



Universiteit  
Leiden  
The Netherlands

## **Tweebenig besturen binnen zorgnetwerken: besturen tijdens de ‘hamer’ en de ‘dans’ in zorgregio west**

Schalk, J.; Schmidt, E.; Pas, S. van der; Wieringa, S.; Groeneveld, S.; Bussemaker, J.

### **Citation**

Schalk, J., Schmidt, E., Pas, S. van der, Wieringa, S., Groeneveld, S., & Bussemaker, J. (2021). Tweebenig besturen binnen zorgnetwerken: besturen tijdens de ‘hamer’ en de ‘dans’ in zorgregio west. *Bestuurskunde*, 30(3), 36-44.  
doi:10.5553/Bk/092733872021030003004

Version: Publisher's Version

License: [Licensed under Article 25fa Copyright Act/Law \(Amendment Taverne\)](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/3817495>

**Note:** To cite this publication please use the final published version (if applicable).

# Tweebenig besturen binnen zorgnetwerken

## Besturen tijdens de ‘hamer’ en de ‘dans’ in zorgregio west

Jelmer Schalk, Eduard Schmidt, Suzan van der Pas, Sietse Wieringa, Sandra Groeneveld & Jet Bussemaker\*

*Crisismanagement vraagt van zorgbestuurders om tweebenig te besturen en zowel te consolideren (zekerheid verschaffen) als te innoveren (aanpassen). COVID-19 was hierop geen uitzondering. In dit onderzoek stellen we de vraag in hoeverre de dynamiek van een multi-actor en multi-level zorgnetwerk effectief tweebenig crisismanagement bevordert of juist tegenwerkt. We presenteren de resultaten van een kwalitatieve casestudy naar zorgnetwerken in de regio west, gebaseerd op 29 interviews met zorgbestuurders en -professionals. Onze analyse gaat uit van twee fases in de crisis, gepresenteerd aan de hand van de ‘hamer’ (de ‘lockdown’) en de daaropvolgende ‘dans’ met het virus. De analyse laat zien dat tijdens de hamerfase formele netwerken vooral bijdragen aan consolidatie, maar dat juist informele en persoonlijke netwerken innovatie kunnen versterken. In de dansfase, waarin lessen geleerd moeten zijn van de voorafgaande fase, richten zorgbestuurders zich echter meer op hun eigen organisatiebelangen, maar krijgen ook ‘productieve’ tegengeluiden vanuit bijvoorbeeld cliëntenraden een grotere rol. We besluiten met aanbevelingen voor de praktijk.*

### 1. Inleiding

Veel bestuurskundige reflecties op de coronacrisis richten zich op het handelen van politieke besluitvormers, de grote besluiten (zoals de ‘lockdown’) en de crisiscommunicatie (vergelijk Boin, Lodge & Luesink, 2020). Minder aandacht is uitgegaan naar het handelen van de bestuurders van zorgorganisaties tijdens crises (maar zie Wallenburg, De Graaff, Bal, Felder & Bal, 2021 voor een uitzondering).

Al voor de coronacrisis werd geconstateerd dat regionale samenwerking in de zorgverbetering behoefde en werden academische ziekenhuizen geacht om een regionale regierol op zich te nemen (Bruins, 2019). Zorgbestuurders zijn de verbindende schakel tussen hun organisatie en die regionale netwerken. Tijdens een crisis worden zij geacht ‘tweebenig te besturen’ (Janssen, 2017): de ‘normale’ organisatie moet op orde blijven (consolidatie), maar zij moeten ook snel kunnen inspelen op veranderingen (innovatie). Hoewel tweebenig besturen meestal wordt besproken

\* Dr. J. Schalk is universitair hoofddocent bij het LUMC. Dr. J.E.T. Schmidt is universitair docent bij de Universiteit Leiden. Dr. S. van der Pas is universitair hoofddocent bij het LUMC. Dr. S. Wieringa is huisarts bij het LUMC. Prof. dr. S.M. Groeneveld is hoogleraar Publiek Management bij de Universiteit Leiden. Prof. dr. M. Bussemaker is hoogleraar Wetenschap, beleid en maatschappelijke impact bij het LUMC.

en onderzocht in de context van de interne organisatie, is het juist tijdens een crisis van belang om te zien hoe tweebenig besturen eruitziet binnen een netwerk van organisaties. De crisismanagementliteratuur benadrukt namelijk steeds meer dat maatregelen tijdens een crisis typisch worden genomen door een veelvoud aan actoren (netwerken), en op verschillende plaatsen in de hiërarchie (Boin, 't Hart & Kuipers, 2018). Dit maakt crisisrespons in het publieke domein in essentie multi-actor en multi-level.

Vanuit de netwerk-literatuur in de bestuurskunde weten we dat het managen van het spanningsveld tussen consolideren en innoveren onder normale omstandigheden al een uitdaging is (Van der Heijden & Schalk, 2018). Maar wat betekent tweebenig besturen dan onder extreme condities? In deze bijdrage stellen we de vraag in hoeverre de multi-level en multi-actor dynamiek in een zorgnetwerk tweebenig crisismanagement bevordert of juist tegenwerkt. Dat doen we door – op basis van 29 interviews en documentanalyse – te beschrijven hoe publieke managers en uitvoerende zorgprofessionals in een academisch ziekenhuis en regionale partners hun crisisrespons organiseerden in de acute fase van de uitbraak en de lockdown ('de hamer') en de daaropvolgende fase ('de dans van R') van COVID-19 (Pueyo, 2020). We formuleren drie lessen die de praktijk van crisismanagement verder kunnen brengen.

## 2. Theorie

Ook wanneer er geen acute dreiging is van een pandemie, opereren zorgorganisaties in een zorgstelsel dat zich kenmerkt door een complex krachtenveld van (semi-) publieke en private organisaties (ministeries, zorgverleners, zorgverzekeraars, GGD, GGZ, enzovoort) die werken binnen de kaders van elkaar deels overlappende wetgeving in de curatieve (Zvw) en langetermijnzorg (Zvw, Wlz) en de publieke gezondheidszorg (Wpg) (Kroneman, Boerma, van den Berg, Groenewegen, de Jong & van Ginneken, 2016). Het veelvoud aan actoren en institutionele kaders maakt dat zorgbestuurders elkaar steeds vaker ontmoeten in organisatienetwerken (Kenis & Cambre, 2019). Denk bijvoorbeeld aan de regionale zorgnetwerken antibioticaresistentie of regionale oncologienetwerken. De academische ziekenhuizen hebben in beide een centrale rol.

Vanuit de bestuurskundige netwerk-literatuur weten we dat organisatienetwerken als belangrijk doel hebben om (deels tegengestelde) onderlinge belangen te managen, consensus te zoeken, informatie te delen, en daarmee een zekere mate van voorspelbaarheid in te bouwen in de dienstverlening (Van der Heijden & Schalk, 2018). In het geval van de regionale zorgnetwerken wordt daarmee de onzekerheid die voortvloeit uit de pluriformiteit van actoren en waardensystemen in het zorgstelsel – in theorie althans – gereduceerd. Daarnaast hebben organisatienetwerken een tweede belangrijke functie, namelijk innovatie (ibid.). Het bij elkaar brengen van een variëteit aan expertise kan zowel zorgen voor volledig nieuwe ideeën (bijvoorbeeld ten aanzien van nieuwe behandelmethoden), als voor snelle dissemina-

Jelmer Schalk, Eduard Schmidt, Suzan van der Pas, Sietse Wieringa, Sandra Groeneveld & Jet Bussemaker

tie van bestaande diensten en producten die individuele leden van het netwerk als succesvol hebben ervaren.

De functies van onzekerheidsreductie en innovatie van organisatienetwerken in de zorg sluiten goed aan bij wat Janssen (2017) ‘tweebenig besturen’ noemt: het balanceren van zorgbestuurders tussen consolideren (onzekerheidsreductie) en aanpassen (innovatie). Volgens Janssen is de nadruk in het zorgstelsel de laatste jaren sterk verschoven naar bedrijfseconomische waarden waarbij de patiënt als klant wordt beschouwd. Hierdoor ondervinden zorgbestuurders de constante druk om de dienstverlening te verbeteren en te innoveren. Tegelijkertijd wordt van zorgbestuurders verwacht dat zij consolideren: de zorg moet te allen tijde toegankelijk, betaalbaar en goed zijn. Fouten hebben grote (gezondheids)consequenties, wat het beheersen van de reguliere organisatieprocessen een kerntaak maakt.

Met ‘tweebenig besturen’ heeft Janssen (2017) het niet per se over acute crises. En ook de voorbeelden van de organisatienetwerken rondom antibioticaresistentie en oncologie betreffen in de kern geen crisissituaties. Crises vragen niettemin vrijwel zonder uitzondering om samenwerking tussen organisaties (Nohrstedt, Bynander, Parker, & 't Hart, 2018). Daarbij is de verwachting dat ‘innoveren’ in netwerken nog belangrijker wordt dan in niet-acute situaties. Immers, de opgave – in dit geval het bieden van goede zorg tijdens een wereldwijde pandemie – gaat gepaard met een hoge mate van onzekerheid over de oorzaken en potentiële oplossingen. De elkaar snel opvolgende medische en beleidsontwikkelingen vragen van zorgnetwerken om snel met nieuwe methoden van dienstverlening en organiseren te komen, ofwel die tijdig over te nemen van andere zorgorganisaties. Deze ontwikkelingen bevorderen ook de behoefte aan effectief strategisch stakeholdermanagement vanuit het organisatienetwerk: het (tijdig) kunnen zenden en ontvangen van de juiste informatie en het lobbyen voor specifieke beleidsvoorkeuren richting het Outbreak Managementteam (OMT), het ministerie van VWS en andere besluitvormers. Al met al vraagt de snel veranderende omgeving tijdens een crisis dus van zorgbestuurders en -organisaties om een adaptieve, naar buiten gerichte houding, en de bereidheid om de organisatie en dienstverlening aan te passen op basis van nieuwe inzichten.

Maar voor de consolidatiefunctie kunnen we hetzelfde beargumenteren: ook deze is vermoedelijk sterker in crisissituaties. Vrijwel alle onderdelen van een zorgorganisatie staan onder grote (werk)druk: van HRM en communicatie, tot de frontlinie en het management. Stabiele organisatienetwerken kunnen in die situatie van vitaal belang zijn, bijvoorbeeld door een deel van het personeelsbestand op netwerkniveau te organiseren of financiële buffers gezamenlijk te alloceren (vergelijk Meier, O’Toole & Hicklin, 2010). Disruptie in het netwerk, bijvoorbeeld nieuwe leden of de introductie van andere manieren van zorgverlening, kan dergelijke activiteiten gericht op consolidatie schaden, en vraagt juist om een meer behoudende rol van zorgbestuurders.

De factor tijd kan ons helpen begrijpen wanneer consolideren of juist innoveren de bestuurlijke boventoon voert in zorgnetwerken. ‘Coronavirus: The Hammer and the Dance’ van Pueyo (2020) gaat hierop in en is een van de meest gelezen betogen

voor de optimale beleidsstrategie als functie van de fasering van de COVID-19-crisis. Pueyo beschrijft, op basis van internationaal-vergelijkende epidemiologische analyses, het consecutief invoeren van een 'hamerfase' en een 'dansfase'. De hamerfase is een 'lockdown'. In deze fase wordt gezorgd dat het virus niet meer beweegt en wordt tijd gewonnen ter voorbereiding op de volgende fase. In de dansfase gaat het beleidsmatig om het meebewegen met het besmettingspatroon: veel testen, contactonderzoek doen en per regio kijken wat werkt en noodzakelijk is.

Onderzoek naar verschillen in focus op consolideren of innoveren in de bestuurslaag van de zorg is nog spaarzaam, maar Wallenburg et al. (2021) constateerden dat er in de hamerfase van de COVID-19-crisis overwegend reactief gehandeld werd, met weinig oog voor implicaties op de lange termijn. Dat suggereert een focus in de zorgnetwerken op consolidatie. Wanneer een crisis chronisch wordt (de dansfase), komt de lange termijn meer in beeld en wordt beleid geëvalueerd, wat suggereert dat er meer urgentie wordt gevoeld om te innoveren. Wij onderzoeken deze algemene verwachtingen, op basis van ons onderzoek onder zorgbestuurders in een regionaal netwerk ten tijde van de eerste golf en de maanden erna.

### 3. Casus en methoden

Om te bestuderen hoe de dynamiek van een multi-actor en multi-level zorgnetwerk tweebenig crisismanagement bevordert of juist tegenwerkt, wordt gekeken naar het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) regio west, onderdeel van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ). Binnen elk van de elf regionale netwerken is één ziekenhuis met de functie van traumacentrum aangewezen. In de regio west is het LUMC penvoerder en als zodanig verantwoordelijk voor de coördinatie van het netwerk. In die hoedanigheid werkt het LUMC samen met zorgverleners in de regio (bijvoorbeeld huisartsenposten, ambulancediensten en andere regionale ziekenhuizen) aan een optimale acute zorgketen. Essentieel hierbij is dat iedere patiënt met een acute zorgvraag zo snel mogelijk op de juiste plek wordt behandeld, ook bij opgeschaalde zorg tijdens rampen en crises. De sturing van het netwerk ligt bij het ROAZ, een rol die bestuurlijk wordt ingevuld door de voorzitter van de Raad van Bestuur van het LUMC. Het ROAZ heeft de kenmerken van een netwerkorganisatie: het gaat om samenwerking tussen autonome organisaties op basis van een gelijkwaardige inbreng, waarbij de penvoerder beperkte doorzettingsmacht heeft (Provan & Kenis, 2008). Het ROAZ is bij uitstek een plek waarin de dynamiek van zorgnetwerken kan worden bestudeerd.

In het onderzoek 'COVID-crisis of COVID-kans' (Bussemaker, Groeneveld, Wieringa, Schalk, Van der Pas, Schmidt & Sandkuyl, 2021) is onderzocht wat de impact was van COVID-19 op het LUMC en de rol van het LUMC in de regio. In dit artikel gebruiken we de kwalitatieve data die voor dit onderzoek zijn verzameld. Het gaat om 29 kwalitatieve interviews met respondenten werkzaam op cruciale posities (zowel vanuit het management als in de uitvoering) binnen het LUMC, verpleeghuizen, publieke gezondheidsinstellingen en het ROAZ. De interviews zijn in de periode augustus-september 2020 gehouden en betreffen de periode vanaf de in-

Jelmer Schalk, Eduard Schmidt, Suzan van der Pas, Sietse Wieringa, Sandra Groeneveld & Jet Bussemaker

troductie van het virus in Nederland. Naast interviews gebruiken we data van interne en publieke stukken. Het gaat hierbij om evaluaties, interne updates over de crisisrespons, beleidsdocumenten en vergaderstukken.

#### 4. Analyse

De eerste COVID-19-patiënt in Nederland werd op 27 februari 2019 vastgesteld. Al voor dat moment zijn zorginstellingen in staat van paraatheid gebracht. Het LUMC had een paar dagen daarvoor, op 25 februari, de crisisorganisatie ingelicht over het moment waarop besloten zou worden tot opschaling naar het crisisteam. Ook binnen het ROAZ werd de intensiteit van het aantal overleggen snel opgeschaald. Het ingaan van de ‘intelligente lockdown’ markeert de start van de hamerfase.

##### *De hamerfase*

De hamerfase karakteriseert zich door een grote druk op zorgorganisaties; nog niet direct in termen van aantallen patiënten maar met name op het gebied van voorbereiding en het brengen van de organisatie in een staat van paraatheid.

Een belangrijke ontwikkeling binnen het ROAZ is dat werd opgeschaald in het aantal bestuurlijke bijeenkomsten, maar ook op het gebied van bijvoorbeeld data en informatie delen. In het begin van de hamerfase doen bestuurders vooral een beroep op bestaande netwerken, met het oog op consolidatie. Concrete voorbeelden zijn het distribueren over de regio van persoonlijke beschermingsmiddelen (zoals medische mondkapjes) en het realiseren van voldoende IC- en testcapaciteit via bestaande kanalen in het netwerk, zoals een van de zorgbestuurders in het onderzoek aangeeft:

*‘Het platform bestond al, maar door de coronacrisis hebben ze de scope van het platform vergroot. Dat is altijd het makkelijkste, want iets nieuws introduceren in een organisatie kost altijd tijd. Dus we proberen altijd te kijken: wat kan via bestaande lijnen en via bestaande platformen al [werken]?’*

Deze quote illustreert de nadruk in het begin van de hamerfase op consolidatie, waarbij vooral werd ingezet op de relaties die al bestonden. Wat voor veel zorgbestuurders echter een lastige opgave is, is dat zij moeten navigeren tussen een veelvoud aan netwerken. Niet alleen bij het ROAZ wordt gesproken over hoe om te gaan met de coronapandemie, ook in overleggen van de veiligheidsregio, de IC-regio en de gezondheidsregio gaat het over crisisbeheersing. Wat met name onrust geeft, is dat deze netwerken door elkaar heen lopen, resulterend in een complexe samenwerkingsstructuur. Zoals een van de geïnterviewde bestuurders aangeeft:

*‘Wat ik lastig vind, is dat we allemaal verschillende regio’s hebben. Je hebt 25 veiligheidsregio’s en elf ROAZ-regio’s en dan heb je weer GHOR-regio’s die allemaal anders zijn. Dus enerzijds hebben we heel erg dat we dingen regionaal moeten bepalen. Anderzijds denk ik, maar wat is dan de regio? Wat is dan de*

grens? Over welke regio hebben we het? En die regiogrenzen dat is best wel ingewikkeld elke keer.’

Het door elkaar heen lopen van verschillende netwerken hoeft geen probleem te zijn en kan zelfs voor slagvaardigheid zorgen, zolang er een goede verbinding is tussen de verschillende netwerken. Zeker in het geschetste voorbeeld, waarbij regiogrenzen niet een-op-een overlappen, is het belang van *kennisbrokers* groot. Deze kennisbrokers zijn in meerdere netwerken actief en op die manier zorgen zij dat nieuwe informatie en kennis van het ene netwerk naar het andere netwerk gebracht kan worden (vergelijk Provan & Lemaire, 2012). Kennisbrokers zijn overigens niet altijd formeel als zodanig aangewezen. Het kan hierbij net zo goed gaan om professionals van verschillende organisaties die onderling contact onderhouden:

‘Dus er is ook heel veel bij professionals onderling ontstaan. Bijvoorbeeld het draaiboek voor het openen van een COVID-unit, wij waren als eerste open. We hebben dat draaiboek gelijk naar [andere organisaties] gemaild en die doen hun logo erop. Het is hetzelfde draaiboek.’

De multi-actor en multi-level setting kenmerkt zich hierbij door een combinatie van formele en informele netwerken. Zoals eerder is beschreven, was er in het begin van de crisis een grote noodzaak om, met het oog op consolidatie, vooral een beroep te doen op het formele netwerk. Gaandeweg worden persoonlijke en informele contacten steeds belangrijker, juist met het oog op innovatie. Ook in de hamerfase speelt innovatie dus een belangrijke rol, maar vindt die vooral ad hoc plaats en buiten de bestuurstafels om: via de persoonlijke relaties van bestuurders en professionals, die niet (per se) onderdeel uitmaken van de a priori vastgestelde crisisstructuur.

Hoewel formele netwerken en informele contacten in de hamerfase door elkaar liepen, betekent dit niet noodzakelijkerwijs dat ook alle relevante stakeholders aan tafel zitten. Juist doordat er in de hamerfase werd gefocust op de bestaande netwerkstructuren, vielen stakeholders die hierin normaliter geen rol hebben, buiten de boot. Een concreet voorbeeld is de VVT (Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg). Een deel van de 177 VVT-organisaties in de regio west konden tijdig aansluiten bij overleggen in het ROAZ, omdat zij pre-crisis al ingebed waren in bestaande overleggen, maar een groot deel ook niet. Als je niet aangehaakt bent, bestaat het risico dat jouw belangen buiten de besluitvorming worden gehouden. Niet uit kwade wil, maar als gevolg van de behoefte om snel te schakelen, en dus te bouwen op bestaande relaties.

### *De dansfase*

Eind mei 2020 nemen de besmettingen af en wordt ook de druk op zorgorganisaties steeds minder. Op 27 mei wordt daarom in het LUMC besloten om de crisisorganisatie op te heffen. Ook binnen het ROAZ markeert dit het einde van de hamerfase, waarna de zogenoemde ‘dans van R’ begint (Pueyo, 2020).

Jelmer Schalk, Eduard Schmidt, Suzan van der Pas, Sietse Wieringa, Sandra Groeneveld & Jet Bussemaker

Op het moment dat de druk op zorgorganisaties iets afneemt, valt op dat zorgbestuurders weer meer op hun eigen organisatie gericht raken. Het exceptionele saamhorigheidsgevoel dat door veel respondenten wordt verwoord, verdwijnt niet volledig, maar instellingsbelangen komen veel meer dan tijdens de hamerfase aan de oppervlakte. De urgentie tot samenwerken die in het begin van de crisis zo sterk gevoeld werd, zwakt daarmee af. In zekere zin kan worden gesteld dat de focus in deze fase meer ligt op de consolidatie binnen de eigen organisatie. Van der Heijden en Schalk (2018) concludeerden dat hoe complexer de beleidsomgeving is, hoe lastiger het is om partners voor een langere termijn aan gemeenschappelijke doelstellingen te committeren. Dat heeft ook te maken met de manier waarop de zorg georganiseerd is.

In het huidige zorgbestel zijn ziekenhuizen bijvoorbeeld niet alleen elkaars collega's maar ook elkaars concurrenten. De crisis zorgde ervoor dat onderlinge competitie (voor even) naar de achtergrond verdween. Het delen van informatie over bijvoorbeeld het aantal IC-opnamen en de bezetting was tijdens de hamerfase noodzakelijk. Tegelijkertijd werden aarzelingen om bijvoorbeeld informatie te delen juist sterker, naarmate de eerste golf van de crisis verder uit zicht verdween.

‘Nu mag je bijvoorbeeld niet zomaar je bedrijfsgevoelige informatie met elkaar delen, dus wij delen geen wachtlijsten, (...) daar zijn wij heel scherp op. Wij delen geen wachtlijsten, maar dat wil je ook niet, want daar word je straks door de zorgverzekeraar weer op afgerekend. Dan ben je volgend jaar, als de crisis voorbij is, ineens de helft van je budgetten kwijt, terwijl je personeel nog wel rondloopt.’

Pueyo (2020) geeft aan dat het doel van de hamer tweeledig is: het virus stoppen en tijd winnen om te leren dansen. Waar de hamerfase organisaties en zorgbestuurders bijna dwong om samen te werken, is er in de dansfase geen sprake van een duidelijke samenwerkingsstrategie tussen de verschillende actoren, of een uitgesproken gemeenschappelijke doelstelling. Wat duidelijk wordt, is dat de nieuwe dynamiek binnen de netwerken met name de innovatie als gevolg van kennisdeling tijdens de dansfase lastiger maakt. Respondenten lijken zich hiervan bewust, en schetsen ook de gevolgen hiervan:

‘Je moet aanhaken bij situaties die zich voordoen. Ik zie niet zozeer onszelf als een lerende organisatie, maar ik denk wel dat we een organisatie moeten zijn, die altijd blijft openstaan voor wat er in de buitenwereld gebeurt en dat wij moeten kijken hoe we ons daar dan toe verhouden en aan aanpassen.’

Tegenover de terugkeer naar instellingsbelangen staat dat er tijdens de dansfase meer ruimte kwam om na te denken over het betrekken van de juiste stakeholders *binnen* organisaties. Waar de hamerfase door respondenten wordt gekenmerkt als het werken in een top-down commandostructuur, wordt de dansfase gezien als een adempauze waarin meer ruimte komt om nieuwe (tegen)geluiden toe te laten. Sommige hiervan zijn ‘productief’ in termen van het verbeteren van de zorg. In het bijzonder kan hier de rol van cliënten en patiënten worden genoemd. Deze hadden



in de hamerfase vrijwel geen rol in de besluitvormingsprocessen maar worden gaandeweg ‘de dans’ meer en meer betrokken om ook hun visie te delen. Janssen (2017) schaart dit betrekken van nieuwe stakeholders onder een focus op innovatie, omdat het betrekken van zulke nieuwe stakeholders kan zorgen voor nieuwe inzichten en aanpassingen. Meer dan in de hamerfase gaan bestuurders dus ook buiten de formele netwerken relaties aan.

Wat verder opvalt, is dat zorgbestuurders in deze nieuwe fase niet langer uitsluitend een medisch-curatief perspectief hanteren. Waar binnen de verschillende netwerken vooral zorgbestuurders met elkaar spreken en, begrijpelijkerwijs, een medisch curatieve blik dominant is, worden er naarmate de situatie minder dreigend is, ook meer geluiden toegelaten vanuit andere invalshoeken.

## 5. Conclusie en discussie

In dit artikel is gekeken hoe de dynamiek van zorgnetwerken effectief tweebenig crisismanagement bevordert of juist tegenwerkt. Onze analyse laat zien dat in deze casus de netwerken zowel bijdragen aan innovatie als aan consolidatie (en daarmee tweebenig besturen), maar dat de manier waarop dit gebeurt, verschilt per fase in de crisis.

Met name in de hamerfase zien we consolideren vooral gebeuren via formele netwerken, terwijl innoveren vooral gebeurt via informele en persoonlijke netwerken. Of deze innovaties altijd hun weg vinden richting zorgbestuurders, is echter de vraag. Doordat netwerken niet overlappen, moeten kennisbrokers worden geïdentificeerd. Maar omdat er niet altijd zicht is op wie die kennisbrokers zijn, is het twijfelachtig of nieuwe innovaties de bestuurskamer bereiken en worden verspreid in het netwerk. Een belangrijke aanbeveling voor de praktijk betreft dan ook het belang van kennisbrokers, in alle lagen van de organisatie, en deze actief in te zetten.

Een tweede aanbeveling is om goed te zoeken naar de balans tussen besluitvaardigheid en brede inspraak, en ruimte te maken voor reflectie en tegenspraak. Dat geldt in het bijzonder in de hamerfase. Ons onderzoek laat zien dat de druk op bestuurders en professionals in deze fase zich slecht verhoudt tot brede inspraak en reflectie, terwijl het (zeker met het oog op innovatie) van belang is om ook wanneer de nood hoog is, te zoeken naar de juiste stakeholders. Door de urgentie die werd gevoeld door zorgbestuurders, werd met name gefocust op stakeholders die al bekend waren en onderdeel waren van formele netwerken, waarbij het de vraag is of deze kunnen bijdragen aan de noodzakelijke innovatie.

De fase van de dans, ten derde, leert ons dat zorgnetwerken een andere rol krijgen wanneer duidelijke gemeenschappelijke, instelling overstijgende doelstellingen de boventoon voeren. Hoewel er eerst *binnen* instellingen meer ruimte komt voor tegengeluiden, lijkt de samenwerking in formele netwerken juist moeizamer te lopen naarmate de tijd vordert, omdat ‘oude’ instellingsbelangen weer naar boven komen. Om te komen tot duurzame, meer crisisbestendige zorg lijkt het belangrijk

Jelmer Schalk, Eduard Schmidt, Suzan van der Pas, Sietse Wieringa, Sandra Groeneveld & Jet Bussemaker

dat tweeënige zorgbestuurders met name focussen op de gemeenschappelijke doelen van het netwerk op de lange termijn om zo bij te dragen aan een duurzaam zorgstelsel.

## Literatuur

- Boin, A. P., Hart, P. T. 't, & Kuipers, S. (2018). The Crisis Approach. In H. Rodríguez et al. (Eds.), *Handbook of disaster research* (pp. 23-38). Springer International Publishing.
- Boin, A., Lodge, M., & Luesink, M. (2020). Learning from the COVID-19 crisis: An initial analysis of national responses. *Policy Design and Practice*, 3(3), 189-204.
- Bruins, B. (2019, 12 juli). Kamerbrief over maatschappelijke rol umc's medische centra (umc's) [Kamerbrief]. Verkregen van: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/07/12/kamerbrief-over-maatschappelijke-rol-umcs-medische-centra-umc's>.
- Bussemaker, M., Groeneveld, S. M., Wieringa, S., Schalk, J., Pas, S. van der, Schmidt, E., & Sandkuyl, S. (2021). *COVID-crisis of COVID-kans? Adaptief en lerend bestuur in het LUMC en de regio*. Leiden/Den Haag: Universiteit Leiden/LUMC-Campus Den Haag.
- Heijden, M. van der, & Schalk, J. (2018). Making good use of partners: Differential effects of managerial networking in the social care domain. *International Public Management Journal*, 21(5), 729-759.
- Janssen, R. T. J. M. (2017). *Het onzekere voor het zekere: Tweeëinig besturen in de zorg*. Oratie, EUR.
- Kenis, P., & Cambre, B. (2019). *Organisatienetwerken: de organisatievorm van de toekomst*. Pelckmans Pro.
- Kroneman, M., Boerma, W., Berg, M. van den, Groenewegen, P., Jong, J. de, & Ginneken, E. van. (2016). Netherlands: Health system review. *Health System Transition*, 18(2), 1-240.
- Provan, K. G. & Kenis, P. N. (2008). Modes of network governance: Structure, management and effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(2), 229-252.
- Provan, K. G., & Lemaire, R. H. (2012). Core concepts and key ideas for understanding public sector organizational networks: Using research to inform scholarship and practice. *Public Administration Review*, 72(5), 638-648.
- Pueyo, T. (2020). *Coronavirus: The hammer and the dance*. Verkregen van: <https://medium.com/@tomaspueyo/coronavirus-the-hammer-and-the-dance-be9337092b56>.
- Meier, K. J., O'Toole Jr, L. J., & Hicklin, A. (2010). I've seen fire and I've seen rain: Public management and performance after a natural disaster. *Administration & Society*, 41(8), 979-1003.
- Nohrstedt, D., Bynander, F., Parker, C., & Hart, P. 't. (2018). Managing crises collaboratively: Prospects and problems – A systematic literature review. *Perspectives on Public Management and Governance*, 1(4), 257-271.
- Wallenburg, I., Graaff, B. de, Bal, J., Felder, M., & Bal, R. (2021). Dancing with a virus: Finding new rhythms of organizing and caring in Dutch hospitals. *EHPG-conference paper*.