voor vervolgonderzoek.

Een eerste aanbeveling is om vervolgonderzoek te doen aan de hand van een ander theoretisch model. Er zijn namelijk buiten het *Collaborative governance* model van Ansell en Gash (2011) ook andere *governance* modellen die gebuikt zouden kunnen worden om tot een aanvulling op de uitkomsten van dit onderzoek te komen. Een voorbeeld hiervan is het model van Emerson, Nabatchi en Balogh (2012), dat een aantal dimensies specificeert die een grotere systeemcontext omvatten, wat zij een *CG*-regime noemen, en haar interne dynamieken en acties in samenwerking die tot impact en aanpassingen in het systeem kunnen leiden. Het gebruik van dit model zal ons dus meer leren over de context waarin de samenwerking tussen de lid organisaties van dementienetwerken opereert. Daarmee kan dit model helpen om verder te onderzoeken welke *governance* er nodig is om de vanuit regionale dementienetwerken georganiseerde zorg effectief te kunnen organiseren.

Een tweede aanbeveling en passende aanvulling op de uitkomsten van dit onderzoek is om vervolgonderzoek onder een grotere steekproef te doen. Een kwantitatief vragenlijst onderzoek zou hiervoor een passende methode zijn, gezien dit zal zorgen voor een groter aantal respondenten. In het bijzonder zou het mooi zijn om ervoor te zorgen dat alle 12 de Nederlandse provincies vertegenwoordigd zijn, wat zal zorgen voor een hogere validiteit.

Een derde aanbeveling voor vervolgonderzoek is om een vergelijkend onderzoek te doen naar de effectiviteit van regionale dementienetwerken in verschillende landen. In andere landen wordt er namelijk anders omgegaan met de dementiezorg, en in de landen waar ook gewerkt wordt met regionale dementienetwerken zijn deze en ook hun *governance* anders vormgegeven (Nakanishi & Nakashima, 2014; Wübbeler et al., 2017). Uit een vergelijking tussen deze landen zouden er mogelijk interessante lessen over de *governance* van dementienetwerken getrokken kunnen worden welke aanvullend zijn op de uitkomsten van dit onderzoek, gezien andere vormen van *governance* naar alle waarschijnlijkheid andere voor- en nadelen met zich meebrengen.

7. Nawoord

Het landelijk beleid op de regionale dementienetwerken is jong, maar men wordt steeds ouder. Het gevolg van deze toenemende levensverwachting is dat het aantal mensen met dementie rap zal toenemen. Het zal dan ook een uitdaging worden om dezelfde kwaliteit dementiezorg te kunnen blijven bieden aan deze mensen. Om dit te realiseren zullen betrokken organisaties samen moeten werken en de regionale dementienetwerken lijken hier een passende oplossing voor. Echter, zal het speelveld steeds blijven veranderen door externe omstandigheden, waar constant op ingespeeld dient te worden om de kwaliteit van de dementiezorg te kunnen waarborgen. Het is dan ook zaak om scherp te blijven op de *governance* van de regionale dementienetwerken, zo stelde een respondent:

“Je moet niet achterover hangen met die structuur en denken van het staat nu. Dus dat blijft wel continu in beweging gaan, dus dat was voor mij even een nieuw inzicht van oh ja, dat, dat blijft de aandacht vragen. En je moet ook blijven veranderen om ook weer wendbaar te blijven als netwerk.” (Respondent 9).

In dit onderzoek hebben we gezien dat de huidige staat van de *governance* van de dementienetwerken onvoldoende is. Dit baart zorgen voor de toekomst. Dit onderzoek toont dan ook de noodzaak aan om de *governance* serieus te nemen en hiermee aan de slag te gaan.

8. Literatuurlijst

Alzheimer Nederland Vrijwilligersplein. (z.d.). *Dossier dementienetwerk: Hoe werkt een dementienetwerk?* Geraadpleegd via <https://www.alzheimervrijwilligers.nl/dossiers/dementienetwerk/over-dementie-netwerk-nederland>.

Alzheimer Nederland. (2021, februari). *Factsheet cijfers en feiten over dementie*. Geraadpleegd via <https://www.alzheimer-nederland.nl/factsheet-cijfers-en-feiten-over-dementie#:~:text=Impact%20op%20de%20samenleving,kosten%20in%20de%20Nederlandse%20gezondheidszorg>.

Alzheimer Nederland. (z.d.). *De casemanager: persoonlijke begeleiding bij dementie*. Geraadpleegd via <https://www.alzheimer-nederland.nl/dementie/diagnose-en-behandeling/casemanager>.

Alzheimer Nederland. (z.d.). *Diagnose dementie vaststellen*. Geraadpleegd via <https://www.alzheimer-nederland.nl/dementie/diagnose-en-behandeling>.

Alzheimer Nederland. (z.d.). *Factsheet wat is dementie?* Geraadpleegd via <https://www.alzheimer-nederland.nl/factsheet-wat-dementie>.

Ansell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of public administration research and theory*, 18(4), 543-571.

Bazzoli, G. J., Dynan, L., Burns, L. R., & Yap, C. (2004). Two decades of organizational change in health care: what have we learned? *Medical care research and review*, 61(3), 247-331.

Berardo, R., Fischer, M., & Hamilton, M. (2020). Collaborative governance and the challenges of network-based research. *The American review of public administration*, 50(8), 898-913.

Bernlef, J. (1984). *Hersenschimmen*. Amsterdam: Querido.

Boeije, H. & Bleijenbergh, I. (2019). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Amsterdam: Boom uitgevers.

Borbasi, S., Jones, J., Lockwood, C., & Emden, C. (2006). Health professionals' perspectives of providing care to people with dementia in the acute setting: Toward better practice. *Geriatric Nursing*, 27(5), 300-308.

Braithwaite, J., Healy, J., & Dwan, K. (2005). The governance of health safety and quality. *Canberra: Commonwealth of Australia*.

Bryman, A. (2015). *Social research methods*. Oxford: Oxford university press.

Burris, S., Kempa, M., & Shearing, C. (2008). Changes in governance: A cross-disciplinary review of current scholarship. *Akron Law Review*, 41, 1.

Cunningham, F. C., Ranmuthugala, G., Plumb, J., Georgiou, A., Westbrook, J. I., & Braithwaite, J. (2012). Health professional networks as a vector for improving healthcare quality and safety: a systematic review. *BMJ quality & safety*, 21(3), 239-249.

Dementie Netwerk Nederland. (z.d.). *Achtergrond*. Geraadpleegd via <https://dementienetwerknederland.nl/wie-zijn-we/achtergrond/>.

Donkers, E. C. M. M., Bras, A. & van Dingen, E. C. M. (2008). *Ketens met Karakter*. Utrecht: Medisch Contact.

Duberley, J., Johnson, P., & Cassell, C. (2012). Philosophies Underpinning Qualitative Research. In Symon, G. & Cassell, C. (Eds.), *Qualitative Organizational Research* (pp. 15-34). Los Angeles: Sage.

Durose, C., & Rummery, K. (2006). Governance and collaboration. *Social Policy and Society*, 5(2), 315-321.

Emerson, K., Nabatchi, T., & Balogh, S. (2012). An integrative framework for collaborative governance. *Journal of public administration research and theory*, 22(1), 1-29.

Felder, M. M., van de Bovenkamp, H. H. M., Maaijen, M. M. H., & de Bont, A. A. (2018). Together alone: organizing integrated, patient-centered primary care in the layered institutional context of Dutch healthcare governance. *Journal of Professions and Organization*, 5(2), 88-105.

Ferlie, E. B., & Shortell, S. M. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *The Milbank Quarterly*, 79(2), 281-315.

Fredette, C., & Bradshaw, P. (2012). Social capital and nonprofit governance effectiveness. *Nonprofit Management and Leadership*, 22(4), 391-409.

Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field methods*, 18(1), 59-82.

Huijsman, R. (2023). Understanding and Balancing Generalist-Specialist Approaches in Dementia Research and Care Practice, Qualitative Research with 44 Dementia Professors in The Netherlands. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 3835.

Imperial, M. T. (2005). Using collaboration as a governance strategy: Lessons from six watershed management programs. *Administration & Society*, 37(3), 281-320.

Klomp, J., & de Haan, J. (2008). Effects of governance on health: A cross-national analysis of 101 countries. *KYKLOS*, 61(4), 599-614.

Krueger, R. A. (2014). *Focus groups: A practical guide for applied research*. Thousand Oaks: Sage publications.

Lambert, S. D., & Loiselle, C. G. (2008). Combining individual interviews and focus groups to enhance data richness. *Journal of advanced nursing*, 62(2), 228-237.

Laporte Uribe, F., Gräske, J., Grill, S., Heinrich, S., Schäfer-Walkmann, S., Thyrian, J. R., & Holle, B. (2017). Regional dementia care networks in Germany: changes in caregiver burden at one-year follow-up and associated factors. *International psychogeriatrics*, 29(6), 991-1004.

Laporte Uribe, F., Heinrich, S., Wolf-Ostermann, K., Schmidt, S., Thyrian, J. R., Schäfer-Walkmann, S., & Holle, B. (2017). Caregiver burden assessed in dementia care networks in Germany: findings from the DemNet-D study baseline. *Ageing & mental health*, 21(9), 926-937.

- Lemieux-Charles, L., Chambers, L. W., Cockerill, R., Jaglal, S., Brazil, K., Cohen, C., LeClair, K., Dalziel, B. & Schulman, B. (2005). Evaluating the effectiveness of community-based dementia care networks: the Dementia Care Networks' Study. *The Gerontologist*, 45(4), 456-464.
- Lewis, M., & Pettersson, G. (2009). Governance in health care delivery: raising performance. *World Bank Policy Research Working Paper*, (5074).
- Maxwell, J. A. (2008). *Designing a qualitative study*. In Bickman, L. & Rob, D. J. (Eds.), *The SAGE handbook of applied social research methods* (pp. 214-253). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). (2020). *Discussienota zorg voor de Toekomst*. Den Haag: VWS.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). (2020). *Nationale Dementiestrategie, 2021-2030*. Den Haag: VWS.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). (2020). *Zorgstandaard Dementie 2020*. Den Haag: VWS.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). (2022). *Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO)*. Den Haag: VWS.
- Minkman, M. M. N., Ahaus, K. T. B., & Huijsman, R. (2009). A four phase development model for integrated care services in the Netherlands. *BMC health services research*, 42(9), 1-11.
- Minkman, M. M., Ligthart, S. A., & Huijsman, R. (2009). Integrated dementia care in The Netherlands: a multiple case study of case management programmes. *Health & social care in the community*, 17(5), 485-494.
- Nakanishi, M., & Nakashima, T. (2014). Features of the Japanese national dementia strategy in comparison with international dementia policies: How should a national dementia policy interact with the public health-and social-care systems? *Alzheimer's & Dementia*, 10(4), 468-476.
- National Health Service (NHS). (z.d.). *What are integrated care systems?* Geraadpleegd via <https://www.england.nhs.uk/integratedcare/what-is-integrated-care/>.
- Nies, H., Canoy, M., Lieber, K., Stekelenburg, D., Stolwijk, N. (2022). Integrating Care for People with Long-standing Multiple Complex Needs – Learning from the Dementia Care Model. *International Journal of Integrated Care* 22(S3):196
- Provan, K. G. & Kenis, P. (2008). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(2), 229-252.
- Provan, K. G., & Milward, H. B. (2001). Do networks really work? A framework for evaluating public-sector organizational networks. *Public administration review*, 61(4), 414-423.
- Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS). (2022). *Grenzeloos samenwerken?* Den Haag: RVS.
- Raeymaeckers, P., & Kenis, P. (2016). The influence of shared participant governance on the integration of service networks: A comparative social network analysis. *International Public Management Journal*, 19(3), 397-426.

- Reay, T., & Hinings, C. R. (2005). The recomposition of an organizational field: Health care in Alberta. *Organization studies*, 26(3), 351-384.
- Richters, A., Nieuwboer, M. S., Olde Rikkert, M. G. M., Melis, R. J. F., Perry, M., & van der Marck, M. A. (2018). Longitudinal multiple case study on effectiveness of network-based dementia care towards more integration, quality of care, and collaboration in primary care. *PLoS one*, 13(6), e0198811.
- Seawright, J., & Gerring, J. (2008). Case selection techniques in case study research: A menu of qualitative and quantitative options. *Political research quarterly*, 61(2), 294-308.
- Schmelzle, C. (2012). Evaluating governance: effectiveness and legitimacy in areas of limited statehood. *SFB-Governance Working Paper*, (26).
- Schouten, L. M. T., Hulscher, M. E. J., van Everdingen, J. J. E., Huijsman, R., & Grol, R. P. T. M. (2008). Evidence for the impact of quality improvement collaboratives: systematic review. *BMJ*, 336(7659), 1491-1494
- Sørensen, E. (2014). Conflict as driver of pluricentric coordination. *Planning theory*, 13(2), 152-169.
- Sudarshan, H., & Prashanth, N. S. (2011). Good governance in health care: the Karnataka experience. *Lancet*, 377(9768), 790-792.
- Symon, G. & Cassell, C. (2012). Assessing Qualitative Research. In: Symon, G. & Cassell, C. (Eds.). *Qualitative Organizational Research* (pp. 205-223). Los Angeles: Sage.
- Taskforce Zorg op de Juiste Plek. (z.d.). *De juiste zorg op de juiste plek: Wie durft?* Den Haag: VWS.
- Ulibarri, N., & Scott, T. A. (2017). Linking network structure to collaborative governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 27(1), 163-181
- Van Leeuwen, E., van Lindenberg, P. W. & Hoff, J. L. (2023). Samenwerking in de zorg voor mensen met dementie: In de grip of uit de klauw? [Manuscript in voorbereiding]. Bergambacht: Bisnez.
- Van Mierlo, L. D., Meiland, F. J. M., Van Hout, H. P. J., & Dröes, R. M. (2014). Towards personalized integrated dementia care: a qualitative study into the implementation of different models of case management. *BMC geriatrics*, 14(1), 1-14.
- Van Wijngaarden, J. D. H., de Bont, A. A., & Huijsman, R. (2006). Learning to cross boundaries: the integration of a health network to deliver seamless care. *Health Policy*, 79, 203-213.
- VanDeusen Lukas, C., Holmes, S. K., Cohen, A. B., Restuccia, J., Cramer, I. E., Shwartz, M., & Charns, M. P. (2007). Transformational change in health care systems: an organizational model. *Health care management review*, 32(4), 309-320.
- Veerbeek, M., de Lange, J., Spierenburg, M., Minkman, M., Pot, A. M., & Willemse, B. (2015). Ontwikkelen van een instrument om de 'zachte' factoren van samenwerking binnen dementienetwerken te meten. *Bijblijven*, 31, 846-853.
- Wang, H., & Ran, B. (2021). Network governance and collaborative governance: A thematic analysis on their similarities, differences, and entanglements. *Public management review*, 1-25.

Wegner, D., Teixeira, E. K., & Verschoore, J. R. (2019). "Modes of Network Governance": What Advances Have Been Made So Far? *Revista Base (Administração e Contabilidade) da UNISINOS*, 16(1).

Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid (WRR). (2021). *Kiezen voor houdbare zorg*. Den Haag: WRR.

World Health Organization (WHO). (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025*. Genève: WHO.

Wübbeler, M., Thyrian, J. R., Michalowsky, B., Erdmann, P., Hertel, J., Holle, B., Gräske, J., Schäfer-Walkmann, S. & Hoffmann, W. (2017). How do people with dementia utilise primary care physicians and specialists within dementia networks? Results of the Dementia Networks in Germany (DemNet-D) study. *Health & social care in the community*, 25(1), 285-294.

Zorg voor beter. (z.d.). *Zorg en begeleiding*. Geraadpleegd via <https://www.zorgvoorbeter.nl/dementie/zorg>.

Zorginstituut Nederland. (z.d.). *Infographic – Wat is passende zorg?* Geraadpleegd via <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/passende-zorg/wat-is-passende-zorg>.

Zorgstandaard Dementie. (2020, 23 november). Over casemanagement. Geraadpleegd via <https://zorgstandaarddementie.nl/faq-items/kd-8-cagemanagement-over-casemanagement/>.

Bijlagen

Bijlage 1. Toestemmingsverklaring

TOESTEMMINGSVERKLARING

voor deelname aan afstudeeronderzoek Bestuurs- en Organisationswetenschap

Regionale dementienetwerken: effectief georganiseerde zorg door verandering in *network governance*

Ik ben geïnformeerd over het onderzoek. Ik heb de schriftelijke informatie gelezen. Ik heb de mogelijkheid gekregen om vragen te stellen over het onderzoek. Ik heb gelegenheid gekregen om over mijn deelname aan het onderzoek na te denken en die is geheel vrijwillig. Ik heb het recht om te allen tijde de toestemming die ik verleent weer in te trekken en mijn deelname aan het onderzoek stop te zetten zonder opgave van redenen.

Ik stem ermee in om aan het onderzoek deel te nemen:

Naam:

Handtekening:

Datum:

De ondergetekende, verantwoordelijk onderzoeker, verklaart bij dezen dat de hierboven genoemde persoon mondeling en schriftelijk is geïnformeerd over het hierboven genoemde onderzoek.

Naam:

Functie:

Handtekening:

Datum:

Bijlage 2. Topiclijst interviews

Beste X,

Allereerst hartelijk dank voor uw vrijwillige deelname aan dit interview.

Ik zal mijzelf even kort voorstellen. Ik ben Joost Agterdenbos, 23 jaar oud en woonachtig te Utrecht. Ik doe de master Organisaties, verandering en management en in het kader hiervan ben ik momenteel bezig met mijn masterscriptie. Dit onderzoek doe ik naar dementienetwerken. Naar aanleiding hiervan heb ik u dan ook uitgenodigd voor dit interview.

Dit interview duurt waarschijnlijk tussen drie kwartier en een uur. Bent u daarmee akkoord?

De audio van dit interview zou ik graag opnemen, zodat ik deze kan transcriberen. Hierbij zal aandacht uitgaan naar het anonimiseren van alles wat direct of indirect te relateren is aan u. Als het transcriberen is gedaan, zal er gekeken worden of er goed geanonimiseerd is, waarna direct de opnames van het interview verwijderd zullen worden. Dit transcript zal vervolgens gebruikt worden in het onderzoek. Tot slot wil u de mogelijkheid bieden om het transcript na te lezen.

Dan rest mij u te vragen een toestemmingverklaring te ondertekenen. Als u geen vragen heeft zullen we hierna beginnen met het interview.

Onderwerp	Subonderwerp
Introductie	-Zou u zich willen voorstellen?
Dementienetwerk	-Welke organisaties zitten in het dementienetwerk? -Wat is de structuur van het netwerk? -Welke hoofdactiviteiten onderneemt het dementienetwerk?
Dementiezorg	-Wat vindt u van de manier waarop de dementiezorg vanuit het dementienetwerk nu geregeld is?
Collaboratief proces	-Wat vindt u van de manier waarop het dementienetwerk functioneert? -Hoe ervaart u de onderlinge communicatie binnen het dementienetwerk? -Hoe ervaart u het onderlinge vertrouwen binnen het dementienetwerk? -Hoe ervaart u het <i>commitment</i> binnen het dementienetwerk? - Hoe ervaart u het eigenaarschap binnen het dementienetwerk? -Welke doelen heeft het dementienetwerk? -Worden deze doelen gehaald? -Delen de leden van het dementienetwerk dezelfde doelen? -Delen de leden van het dementienetwerk dezelfde waarden? -Worden successen gedeeld binnen het dementienetwerk? -Worden successen gevierd?

Start omstandigheden	-Hoe heeft u de machtsverdeling vanaf de start van het netwerk ervaren? -Was er sprake van een geschiedenis tussen bepaalde leden voordat het netwerk opgericht werd?
Institutioneel ontwerp	-Hoe hecht is het dementienetwerk? -Hoe inclusief is het netwerk voor al haar leden? -Zijn er duidelijke regels die gelden binnen het netwerk? -Hoe ervaart u de transparantie van het proces voor alle leden van het netwerk?
Facilitair leiderschap	-Hoe ervaart u de ruimte voor ieder lid om inbreng te leveren?
Effectiviteit	-Zijn er knelpunten waar u tegenaan loopt in de samenwerking binnen het netwerk? -Hoe effectief is de samenwerking binnen het dementienetwerk? -Hoe effectief is het dementienetwerk georganiseerd?
Verandering	-Welke verandering in bestuur zou ervoor kunnen zorgen dat het dementienetwerk effectiever wordt?

Ik ben door mijn vragen heen. Heeft u nog enkele vragen of op- of aanmerkingen? Hartelijk dank voor uw bijdrage. Indien wenselijk kan ik u dit onderzoek toesturen, wanneer ik dit ingeleverd heb. Dit zal eind juni zijn.

Bijlage 3. Topiclijst focusgroepen

Beste respondenten,

Allereerst hartelijk dank dat u tijd vrij heeft kunnen maken voor deze focusgroep.

Ik zal mijzelf even kort voorstellen. Ik ben Joost Agterdenbos, 23 jaar oud en woonachtig te Utrecht. Ik doe de master Organisaties, verandering en management en in het kader hiervan ben ik momenteel bezig met mijn masterscriptie. Dit onderzoek doe ik naar de *governance* dementienetwerken, in opdracht van Bisnez management B.V..

In dit onderzoek heb ik eerst een aantal netwerkcoördinatoren geïnterviewd. Op basis van deze interviews zijn stellingen geformuleerd, welke ik in deze focusgroep zal toetsen. Een focusgroep is een kwalitatieve onderzoeksmethode waarbij een groep mensen wordt samengebracht om te discussiëren over een vooraf bepaald onderwerp. Op basis hiervan zal anonieme data gegenereerd worden, welke ik in dit onderzoek zal gebruiken.

Tijdens deze focusgroep zal ik de rol op me nemen van assistent-moderator. Dit betekent dat ik deze focusgroep zal observeren, aantekeningen zal maken en de tijd bewaak. Naast mij zit dr. Evelien van Leeuwen, die de rol van moderator op zich zal nemen. Dit betekent dat hij/zij de leiding over dit gesprek op zich neemt. Evelien zou je jezelf willen voorstellen?

Dankjewel Evelien. Deze focusgroep zou ik graag opnemen, zodat ik deze kan naslaan en mijn aantekeningen verder kan uitwerken. Hierbij zal aandacht uitgaan naar het anonimiseren van alles wat direct of indirect te relateren is aan u. Als het uitwerken is gedaan, zal er gekeken worden of er goed geanonimiseerd is, waarna direct de opname van de focusgroep verwijderd zullen worden.

Wegens de AVG heb ik nog een toestemmingsverklaring, waarin u verklaart vrijwillig deel te nemen aan dit onderzoek en dat u goed geïnformeerd bent. Dan rest mij u te vragen een toestemmingverklaring te ondertekenen. Als u geen vragen heeft dan geef ik graag het woord aan Evelien.

Opzet focusgroepen:

1. Voorstelronde: naam, functie, organisatie en rol in het dementienetwerk;
2. Mentimeter;
3. Plenaire discussie aan de hand van stellingen;
4. Korte reflectie (Hoe ga je hier weg? in één zin) en afsluiting.

Mentimeter vragen
Wat vindt u van de manier waarop het dementienetwerk functioneert?
Hoe hecht is het dementienetwerk?
Hoe effectief is de samenwerking binnen het dementienetwerk?
Zijn er knelpunten waar u tegenaan loopt in de samenwerking binnen het netwerk?
Hoe effectief is het dementienetwerk georganiseerd?

Stellingen
Financiële belangen spelen geen rol in het effectief functioneren van het netwerk.
Alle organisaties in zorg en welzijn dienen aangesloten te zijn bij een netwerk, om het netwerk effectief te laten functioneren.
Er dienen haalbare doelen vastgelegd te worden om een netwerk effectief te laten functioneren.

Het is belangrijk om een kartrekker te hebben in de vorm van een netwerkcoördinator voor het effectief functioneren van het netwerk.
--

Hoe kleiner een netwerk, hoe effectiever.

Een effectief netwerk heeft geschreven regels.
--

Bij een effectief netwerk tonen alle leden zich zowel betrokken als proactief.
--

Bij een effectief netwerk zien alle leden de meerwaarde van het netwerk in.

Zijn er nog enkele vragen of op- of aanmerkingen? Hartelijk dank voor uw bijdrage.

Bijlage 4. Observatielijst

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5
Algemeen					
Non-verbale communicatie					
Verbale communicatie					

Bijlage 5. Codeboom

