

**TIAS School for Business and Society
Executive Master of Health Administration
MHA31**

De waarde van het regionale netwerk in de eerstelijns fysiotherapie

Masterthesis
Erik van den Bos U86214

Thesis begeleider: Jacqueline Neve-Dolfing, MD, PHD, MSc

Opdrachtgever: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

Versie: definitief

Vertrouwelijk

12-10-2022

By submitting this assignment through Virtual Campus,
I confirm that the work in this essay is all my own, and that I have
not plagiarized the work of others in any form whatsoever.

Word count (not including bibliography): 11712

Management summary

Achtergrond: De huidige ontwikkelingen in het zorglandschap vragen om regionale samenwerking (VWS, 2019, 2022). Dit geldt ook voor de fysiotherapeuten die in de eerstelijnszorg werken. De regionale netwerken die om deze rede zijn ontstaan zetten zich in om de zorg regionaal te organiseren en de positie van de fysiotherapeut te versterken. Het KNGF organiseert samen met de beroepsgroep deze regionale samenwerking.

Doel: Het doel van deze thesis is om inzicht te krijgen in de waarde die de regionale samenwerking oplevert voor de aangesloten individuele organisaties.

Methodologie: Er is literatuurstudie gedaan naar de definitie van een netwerk, de wijze waarop een netwerk geëvalueerd kan worden, welke effecten er mogelijk zijn te behalen voor de aangesloten organisaties en of er al bestaande vragenlijsten zijn om onderzoek te doen binnen het netwerk. Vervolgens is door middel van descriptief kwantitatief en kwalitatief onderzoek de centrale onderzoeksvraag beantwoord.

Resultaten: Na het literatuur en het praktijk onderzoek blijkt dat de fysiotherapie praktijken die zijn aangesloten bij een regionaal netwerk duidelijk de waarde van het netwerk ervaren. Op korte termijn is er een toename van sociale contacten en een toename van de regionale samenwerking. Op de middellange termijn resulteert dit in een toename van vakinhoudelijke kennis en kennisdeling. Op de lange termijn ervaart het merendeel van de praktijken een verbeterde positionering in de regio. Op patiënttevredenheid en kosten efficiënte is geen meerwaarde waargenomen. Daarnaast blijken er duidelijke verschillen in de ervaren waarde tussen bestuurders en reguliere leden van het netwerk. De gevonden verschillen in dit onderzoek tussen korte -, middellange -en lange termijn en tussen bestuursleden en deelnemers zijn statistisch significant bevonden.

Discussie: Vervolgonderzoek op deze thesis kan zich meer richten op de wijze van regionale samenwerking die de uitkomsten op waarde van het netwerk beïnvloeden. Dat is buiten de scope van dit onderzoek gebleven

Conclusie en aanbevelingen: Met de gevonden verschillen tussen bestuursleden en deelnemers is het zinvol om regionaal de wijze van samenwerking in het netwerk te evalueren en daar vandaan vervolgstappen te ondernemen. Hierin kan het Common Eye model zinvol in gebruik zijn (Kaats & Opheij, 2013)

Sleutelwoorden: Evaluatie van netwerken, netwerk effectiviteit, regionale samenwerking, eerstelijnszorg.

Inhoudsopgave

Management summary	3
Hoofdstuk 1 Introductie	7
1.1 Achtergrondinformatie van de organisatie	7
1.2 Aanleiding.....	7
1.3 Probleemstelling.....	8
1.4 Centrale onderzoeksvraag.....	9
1.5 Theoretische onderzoeksvragen	10
1.6 Praktische onderzoeksvragen	10
1.7 Scope	10
1.8 Relevantie.....	11
Hoofdstuk 2. Theoretisch kader	12
2.1 Wat wordt er in de literatuur verstaan onder een netwerk?	12
2.2 Wat is er vanuit de literatuur bekend over de wijze waarop een netwerk geëvalueerd kan worden?	13
2.3 Wat is er vanuit de literatuur bekend over welke waarde samenwerking kan hebben voor de leden in een netwerk binnen de gezondheidszorg?	16
2.3.1 Waarde voor de individuele organisaties op korte, middellange en lange termijn.....	17
2.3.2 Noodzaak tot evaluatie	17
2.4 Aan de hand van welke factoren is de meerwaarde van netwerk vorming meetbaar, op niveau van de aangesloten organisaties.	18
2.5 Tot stand komen conceptueel model.....	19
Hoofdstuk 3. Onderzoeksmethode	21
3.1 Aard en afbakening van het onderzoek	21
3.2 Dataverzameling.....	21
3.2.1 Literatuuronderzoek.....	21
3.2.2 Vragenlijst.....	21
3.3.2 Populatie	23
3.3.3 Steekproef en respons	23
3.3.4 Verspreiding van de lijst	23
3.4 Data Analyse.....	24
3.5 Validiteit en betrouwbaarheid	24
Hoofdstuk 4 Onderzoeksresultaten	26
	5

4.1 Samenstelling van de steekproef en interne consistentie vragenlijst	26
4.2 Presentatie van de resultaten	26
4.2.1 Motivatie voor aansluiting	26
4.2.2 Waarde op korte, middellange en langere termijn.....	27
4.2.3 Bestuurslid of deelnemer	28
4.2.4 Verwachtingen op korte, middellange en lange termijn.....	29
4.2.5 Ervaren waarde van aansluiting bij een regionaal netwerk in de eerstelijnsfysiotherapie .	30
Hoofdstuk 5 Analyse van de resultaten	33
5.1 Algemeen.....	33
5.2 Analyse van de resultaten per deelvraag	33
5.2.1 Met welke motivatie sluiten fysiotherapie organisaties aan bij een regionaal netwerk? ...	33
5.2.2 Waarde op korte, middellange en lange termijn.	34
5.2.3 Bestuurslid of deelnemer	39
5.2.4 Eenmaal aangesloten, welke verwachtingen hebben fysiotherapie organisaties op korte, middellange en lange termijn van het regionaal netwerk?	41
Hoofdstuk 6 Conclusies	42
Hoofdstuk 7 Discussie	43
7.1 Reflectie op het onderzoeksproces.....	43
7.2 Reflectie op de resultaten	44
Hoofdstuk 8 Aanbevelingen	46
8.1 Aanbevelingen voor de organisatie.....	46
8.2 Aanbevelingen voor vervolg onderzoek.....	46
Referenties	48
Bijlagen	51
Bijlage 1 Vragenlijst waarde van aansluiting bij een samenwerkingsverband op organisatieniveau.	51
Bijlage 2: Codeboom motivatie aansluiting bij een regionaal netwerk	53
Bijlage 3 Codeboom ervaren waarde van aansluiting.....	54
Bijlage 4 Codeboom verwachtingen.....	55
Bijlage 5 Codering Alpha Chronbach	56
Bijlage 6 Statistische toetsen.....	63
Bijlage 7 Management summary	77

Hoofdstuk 1 Introductie

1.1 Achtergrondinformatie van de organisatie

Het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) is de beroepsvereniging voor fysiotherapeuten. Het KNGF bevordert de kwaliteit van het vak fysiotherapie en behartigt de sociaaleconomische en maatschappelijke belangen van meer dan 18.500 aangesloten fysiotherapeuten in Nederland. Daarmee vertegenwoordigt het KNGF de beroepsgroep in het algemeen. De vereniging bestaat uit 13 beroepsinhoudelijke verenigingen en beheert het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF NL) met daarin meer dan 27.000 geregistreerde fysiotherapeuten.

De vereniging wordt bestuurd door een vijfkoppig bestuur. Daarnaast bestaat de vereniging uit een kantoor organisatie van ongeveer 90 medewerkers (KNGF, 2020). De organisatie heeft drie grote pijlers, te weten afdeling kwaliteit, afdeling belangenbehartiging en de afdeling marketing & communicatie, ondersteund door stafafdelingen zoals, secretariaat, financiën en hrm.

De ambitie van de kantoororganisatie komt tot uiting in de recent beschreven missie:

Het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie verenigt de fysiotherapeuten van Nederland. We behartigen hun sociaal economische en maatschappelijke belangen. Samen met onze leden stellen wij fysiotherapeuten in Nederland in staat om hoogwaardige en passende zorg te leveren. Gezamenlijk ontwikkelen we het vak en delen we kennis. Zo zorgen we dat mensen en de samenleving blijven bewegen (KNGF, 2022).

In een jaarplan cyclus met concrete doelstellingen op basis van hoe de zorg zich ontwikkelt, geeft het KNGF invulling aan deze missie (KNGF, 2022).

1.2 Aanleiding

De demografische ontwikkelingen in Nederland is dagelijks nieuws in de media. Mensen worden ouder en de groep ouderen onder de bevolking neemt toe. Als gevolg hiervan neemt de zorgvraag toe en de kosten lopen op. Tegelijkertijd is personeel steeds schaarser. Door personeelsschaarste, oplopende kosten en een ouder wordende bevolking dreigt de Nederlandse gezondheidszorg in de komende jaren vast te lopen (Ministerie van Volksgezondheid, 2021). Om de maatschappij voor te bereiden op deze ontwikkelingen, is het programma de 'juiste zorg op de juiste plek' (JZOJP) in het leven geroepen (de Taskforce, 2018).

De JZOJP gaat in de kern over:

- het voorkomen van (duurdere) zorg;
- het verplaatsen van zorg, (dichter) bij mensen thuis als dat kan;
- het vervangen van zorg door andere zorg, zoals e-health, met een gelijkwaardige of betere medisch-inhoudelijke kwaliteit van de zorg.

Alle beroepsgroepen binnen de zorg hebben van vws de opdracht gekregen om een visie te ontwikkelen hoe zij invulling denken te geven aan het programma de JZOJP. Het programma legt niet op hoe de

beroepsgroepen invulling moeten geven aan de kernpunten van de JZOJP, maar nodigt de beroepsgroepen in de zorg uit om op regionaal niveau plannen te maken om invulling te geven aan het verplaatsen, voorkomen en vervangen van zorg (de Taskforce, 2018).

Om vanuit de beroepsgroep fysiotherapie invulling te geven aan de beweging van de JZOJP zijn er met verschillende beroepsgroepen in de paramedische zorg (fysiotherapie, ergotherapie, oefentherapie, logopedie en diëtetiek) en met het ministerie van volksgezondheid, bestuurlijke afspraken gemaakt.

Deze bestuurlijke afspraken hebben vorm gekregen in het rapport ‘paramedische zorg 2019-2022’ (VWS, 2019). In dit rapport wordt beschreven dat de eerstelijns paramedische beroepsgroepen een essentiële schakel zijn in het verplaatsen en vervangen van duurdere zorg. Echter, in de praktijk is het lastig voor ziekenhuizen, huisartsen coöperaties en gemeenten om zorgafspraken te maken met de paramedische beroepsgroepen omdat ze onvoldoende zichtbaar zijn in de regio. Daarom wordt er ook nadrukkelijk de oproep gedaan tot verhoging van de organisatiegraad van de regionale mono en - multidisciplinaire paramedische beroepsgroepen (VWS, 2019). Het verhogen van de organisatiegraad houdt in dat er een sterk georganiseerde samenwerking tot stand gebracht wordt tussen de verschillende eerstelijns paramedische zorgorganisaties. Deze samenwerking krijgt vervolgens vorm in een regionaal netwerk dat met last en ruggenspraak kan spreken voor de gehele regio. Met deze gevormde netwerken kunnen de paramedische beroepsgroepen binnen de eerste lijn een aanspreekpunt zijn, om samen met de andere eerstelijns beroepsgroepen de zorg regionaal te kunnen organiseren en coördineren. Deze ontwikkeling is ook in lijn met het rapport “naar een toekomstbestendig zorgstelsel” (VWS, 2021). Ook hierin wordt de essentie van een sterke regionale zorgorganisatie beschreven.

Het KNGF is in lijn met haar missie de beroepsgroep al langere tijd aan het mobiliseren, om te komen tot samenwerking tussen de verschillende eerstelijns fysiotherapie organisaties. Vanwege de ontwikkelingen zoals hierboven beschreven is dit proces geïntensiveerd. De verhoging van de organisatiegraad binnen de beroepsgroep fysiotherapie is belegd binnen de afdeling belangenbehartiging en is voornamelijk de opdracht van de acht regioadviseurs (*Bewegen Onder Één Paraplu KNGF Jaarplan 2021, 2020*).

1.3 Probleemstelling

De regionale netwerken zijn opgericht om onder andere invulling te kunnen geven aan innovatie, verschuiving van zorg, kwaliteitsverbetering, verzameling van data en het maken van zorgafspraken (VWS, 2019).

In de afgelopen jaren is er door het KNGF en de beroepsgroep in de regio hard gewerkt aan de totstandkoming van de netwerken, het opleiden van bestuurders, het overbrengen van de visie en de implementatie van de zorgplannen. Om zo de fysiotherapeut te positioneren, zodat zij invulling kan geven aan de veranderingen in de zorg.

Het is nu 2022 en er bestaan in Nederland 53 regionale fysiotherapie netwerken. Het ene netwerk is verder in haar ontwikkeling dan het andere netwerk. Maar alle hebben de intentie en doel om in de regio

als aanspreekpunt te fungeren voor de huisartsen coöperatie, het ziekenhuis, de verzekeraar of de gemeente. Via de samenwerking tussen deze regionale organisaties hebben de fysiotherapie organisaties zich ten doel gesteld om invulling te geven aan de doelstellingen van de JZOJP. Naast deze doelstelling is het ook van belang dat de netwerken van waarde zijn voor de aangesloten organisaties. Deze waarde kan bestaan uit: zorgafspraken met ziekenhuis, huisartsen coöperatie of verzekeraar, onderlinge zorgafspraken, scholing binnen het netwerk, intervisie sessies en regionale dataverzameling (VWS, 2019).

Echter is er geen zicht op de waarde die de individuele organisaties ervaren van het netwerk. Dit is voor het KNGF als beroepsorganisatie onduidelijk, en evenals ook voor een groot deel van de bestuurders van de netwerken. Dat maakt dat de probleemstelling van het onderzoek luidt:

Op dit moment is het onvoldoende duidelijk welke waarde de huidige netwerkstructuur oplevert voor de aangesloten individuele organisaties.

De individuele waarde van de aangesloten organisaties binnen het netwerk is wel een aspect dat goed gemonitord moet worden. Zo blijkt uit de literatuur dat de hogere doelen van het netwerk eigenlijk alleen behaald kunnen worden, wanneer ook de individuele waarde van de organisaties goed bewaakt worden (Cunningham et al., 2012; Provan & Milward, 2001).

Hierna zal eerst de centrale onderzoeksvraag van dit organisatieprobleem benoemd worden. Gevolgd door enkele theoretische en praktische onderzoeksvragen die als stappenplan dienen om de centrale onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden.

1.4 Centrale onderzoeksvraag

Voor het behoud en uitbouwen van de organisatiegraad in de eerstelijns fysiotherapie, ten behoeve van de beschreven ontwikkelingen in het zorglandschap, is het belangrijk om inzicht te hebben in de waarde van aansluiting bij een regionaal netwerk voor een individuele fysiotherapiepraktijk. Dat is hetgeen wat nu ontbreekt. Daarom luidt de ventrale vraagstelling van deze thesis:

Wat is de waarde van aansluiting bij een regionaal netwerk voor individuele fysiotherapiepraktijken in de eerstelijnszorg?

1.5 Theoretische onderzoeksvragen

1. Wat wordt er vanuit de literatuur verstaan onder een netwerk?
2. Wat is er vanuit de literatuur bekend over de wijze waarop een netwerk geëvalueerd kan worden?
3. Wat is er vanuit de literatuur bekend over welke waarde het kan opleveren voor de individuele organisaties om zich aan te sluiten bij een netwerk in de gezondheidszorg.
4. Aan de hand van welke factoren is de meerwaarde van netwerk vorming meetbaar, op niveau van de aangesloten organisaties.

1.6 Praktische onderzoeksvragen

1. Met welke motivatie sluiten fysiotherapie organisaties aan bij een regionaal netwerk?
2. Welke waarde levert het als fysiotherapie organisatie op korte, middellange en lange termijn op om aangesloten te zijn bij een regionaal netwerk?
3. Is er een verschil tussen de waarde die bestuursleden ervaren van een regionaal netwerk ten opzichte van de overige leden?
4. Welke verwachtingen hebben fysiotherapie organisaties op korte, middellange en lange termijn van aansluiting bij een regionaal netwerk?

1.7 Scope

De scope van dit onderzoek richt zich op eerstelijns fysiotherapie praktijken die zijn aangesloten bij een regionaal netwerk. Het doel is om inzichtelijk te krijgen welke waarde fysiotherapie organisaties ervaren van het feit dat ze zijn aangesloten bij een regionaal netwerk. De uitkomsten van dit onderzoek dienen ter input van het beleid van het KNGF op de totstandkoming van deze regionale netwerken, en dienen ter input voor de regionale netwerken zelf.

1.8 Relevantie

Aangezien de zorgvraag steeds complexer wordt, mensen ouder worden en er in de komende jaren steeds meer oudere mensen bijkomen, worden er veranderingen in de infrastructuur van de zorg gevraagd (VWS, 2019, 2020, 2021). In meerdere beleidsstukken valt te lezen dat in de toekomst de regionale zorg dichtbij de patiënt een steeds grotere rol gaat krijgen (VWS, 2020).

Voor de fysiotherapeuten betekent dit, dat ook zij zich regionaal goed moeten organiseren, zoals te lezen is in de bestuurlijke afspraken paramedie. Dit is niet te organiseren door een fysiotherapiepraktijk alleen, netwerkvorming is hier een passende oplossing voor (Provan & Kenis, 2008; VWS, 2019). Omdat er voor en nadelen zitten aan netwerkvorming, is het van belang dat deze netwerken geëvalueerd worden (Brown et al., 2016; Cunningham et al., 2012; Provan & Milward, 2001)

Op dit moment is er onvoldoende inzicht in wat de waarde voor de individuele fysiotherapiepraktijk is om aangesloten te zijn bij een regionaal netwerk. Hierdoor bestaat de kans dat de connectie met de achterban verloren raakt, er leden gaan afhaken en netwerken uit elkaar vallen (Cunningham et al., 2012; Provan & Milward, 2001).

Met het uit elkaar vallen van de netwerken verliest de fysiotherapie haar regionale positionering en kan vandaar geen invulling geven aan de doelen van de juiste zorg op de juiste plek.

Wanneer het KNGF en de bestuurders van netwerken wel inzicht hebben in welke waarde de organisaties ervaren, levert dit waardevolle informatie op voor huidige bestuursleden ter input van hun beleid en voor het KNGF ter facilitering en monitoring van de voortgang in de organisatiegraad. Ook kan deze informatie gebruikt worden in het verhaal naar fysiotherapie organisaties die nu nog niet de waarde zien van aansluiting bij een regionaal netwerk.

Hoofdstuk 2. Theoretisch kader

De theoretisch vragen die in hoofdstuk 1 zijn geformuleerd naar aanleiding van de centrale onderzoeksvraag, worden in dit hoofdstuk verder uitgewerkt aan de hand van een literatuur studie. In het eerste gedeelte worden de theoretische vragen behandelend waarna het conceptueel model wordt toegelicht.

2.1 Wat wordt er in de literatuur verstaan onder een netwerk?

In de literatuur is veel beschreven over wat er onder netwerkvorming wordt verstaan. In het algemeen worden netwerken gedefinieerd als duurzame relaties tussen individuen, groepen of organisaties waarbinnen uitwisseling plaatsvindt van informatie, kennis en/of kunde (Weber & Khademan, 2008). Provan & Kenis (2007) beschrijven dat er sprake is van een netwerk wanneer drie of meer autonome organisaties/juridische entiteiten samenwerken aan een gezamenlijk doel. Belangrijk hierbij is dat deze individuele organisaties dit gezamenlijke doel niet alleen kunnen bereiken (Provan et al., 2007). Hier kan gedacht worden aan complexe vraagstukken waar meerdere competenties voor nodig zijn om deze taak te kunnen voltooien, of omdat benodigde middelen en financiën schaars zijn (Kenis & Raab, 2020; Kilduff & Tsai, 2003; Provan & Milward, 2001).

Kilduff & Tsai (2003) stellen dat er daarnaast een onderscheid te maken is tussen netwerken die echt specifiek voor het bereiken van een doel zijn opgericht en netwerken die per toeval om geheel willekeurige redenen zijn ontstaan (Kilduff & Tsai, 2003). De netwerken die opgericht zijn om met elkaar één of meerdere specifieke doelen te vervullen, zijn als doelgerichte organisatienetwerken bestempeld (Kilduff & Tsai, 2003). Een kenmerk van deze vorm is dat de aangesloten organisaties met elkaar naar een hoger doel streven (Mandell & Keast, 2008). Waarbij ze soms ook hun eigen belangen aan de kant moeten zetten. Dit vraagt meer van het netwerk dan de netwerken die zonder specifiek doel zijn ontstaan (Kilduff & Tsai, 2003; Mandell & Keast, 2008).

Dit is ook direct één van de risico's in het netwerk. Het vraagt een hoge mate van doelconsensus en vertrouwen binnen het netwerk om het netwerk effectief te laten functioneren (Mandell & Keast, 2008; Provan & Kenis, 2008). De doelgerichte organisatienetwerken met een juridische entiteit van vereniging, coöperatie of stichting zijn veel voorkomend in de gezondheidszorg. In de gezondheidszorg is namelijk collectieve inzet en actie van meerdere organisaties nodig om effectieve zorg te kunnen leveren en te organiseren (Kenis & Raab, 2020; Kilduff & Tsai, 2003; Provan & Kenis, 2008).

Provan & Kenis (2008) stellen daarnaast dat de wijze van besturen van het netwerk essentieel is voor het wel of niet behalen van de netwerk doelen. Hier wordt een onderscheid gemaakt

tussen de vormen van shared governance, waarin alle aangesloten organisaties met elkaar verantwoordelijk zijn voor het managen van het netwerk. De vorm van een lead organization netwerk, in deze vorm is een sterke organisatie binnen het netwerk grotendeels verantwoordelijk voor het managen en organiseren van het netwerk. Of de laatste vorm waar een externe organisatie is aangesteld

om het netwerk management te organiseren en te regelen, dit wordt in de literatuur een network administrative organization genoemd of ook wel een NAO (Provan & Kenis, 2008).

Welke vorm er gekozen wordt hangt onder andere af van hoever het netwerk is in ontwikkeling, de mate van vertrouwen tussen de organisaties, de hoeveelheid aangesloten organisaties, de mate van doel consensus binnen het netwerk en het aantal competenties dat nodig is om het netwerk goed te kunnen managen (Provan & Kenis, 2008).

De regionale netwerken waar deze thesis op gericht is zijn netwerken die zijn opgericht met een specifiek doel en taak. Deze doelen behelzen onder andere innovatie, verschuiving van zorg, kwaliteitsverbetering, verzameling van data en het maken van zorgafspraken (VWS, 2019). De regionale netwerken hebben voor het grootste gedeelte een vorm van shared governance, waarbij een hoge mate van vertrouwen en doelconsensus van belang is (Provan & Kenis, 2008). Om deze doelconsensus en dit vertrouwen te waarborgen is inzicht in de waarde voor de aangesloten individuele organisaties van belang (Cunningham et al., 2012; Provan & Milward, 2001). Dat sluit aan bij de scope van dit onderzoek. De wijze van besturing van en binnen het netwerk wordt hierin buiten beschouwing gelaten.

Samenvattend is de omschrijving van de doelgerichte organisatienetwerken waarbij er sprake is van een complexe opgave en de onderlinge organisaties met elkaar naar een hoger doel streven, passend voor de regionale netwerken in de fysiotherapie.

2.2 Wat is er vanuit de literatuur bekend over de wijze waarop een netwerk geëvalueerd kan worden?

Wanneer het doelgerichte organisatienetwerk eenmaal bestaat, is het van belang om te onderzoeken hoe een netwerk geëvalueerd kan worden. In de afgelopen jaren is er veel onderzoek uitgevoerd naar de governance structuur in netwerken, hoe netwerken tot stand komen en hoe samenwerking kan verbeteren (Cunningham et al., 2012, 2019; Turrini et al., 2009).

Zo beschrijven Provan & Kenis (2008) de relatie tussen de governance structuur en de impact die dat heeft op de effectiviteit van het netwerk (Provan & Kenis, 2008). In een gerelateerd systematisch review van Varda et al (2012) wordt beschreven dat de netwerk structuur effect heeft op de governance binnen het netwerk en daarmee invloed heeft op de management strategie en uitkomsten van het netwerk (Varda et al., 2012).

Echter, onderzoek naar de evaluatie van uitkomsten en effectiviteit van netwerken is aanzienlijk minder over bekend in de literatuur (Brown et al., 2016; Turrini et al., 2009). Lang is dit verklaard omdat het succes van een netwerk voornamelijk werd bepaald door de inzet van de individuele organisaties (Mandell & Keast, 2008; Turrini et al., 2009). Met de opkomst van de eerdergenoemde doelgerichte netwerken, waarbij het management van een netwerk meer komt te liggen bij een bestuur, een sterke organisatie of een externe organisatie, zijn de resultaten minder afhankelijk van de aangesloten organisaties. (Cunningham et al., 2012; Turrini et al., 2009). Binnen de regionale fysiotherapie netwerken is er voornamelijk sprake van een shared governance structuur. Hier zijn de aangesloten organisaties samen verantwoordelijk voor de resultaten die geboekt worden.

Provan & Milward (2001) zijn de eerste die een maat van evaluatie beschrijven. Zij beschrijven dat de populariteit of aantrekkingskracht van een netwerk als maat voor evaluatie genomen kan worden. In kaart brengen hoe snel het netwerk groeit of krimpt kan iets zeggen over het mogelijke effect van het netwerk (Provan & Milward, 2001). Daarbovenop geldt dit ook voor de aantrekkingskracht van het netwerk voor stakeholders dat het netwerk heeft en kan vasthouden, waarbij de aanname is dat een goed georganiseerd netwerk meer organisaties en stakeholders aan zich bindt (Provan & Milward, 2001).

In het onderzoek van Provan en Milward wordt een diepere laag van evaluatie aangebracht omdat netwerken met verschillende stakeholders te maken hebben. Er wordt hierbij onderscheid gemaakt in evaluatie op het niveau van de gemeenschap, op het niveau van het netwerk en dat van de aangesloten organisaties (Provan & Milward, 2001). Onder gemeenschap wordt verstaan de regio waaraan de service van het netwerk verleend wordt (Provan & Milward, 2001). Wanneer dit vertaald wordt naar de fysiotherapie netwerken gaat het over de evaluatie van de service die het netwerk levert aan stakeholders zoals patiënten, huisartsen, ziekenhuizen, verzekeraars en gemeenten. Bij de evaluatie op netwerk niveau gaat het over hoe sterk de relatie is tussen de afzonderlijke organisaties, of alle services geleverd kunnen worden die gevraagd worden, hoe de administratie is geregeld en hoe het commitment is tussen de verschillende leden. Het laatste niveau dat in het onderzoek beschreven wordt, gaat over de evaluatie op het niveau van de aangesloten organisaties (Provan & Milward, 2001). Vooral dit laatste niveau sluit aan bij de onderzoeksvraag van deze thesis.

In bovenstaand model wordt alleen geëvalueerd op de uitkomsten van het netwerk. Hetgeen er in het netwerk nodig is om te komen tot deze uitkomsten wordt hierin buiten beschouwing gelaten. Deze vermogens om te komen tot, zijn wel beschreven in de literatuur van Turrini et al. 2009.

Turrini en collega's (2009) hebben het basis model van Provan en Milward bestudeerd en naar aanleiding van een systematic review naar de effectiviteit van netwerken, het model aangevuld en gespecificeerd. Dit heeft ertoe geleid dat zij de drie categorieën van Provan en Milward (gemeenschap, netwerk, leden) verder hebben gespecificeerd en anders hebben gedefinieerd. Zij doen een voorstel om netwerken te evalueren op 5 verschillende niveaus:

- (1) effectiviteit op klantniveau van het netwerk;
- (2) algemeen effectiviteit op gemeenschapsniveau;
- (3) vermogen op het bereiken van de gestelde netwerkdoelen;
- (4) vermogen tot innovatie en verandering
- (5) duurzaamheid en levensvatbaarheid van het netwerk.

De eerste twee dimensies zijn indicatoren van externe impact en de laatste drie zijn indicatoren van interne capaciteiten van het netwerk (Turrini et al., 2009).

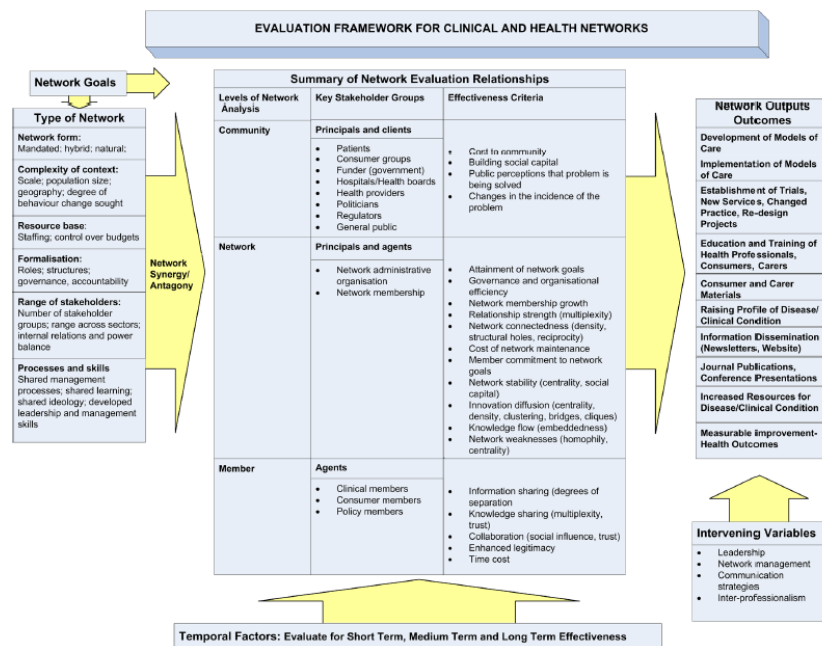
Een andere wijze van evalueren is middels het Collaboration Evaluation and Improvement (CEIF) Framework (Woodland & Hutton, 2012).

Ten opzichte van het model van Provan en Milward diepen ze in dit model het niveau van het netwerk uit. Dit doen ze middels 5 stappen namelijk: evaluatie hoe er tot samenwerking is gekomen, het in kaart brengen van de onderlinge samenwerking, de evaluatie van het niveau van samenwerken, het in kaart

brenge in hoeverre de samenwerking is geïntegreerd in iedere organisatie en het beoordelen van de kwaliteitscycli binnen het netwerk (Woodland & Hutton, 2012). Dit zijn stuk voor stuk belangrijke onderdelen, maar sluit niet aan op de onderzoeksvraag in dit onderzoek. De evaluatie op de drie niveaus van gemeenschap, netwerk en aangesloten organisaties is daarbij meer passend (Provan & Milward, 2001; Turrini et al., 2009).

Cunningham (2019) gaat dieper in op het model van Turrini (2009) en voegt op basis van vervolgonderzoek en interviews een aantal dimensies toe (figuur 1). De basis van gemeenschap, netwerk en aangesloten organisaties blijft intact, maar hier zijn op voorhand overkoepelende onderdelen aan toegevoegd, zoals de inventarisatie van de netwerkdoelen, de vorm van netwerken en de complexiteit van de context waarin het netwerk functioneert (Cunningham et al., 2019).

Op deze manier kunnen de uitkomsten van evaluatie gekoppeld worden aan de gestelde doelen door het netwerk en de complexiteit waarin het netwerk acteert. Het model van Cunningham evalueert vervolgens op het niveau van de gemeenschap die voorzien wordt van de diensten, het functioneren van het netwerk zelf als organisatie en op het niveau van de aangesloten organisaties. Op basis van eerder onderzoek zijn daaraan gekoppeld de stakeholders per niveau en de mogelijke effectiviteitscriteria per doelgroep (Cunningham et al., 2019; Provan & Milward, 2001; Turrini et al., 2009). In een eerder stadium is dit model al getest binnen twee verschillende netwerken in de gezondheidszorg (Cunningham et al., 2012). Dit kwalitatieve onderzoek heeft de uitkomsten van het netwerk beschreven op de korte, middellange en lange termijn en gesplitst op de drie niveaus van gemeenschap, netwerk en aangesloten organisaties (Cunningham et al., 2019; Turrini et al., 2009). Om de onderzoeksvraag in deze thesis te beantwoorden, zal het model van Cunningham de basis vormen.



Figuur 1 Evaluation framework for clinical and health networks 'herdrukt van' "Tackling the wicked problem of health networks: the design of an evaluation framework," F.C. Cunningham, 2019, *BMJ Open*, 9(5)

2.3 Wat is er vanuit de literatuur bekend over welke waarde samenwerking kan hebben voor de leden in een netwerk binnen de gezondheidszorg?

Nu bekend is op welke wijze een netwerk geëvalueerd kan worden, is het van belang te onderzoeken wat de uitkomsten of waarden van deze evaluatie kunnen zijn. Het resultaat van hetgeen tussen de aangesloten organisaties binnen het netwerk wordt uitgewisseld en wordt opgeleverd, voor elkaar en voor externe stakeholders, kan gezien worden als opgeleverde waarde van een netwerk (Fjeldstad et al., 2020). Hoe groot deze waarde is, is afhankelijk van de energie die het kost om de waarde te leveren (Osterwalder et al., 2014).

Binnen de regionale fysiotherapienetwerken gaat dit bijvoorbeeld over het aangaan van zorgafspraken in de regio, invloed hebben op de zorgagenda van de gemeentelijke politiek, afspraken maken met zorgverzekeraars. Meer gericht op de burger kan het een complexe zorgopgave zijn om de burger gezonder te laten leven.

In de literatuur zijn veel algemene voordelen aan netwerkvorming toegeschreven. De voornaamste zijn: toegenomen kwaliteit van zorg, toegenomen efficiëntie van zorg, kostenbesparing, kennisdeling en verbeterde positionering van de zorgverlener (Braithwaite, Runciman, et al., 2009; Cunningham et al., 2012; Turrini et al., 2009).

2.3.1 Waarde voor de individuele organisaties op korte, middellange en lange termijn

Cunningham 2012 beschrijft op basis van een kwalitatief onderzoek onder twee zorgnetwerken in Australië de effecten op de korte, middellange en lange termijn op de niveaus van de gemeenschap, netwerk en haar leden. Er is geen duiding gegeven aan wat precies korte, middellange en lange termijn inhoud. Op het niveau van de aangesloten organisaties zijn deze uitkomsten:

- Op korte termijn

Toegenomen sociale interactie tussen de leden, onderlinge medewerking van de leden binnen het netwerk, toegenomen afstemming van werkzaamheden binnen het netwerk, gevraagd en ongevraagd input leveren voor het netwerk.

- Op middellange termijn:

Herkenning bij de stakeholders van het netwerk, investering van de leden kunnen belonen, kennis en informatie deling

- Op lange termijn:

Invloed bij stakeholders, toegenomen klanttevredenheid, verandering in werkprocessen (Cunningham et al., 2012).

Overall beschrijft dit onderzoek effecten op het gebied van toegenomen samenwerking, kennisdeling, toegenomen invloed, koste efficiëntie, opdoen van nieuwe relaties, kennis hebben van elkaar competenties, positieve invloed op bedrijfsvoering (Cunningham et al., 2012). Deze effecten zijn in lijn met eerdere studies (Provan et al., 2007; Provan & Milward, 2001; Turrini et al., 2009) .

2.3.2 Noodzaak tot evaluatie

Daar waar er literatuur positieve effecten beschrijven van de netwerkvorming (Cunningham et al., 2012, 2019; Provan & Milward, 2001; TURRINI et al., 2009; Varda et al., 2012) , worden er ook meer negatieve effecten beschreven van het feit dat er binnen de gezondheidszorg steeds meer netwerken worden gevormd (Braithwaite, Runciman, et al., 2009; Braithwaite, Westbrook, et al., 2009). Op het gebied van kwaliteitsverbetering en toegenomen klanttevredenheid beschrijft Brown et al. (2015) in haar systematische review dat er overall maar zeer beperkte aanwijzingen zijn dat netwerkvorming leidt tot toename van kwaliteit en tevredenheid (Brown et al., 2016). Zij wijst er daarbij ook op dat de onderzoeken naar deze effectiviteit zeer beperkt zijn en de studies van middelmatige of lage kwaliteit (Brown et al., 2016). Er zijn meer studies bekend waar minder positief wordt gesproken over de ontwikkeling van alle verschillende netwerken. Wenger en collega's stellen dat het bundelen en isoleren van informatie binnen een netwerk wordt aangemoedigd en dat dat ten nadele gaat van anderen. Dit gaat verbetering en vooruitgang van de zorg tegen en het creëert rivaliteit binnen en buiten de groep (Wenger et al., 2002). Ook schrijft Braithwaite et.al. 2009, over de ontstane silo's in netwerken, het isoleren van anderen buiten het netwerk en een verdeel en heers cultuur (Braithwaite, Runciman, et al., 2009; Braithwaite, Westbrook, et al., 2009).

Deze uitkomsten en wetende dat ook veel netwerken in de gezondheidszorg worden gefinancierd door publieke gelden is het belang des te groter om de waarde van de netwerken goed te kunnen evalueren (Braithwaite, Runciman, et al., 2009; Braithwaite, Westbrook, et al., 2009).

2.4 Aan de hand van welke factoren is de meerwaarde van netwerk vorming meetbaar, op niveau van de aangesloten organisaties.

In de literatuur zijn geen gevalideerde vragenlijsten of andere meetinstrumenten bekend om het effect van netwerken te evalueren. In de literatuur is er zeer veel gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek door middel van vragenlijsten en of interviews om de netwerken te evalueren (Braithwaite, Westbrook, et al., 2009; Brown et al., 2016; Cunningham et al., 2012, 2019; Turrini et al., 2009)

In de studie van Brown et al is er gebruik gemaakt van geïncludeerde studies waar het effect van vakinhoudelijke netwerken gemeten werd door te kijken naar patiënt gerelateerde uitkomsten zoals bloedwaarde, recidieven, kankercelvorming (Brown et al., 2016). In het kader van de netwerken die in deze studie worden geëvalueerd is deze vorm niet van toepassing.

In de andere studies worden kwalitatieve vragenlijsten en of interviews gehanteerd (Braithwaite, Runciman, et al., 2009; Braithwaite, Westbrook, et al., 2009; Cunningham et al., 2012, 2019; Turrini et al., 2009).

Hierin worden vragen gehanteerd die gesteld zijn aan de leden van het netwerk die gaan over:

- de rol die ze hebben in het netwerk
- of er nieuwe kennis is opgedaan dmv het netwerk
- of de patiënt tevredenheid is toegenomen
- of de samenwerking met collega's is toegenomen
- of er nieuwe relaties zijn ontstaan dmv het netwerk
- of er toegenomen invloed is
- Of er kosten efficiënter wordt gewerkt

(Braithwaite, Westbrook, et al., 2009; Cunningham et al., 2012, 2019; Provan & Milward, 2001; Turrini et al., 2009).

De gehanteerde semi-gestructureerde vragenlijst die Cunningham (2012) heeft ingezet en bestaat uit bovenstaande onderwerpen dient als basis voor het onderzoek in deze thesis. De evaluatie vindt plaats op het niveau van de aangesloten oragnisaties binnen het model van Cunningham (2019). De antwoorden op bovenstaande vragen zijn nu nog niet inzichtelijk voor de regionale fysiotherapie netwerken en de onderwerpen in deze vragen kunnen behulpzaam zijn in de beantwoording van de onderzoeksvraag in deze thesis.

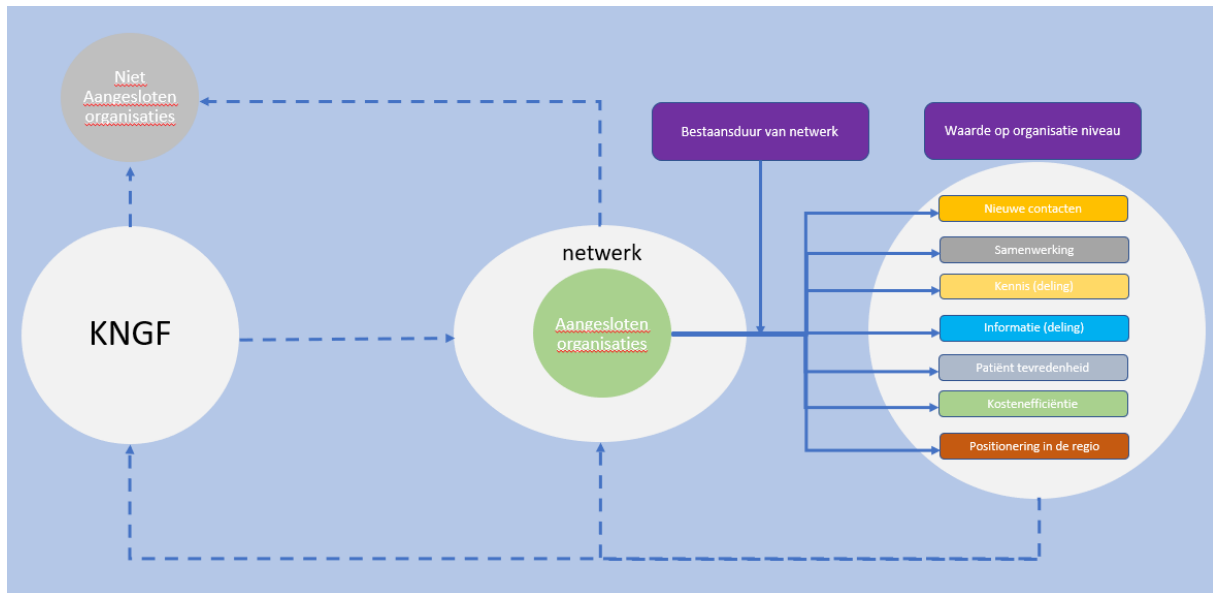
2.5 Tot stand komen conceptueel model

Zoals beschreven hebben Provan en Milward in 2001 de benchmark gesteld voor netwerk evaluatie op de niveaus van gemeenschap, netwerk en aangesloten organisaties. Gedurende de jaren erna is dit model verder ontwikkeld door verschillende auteurs. Op basis van de literatuur zijn er dimensies aan toegevoegd zoals resultaten op korte, middellange en lange termijn, netwerkdoelen en context van de omgeving. Wat uiteindelijk leidt tot het model van Cunningham 2019. Naast deze stroming, is er de lijn van evaluatie op effectiviteit van netwerken op basis van hoe het netwerk is georganiseerd en hoe de governance is ingericht. Deze laatste lijn blijft buiten beschouwing in dit onderzoek (Provan & Kenis, 2008; Varda et al., 2012; Woodland & Hutton, 2012).

Op basis van de literatuurstudie is het model van Cunningham uit 2019 veelvuldig aan de orde gekomen. Dit model dat in de jaren is doorontwikkeld tot hetgeen in 2019 is beschreven evalueert het netwerk op de drie niveaus van gemeenschap, netwerk en aangesloten organisaties en heeft hierbij dimensies als netwerk doelen en uitkomsten aan toegevoegd (Cunningham et al., 2012, 2019). Uit eerdere onderzoeken blijkt dat de bestaansduur van het netwerk een modererende factor is in de uitkomsten van het netwerk. Dit is ook terug te vinden in het model van Cunningham.

In het model van Cunningham zijn ook de mogelijke uitkomsten (waarde) van de evaluatie opgenomen. Met deze uitkomsten is het mogelijk een vragenlijst te maken waarmee er onderzocht wordt welke waarde fysiotherapie praktijken ervaren door te zijn aangesloten bij een regionaal netwerk. Op deze manier wordt er ingezoomd op het model van Cunningham op het niveau van de aangesloten organisaties. In de vragenlijst kan ook de differentiatie aangebracht worden in de bestaansduur van het netwerk en welke verwachtingen de aangesloten organisaties hadden bij aanmelding van het netwerk. Deze verwachtingen en hieraan kunnen voldoen blijken uit de literatuur een belangrijke factor te zijn in de te verwachte effectiviteit.

Bovenstaande beschrijving is schematisch weergegeven aan de rechter zijde van het conceptueel model (figuur 2). Waarbij de doorgetrokken pijlen de scope is van het onderzoek. De uitkomsten van het onderzoek dienen ter input van het beleid binnen het KNGF en ter input van de besturen van de regionale netwerken. Ook kan met deze uitkomsten het verhaal van regionalisering beter worden geladen en de verwachtingen beter worden gemanaged naar de organisaties die nog niet zijn aangesloten. De beschreven terugkoppeling is in gestippelde pijlen weergegeven en valt buiten de scope van het onderzoek.



Figuur 2 Conceptueel model

Hoofdstuk 3. Onderzoeksmethode

3.1 Aard en afbakening van het onderzoek

De onderzoeksvraag van de thesis is: *Wat is de waarde van aansluiting bij een regionaal netwerk voor individuele fysiotherapiepraktijken in de eerstelijnszorg?*

Dit is een informatieprobleem dat door middel van toegepast onderzoek onderzocht moet worden. Binnen het toegepaste onderzoek wordt deze onderzoeksvraag geschaard onder een descriptieve onderzoeksvraag. Descriptief onderzoek kan gebruikt worden om personen, situaties, systemen of relaties te beschrijven (Bougie & Sekaran, 2020). De beschrijving van de waarde op praktijkniveau door aangesloten te zijn bij een regionaal netwerk, valt hieronder. Via onderzoek, waarbij er gebruik gemaakt wordt van zowel kwantitatieve data als kwalitatieve data, wordt de centrale onderzoeksvraag aan het einde van deze thesis beantwoordt.

Het onderzoek vindt plaats in de richting van fysiotherapiepraktijken die zijn aangesloten bij een regionaal netwerk. Op basis van getallen vanuit de verschillende regionale netwerken, zijn dit er ongeveer 1100.

3.2 Dataverzameling

3.2.1 Literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek dat is uitgevoerd om de theoretische vragen te kunnen beantwoorden en een vragenlijst te kunnen maken is gedaan met de volgende zoektermen: effectiveness healthcare network, evaluation (healthcare)network, definition network, network primary care, questionnaire network evaluation, collaboration in healthcare. De literatuur is gezocht in de databases van Worldcat, Pubmed en google scholar. Er zijn enkel peer-reviewed artikelen gebruikt van na 2000, deze artikelen zijn afkomstig uit journals met een hoge impactfactor (Bougie & Sekaran, 2020)

3.2.2 Vragenlijst

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een gestructureerde vragenlijst. Wanneer er op voorhand geen valide meetmethode bestaat is het een gangbare methode om een vragenlijst tot stand te brengen op basis van literatuur onderzoek dat is uitgevoerd (Bougie & Sekaran, 2020). Uit het literatuur onderzoek dat is gedaan, zijn een aantal waarden van netwerkvorming op het niveau van de aangesloten organisaties beschreven. Deze waarden zijn: toegenomen kennisdeling, informatiedeling, opdoen van nieuwe vakinhoudelijke inzichten, kosten efficiënter werken, toegenomen invloed in de regio, vergroten van het sociaal netwerk, toegenomen samenwerking en toegenomen patiënt tevredenheid (Cunningham et al., 2019). In het evaluatie model van Cunningham (2019) wordt rekening gehouden met hoelang een

netwerk bestaat en wordt er gekeken naar de effecten op korte-, middellange -en lange termijn (Cunningham et al., 2019).

Om bovenstaande effecten op een kwantitatieve wijze te onderzoeken bij de leden van netwerken in de eerstelijnsfysiotherapiepraktijk zijn deze items opgenomen in een vragenlijst waarbij de antwoorden gescoord kunnen worden op een 5-punts Likert schaal. Een 5-punts Likert schaal die ontworpen is om verschillende items te kunnen scoren op volledig oneens tot volledig eens is een gangbare methode om kwantitatieve data mee te verzamelen. Vooral wanneer dit items zijn waarbij het moeilijk is om een specifieke eenheid aan te koppelen, zoals ervaren waarde (Bougie & Sekaran, 2020; Sullivan & Artino, 2013). Hoelang een netwerk bestaat en hoelang een praktijk al is aangesloten kan gescoord worden in : korter dan een jaar, tussen de één en twee jaar (beide korte termijn), tussen de twee en vijf jaar (middellange termijn) en langer dan vijf jaar (lange termijn). Zo kan er in de analyse fase een uitspraak gedaan worden over de ervaren waarde op korte -, middellange -en lange termijn.

Voordat de ervaren waarde op een kwantitatieve wijze wordt uitgevraagd wordt er een kwalitatieve open vraag gesteld naar de motivatie waarom de organisatie zichzelf heeft aangesloten bij het regionale netwerk. Deze vraag is ervoor om de mate van doelconensus inzichtelijk te maken. Aan het einde van de vragenlijst is er wederom een kwalitatieve vraag opgenomen waarin gevraagd wordt naar overige concrete voorbeelden van waarde creatie, gerelateerd aan het zijn aangesloten bij een regionaal netwerk. Deze laatste vraag is ingezet om de kwantitatieve data te verrijken met kwalitatieve data, om zo een compleet beeld van de ervaren waarde inzichtelijk te krijgen.

Op basis van bovenstaande methodiek is de vragenlijst in concept tot stand gekomen. Hierna is er een steekproef onder fysiotherapeuten gedaan om de vragenlijst te testen. Tien therapeuten hebben de lijst ingevuld en voorzien van feedback op het gebied van inhoud, taalgebruik, volgorde van de vragen, samenhang en volledigheid. Dit is gedaan om de interne consistentie van de vragenlijst te verhogen (Bougie & Sekaran, 2020).

Na de feedback ronde is de vragenlijst aangepast op de lengte van een aantal vragen (kortere omschrijvingen).

Vervolgens is er een digitale sessie geweest met acht bestuurders van verschillende regionale netwerken. Er waren er 12 uitgenodigd, met acht is een overeenkomstige datum gepland. De bestuursleden hebben de lijst een week voorafgaand aan de sessie ontvangen.

Het doel van deze sessies is geweest om de behoefte van de bestuursleden te peilen naar de informatie die gevraagd gaat worden onder hun achterban. De vragenlijst is tot stand gekomen uit literatuuronderzoek, maar aanvullend onderzoek onder bestuursleden op items waar zij veel belang hechten, maakt de lijst meer toegespitst op de doelgroep waarvoor hij dient, en maakt de uiteindelijk opgehaalde informatie meer waardevol.

Over het geheel was er consensus over de juistheid van de vragen en was er een groot draagvlak voor de vragenlijst (face-validity). Naar aanleiding van deze groepssessie is er een vraag op de verwachtingen toegevoegd, is vraag vijf opgesplitst in losstaande items die gescoord kunnen worden en wordt er in vraag één gevraagd naar het netwerk waarbij de praktijk is aangesloten. Door deze vraag neemt de anonimiteit minimaal af, maar de toepasbaarheid in de praktijk toe. De bestuurders waren hier groot

voorzitter van, waardoor het draagvlak voor verspreiding toeneemt. De vragenlijst is toegevoegd in bijlage 1.

3.3.2 Populatie

De totale populatie van dit onderzoek zijn fysiotherapie praktijken die zijn aangesloten bij een regionaal netwerk. Exacte cijfers van deze groep zijn niet bekend. Op basis van gevoerde gesprekken met bestuursleden van de regionale netwerken, in aanloop naar de verspreiding van de vragenlijst om het draagvlak te vergroten, komt de totale populatie op ongeveer 1100 praktijken. Deze gesprekken hebben plaatsgevonden tussen 30-06-22 en 02-07-2022

3.3.3 Steekproef en respons

Om de uitkomsten van de vragenlijst te kunnen generaliseren naar de totale populatie is een representatieve steekproef van belang. Hierbij moet rekening worden gehouden dat de respons op een vragenlijst acceptabel is vanaf de 30% (Bougie & Sekaran, 2020).

Rekening houdend met een 95% betrouwbaarheidsniveau en een steekproef die vergelijkbaar is met de populatie is het mogelijk gebruik te maken van de rekentabel van Krejcie en Morgan (Bougie & Sekaran, 2020; Krejcie & Morgan, 1970). Deze beschrijft dat bij een populatie van 1100 organisaties, de steekproef boven de 285 organisaties moet uitkomen om de uitkomsten van de vragenlijst te kunnen generaliseren over de populatie (Bougie & Sekaran, 2020; Krejcie & Morgan, 1970).

3.3.4 Verspreiding van de lijst

De tot stand gekomen vragenlijst is via een webbased applicatie (surveyMonkey) verspreid onder de populatie. Het voordeel van deze methode is dat de lijst snel, laagdrempelig, over een groot geografisch gebied verspreid kan worden (Bougie & Sekaran, 2020). Het nadeel ligt in het risico dat de bereidwilligheid tot invulling van deze vragenlijsten laag is, en je er weinig invloed op hebt. In de week voor verspreiding zijn de besturen telefonisch benaderd om het doel van de lijst te benadrukken en de verspreiding te stimuleren. Terwijl dat de vragenlijst uitstond is er via telefoon, mail en socialmedia aandacht aan gegeven om een zo hoog mogelijk invulpercentage te kunnen garanderen. De vragenlijst heeft uitgestaan tussen 02-07-2022 en 23-07-2022. Dit heeft geresulteerd in een respons van 381 organisaties die de lijst hebben ingevuld. In de basis biedt deze respons de mogelijkheid tot een betrouwbare generalisering over de te onderzoeken populatie (Bougie & Sekaran, 2020; Krejcie & Morgan, 1970).

3.4 Data Analyse

In een descriptief onderzoeksdesign gaat het in de analyse om het inzichtgeven van de onderzochte populatie. In dit onderzoek wordt dit gedaan door de inzet van een gestructureerde vragenlijst met elf gesloten vragen die te scoren zijn op een 5-punts Likert schaal en twee openvragen. De respondenten kunnen op de Likert schaal scoren van “volledig oneens” tot “volledig eens”.

Een likert schaal valt onder de ordinale meetinstrumenten. Dan is het gangbaar om in de resultaten en analyse de frequenties in procenten danwel absolute aantallen weer te geven en de centrummaten in de vorm van de modus of mediaan. Het gemiddelde zegt hier niet zoveel aangezien het gemiddelde bijvoorbeeld tussen “eens” en “volledig eens” geen meerwaarde oplevert, vandaar dat de onderzoeker in deze heeft gekozen voor de modus, het meest voorkomende antwoord. De spreidingsmaten die gehanteerd worden zijn het minimale en maximale antwoord gegeven (Bougie & Sekaran, 2020). De berekeningen van deze maten zijn gedaan midden Microsoft Excel. Op deze vragen vindt geen verdere statistische toetsing plaats, wat in lijn ligt met het beschrijvend onderzoek en het ordinale meetinstrument (Bougie & Sekaran, 2020; Sullivan & Artino, 2013). In de analyse van de twee deelvragen die gaan over de verschillen in ervaren waarde tussen bestuurders en deelnemers, en de vraag welke invloed de bestaansduur heeft op de waarde in het netwerk is er wel gebruik gemaakt van statistische toetsen. Dit om te analyseren of de gevonden resultaten wel of niet op toeval berusten. Voor de verschillen tussen bestuurder en deelnemer is gebruik gemaakt van de Mann-Whitney U test (Nachar, 2008). In de andere deelvraag waar er meer dan twee onafhankelijke variabelen zijn, namelijk korte termijn, middellange termijn en lange termijn, is gebruik gemaakt van de Kruskal-Wallis test (Ostertagová et al., 2014). Beide non-parametrische statistische toetsen zijn geschikt voor de vergelijking van onafhankelijke variabelen (Nachar, 2008; Ostertagová et al., 2014). De toetsen zijn uitgevoerd middels het programma IBM SPSS Statistics 27.0.1 (Bijlage 6)

De twee kwalitatieve open vragen die gesteld zijn gaan over de motivatie waarom organisaties zijn aangesloten en welke voorbeelden van waarde de organisatie nog kan benoemen. De antwoorden die op deze vragen zijn gegeven zijn handmatig door de onderzoeker in Microsoft Excel axiaal gecodeerd op de waarden die vanuit de literatuur eerder zijn benoemd en zijn opgenomen in het conceptueel model. Steekproefsgewijs heeft een tweede onderzoeker deze codering gecontroleerd op juiste indeling binnen de verschillende categorieën van het conceptueel model.

In bijlage 2 en 3 staat een overzicht van de axiale codering (Bougie & Sekaran, 2020).

3.5 Validiteit en betrouwbaarheid

Om de betrouwbaarheid en de validiteit van dit onderzoek te verhogen zijn er verschillende methodieken toegepast die hieronder worden toegelicht.

De betrouwbaarheid van het onderzoek zegt voornamelijk iets over hoe consistent de metingen zijn geweest en of het onderzoek goed reproduceerbaar is. Om dit te waarborgen is er in de methode sectie

van dit onderzoek uitgebreid stil gestaan bij de methodiek van dit onderzoek. Zodat het eventueel door een ander op exact dezelfde wijze gedaan kan worden. Daarnaast is bij kwantitatief onderzoek de interne consistentie van de vragenlijst van belang. Daarom is de betrouwbaarheid van de samengestelde vragenlijst onderzocht. De interne consistentie van de vragenlijst zegt iets over de betrouwbaarheid van de vragen als een totale set (Bougie & Sekaran, 2020). Deze is berekend met de cronbach's alpha middels het programma Microsoft Excel. De maximale waarde van de cronbach's alpha ligt op 1. Uit de literatuur blijkt dat wanneer de alpha boven de 0.7 ligt je de vragenlijst als intern consistent mag bestempelen (Bougie & Sekaran, 2020). De interne consistentie van de gebruikte vragenlijst staat in de resultatensectie beschreven.

De antwoorden op de openvragen in de vragenlijst zijn axiaal gecodeerd binnen verschillende categorieën van het conceptueel model (bijlage 2, 3 en 4). Om de betrouwbaarheid te verhogen is deze codering steekproefgewijs gecontroleerd door een tweede onderzoeker. De laatste stap die is gedaan om de betrouwbaarheid te vergroten zijn de statistische toetsen op de gevonden verschillen tussen de evaren waarde van bestuursleden en reguliere deelnemers (Mann-Whitney U test) en op de gevonden verschillen tussen de korte-, middellange -en langere termijn (Kruskal-Wallis test) (bijlage 6) (Nachar, 2008; Ostertagová et al., 2014).

In dit onderzoek is getracht om de inhoudsvaliditeit te waarborgen door het gehele proces nauwkeurig te beschrijven en het gebruikte meetinstrument te baseren op de resultaten die gevonden zijn in de literatuur. Is de vragenlijst getest in een groep van tien therapeuten, en is er een groepsessie geweest met een groep van acht bestuurders van verschillende netwerken. In deze sessie is de vragenlijst getoetst of er begrepen wordt wat er met de vragen wordt bedoeld, of er vragen missen of dat ze zelf zaken willen toevoegen.

Daarnaast zijn de antwoorden van de open kwalitatieve vraag naar de waarde van aansluiting bij een regionaal netwerk gebruikt ter verrijking van de antwoorden op de gesloten vragen.

Door hoge respons op de vragenlijst (daarbij rekeninghoudend met een 95% betrouwbaarheidsniveau) de samenstelling van de steekproef en de beschreven stappen op validiteit en betrouwbaarheid, is het aannemelijk dat de resultaten uit dit onderzoek generaliseerbaar zijn naar de rest van de populatie (Bougie & Sekaran, 2020).

Hoofdstuk 4 Onderzoeksresultaten

4.1 Samenstelling van de steekproef en interne consistentie vragenlijst

De vragenlijst die uitgezet is onder ongeveer 1100 fysiotherapiepraktijken is ingevuld door 381 fysiotherapeuten. Dit maakt dat we te maken hebben met een steekproef van 35 % ten opzichte van de te onderzoeken populatie.

De samenstelling van de steekproef bestaat uit enkel deelnemers in de netwerken (63%), bestuurders van de netwerken (20%) en deelnemers met 1 of meerdere neven taken (17%). Of deze verhoudingen binnen de totale populatie hetzelfde is, is niet bekend. Bij het invullen van vragenlijsten kan verwacht worden dat de meest betrokken en actieve deelnemers meer geneigd zijn mee te doen met een onderzoek. Met enige oververtegenwoordiging van de bestuurders moet rekening gehouden worden. Later in de analyse sector wordt dit ook besproken.

Van de respondenten is 16% lid van een netwerk dat bestaat tussen de 0 en 2 jaar, 35% lid van netwerken dat tussen de 2 en 5 jaar bestaat en 49% van netwerken dat langer dan 5 jaar bestaat.

24% van de respondenten is zelf tussen de 0 en 2 jaar aangesloten, 37% is tussen de 2 en 5 jaar aangesloten, 40% is langer dan 5 jaar aangesloten bij een regionaal fysiotherapie netwerk.

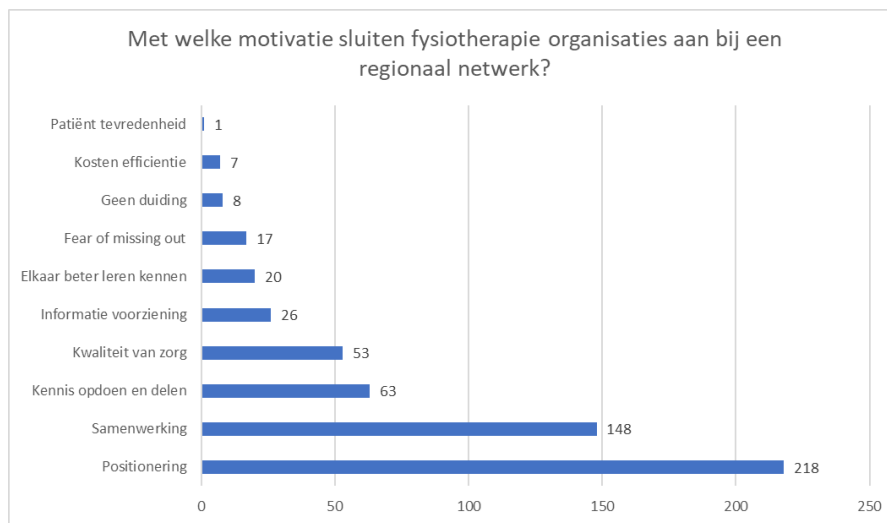
De respondenten zijn afkomstig uit 35 verschillende regionale netwerken verspreid door Nederland. 14 netwerken hebben geen data aangeleverd voor het onderzoek. De reden hiervoor is niet bekend.

De vragenlijst die in dit onderzoek is gebruikt en tot stand is gekomen op basis van het literatuuronderzoek, is berekend met een Cronbach's alpha van 0.88. Dit houdt in dat de vragenlijst een voldoende vorm van interne consistentie heeft (Bougie & Sekaran, 2020). De berekening is toegevoegd in bijlage 5.

4.2 Presentatie van de resultaten

4.2.1 Motivatie voor aansluiting

De open vraag met welke motivatie therapeuten aansluiten bij een regionaal netwerk is in totaal 376 keer ingevuld. Een antwoord van een respondent heeft onder meerdere categorieën kunnen vallen aangezien de respondent meerdere redenen kon aanvoeren om aan te sluiten. Dit maakt dat de presentatie in aantallen is en niet in percentages. De resultaten staan gepresenteerd in figuur 3. Hier komt duidelijk in naar voren dat de positionering de meest genoemde motivatie tot aansluiting is. Gevolgd door samenwerking en het delen -en opdoen van kennis. Patient tevredenheid en kosten efficiëntie zijn de twee categorieën die het minst zijn genoemd. (figuur 3)



Figuur 3 Met welke motivatie sluiten fysiotherapie organisaties aan bij een regionaal netwerk?

4.2.2 Waarde op korte, middellange en langere termijn

Vanuit het literatuur onderzoek is gebleken dat de waarde van een netwerk voor de deelnemers mede afhankelijk is van hoelang een netwerk bestaat. Dit is omschreven als effecten op korte -, middellange - en langere termijn. Om deze reden is in dit onderzoek de ervaren waarde op korte middellange en langere termijn inzichtelijk gemaakt. In de literatuur zijn geen tijdseenheden aan deze indeling gegeven. Op de vraag hoelang bestaat uw samenwerkingsverband, waren er vier antwoorden mogelijk. 0 tot 1 jaar, 1 tot 2 jaar (beide korte termijn), 2 tot 5 jaar (middellange termijn) en langer dan 5 jaar (lange termijn).

De zeven uitgevraagde waarden die gebaseerd zijn op het conceptueel zijn:

- Waarde 1: Kennismaking met nieuwe collega's binnen en/of buiten mijn vakgebied.
- Waarde 2: Samenwerking met regionale collega's binnen en/of buiten mijn vakgebied toegenomen.
- Waarde 3: Het opdoen van nieuwe vakinhoudelijke kennis.
- Waarde 4: Het kunnen delen van vakinhoudelijke kennis met collega's uit de regio
- Waarde 5: Toename van de patiënt tevredenheid.
- Waarde 6: Kosten efficiëntie
- Waarde 7: Toename van regionale positionering

De lijn die uit de cijfers van tabel 4 te destilleren is. Is dat fysiotherapeuten op korte termijn ervaren dat hun sociaal netwerk en de samenwerking onderling toeneemt door aansluiting bij een regionaal netwerk. Dat op de middellange termijn het opdoen van kennis en kennisdeling toeneemt en op de langere termijn de positionering is toegenomen. Patiënttevredenheid en kosten efficiënte scoren slecht in de ervaren waarde (tabel 1).

Welke waarde levert het als fysiotherapie organisatie op korte, middellange en lange termijn op om aangesloten te zijn bij een regionaal netwerk?		Volledig eens	Eens	Geen mening	Oneens	Volledig oneens
Korte termijn	Waarde 1	12%	48%	16%	16%	7%
	Waarde 2	5%	44%	14%	29%	9%
	Waarde 3	5%	16%	23%	45%	11%
	Waarde 4	5%	24%	29%	34%	9%
	Waarde 5	1%	5%	39%	38%	17%
	Waarde 6	0%	0%	21%	51%	26%
	Waarde 7	2%	36%	18%	29%	11%
Middellange termijn	Waarde 1	25%	54%	7%	13%	2%
	Waarde 2	14%	47%	14%	23%	2%
	Waarde 3	6%	43%	20%	27%	3%
	Waarde 4	11%	45%	20%	23%	2%
	Waarde 5	2%	11%	39%	35%	12%
	Waarde 6	2%	2%	29%	51%	17%
	Waarde 7	7%	55%	17%	15%	5%
Langere termijn	Waarde 1	41%	44%	2%	7%	6%
	Waarde 2	31%	48%	7%	10%	4%
	Waarde 3	16%	50%	14%	16%	5%
	Waarde 4	18%	53%	12%	14%	3%
	Waarde 5	5%	14%	42%	33%	7%
	Waarde 6	1%	16%	23%	48%	13%
	Waarde 7	17%	49%	15%	16%	3%

Tabel 1 Welke waarde levert het als fysiotherapie organisatie op korte, middellange en lange termijn op om aangesloten te zijn bij een regionaal netwerk?

4.2.3 Bestuurslid of deelnemer

Binnen de fysiotherapie netwerken zijn ook de bestuursleden met hun fysiotherapie organisatie lid van het regionale netwerk. Mogelijk dat de ervaren waarde van het netwerk anders ervaren wordt door bestuursleden dan door reguliere deelnemers. Om die reden is er in de resultaten een uitsplitsing gemaakt in de ervaren waarde voor bestuursleden, leden met een nevenfunctie of reguliere deelnemers. In de tabel hieronder staan de resultaten. Het geen dat opvalt is dat de bestuursleden van de netwerken de verschillende waarden hoger scoren dan de reguliere deelnemers. In de waarde sociaal netwerk, samenwerking en kennisdelingen zijn de verschillen beperkt. Echter, in de positionering is er een duidelijk verschil aanwezig waarin naar voren komt dat bestuursleden en deelnemers met een nevenfunctie meer waarde ervaren in positionering dan de reguliere deelnemers (tabel 2).

Is er een verschil tussen de waarde die bestuursleden ervaren van een regionaal netwerk ten opzichte van de overige leden?		Volledig eens	Eens	Geen mening	Oneens	Volledig oneens
Waarde 1	Deelnemer	17%	53%	10%	16%	5%
	Deelnemer en bestuurder	55%	37%	1%	3%	4%
	Deelnemer plus andere functie	38%	48%	5%	6%	3%
Waarde 2	Deelnemer	12%	40%	16%	26%	7%
	Deelnemer en bestuurder	36%	56%	4%	4%	0%
	Deelnemer plus andere functie	21%	59%	5%	14%	2%
Waarde 3	Deelnemer	6%	32%	21%	34%	8%
	Deelnemer en bestuurder	17%	45%	20%	16%	1%
	Deelnemer plus andere functie	11%	63%	8%	14%	3%
Waarde 4	Deelnemer	7%	35%	22%	30%	6%
	Deelnemer en bestuurder	21%	56%	15%	8%	0%
	Deelnemer plus andere functie	19%	59%	10%	10%	3%
Waarde 5	Deelnemer	1%	10%	33%	41%	15%
	Deelnemer en bestuurder	8%	15%	48%	25%	4%
	Deelnemer plus andere functie	3%	11%	59%	22%	5%
Waarde 6	Deelnemer	0%	5%	23%	51%	22%
	Deelnemer en bestuurder	1%	9%	28%	55%	7%
	Deelnemer plus andere functie	3%	14%	29%	40%	14%
Waarde 7	Deelnemer	4%	38%	22%	26%	9%
	Deelnemer en bestuurder	27%	65%	4%	4%	0%
	Deelnemer plus andere functie	11%	65%	11%	13%	0%

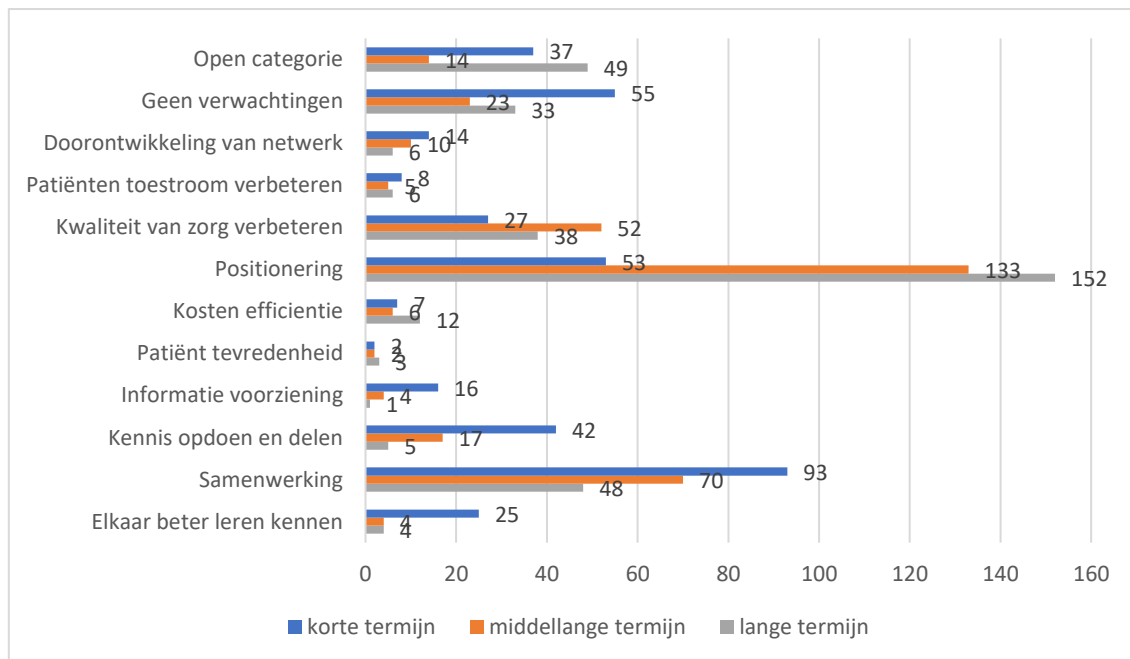
Tabel 2 Is er een verschil tussen de waarde die bestuursleden ervaren van een regionaal netwerk ten opzichte van de overige leden?

4.2.4 Verwachtingen op korte, middellange en lange termijn

Met de open vraag “Wat zijn uw verwachtingen ten aanzien van de waarde die het samenwerkingsverband u als fysiotherapiepraktijk kan leveren?” konden de respondenten hun verwachtingen op korte, middellange en lange termijn noteren. Deze vraag is in totaliteit 322 keer beantwoord. Op deze manier konden respondenten zonder sturing hun antwoorden kwijt. En kan er door de onderzoeker gekeken worden in hoeverre deze kwantitatieve data overeenkomen met de waardes uit het conceptueel model en met de ervaren waarde die gescoord wordt. De antwoorden zijn op dezelfde manier axiaal gecodeerd als bij de vorige vraag (bijlage 4). Omdat bij de verwachtingen veel antwoorden gingen over de kwaliteit van zorg, doorontwikkeling van het netwerk en toename patiëntenstroom zijn deze twee categorieën toegevoegd tov van het conceptueel model. Hetgeen daarnaast opviel was dat veel respondenten geen concrete verwachtingen hebben of dat antwoorden moeilijk te labelen waren. Antwoorden als “veel, weinig, niet, een hoop etc zijn ondervangen in een

categorie “open categorie”. De antwoorden betreffende geen verwachtingen zijn gelabeld in een categorie onder de naam “geen verwachtingen”.

De categorie positionering is verreweg het meest benoemd binnen alle drie de termijnen. Gevolgd door toename van de regionale samenwerking, toename kwaliteit van zorg en kennis opdoen en delen. Het feit dat de categorieën geen label en geen verwachtingen in verhouding vrij groot zijn lijkt het erop dat de respondenten dit een lastige vraag vonden om te beantwoorden (figuur 4).



Figuur 4 Welke verwachtingen hebben fysiotherapie organisaties op korte, middellange en lange termijn van aansluiting bij een regionaal netwerk?

4.2.5 Ervaren waarde van aansluiting bij een regionaal netwerk in de eerstelijnsfysiotherapie

Het antwoord op deze vraag is gevangen binnen de eerder beschreven zeven waarden die opgenomen zijn in het conceptueel model. De waarde is uitgevraagd middels gesloten vragen waar de respondenten konden antwoorden op een 5-punts likert schaal (tabel 3) en in een open vraag waar de respondenten de ruimte konden nemen om hun ervaren waarde in eigen woorden te beschrijven (tabel 5). De spreidingsmaten en centrummaten staan vermeld in tabel 4.

Ervaren waarde van aansluiting bij een regionaal netwerk in de fysiotherapie	Volledig eens	Eens	Geen mening	Oneens	Volledig oneens
Door aansluiting bij het samenwerkingsverband heb ik nieuwe collega's binnen en/of buiten mijn vakgebied leren kennen.	29%	49%	7%	11%	5%
Door aansluiting bij het samenwerkingsverband is mijn samenwerking met regionale collega's binnen en/of buiten mijn vakgebied toegenomen.	19%	47%	11%	19%	4%
Via het samenwerkingsverband heb ik nieuwe vakinhoudelijke kennis kunnen opdoen.	10%	40%	18%	26%	6%
Via het samenwerkingsverband heb ik vakinhoudelijke kennis kunnen delen met collega's uit de regio	12%	44%	18%	22%	4%
Door aansluiting bij het samenwerkingsverband doe ik makkelijker nieuwe informatie op met betrekking tot ontwikkeling in de regio	15%	53%	17%	12%	3%
Door de samenwerking binnen het samenwerkingsverband is de patiënt tevredenheid toegenomen.	3%	11%	41%	35%	11%
Door aansluiting bij het samenwerkingsverband ervaar ik kosten efficiëntie (besparing) in mijn bedrijfsvoering.	1%	7%	25%	49%	17%
Door aansluiting bij het samenwerkingsverband is mijn positionering in de regio toegenomen. (denk hierbij aan invloed richting gemeente, ziekenhuis, huisartsen coöperatie.....)	10%	49%	17%	19%	6%

Tabel 3 Ervaren waarde van aansluiting bij een regionaal netwerk in de fysiotherapie

De waarde informatievoorziening was in de vragenlijst uitgesplitst in informatie over ontwikkelingen in de regio, op het gebied van zorgverzekeraars, ontwikkelingen binnen de zorg en ontwikkelingen binnen de beroepsgroep fysiotherapie. 49% van de respondenten geven aan het ermee eens te zijn dat zij nieuwe collega's binnen en buiten het vakgebied hebben leren kennen, 29% zijn het hiermee volledig eens. Ook voor de waarde van toegenomen samenwerking en inhoudelijke kennis opdoen en delen zijn het grootste gedeelte van de respondenten het eens of volledig eens. 19 % van de respondenten geeft echter ook aan het juist oneens te zijn met de stelling over toegenomen samenwerking. Waarbij ook aangegeven moet worden dat 26% het oneens is met de stelling over het opdoen van vakinhoudelijke kennis en 6% volledig oneens. 22% is het oneens met de stelling deze kennis beter te kunnen delen. 4% is het volledig oneens. Op het gebied van patiënttevredenheid en kosten efficiëntie zien de respondenten geen meerwaarde binnen het netwerk. Op de vraag of deze zijn toegenomen door de netwerkvorming antwoord 35% oneens en 11% volledig oneens op het gebied van patiënt tevredenheid. Wat betreft de kosten efficiëntie zijn deze percentages 49% oneens en 17% volledig oneens. De positionering wordt wel als meerwaarde ervaren binnen de verschillende netwerken. De vraag of de positionering van de eigen organisatie is toegenomen door middel van het werken binnen een netwerk antwoord 49% het daarmee eens te zijn en 10% volledig eens. Binnen de groep respondenten is er ook een groep van 19% die deze waarde niet ervaren en antwoord oneens (tabel 3).

Spreiding en centrummaten kwantitatieve vragen								
	vraag 1	vraag 2	vraag 3	vraag 4	vraag 5	vraag 6	vraag 7	vraag 8
antwoord max	5	5	5	5	5	5	5	5
antwoord min	1	1	1	1	1	1	1	1
antwoord modus	4	4	4	4	4	3	2	4
1: volledig oneens								
2: oneens								
3: geen mening								
4: eens								
5: volledig eens								

Tabel 4 spreiding en centrummaten kwantitatieve vragen

Ter verrijking van de data is er naast deze gesloten vragen over de waarden ook een aanvullende open vraag gesteld. Hierin werd gevraagd of de respondent andere concrete voorbeelden konden benoemen van de toegevoegde waarde voor de individuele organisatie binnen het netwerk. Deze vraag is in totaal 293 keer beantwoord. Een antwoord kon binnen meerdere categorieën vallen. Daarom is in de codering de aantallen genoemd ipv de percentages, omdat je anders boven een percentage van 100% uit zou komen. Het meest genoemde antwoord op deze vraag, 123 keer, valt binnen de categorie “nog geen voorbeelden”. De daarop volgende categorie is toegenomen samenwerking met een aantal van 65 en positionering met 53 keer (tabel 5).

Heeft u voorbeelden waar u als praktijk van profiteert door uw lidmaatschap van een regionaal netwerk?	Aantal keer genoemd
Toegenomen positionering	53
Toegenomen samenwerking	65
Kennis opdoen en delen	14
Toegenomen kwaliteit van zorg	25
Informatie voorziening	11
Elkaar beter leren kennen	9
Kosten efficiëntie	3
Patiënt tevredenheid	1
Toestroom patiënten	13
Nog geen	123

Tabel 5 Antwoorden op open vraag

Hoofdstuk 5 Analyse van de resultaten

5.1 Algemeen

De vragenlijst die is uitgezet onder 53 regionale netwerken heeft een bereik gehad van ongeveer 1100 fysiotherapie praktijken. Zoals eerder genoemd is de lijst uiteindelijk door 381 praktijken ingevuld. De onderzoeker heeft op verschillende manieren de bestuursleden van de netwerken gestimuleerd om hun achterban de lijst te laten invullen. Het kan zijn dat er enige vertekening van de resultaten is opgetreden doordat het ene netwerk actiever is geweest dan het andere netwerk en door het feit dat er relatief veel bestuursleden de vragenlijst hebben ingevuld. 20% van de respondenten waren bestuursleden, ten opzichte van 63% regulier lid en 17% leden met een nevenfunctie.

Het conceptueel model dat is gebouwd suggereert vanuit de literatuur dat het aangesloten zijn bij een netwerk waarde creëert op het niveau van de individuele organisatie. En dat de bestaansduur van het netwerk hierop van invloed is. De waarden die in het conceptueel model zijn opgenomen komen overeen met waarden die ook in het onderzoek naar voren zijn gekomen.

5.2 Analyse van de resultaten per deelvraag

5.2.1 Met welke motivatie sluiten fysiotherapie organisaties aan bij een regionaal netwerk?

Vanuit de literatuur wordt er een relatie gelegd tussen het belang van overeenkomende motivaties en verwachtingen van de organisaties die willen aansluiten bij een netwerk en de effectiviteit van dat netwerk (Brown et al., 2016; Carswell et al., 2014). Om die reden is de eerste deelvraag met welke motivatie fysiotherapie organisaties aansluiten bij een regionaal netwerk.

Verreweg de meest genoemde motivatie is de regionale positionering van de organisatie. Gevolgd door de stimulering van samenwerking, het opdoen en het delen van kennis, en het stimuleren van de kwaliteit van zorg (tabel 1 en figuur 4).

Deze motivaties komen groot en deels overeen met de doelen waarvoor de netwerken zijn opgericht (VWS, 2019, 2020, 2021). Deze motivaties komen ook overeen met de mogelijke waarden die de organisatie kan ervaren op termijn. Toegenomen samenwerking, kennis opdoen en delen en verbeterde positie in de markt zijn veelvuldig voorkomende effecten van netwerkvorming die beschreven zijn in de literatuur (Brown et al., 2016; Cunningham et al., 2012, 2019; Provan & Milward, 2001).

Met overeenkomende motivatie en verwachtingen, is de kans groter dat er een hoge doel consensus binnen het netwerk ontstaat. Uit onderzoek blijkt dat wanneer er binnen een netwerk sprake is van een hoge doel consensus tussen de organisaties, dit een positieve bijdrage heeft aan de effectiviteit van het netwerk (Brown et al., 2016; Carswell et al., 2014; Provan & Kenis, 2008).

Daarnaast is doel concensus één van de factoren, samen met mate van vertrouwen, grote van het netwerk en complexiteit van de taak, die van belang zijn in de keuze tot governance structuur binnen het netwerk (Provan & Kenis, 2008).

Wat opvallend is ten opzichte van de waarden in het conceptueel model is dat het verhogen van patiënt tevredenheid en het werken aan kosten efficiëntie nauwelijks genoemd is in de motivaties tot aansluiting. Mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat deze waarden van netwerk vorming niet op de voorgrond staan in de communicatie vanuit het KNGF en dat deze ook niet naar voren komen in de beleidsstukken vanuit het ministerie van VWS (VWS, 2019, 2020).

De categorie kwaliteit van zorg die 53 keer is benoemd, komt niet terug in het conceptueel model als waarde voor de organisatie. Echter beschrijft Brown (2016) wel dat één van de gedeelde doelen van netwerken, het verbeteren van de kwaliteit van zorg is (Brown et al., 2016). Een andere categorie die in totaal 17 keer is benoemd, is die van fear of missing out. Oftewel praktijken die aansluiten omdat ze het gevoel hebben om anders de boot missen. Het ontstaan van silo's in de zorg, zorgverleners uitsluiten en het opwerpen van drempels wanneer het netwerk eenmaal loopt wordt vanuit de literatuur herkend en wordt gezien als een nadeel van netwerkvorming (Braithwaite, Runciman, et al., 2009; Brown et al., 2016; Wenger et al., 2002). Dit is ook binnen de beroepsgroep fysiotherapie geen vreemde. Er zijn verschillende voorbeelden van vakinhoudelijke netwerken te benoemen die na het ontstaan en voldoende dekking te hebben, drempels zijn gaan opwerpen voor nieuwe praktijken en zo een gesloten netwerk vormen.

Van belang nog hierbij te benoemen is dat de meest genoemde rede tot aansluiting, de positionering, een belangrijke waarde van het netwerk kan zijn. Maar vanuit de literatuur voornamelijk pas op de langere termijn behaald kan worden (Cunningham et al., 2012).

Enkele reacties:

“Betere samenwerking tussen artsen en fysiotherapeuten tbv protocollen bij orthopedische en andere revalidaties.”

“Samen ben je sterker dan alleen! Om in het eerste lijn zorglandschap gehoord en gevonden te worden lukt dat beter samen met anderen dan alleen”

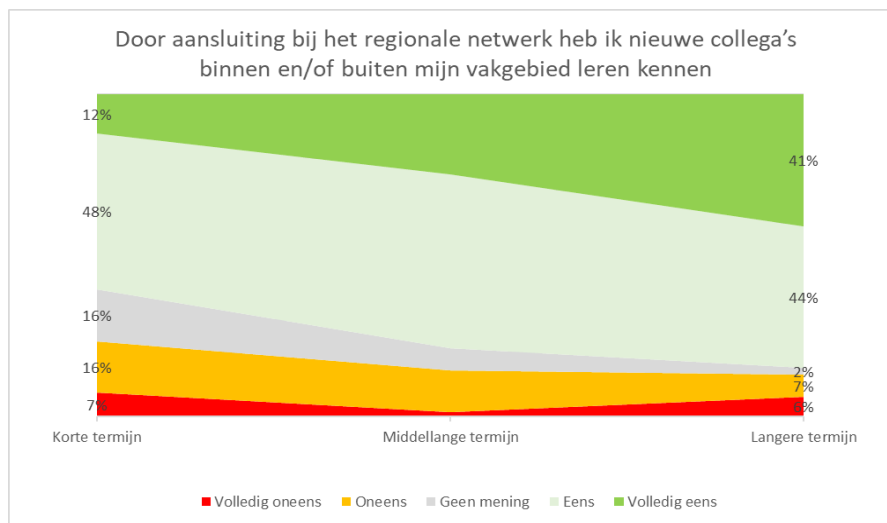
“Inhoudelijke kennis delen en afspraken kunnen maken met verzekeraars”

“Betere, uniforme zorg voor de patiënt, korte lijnen naar de verwijzers/artsen”

5.2.2 Waarde op korte, middellange en lange termijn.

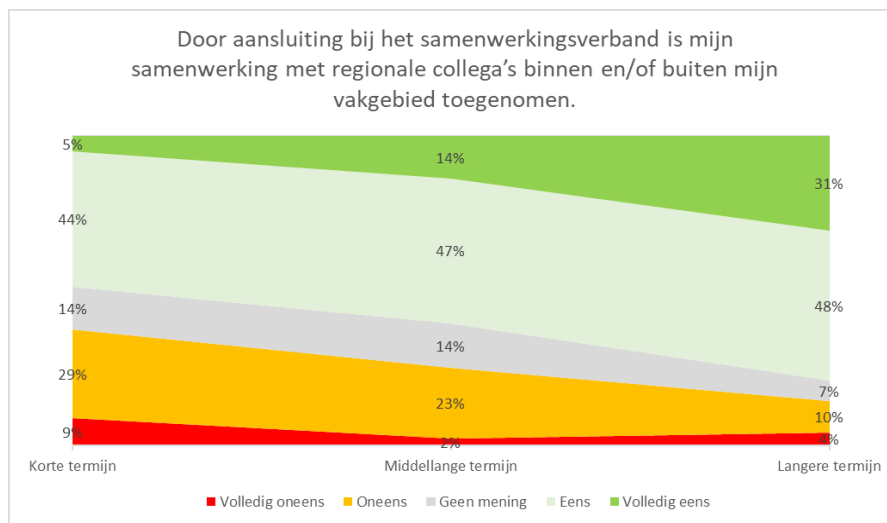
Het conceptueel model suggereert dat de bestaansduur van een netwerk van invloed is op de ervaren waarde op het niveau van de individuele organisatie. Kijkend naar de antwoorden die door de respondenten zijn gegeven, kan je zeggen dat dit in grote lijnen eruit te filteren is (tabel 1). Daar waar op korte termijn al het grootste gedeelte van de respondenten (60%) ervaren dat ze nieuwe collega's

hebben leren kennen, en dat de samenwerking is toegenomen (49%). Zie je deze waarden in de tijd groeien naar respectievelijk 85% voor de waarde nieuwe connecties (figuur 5) en 89% voor de waarde samenwerking (figuur 6). Via het netwerk is het dus mogelijk om je sociale netwerk en de samenwerking te verbeteren. Het vergroten van je sociale netwerk en dit vervolgens inzetten om de samenwerking te vergroten, is van groot belang voor het behalen van je netwerkdoelen (Brown et al., 2016; Cunningham et al., 2012, 2019; Kenis & Cambré, 2022; Provan & Kenis, 2008). Om te testen of deze verschillen niet op toeval berusten is de Kruskal-Wallis test uitgevoerd (Ostertagová et al., 2014). Hier komt uit voort dat deze waarde statistisch significant zijn. De Kruskal-Wallis test is ook voor de hierna volgende waarden uitgevoerd (tabel 5).



Figuur 5 Door aansluiting bij het regionale netwerk heb ik nieuwe collega's binnen en/of buiten mijn vakgebied leren kennen

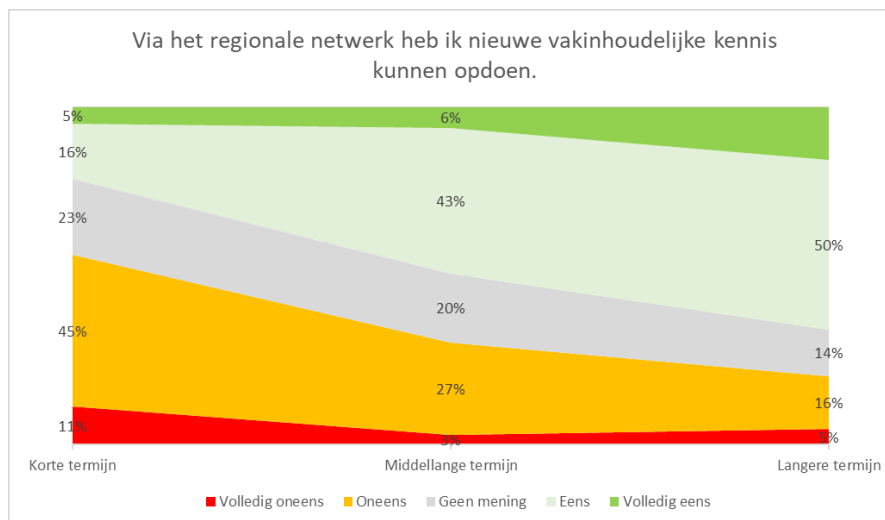
Binnen deze waarden blijft er ook op de langere termijn een groep in de fysiotherapie die zich niet in de positieve ontwikkeling herkent. Op de langere termijn geeft 6% aan geen groter netwerk te hebben opgebouwd en 4% dat de samenwerking niet is toegenomen. Dit wordt niet verder geduïd maar kan door meerdere factoren komen. Zo heb je ook binnen elk netwerk een groep van koplopers (early majority) en een groep van passievere leden die minder actief zijn (considerd laggards) (Rogers, 2003). Maar het kan mogelijk ook betekenen dat deze groep op voorhand al een zeer groot netwerk had en een dusdanige samenwerking, dat deze niet verder is toegenomen.



Figuur 6 Door aansluiting bij het samenwerkingsverband is mijn samenwerking met regionale collega's binnen en/of buiten mijn vakgebied toegenomen.

De waarde nieuwe kennis vergaren en deze kennis ook kunnen delen wordt binnen de fysiotherapienetwerken voornamelijk op de middellange en langere termijn ervaren. Op middellange termijn is 49% het eens met de stelling dat er nieuwe kennis is opgedaan door aansluiting bij het netwerk. Op langere termijn is dit doorgroeid naar 66%. Voor de waarde of deze kennis ook binnen het netwerk verder gedeeld wordt is op middellange termijn het 56% eens en op langere termijn 71%. Op de korte termijn zien de praktijken hier nog geen duidelijke meerwaarde (figuur 7). Dit is volgens de onderzoeken van Cunningham ook nog niet direct te verwachten. In dit onderzoek wordt de waarde kennis opdoen en delen op de middellange termijn als waarde van het netwerk gezien (Cunningham et al., 2012, 2019). Hierbij moet benoemd worden dat Cunningham geen duiding geeft aan hoelang korte, middellange of lange termijn is. Het feit dat het effect van kennis opdoen en delen enigszins wat later ervaren wordt kan mogelijk gerelateerd worden aan de motivatie tot aansluiting en de doelen van de netwerken. De praktijken sluiten voornamelijk aan vanwege de positionering en samenwerking. In de motivatie voor aansluiting bij een netwerk, is het opdoen en delen van nieuwe kennis 63 keer benoemd ten opzichte van de positionering 218 keer.

De verschillen die in de tijd gevonden zijn, zijn voor het opdoen van nieuwe kennis tussen alle drie de groepen statistisch significant.



Figuur 7 Via het regionale netwerk heb ik nieuwe vakinhoudelijke kennis kunnen opdoen.

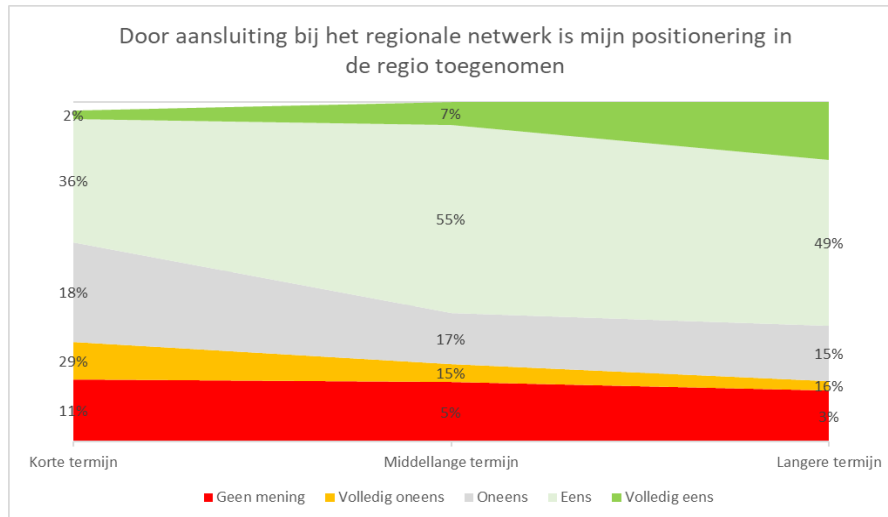
Een negatieve uitschieter in de waarde van de netwerken is de patiënt tevredenheid en de kosten efficiëntie. Daar waar er in de andere waarden een groei te zien is in de tijd, is dit er niet te zien bij deze waarden. Beide worden niet ervaren door de grootste groep van respondenten. Ook op langere termijn is 41% het oneens met de stelling dat de patiënt tevredenheid is toegenomen. Een mogelijke verklaring hiervoor kan plafondwerking zijn. Landelijk is de tevredenheid in de eerstelijns fysiotherapie erg hoog. Gemiddeld scoort de fysiotherapeut een 9.3 (Zorgkaart Nederland, augustus 2022). Om dan vervolgens te kunnen discrimineren of de tevredenheid is toegenomen door aansluiting bij een netwerk is mogelijk teveel gevraagd. De effecten op patiënttevredenheid en kosten efficiëntie waren volgens de literatuur te verwachten op langere termijn (Cunningham et al., 2012).

De respondenten in de onderzoeksgroep gaven ook op de langere termijn aan geen kostenefficiëntie te ervaren. 61% was het op langere termijn nog steeds oneens met deze stelling. De verschillen tussen de verschillende groepen in tijd zijn bij beide waarde dusdanig klein dat er ook geen sprake is van statistische significante verschillen (tabel 6).

De belangrijkste motivatie voor organisaties om aan te sluiten bij een regionaal netwerk is de positionering van de praktijk. Literatuuronderzoek heeft laten zien dat dit doel op langere termijn als effect van netwerkvorming behaald kan worden (Cunningham et al., 2012, 2019; Turrini et al., 2009). Binnen het huidige onderzoek is een duidelijk stijgende lijn van korte termijn naar lange termijn te zien. Op de korte termijn is 38% het eens met de stelling of de regionale positionering is toegenomen, maar is ook 40% het oneens met de stelling. De percentages van de respondenten die eens zijn met deze stelling stijgen in de tijd naar 66%. En de percentages oneens dalen naar 19% (figuur 8). De statistisch significante verschillen zitten hier na de eerste 5 jaar.

Deze waarden komen grotendeels overeen met de verwachtingen vanuit de literatuur. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de netwerken ook om deze rede zijn opgericht en dat de individuele organisaties om deze reden aansluiten. Vanuit verschillende auteurs blijkt een duidelijk relatie tussen de motivatie

van deelnemers, de doelen van het netwerk en de uiteindelijke uitkomsten (Brown et al., 2016; Carswell et al., 2014; Provan & Kenis, 2008). Voor de netwerken en hun aangesloten organisaties zal het wel een uitdaging zijn om ook de organisaties die deze versterking in positionering niet ervaren, ook mee te nemen in de ontwikkelingen. Op langere termijn is 19% het niet eens met de stelling.



Figuur 8 Door aansluiting bij het regionale netwerk is mijn positionering in de regio toegenomen

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig. ^{a,b}	Decision
1	The distribution of Socialnetwork is the same across categories of bestduur1+2.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	<,001	Reject the null hypothesis.
2	The distribution of Samenwerking is the same across categories of bestduur1+2.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	<,001	Reject the null hypothesis.
3	The distribution of Kennisopdoen is the same across categories of bestduur1+2.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	<,001	Reject the null hypothesis.
4	The distribution of Kennisdelen is the same across categories of bestduur1+2.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	<,001	Reject the null hypothesis.
5	The distribution of Patienttevredenheid is the same across categories of bestduur1+2.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,111	Retain the null hypothesis.
6	The distribution of Kostenefficiëntie is the same across categories of bestduur1+2.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,058	Retain the null hypothesis.
7	The distribution of Positionering is the same across categories of bestduur1+2.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,003	Reject the null hypothesis.

a. The significance level is ,050.

b. Asymptotic significance is displayed.

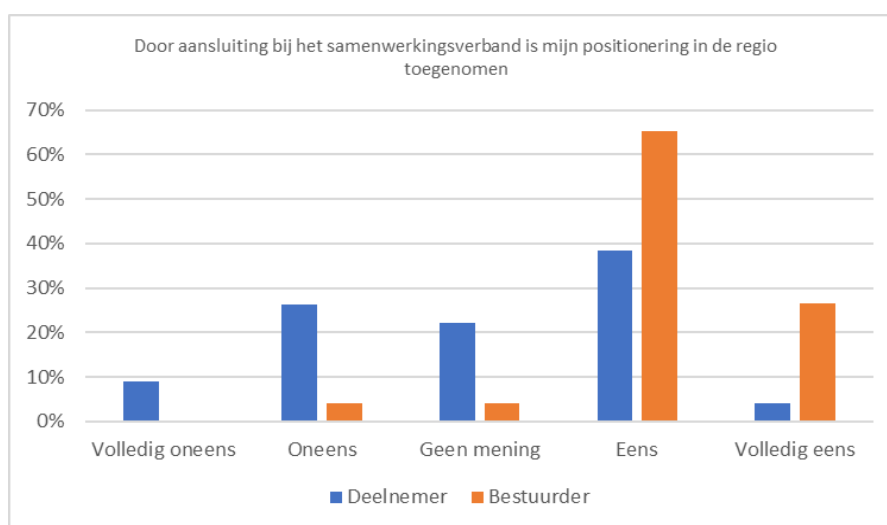
Tabel 6 Kruskal-Wallis Test

5.2.3 Bestuurslid of deelnemer

Bestuursleden van de regionale netwerken zijn over het algemeen praktijkhouders in die regio. Zij vervullen naast hun werkzaamheden als ondernemer en therapeut ook een taak als bestuurslid van een netwerk. Deze bestuursleden zijn het gezicht van het netwerk naar binnen, maar vooral ook naar buiten. Zij doen de gesprekken met stakeholders als gemeenten, verzekeraars, huisartsengroepen en ziekenhuizen. Op basis van het onderzoek dat is gedaan zijn er duidelijke verschillen te zien in de ervaren waarde en de functie die iemand in het netwerk vervuld. Over het algemeen zijn de bestuurders aanzienlijk positiever dan de deelnemers. Met name in de positionering van de organisatie is 76% van de bestuursleden het eens met de stelling dat de positionering ten positieve is veranderd door het netwerk. Dit ten opzichte van de reguliere deelnemer waarvan 42% aangeeft het eens te zijn met de stelling. Daarnaast geeft 35% van de deelnemers aan het oneens te zijn met de stelling ten opzichte van de bestuursleden waar 4% het oneens (figuur 9). Deze uitslagen zijn voorgelegd aan een aantal bestuursleden in de regio, mogelijke verklaringen die zij geven zijn de (on)zichtbaarheid van de activiteiten die gedaan worden, de beperkte communicatie hierover en het feit dat er binnen ieder netwerk personen zijn die meer of minder op de voorgrond treden. Voor de shared governance structuur die de onderzochte netwerken over het algemeen hebben, is een grote mate van onderling vertrouwen

van belang voor het functioneren van het netwerk (Provan & Kenis, 2008). Wanneer binnen het netwerk er een scheve verdeling is in de ervaren waarde van het netwerk kan dit het onderling vertrouwen schaden (Mascia et al., 2018; Zonneveld et al., 2018). Vertrouwen en inzicht in elkaars kunnen is erg belangrijk om boven je eigen belangen te kunnen uitstijgen en je te richten op de maatschappelijke opgave. Daarbij horen ook afspraken die gaan over autonomie, wederkerigheid en loyaliteit naar elkaar (Frydinger et al., 2019; Valentijn et al., 2015). Wanneer de netwerken deze verschillen in ervaren waarde houden, maar naar de toekomst wel professionaliseren om invulling aan de zorgopgave te kunnen geven. Is het ook mogelijk om te kijken naar een andere governance structuur zoals een Network Administration Office (NAO). Hierbij ligt er meer verantwoordelijkheid buiten het netwerk in een onafhankelijke instantie (zorgkantoor). Deze vorm van governance is meer geschikt wanneer er binnen het netwerk een gematigd vertrouwen is, wel sprake is van een hoge doelconsensus en er veel eisende competenties nodig zijn op het netwerk te besturen (Provan & Kenis, 2008).

Ook voor de andere waarden zijn de bestuursleden aanzienlijk positiever gestemd dan de reguliere deelnemers. Alle gemeten verschillen zijn statistisch significant. Dit is getoetst middels de Mann-Whitney U test (tabel 7) (Nachar, 2008).



Figuur 9 Door aansluiting bij het samenwerkingsverband is mijn positionering in de regio toegenomen

	Socialnetwork	Samenwerking	Kennisopdoening	Kennisdelen	Patienttevredenheid	Kostenefficiëntie	Positionering
Mann-Whitney U	4586,000	4212,000	5513,000	4654,500	5618,000	6576,500	3485,000
Wilcoxon W	28676,000	28302,000	29603,000	28744,500	30149,000	31107,500	28016,000
Z	-6,140	-6,645	-4,423	-5,867	-4,401	-2,911	-7,940
Asymp. Sig. (2-tailed)	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	,004	<,001

a. Grouping Variable: Rol

Tabel 7 Mann Whitney U Test

5.2.4 Eenmaal aangesloten, welke verwachtingen hebben fysiotherapie organisaties op korte, middellange en lange termijn van het regionaal netwerk?

Welke verwachtingen deelnemers van een netwerk hebben heeft een duidelijke relatie met de doelen van het netwerk (Brown et al., 2016; Carswell et al., 2014). Vandaar dat ook een open vraag is opgenomen die gaat over welke verwachtingen de deelnemers hebben op de korte, middellange en langere termijn wanneer ze eenmaal aangesloten zijn bij het regionale netwerk. Ook hier is op de middellange en langere termijn de meest genoemde categorie de positionering van de fysiotherapeut. Op korte termijn is samenwerking de meest genoemde (figuur 4). Deze twee meest genoemde categorieën komen overeen met de motivatie waarom praktijken aansluiten en met de waarden die de praktijken ook daadwerkelijk ervaren.

Carswell (2014) schrijft over het belang van het in lijn brengen van de verwachtingen van de deelnemers en de overkoepelende netwerkdoelen. Voor de effectiviteit van het netwerk op langere termijn is het essentieel dat deze met elkaar in afstemming zijn (Carswell et al., 2014).

Opvallend is dat er veel deelnemers zijn die het lastig hebben gevonden om hun verwachtingen te benoemen. De categorie “geen verwachtingen” en een open categorie waarin termen als “geen idee” en “niks” zijn opgenomen was erg groot. Dit is een aandachtspunt aangezien deze leden wel zijn aangesloten met bepaalde doelen en verwachtingen, deze kwamen goed overeen. Maar nu op de langere termijn niet weten waar het netwerk de komende tijd aan wil werken. Mogelijk dat de doelen van de netwerken onvoldoende duidelijk zijn, deelnemers minder betrokken zijn, of de communicatie binnen het netwerk minder goed doorkomt.

Enkele reacties:

“Echte samenwerking waar klanten de vruchten van plukken en praktijken beter van kunnen worden.”
“Mogelijk samenwerken in groter verband”
“Samen met huisartsen de zorg in de eerste lijn organiseren”
“Transparantie en duidelijke Werkafspraken”

Hoofdstuk 6 Conclusies

Met dit onderzoek is getracht om de volgende onderzoeksvraag te beantwoorden:

Wat is de waarde van aansluiting bij een regionaal netwerk voor fysiotherapiepraktijken in de eerstelijnszorg?

Om deze vraag te beantwoorden is er literatuur-, kwalitatief-en kwantitatief onderzoek uitgevoerd.

De antwoorden uit de kwalitatieve data en kwantitatieve data komen grotendeels met elkaar overeen.

Een eerste conclusie is dat uit de resultaten en analyse blijkt dat de belangrijkste waarde voor fysiotherapiepraktijken om te zijn aangesloten zijn bij een regionaal netwerk zit in:

- 1 Toename in sociaal netwerk
- 2 Toename in regionale samenwerking
- 3 Toename in informatie uitwisseling
- 4 Toename in positionering
- 5 Het opdoen en delen van kennis

Uit de kwalitatieve data blijkt ook een toename van kwaliteit van zorg en toename van de patiëntenstroom waarneembaar. Weliswaar een stuk minder genoemd dan de waarde hierboven, maar wel een veelvoorkomend antwoord

Een tweede conclusie is dat de bestaansduur van het netwerk een statistisch significante invloed heeft op de ervaren waarde.

1. Op korte termijn is er een toename op het sociaal netwerk en samenwerking.
2. Op middellange termijn een toename in het opdoen en delen van kennis
3. Op langere termijn een toename in de positionering

Een laatste conclusie is dat er een statistisch significant verschil bestaat in de ervaren waarde tussen de bestuurders en deelnemers van de regionale netwerken. Waarbij de bestuurders significant positiever scoren dan de reguliere deelnemers.

Hoofdstuk 7 Discussie

In dit hoofdstuk wordt een reflectie gegeven op het onderzoek en de bruikbaarheid voor het KNGF en de regionale netwerken.

7.1 Reflectie op het onderzoeksproces

De vragenlijst is ingevuld door 381 fysiotherapie organisaties, dit is 35% van de te onderzoeken populatie. In de basis zorgt dit ervoor dat de resultaten goed generaliseerbaar zijn (Bougie & Sekaran, 2020; Krejcie & Morgan, 1970). Ook het feit dat de resultaten voor de meeste uitkomsten statistisch significant zijn bevonden komt de generaliseerbaarheid ten goede (Nachar, 2008; Ostertagová et al., 2014). Het is echter wel zo dat de vragenlijst door relatief veel bestuurders (20%) is ingevuld ten opzichte van het aantal deelnemers. De verwachting is er, dat er in de steekproef een oververtegenwoordiging van bestuursleden heeft gezeten. Daarnaast blijkt uit de resultaten en de analyse dat juist de bestuurders een grote invloed hebben gehad in de positieve uitslagen van het onderzoek. In de interpretatie en presentatie van de resultaten naar buiten moet hier rekening mee worden gehouden.

De onderzoeker heeft getracht het onderzoek zo valide en betrouwbaar mogelijk te maken. Omdat er geen valide vragenlijst bestond, is de vragenlijst gebaseerd op de waarden die vanuit het literatuuronderzoek zijn aangehaald (Braithwaite, Westbrook, et al., 2009; Cunningham et al., 2012, 2019). Deze vragenlijst is vervolgens getest onder een groep fysiotherapeuten en er heeft een feedbacksessie met bestuurders plaatsgevonden. De feedback uit deze sessies zijn verwerkt in de definitieve versie van de vragenlijst. Echter, er is geen validiteitsonderzoek naar de vragenlijst gedaan. Bij de interpretatie van de resultaten moet hier rekening mee worden gehouden.

In de vragenlijst is een openvraag gesteld naar andere concrete voorbeelden van het effect van het netwerk op organisatieniveau. Deze is gesteld, om de antwoorden van deze vraag te vergelijken met de antwoorden uit de gesloten vragen.

Echter, om de antwoorden goed met elkaar te kunnen vergelijken, was een andere vraagstelling passender geweest. Er is nu gevraagd naar “andere” concrete voorbeelden, in plaats van “kunt u concrete voorbeelden aangeven van.....”. Mogelijk dat dit geresulteerd heeft in het feit dat de categorie “geen voorbeelden” erg groot is geworden in deze rubriek. Naast deze categorie komen de overige antwoorden namelijk wel overeen met de kwantitatieve data. In de vergelijking en interpretatie van de antwoorden moet er rekening mee worden gehouden dat de vraagstelling van openvraag mogelijk invloed heeft gehad.

Bij de gesloten vragen is er gebruik gemaakt van een 5-punts Likert schaal. De middelste categorie betrof de categorie “geen mening”. Echter wanneer een respondent niet wil kiezen voor de “eens” of “oneens” zijde, wil niet zeggen dat deze geen mening heeft. Hier was een categorie “neutraal” passend geweest. De onderzoeker verwacht niet dat dit de uitslag heeft beïnvloed.

7.2 Reflectie op de resultaten

In dit onderzoek is gezocht naar welke waarden ervaren worden in de fysiotherapie organisaties door aangesloten te zijn bij een regionaal netwerk. Tot voor kort was dit inzicht er niet. In de doelstellingen die het KNGF heeft in de versterking van de organisatiegraad kunnen de inzichten uit dit onderzoek gebruikt worden (*Bewegen Onder Één Paraplu KNGF Jaarplan 2021, 2020*; KNGF, 2021). Met de resultaten uit het onderzoek kan aangegeven worden welke waarde de netwerkvorming op korte-, middellange -en lange termijn kan opleveren voor de aangesloten organisatie. In het recent verschenen Integraal Zorgakkoord (IZA) (VWS, 2022) blijkt wederom de urgentie van de regionale zorg. Ook worden de regionale zorggroepen en netwerken opgeroepen om in de eerste lijn de basiszorg in de regio te organiseren. De beroepsgroep fysiotherapie is hier duidelijk in benoemd (VWS, 2022). De noodzaak van verenigen in de regio is er dus niet minder op geworden. In dat licht, is het mogelijk om met de huidige uitkomsten van het onderzoek ook praktijken die niet zijn aangesloten een goed beeld te geven over wat het voor je organisatie kan betekenen om wel aan te sluiten. De regionale besturen van de netwerken krijgen middels deze resultaten inzicht in wat hun inspanningen opleveren voor hun achterban, en kunnen indien nodig dit als stuurinformatie gebruiken.

Ook op landelijk gebied in gesprekken met stakeholders van het KNGF is het behulpzaam dat op basis van de opgehaalde data aangetoond kan worden dat de beroepsgroep beter is gaan samenwerken in de regio. En dat dit een gevolg is van de verhoging van de regionale monodisciplinaire organisatiegraad.

De aandacht van het onderzoek is op de waarde voor de aangesloten organisaties geweest. Niet op de vraag hoe deze waarden tot stand zijn gekomen, hoe de verschillen hebben kunnen ontstaan of op welke manier er eventueel invloed op uitoefenend kan worden. Dit zijn zeker interessante vervolgvragen die vervolgens meer richting kunnen geven in hetgeen er moet gebeuren om de percentages van organisaties die minder positief zijn te beïnvloeden. Zo schrijven Kenis en Raab (2008) dat de vorm van governance structuur een duidelijk effect heeft op de effectiviteit van het netwerk (Provan & Kenis, 2008). En schrijven onder andere Brown (2016), Turrini (2009) en Cunningham (2019) over de positieve invloed die sterk leiderschap heeft op de effectiviteit van organisatienetwerken in de gezondheidszorg (Brown et al., 2016; Cunningham et al., 2019; Turrini et al., 2009).

Het feit dat er significante verschillen bestaan tussen de ervaringen van bestuurders en de ervaringen van de reguliere deelnemers is een aandachtspunt voor de netwerken. Voor de bestuurders en aangesloten organisaties is het essentieel om het maatschappelijk belang van het netwerk en de belangen van de aangesloten organisaties continu te wegen (Frydlinger et al., 2019; Valentijn et al., 2015). De belangen van het netwerk moeten voorop blijven staan, zonder afbreuk te doen aan de individuele organisatie doelen (Frydlinger et al., 2019; Glimmerveen et al., 2020).

Uiteindelijk kan geconcludeerd worden dat de gebruikte vragenlijst een goed middel is geweest om de centrale onderzoeksvraag te beantwoorden. Waarbij het waardevol was geweest als de openvraag naar andere concrete voorbeelden anders was geformuleerd. Zodat de uitkomsten van deze vraag van meer

waarde waren geweest in de validering van de kwantitatieve vragen. De inzichten uit dit onderzoek geven het KNGF en de regionale netwerken veel data in handen om vervolgstappen te maken in de professionalisering van de netwerken en het verhogen van de organisatiegraad.

Hoofdstuk 8 Aanbevelingen

8.1 Aanbevelingen voor de organisatie

Naar aanleiding van de bevindingen in dit onderzoek, volgen er nu enkele aanbevelingen voor de organisatie en verder onderzoek.

Allerest een aanbeveling op het gebied van de verhoging van de organisatiegraad. De verhoging van de organisatiegraad van de beroepsgroep fysiotherapie is een opdracht die de beroepsgroep heeft vanuit de bestuurlijke afspraken uit 2019 en alleen maar actueler wordt bij de implementatie van het IZA (VWS, 2019, 2022). Nu bekend is welke waarde de fysiotherapie praktijken ervaren die zijn aangesloten bij een regionaal netwerk, is het aan te bevelen deze cijfers te implementeren in de communicatie strategie van het KNGF zodat meer fysiotherapie organisaties bekend worden met deze waarden van regionale netwerken. Hiermee zou het KNGF mogelijk meer ambassadeurs van het verhogen van de organisatiegraad kunnen werven en meer best practices kunnen delen om de diffusie van de regionale samenwerking te versnellen (Cain et al., 2002).

Een tweede aanbeveling gaat over de gevonden verschillen in ervaren waarde tussen bestuurders en reguliere deelnemers. Waar de bestuurders aanzienlijk positiever scoren dan de deelnemers, hebben de netwerken een handvat om met hun eigen netwerkorganisatie aan de slag te gaan. Een leidraad hierin zou kunnen zijn om het common eye model te hanteren waarin je in je netwerk nog eens de vijf condities voor samenwerking doorloopt. Hierin wordt gesproken over een gedeelde ambitie, belangen van samenwerking, de onderlinge relatie, de vorm van organisatie in het netwerk en de vormgeving van het proces van samenwerken (Kaats & Opheij, 2013). Deze stappen kunnen helpend zijn om de verschillen tussen ervaren waarde te verkleinen. De regio adviseurs van het KNGF kunnen de netwerken hierin begeleiden.

8.2 Aanbevelingen voor vervolg onderzoek

Het huidige onderzoek heeft zich voornamelijk gericht op het kwantitatief inzichtelijk maken van de waarden van de regionale netwerken. Het verdient een eerste aanbeveling om in vervolg onderzoek kwalitatief een verdiepingsslag hierin te maken. Dit vervolg onderzoek zou zich mogelijk meer kunnen richten op de vorm van samenwerking in het netwerk die leidt tot de aanwezige effecten. Zoals de vorm van governance structuur, leiderschap in het netwerk en de mate van samenwerking binnen het netwerk en hoe de samenwerking invloed heeft op de gevonden waarden (Brown et al., 2016; Kaats & Opheij, 2013; Provan & Kenis, 2008; Turrini et al., 2009).

Een tweede aanbeveling richt zich op de ingezette vragenlijst van deze thesis. Omdat er nog geen gevalideerde vragenlijsten zijn voor de evaluatie van netwerken op het niveau van de individuele organisaties, is deze vragenlijst tot stand gekomen uit literatuur onderzoek en input uit het werkveld. Om onderzoek te starten naar validering van de vragenlijst uit deze thesis, kan vele netwerken in de toekomst helpen in hun doorontwikkeling.

Een laatste aanbeveling richt zich er op om de regionale netwerken zelf te stimuleren om hun netwerk te evalueren op de drie verschillende niveaus van gemeenschap, de organisatie binnen het netwerk niveau en op het niveau van de aangesloten organisaties (Cunningham et al., 2012, 2019). De uitkomsten van deze thesis kan hier een eerste aanzet voor zijn.

Referenties

- Bewegen onder één Paraplu KNGF Jaarplan 2021.* (2020).
- Bougie, R., & Sekaran, U. (2020). *Research Methods For Business, a skill buiding approach* (8th ed.). John Wiley and sons LTD.
- Braithwaite, J., Runciman, W. B., & Merry, A. F. (2009). Towards safer, better healthcare: harnessing the natural properties of complex sociotechnical systems. *Quality and Safety in Health Care*, 18(1), 37–41. <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.023317>
- Braithwaite, J., Westbrook, J. I., Ranmuthugala, G., Cunningham, F., Plumb, J., Wiley, J., Ball, D., Huckson, S., Hughes, C., Johnston, B., Callen, J., Creswick, N., Georgiou, A., Betbeder-Matibet, L., & Debono, D. (2009). The development, design, testing, refinement, simulation and application of an evaluation framework for communities of practice and social-professional networks. *BMC Health Services Research*, 9(1), 162. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-162>
- Brown, B. B., Patel, C., McInnes, E., Mays, N., Young, J., & Haines, M. (2016). The effectiveness of clinical networks in improving quality of care and patient outcomes: a systematic review of quantitative and qualitative studies. *BMC Health Services Research*, 16(1), 360. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1615-z>
- Cain, Mary., Mittman, Robert., Institute for the Future., & California HealthCare Foundation. (2002). *Diffusion of innovation in health care*. California Healthcare Foundation.
- Carswell, P., Manning, B., Long, J., & Braithwaite, J. (2014). Building clinical networks: a developmental evaluation framework. *BMJ Quality & Safety*, 23(5), 422–427. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002405>
- Cunningham, F. C., Ranmuthugala, G., Westbrook, J. I., & Braithwaite, J. (2012). Net benefits: assessing the effectiveness of clinical networks in Australia through qualitative methods. *Implementation Science*, 7, 1. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-108>
- Cunningham, F. C., Ranmuthugala, G., Westbrook, J. I., & Braithwaite, J. (2019). Tackling the wicked problem of health networks: the design of an evaluation framework. *BMJ Open*, 9(5), e024231. <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2018-024231>
- Curry, A., & Hodgson, A. (2008). Seeing in Multiple Horizons: Connecting Futures to Strategy. *Journal of Futures Studies*, 13(1). <https://www.researchgate.net/publication/253444667>
- de Taskforce. (2018). *De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft?* <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/over-ons/>
- Fjeldstad, Ø. D., Johnson, J. K., Margolis, P. A., Seid, M., Höglund, P., & Batalden, P. B. (2020). Networked health care: Rethinking value creation in learning health care systems. *Learning Health Systems*, 4(2). <https://doi.org/10.1002/lrh2.10212>
- Frydinger, D., Hart, O., & Vitasek, K. (2019). How to build better partnership. *Harvard Business Review*, september-oktober.
- Glimmerveen, L., Zonneveld, N., Michgelsen, J., Dahmen, S., van Wijk, E., & Minkman, M. (2020). *de-governance-van-netwerkzorg-ontrafeld*. <https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/publicaties/de-governance-van-netwerkzorg-ontrafeld.pdf>
- Kaats, E., & Opheij, W. (2013). *Leren samenwerken tussen organisaties* (1st ed.). Vakmedianet.
- Kenis, P., & Cambré, B. (2022). *Organisatie netwerken* (3rd ed.). Pelckmans nv.

- Kenis, P., & Raab, J. (2020). Back to the Future: Using Organization Design Theory for Effective Organizational Networks. *Perspectives on Public Management and Governance*, 3(2), 109–123. <https://doi.org/10.1093/ppmgov/gvaa005>
- Kilduff, M., & Tsai, W. (2003). *Social Networks and Organizations*. SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781849209915>
- KNGF. (2020). *Sociaal jaarverslag 2020*.
- KNGF. (2021). *Vastberaden in beweging*.
- Krejcie, R. v., & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
- Mandell, M. P., & Keast, R. (2008). Evaluating the effectiveness of interorganizational relations through networks. *Public Management Review*, 10(6), 715–731. <https://doi.org/10.1080/14719030802423079>
- Mascia, D., Pallotti, F., & Dandi, R. (2018). Determinants of knowledge-sharing networks in primary care. *Health Care Management Review*, 43(2), 104–114. <https://doi.org/10.1097/HMR.000000000000139>
- Nachar, N. (2008). The Mann-Whitney U: A Test for Assessing Whether Two Independent Samples Come from the Same Distribution. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 4(1), 13–20. <https://doi.org/10.20982/tqmp.04.1.p013>
- Ostertagová, E., Ostertag, O., & Kováč, J. (2014). Methodology and Application of the Kruskal-Wallis Test. *Applied Mechanics and Materials*, 611, 115–120. <https://doi.org/10.4028/www.scientific.net/AMM.611.115>
- Osterwalder, A., Pigneur, Y., Bernarda, G., & Smith, A. (2014). *Value Proposition Design How to Create Products and services customers want*. Wiley.
- Provan, K. G., Fish, A., & Sydow, J. (2007). Interorganizational Networks at the Network Level: A Review of the Empirical Literature on Whole Networks. *Journal of Management*, 33(3), 479–516. <https://doi.org/10.1177/0149206307302554>
- 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. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum015>
- 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. <https://doi.org/10.1111/0033-3352.00045>
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (E. M. Rogers, Ed.; 5th ed.). Free Press. <https://archive.org/details/diffusionofinnovo0roge>
- Sullivan, G. M., & Artino, A. R. (2013). Analyzing and Interpreting Data From Likert-Type Scales. *Journal of Graduate Medical Education*, 5(4), 541–542. <https://doi.org/10.4300/JGME-5-4-18>
- Turrini, A., Cristofoli, D., Frosini, F., & Nasi, G. (2009). Networking literature about determinants of network effectiveness. *Public Administration*, 88(2), 528–550. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2009.01791.x>
- Valentijn, P. P., Vrijhoef, H. J. M., Ruwaard, D., Boesveld, I., Arends, R. Y., & Bruijnzeels, M. A. (2015). Towards an international taxonomy of integrated primary care: a Delphi consensus approach. *BMC Family Practice*, 16(1), 64. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0278-x>

- Varda, D., Shoup, J. A., & Miller, S. (2012). A Systematic Review of Collaboration and Network Research in the Public Affairs Literature: Implications for Public Health Practice and Research. *American Journal of Public Health, 102*(3), 564–571. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300286>
- VWS. (2019). *Bestuurlijke afspraken paramedische zorg 2019-2022*. <https://doi.org/https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2019/06/20/bestuurlijke-afspraken-paramedische-zorg-2019-2022>
- VWS. (2020). *Naar een toekomstbestendig zorgstelsel*. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/04/20/bmh-2-naar-een-toekomstbestendig-zorgstelsel>
- VWS. (2021). *Zorg voor de Toekomst*.
- VWS. (2022). *Integraal Zorgakkoord: samen werken aan gezonde zorg*.
- Weber, E. P., & Khademian, A. M. (2008). Wicked Problems, Knowledge Challenges, and Collaborative Capacity Builders in Network Settings. *Public Administration Review, 68*(2), 334–349. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2007.00866.x>
- Wenger, E., McDermott, R. A., & Snyder, W. (2002). *Cultivating communities of practice: A guide to managing knowledge*. Harvard Business Press.
- Woodland, R. H., & Hutton, M. S. (2012). Evaluating Organizational Collaborations. *American Journal of Evaluation, 33*(3), 366–383. <https://doi.org/10.1177/1098214012440028>
- Zonneveld, N., Driessen, N., Stüssgen, R. A. J., & Minkman, M. M. N. (2018). Values of Integrated Care: A Systematic Review. *International Journal of Integrated Care, 18*(4), 9. <https://doi.org/10.5334/ijic.4172>

Bijlagen

Bijlage 1 Vragenlijst waarde van aansluiting bij een samenwerkingsverband op organisatieniveau.

Algemeen

1. Bij welk samenwerkingsverband bent u aangesloten?
2. Hoelang bestaat het samenwerkingsverband waar u bij bent aangesloten?

Korter dan een jaar	Tussen de 1 en 2 jaar	2 en 5 jaar	Langer dan 5 jaar
---------------------	-----------------------	-------------	-------------------

3. Hoelang bent u aangesloten bij het samenwerkingsverband?

Korter dan een jaar	Tussen de 1 en 2 jaar	2 en 5 jaar	Langer dan 5 jaar
---------------------	-----------------------	-------------	-------------------

4. Wat is uw rol in het samenwerkingsverband?

Deelnemer	Deelnemer en bestuurslid	Deelnemer plus andere functie
-----------	--------------------------	-------------------------------

5. Met welke motivatie bent u aangesloten bij het samenwerkingsverband?
.....

Waarde

1. Door aansluiting bij het samenwerkingsverband heb ik nieuwe collega's binnen en buiten mijn vakgebied leren kennen.

1 volledig oneens	2 oneens	3 geen mening	4 eens	5 volledig eens
-------------------	----------	---------------	--------	-----------------

2. Door aansluiting bij het samenwerkingsverband is mijn samenwerking met regionale collega's binnen en buiten mijn vakgebied toegenomen.

1 volledig oneens	2 oneens	3 geen mening	4 eens	5 volledig eens
-------------------	----------	---------------	--------	-----------------

3. Via het samenwerkingsverband heb ik nieuwe vakinhoudelijke kennis kunnen opdoen.

1 volledig oneens	2 oneens	3 geen mening	4 eens	5 volledig eens
-------------------	----------	---------------	--------	-----------------

4. Via het samenwerkingsverband heb ik vakinhoudelijke kennis kunnen delen met collega's uit de regio.

1 volledig oneens	2 oneens	3 geen mening	4 eens	5 volledig eens
-------------------	----------	---------------	--------	-----------------

5. Door aansluiting bij het samenwerkingsverband doe ik makkelijker nieuwe informatie op, met betrekking tot

a. Ontwikkelingen in de regio

1 volledig oneens	2 oneens	3 geen menig	4 eens	5 volledig eens
-------------------	----------	--------------	--------	-----------------

b. Ontwikkelingen op het gebied van zorgverzekeraars

1 volledig oneens	2 oneens	3 geen menig	4 eens	5 volledig eens
-------------------	----------	--------------	--------	-----------------

c. Ontwikkelingen in de zorg

1 volledig oneens	2 oneens	3 geen menig	4 eens	5 volledig eens
-------------------	----------	--------------	--------	-----------------

d. Ontwikkelingen binnen de beroepsgroep fysiotherapie

1 volledig oneens	2 oneens	3 geen menig	4 eens	5 volledig eens
-------------------	----------	--------------	--------	-----------------

e. Anders....

1 volledig oneens	2 oneens	3 geen menig	4 eens	5 volledig eens
-------------------	----------	--------------	--------	-----------------

6. Door de samenwerking binnen het samenwerkingsverband is de patiënt tevredenheid toegenomen.

1 volledig oneens	2 oneens	3 geen menig	4 eens	5 volledig eens
-------------------	----------	--------------	--------	-----------------

7. Door aansluiting bij het samenwerkingsverband ervaar ik kosten efficiëntie (besparing) in mijn bedrijfsvoering.

1 volledig oneens	2 oneens	3 geen menig	4 eens	5 volledig eens
-------------------	----------	--------------	--------	-----------------

8. Door aansluiting bij het samenwerkingsverband is mijn positionering in de regio toegenomen. (denk hierbij aan invloed richting gemeente, ziekenhuis, huisartsen coöperatie.....)

1 volledig oneens	2 oneens	3 geen menig	4 eens	5 volledig eens
-------------------	----------	--------------	--------	-----------------

9. Heeft u andere concrete voorbeelden waar u als praktijk van profiteert door uw lidmaatschap van een samenwerkingsverband?

Openvraag

10. Wat zijn uw verwachtingen ten aanzien van de waarde die het samenwerkingsverband u als fysiotherapiepraktijk kan leveren?

a. Op korte termijn:

b. Op middellange termijn:

c. Op lange termijn:

Bijlage 2: Codeboom motivatie aansluiting bij een regionaal netwerk

Met welke motivatie sluiten fysiotherapie organisaties aan bij een regionaal netwerk?		
Categorieën	Aantal keer genoemd	Quotes
Positionering	218	<i>Gemeenschappelijke gesprekspartner</i>
		<i>afspraken kunnen maken met verzekeraars</i>
		<i>Samen staan we sterker in het blijven positioneren van de fysiotherapie in het sterk veranderende zorgveld</i>
		<i>Versterken en professionaliseren fysiotherapie</i>
Samenwerking	148	<i>Samenwerking in de regio met regionale stakeholders</i>
		<i>onderlinge samenwerking, interdisciplinaire samenwerking vormgeven, contacten met andere praktijken over de samenwerking binnen hun WSV's</i>
		<i>Samenwerking is beste optie voor toekomst</i>
		<i>samenwerking met derde lijn zorg</i>
Kenniss opdoen en delen	63	<i>om te leren van elkaar</i>
		<i>Delen van kennis en ervaring</i>
		<i>Intercollegiaal overleggen en kennis delen om deze te bundelen en effectief in te kunnen zetten</i>
Kwaliteit van zorg	53	<i>Netwerk Sport vergroot de kwaliteit van de gehele zorg rondom een patient</i>
		<i>Samenwerken in de regio aan kwaliteit</i>
		<i>kwaliteit van zorg in de regio</i>
		<i>verbeteren kwaliteit van de zorg die meer multidisciplinair is afgestemd</i>
Informatie voorziening	26	<i>Om op de hoogte te blijven</i>
		<i>informatie voorziening</i>
		<i>Meest recente informatie wat betreft beleid + aanmelding voor specifiek doelgroepen</i>
		<i>Ik wilde graag meer weten wat er in de regio gebeurt en zo blijf ik op de hoogte van de ontwikkelingen. meer geïnformeerd en sterker kunnen optrekken naar zorgverzekeraar</i>
Elkaar beter leren kennen	20	<i>meer betrokkenheid bij de overige collega's in de regio</i>
		<i>Verbinding</i>
		<i>Regionale verbinding met andere partners</i>
		<i>netwerken</i>
Fear of missing out	17	<i>Verplichting praktijk</i>
		<i>Voelde verplicht</i>
		<i>boot niet missen in verwijzingen, evt vuist maken als beroepsgroep omdat het verplicht wordt in de contracten met de zorgverzekeraars om in aanmerking te komen bij een betere tarief.</i>
Geen duiding	8	<i>Gemotiveerd</i>
		<i>Bepaalde zaken in beweging brengen</i>
		<i>Hopen dat het ook echt een meerwaarde gaat zijn.</i>
Kosten efficiëntie	7	<i>Door het verhaal van oprichter</i>
		<i>Lastenverlichting op allerlei gebieden</i>
		<i>gezamenlijke inkoop</i>
Patiënt tevredenheid	1	<i>betere financiële afspraken maken</i>
		<i>Patiënt centraal</i>
Totaal aantal antwoorden	376	

Bijlage 3 Codeboom ervaren waarde van aansluiting

Heeft u ander concrete voorbeelden waar u als praktijk van profiteert door uw lidmaatschap van een samenwerkingsverband?		
Categorieën	Aantal keer genoemd	Quotes
Toegenomen positionering	53	<i>Bekendheid van specialisaties bij collega's</i> <i>Contacten met stakeholders</i> <i>Afspraken met de zorgverzekeraars</i> <i>We zijn sterker aanwezig in de vorming van een regionale multi disciplinaire organisatie die de spreekbuis wordt voor</i>
Toegenomen samenwerking	65	<i>Communicatie met artsen verbeterd/sneller</i> <i>Snel en direct overleg met collega fysio en artsen</i> <i>Makkelijker overleg doordat je elkaar beter kent</i> <i>Goed collegiaal contact in de regio</i> <i>de samenwerking met valpreventie, COPD, diabetes en CVRM zorg/training</i>
Kennis opdoen en delen	14	<i>cursusaanbod binnen organisatie</i> <i>Voorbeelden van hoe andere hun bedrijf leiden</i> <i>uitwisselen van werkwijze, organisatie, heel soms inhoudelijk.</i>
toegenomen kwaliteit	25	<i>Gerichter doorsturen van cliënten naar de juiste therapeut</i> <i>Kwaliteit leveren middels eigen zorgplannen</i> <i>in worden gebed in het zorgpad rondom artrose en copd.</i>
Informatie voorziening	11	<i>Overleg en updates gaat betreft informatievoorziening</i> <i>Vooral op de hoogte blijven van ontwikkelingen in de maatschappij, die ons vak aangaan.</i> <i>actuele informatie vanuit de regio</i>
Elkaar beter leren kennen	9	<i>Contacten met collega's</i> <i>Samenkomsten geven ruimte om met zorgverleners kennis te maken</i> <i>Goede contacten met orthopeden in ASZ, goede contacten met collega's in de regio, goede contacten met gemeente, etc</i>
Kosten efficiëntie	3	<i>collectieve inkoop en scholing.</i> <i>Korting op zorgdomein</i>
Patiënt tevredenheid	1	<i>kennis vanuit het ziekenhuis, een gezicht bij de orthopeed die een cliënt hier in de praktijk heeft geopereerd.</i> <i>Meerwaarde voor mij als therapeut maar ook voor de cliënt</i>
Toestroom patienten	13	<i>Extra verwijzingen van specialisten naar onze praktijk na operaties / diagnoses.</i> <i>Door verwijzingen via orthopeden etc</i> <i>wellicht meer verwijzing uit ziekenhuis</i>
Nog geen	123	<i>nog niet, daarvoor is de samenwerking te kort</i> <i>Nog niet ontdekt</i> <i>geen</i> <i>Helaas niet</i> <i>Nog geen directe voordelen ervaren</i>

Bijlage 4 Codeboom verwachtingen

Welke verwachtingen hebben fysiotherapie organisaties op korte, middellange en lange termijn van aansluiting bij een regionaal netwerk?			
Totaal aantal antwoorden	322		
Welke verwachtingen hebben fysiotherapie organisaties op korte, middellange en lange termijn van aansluiting bij een regionaal netwerk?			
	korte termijn	middellange termijn	lange termijn
Elkaar beter leren kennen	25	4	4
Samenwerking	93	70	48
Kennis opdoen en delen	42	17	5
Informatie voorziening	16	4	1
Patiënt tevredenheid	2	2	3
Kosten efficiëntie	7	6	12
Positionering	53	133	152
Kwaliteit van zorg verbeteren	27	52	38
Patiënten toestroom verbeteren	8	5	6
Doorontwikkeling van netwerk	14	10	6
Geen verwachtingen	55	23	33
Open categorie	37	14	49

Bijlage 5 Codering Alpha Chronbach

respondent	vraag 1	vraag 2	vraag 3	vraag 4	vraag 5	vraag 6	vraag 7	vraag 8	vraag 9	vraag 10	vraag 11	vraag 12	totaal			
1	4	4	4	4	4	2	4	3	3	4	2	4	42			
2	4	4	2	4	5	5	4	4		3	2	4	41	aantal vragen	12	
3	5	5	5	5	5	5	5	4		3	2	4	48	som var	11,67285	
4	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	36		61,48	
5	4	4	4	3	4	4	4	4		3	3	4	41	cron alpha	0,883784	
6	4	4	4	4	4	2	4	4		3	2	4	39			
7	5	5	4	5	5	5	4	3	5	2	4	5	52			
8	4	4	4	4	4	4	4	4		3	3	4	42			
9	4	4	2	2	4	3	4	4		1	1	1	30			
10	4	4	2	4	4	4	4	4		2	2	2	36			
11	5	4	4	4	4	3	4	4		4	3	4	43			
12	4	2	4	2	4	4	4	4		2	2	2	34			
13	2	2	2	2	4	3	2	2		1	2	4	26			
14	5	4	4	4	4	4	4	4	5	3	3	5	49			
15	4	2	2	2	3	4	4	2		2	2	3	30			
17	4	4	4	4	4	1	1	1		3	2	3	31			
18	5	4	4	5	4	5	4	4		3	2	4	44			
19	5	5	4	5	4	3	3	3	3	4	2	4	45			
20	1	1	1	1	2	3	2	1		2	1	2	17			
21	4	4	4	4	4	4	4	3	3	2	2	2	40			
22	2	2	2	2	4	3	3	2		1	1	1	23			
23	2	4	4	4	4	3	4	1		3	3	4	36			
24	2	2	4	3	4	4	3	2		3	3	3	33			
25	4	4	3	4	4	2	3	2	3	3	2	4	38			
26	5	5	5	5	4	4	5	5	4	3	4	5	54			
27	5	5	3	2	5	5	5	5		4	2	4	45			
28	4	2	4	4	4	4	4	4		1	2	3	36			
29	4	5	4	4	5	5	5	5		2	2	5	46			
30	5	5	4	4	4	2	3	3	3	1	1	4	39			
31	4	2	2	2	4	5	5	2		2	1	4	33			
33	4	4	3	4	5	5	5	2		3	2	5	42			
34	1	1	1	1	3	2	3	2	3	2	2	2	23			
35	5	5	3	4	5	4	4	4		2	4	5	45			
36	4	4	4	3	4	3	4	4		4	3	3	40			
37	4	3	4	4	4	3	3	3		3	3	4	38			
38	5	5	5	5	5	5	5	5		3	3	5	51			
39	2	1	1	2	2	4	4	2		3	1	1	23			
40	4	4	4	4	4	4	4	4		3	3	3	41			

41	4	3	4	3	4	4	3	4	3	4	2	4	42
42	4	4	2	2	4	4	3	4	3	3	1	2	36
43	3	2	4	3	4	4	3	3		3	2	2	33
44	5	4	4	5	4	3	4	4		4	3	3	43
45	4	2	2	2	4	2	4	4		2	2	2	30
46	5	4	4	4	5	4	4	4		3	2	4	43
47	5	4	4	5	4	3	4	3	3	3	2	5	45
48	4	5	3	4	5	4	4	5		3	2	5	44
49	4	4	4	4	4	2	3	4	3	3	2	4	41
50	5	5	5	5	5	5	5	5		3	2	3	48
51	1	1	1	1	2	2	2	2		1	1	1	15
52	2	2	2	2	2	2	3	3		3	3	2	26
53	5	5	4	4	4	4	4	4	3	3	2	4	46
54	4	4	3	3	4	4	4	4		3	3	3	39
55	4	4	4	4	4	4	4	4		4	3	5	44
56	5	5	5	5	5	5	5	5		5	2	4	51
57	4	2	2	4	4	2	4	2		2	2	4	32
58	4	2	4	3	5	4	4	4	3	2	1	4	40
59	4	4	4	4	4	4	4	4		3	3	4	42
60	5	4	3	4	4	4	3	4		2	2	3	38
61	4	4	3	3	4	4	4	3		3	2	4	38
62	4	4	5	5	5	4	4	4	3	3	3	4	48
63	4	4	2	4	5	5	4	4		3	4	4	43
64	4	4	3	3	4	4	4	4		3	4	4	41
65	5	5	4	4	1	4	4	2		2	2	5	38
66	4	4	2	4	4	4	4	2		2	2	4	36
67	4	4	3	3	4	4	2	2		2	1	1	30
68	4	2	2	2	4	4	2	2		1	2	4	29
69	5	4	2	2	4	4	4	4		2	2	2	35
70	5	4	4	4	5	4	4	4	4	3	3	4	48
71	5	4	4	3	4	4	3	3	3	1	1	4	39
72	5	5	5	4	4	3	3	3		3	4	4	43
73	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	4	27
74	2	4	4	5	4	3	1	5		4	2	4	38
75	4	2	2	2	4	2	2	2	3	2	2	4	31
76	4	4	4	4	5	3	4	4		2	2	4	40
77	4	4	4	3	4	4	4	4	3	3	2	2	41
78	4	4	2	2	4	2	4	4		2	1	4	33
79	4	4	5	5	4	4	5	5	5	4	4	4	53
80	4	4	4	3	4	4	4	4		4	2	4	41
81	1	1	1	1	3	3	3	3	3	1	1	1	22
82	4	4	3	4	4	3	3	4		3	3	4	39
83	5	5	4	5	4	4	5	4	4	3	3	4	50
84	4	5	4	4	5	4	4	4		3	1	4	42
85	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	25

86	5	5	4	4	4	3	5	5		3	3	4	45
87	4	2	2	2	4	4	4	4	3	2	2	3	36
88	4	4	4	4	4	3	4	4		3	2	3	39
89	4	4	4	3	3	4	4	4		3	3	3	39
91	4	4	4	4	4	4	4	4		4	3	4	43
92	5	4	3	4	4	4	5	3		2	2	4	40
93	5	4	4	4	5	5	5	5		5	4	5	51
94	4	4	3	4	4	2	3	2		2	1	2	31
95	4	4	3	4	4	4	4	3		2	2	4	38
96	4	4	3	3	4	4	4	4		3	3	3	39
97	4	4	4	4	4	2	4	3		2	2	4	37
98	5	4	3	4	5	4	4	5		1	1	4	40
99	4	2	2	2	4	2	4	4	3	2	2	4	35
100	4	2	4	2	4	2	4	3	4	2	4	2	37
101	2	2	3	3	3	4	4	4		2	2	2	31
102	4	3	2	4	4	2	3	3		3	3	4	35
103	5	5	5	4	4	4	4	5		2	3	3	44
104	4	2	4	2	3	4	2	2	3	2	1	1	30
105	5	5	5	5	2	2	2	2		2	1	2	33
106	5	5	5	5	5	5	5	5		3	3	4	50
107	4	5	4	4	5	4	4	4		4	2	4	44
108	4	4	3	3	4	3	4	3	4	3	3	4	42
109	5	4	4	4	3	4	3	4		3	2	3	39
110	2	4	2	2	4	4	4	4	3	2	2	2	35
111	1	1	1	1	4	3	4	4	3	4	2	4	32
112	4	3	4	4	5	5	5	5	3	3	1	3	45
113	5	4	4	4	4	4	4	4		3	1	3	40
114	4	4	4	4	4	4	4	4		3	3	4	42
115	5	5	5	5	5	4	5	3		4	4	5	50
116	4	4	4	4	4	3	4	4		3	2	3	39
117	4	3	1	1	4	2	2	1		1	1	2	22
118	4	4	4	4	4	2	3	3		4	4	5	41
119	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	46
120	4	3	2	2	4	2	2	2		2	2	2	27
121	4	4	2	4	4	4	4	4		3	2	4	39
122	5	5	4	4	5	4	4	4		3	4	4	46
123	4	4	4	4	4	2	2	2		2	2	2	32
124	4	4	2	4	4	2	2	4		3	1	2	32
126	5	4	4	4	4	4	4	4		2	2	4	41
127	5	5	4	4	4	4	4	4		5	3	5	47
128	4	3	2	4	4	3	3	4		4	4	3	38
129	5	5	4	4	4	4	3	2		3	4	5	43
130	5	4	3	4	5	3	4	3	3	3	1	4	42
131	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	57
132	1	1	4	4	3	2	2	2		1	2	2	24

133	4	4	2	4	3	4	1	4		3	2	4	35
134	2	2	2	2	3	3	4	3		2	2	3	28
135	3	4	3	4	4	4	2	2	3	2	2	3	36
136	3	3	3	3	4	3	3	3		3	3	3	34
137	2	2	3	2	4	3	3	3		1	1	1	25
138	2	2	2	3	3	3	3	3	3	1	2	1	28
139	2	2	2	2	2	2	2	2		3	2	2	23
140	4	4	4	4	4	4	4	3		3	3	4	41
141	5	4	4	4	3	4	4	5		4	2	4	43
142	5	5	5	5	5	5	5	5		5	3	5	53
144	4	4	4	3	5	4	5	3	4	3	3	4	46
145	4	2	3	4	3	3	4	4	3	3	2	2	37
147	4	3	2	2	4	2	2	2		3	2	3	29
148	1	4	3	4	4	5	5	5		3	3	4	41
149	4	4	4	4	4	4	4	4		4	3	4	43
150	4	2	2	2	4	2	2	2		2	2	2	26
151	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	45
152	4	4	3	4	4	4	4	4		3	3	4	41
153	4	2	2	2	5	5	3	5		1	2	2	33
154	5	5	5	5	5	4	5	4		5	2	4	49
155	4	4	3	3	5	4	5	2		2	2	4	38
156	5	5	4	5	5	5	4	4		3	2	4	46
157	5	5	5	5	5	4	4	4		3	3	4	47
158	2	2	2	2	2	4	2	2	3	2	2	2	27
159	2	2	2	2	4	2	2	2		2	2	2	24
160	4	4	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	32
161	2	2	2	2	4	4	4	4	4	2	2	2	34
162	4	4	3	3	4	5	4	4		3	2	4	40
163	4	3	2	3	5	3	3	3	3	1	1	2	33
164	5	5	5	4	5	5	5	5		3	3	4	49
165	4	2	3	3	3	4	4	4		1	1	2	31
166	4	3	3	3	4	5	5	4		3	3	3	40
168	5	5	4	4	4	4	5	3		3	2	4	43
169	5	5	4	5	5	5	4	4		4	2	5	48
170	5	5	4	4	4	4	4	4		3	1	4	42
172	4	3	4	4	3	4	4	4		1	1	4	36
173	4	4	4	4	4	4	4	4		3	3	4	42
174	5	5	4	4	5	5	5	5		3	3	4	48
175	4	4	2	2	4	4	4	4		2	2	4	36
176	4	5	4	4	4	5	4	4		3	1	4	42
177	5	4	3	4	4	3	3	4	3	3	2	4	42
178	2	3	4	3	4	4	4	4	3	3	2	4	40
179	4	4	4	4	4	4	4	4		2	4	4	42
180	1	2	2	2	4	4	3	3		3	3	3	30
181	4	1	1	3	4	1	1	1		1	1	4	22

182	2	2	2	2	3	2	3	4		2	1	4	27
184	5	4	4	3	4	3	4	4	3	3	3	4	44
185	5	5	4	5	1	1	1	1		5	5	5	38
186	5	5	4	4	4	4	3	4	3	1	1	3	41
187	4	5	4	5	3	4	4	2	3	2	2	4	42
188	4	3	2	2	3	4	4	3		2	2	2	31
189	5	2	5	4	5	4	4	4		2	2	2	39
190	4	1	2	3	3	1	2	2	3	2	1	1	25
191	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	4	56
192	1	2	2	2	4	2	2	2		2	2	2	23
193	5	5	4	4	5	4	5	4		2	3	4	45
196	5	5	5	5	5	5	5	5		5	3	4	52
197	4	2	2	2	4	2	4	4	3	1	1	3	32
198	4	4	3	3	5	5	4	4		2	2	5	41
199	5	5	5	4	5	4	4	4		4	2	4	46
200	4	4	2	3	4	4	2	2		2	2	4	33
201	5	5	5	5	4	4	4	4		2	2	5	45
202	4	4	4	2	4	4	3	3		2	2	5	37
203	2	2	3	3	3	3	3	3		3	3	3	31
204	4	4	5	5	3	2	4	4	3	3	1	4	42
205	4	3	3	4	3	4	3	4	3	2	2	4	39
206	4	3	4	4	4	2	2	4	3	2	1	2	35
207	4	4	4	3	3	3	3	3		1	1	1	30
208	4	2	4	4	4	4	3	4	3	2	2	2	38
209	2	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	12
210	4	4	4	4	4	4	4	4		3	3	4	42
211	4	2	2	2	4	2	2	2		2	2	4	28
212	4	4	3	5	4	4	3	3	3	2	2	4	41
213	4	4	2	2	4	4	2	2	3	1	1	2	31
214	4	4	4	4	4	4	5	5	3	4	3	4	48
216	5	4	4	5	4	4	4	4		4	3	4	45
219	4	4	2	2	5	4	4	4		2	2	4	37
220	5	4	3	4	4	5	5	5	3	3	3	4	48
221	3	3	2	3	4	4	4	3		4	3	4	37
222	5	4	4	4	5	3	4	5		2	2	3	41
223	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	36
224	5	5	4	5	5	4	4	5	3	4	2	4	50
225	5	5	4	4	4	4	4	4		2	2	4	42
226	4	5	5	5	4	5	4	4		5	4	4	49
227	5	4	3	2	4	3	4	3		3	3	2	36
228	3	3	2	2	4	4	3	3	3	3	3	4	37
229	4	3	2	3	3	3	3	3	3	2	1	1	31
230	5	5	4	4	4	4	5	4	4	4	2	4	49
231	4	4	4	4	4	5	3	3		3	3	4	41
232	3	3	4	4	4	2	2	3		2	2	4	33

233	4	4	3	3	4	4	4	4	2	2	2	36
234	4	4	2	2	4	3	4	4	2	2	4	35
236	4	2	3	3	4	4	3	3	3	2	2	33
237	4	3	3	4	4	4	3	4	3	3	3	38
238	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	3	39
239	4	3	2	2	4	2	3	4	3	2	2	33
240	4	2	1	2	4	4	3	3	2	2	3	30
241	3	2	2	3	5	4	3	1	3	1	1	30
242	2	2	2	2	4	3	3	2	3	2	2	29
243	4	3	4	4	4	4	2	4	2	2	3	36
244	4	4	2	4	4	2	3	4	3	2	2	38
245	3	4	2	4	4	3	4	3	1	1	2	31
246	4	4	2	2	1	1	1	1	2	2	4	24
247	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	41
248	5	4	2	4	2	5	4	4	2	2	5	39
249	4	3	4	4	4	4	3	3	3	3	4	42
250	5	5	3	5	4	4	4	3	4	2	3	42
251	5	5	5	5	5	4	4	5	4	2	3	47
252	5	4	1	3	4	2	4	3	3	2	3	34
253	5	4	4	5	5	4	4	4	3	2	4	44
254	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	4	50
255	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	4	23
256	5	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	43
257	1	2	1	1	3	4	4	1	1	1	4	23
259	5	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	47
260	5	5	4	4	5	4	5	4	3	2	5	46
261	5	5	5	5	5	1	5	5	5	3	5	54
262	4	4	4	4	3	5	5	4	3	3	2	41
263	4	3	3	4	4	4	4	4	3	3	3	39
264	2	1	1	1	4	2	2	2	1	1	1	18
266	4	2	2	2	4	3	3	3	3	2	2	34
267	2	3	3	3	4	4	3	4	2	3	3	34
268	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	44
269	5	5	2	4	5	4	5	5	3	2	5	45
270	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2	24
271	5	5	5	5	5	4	4	4	2	1	5	45
272	4	4	4	4	4	2	4	4	3	2	4	39
273	3	4	4	3	4	4	4	4	3	3	2	42
274	3	3	3	3	4	4	4	2	2	1	2	31
275	5	4	5	5	4	5	5	4	4	3	4	48
276	2	3	2	4	4	4	4	4	1	1	4	33
277	4	2	2	4	4	4	4	2	2	2	2	32
278	5	4	3	4	4	4	4	4	3	2	4	41
279	4	3	4	4	4	4	4	4	3	2	3	39
280	4	1	2	1	5	2	4	2	2	1	3	27

281	4	4	3	4	4	4	4	2		3	2	4	38
282	5	5	5	5	5	5	5	5		5	5	5	55
284	4	5	4	3	5	3	5	3		3	2	4	41
285	4	4	4	4	4	4	4	3		3	2	4	40
286	4	4	2	2	4	4	4	2	3	2	3	4	38
287	4	2	3	3	4	4	4	4		2	2	4	36
288	5	4	4	4	5	4	4	4		2	4	5	45
289	4	4	2	2	4	4	2	2		2	1	2	29
290	5	4	4	4	4	5	4	4	3	2	3	4	46
291	4	4	2	2	5	5	4	5		2	2	4	39
292	2	2	4	2	4	2	2	4		1	1	2	26
293	1	4	4	4	4	4	4	4		3	2	4	38
294	3	4	4	4	1	1	2	1		3	3	2	28
295	2	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	43
296	4	4	3	3	4	4	4	3	3	1	2	2	37
297	3	2	2	2	4	3	4	2	3	1	1	1	28
298	3	4	2	2	4	2	2	2		2	2	5	30
299	4	4	4	4	5	5	5	3		3	2	4	43
300	2	4	1	3	5	4	4	2		3	2	4	34
301	4	4	4	4	4	4	4	4		3	3	4	42
302	4	3	2	3	5	3	3	2		2	1	3	31
303	3	3	2	4	4	3	3	4		2	2	4	34
304	5	4	4	4	5	5	5	4		2	4	5	47
305	2	2	2	2	4	4	4	4		2	1	2	29
307	4	4	3	4	4	4	4	4		3	3	4	41
var	1	1	1	1,2	0,6	1	0,9	1	0	0,9	0,8	1,2	61,5

Bijlage 6 Statistische toetsen

NPAR TESTS

/M-W= Socialnetwork Samenwerking Kennisopdoen Kennisdelen Patienttevredenheid
Kostenefficiëntie

Positionering BY Rol(1 2)

/STATISTICS=DESCRIPTIVES

/MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

Notes

Output Created		05-SEP-2022 16:28:37
Comments		
Input	Data	C:\Users\E.vandenbos\Documents\Dedataset.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	381
	Missing Value Handling	Definition of Missing

Cases Used		Statistics for each test are based on all cases with valid data for the variable(s) used in that test.
Syntax		NPAR TESTS /M-W= Socialnetwork Samenwerking Kennisopdoen Kennisdelen Patienttevredenheid Kostenefficientie Positionering BY Rol(1 2) /STATISTICS=DESCRIPTIVES /MISSING ANALYSIS.
Resources	Processor Time	00:00:00,02
	Elapsed Time	00:00:00,01
	Number of Cases Allowed ^a	241979

a. Based on availability of workspace memory.

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Socialnetwork	360	3,85	1,098	1	5
Samenwerking	360	3,56	1,125	1	5

Kennisopdoen	360	3,22	1,110	1	5
Kennisdelen	360	3,38	1,080	1	5
Patienttevredenheid	362	2,60	,928	1	5
Kostenefficiëntie	362	2,25	,858	1	5
Positionering	362	3,38	1,075	1	5
Rol	378	1,53	,764	1	3

Mann-Whitney Test

Ranks

	Rol	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Socialnetwork	Deelnemer	219	130,94	28676,00
	Bestuurder	75	195,85	14689,00
	Total	294		
Samenwerking	Deelnemer	219	129,23	28302,00
	Bestuurder	75	200,84	15063,00
	Total	294		
Kennisopdoen	Deelnemer	219	135,17	29603,00
	Bestuurder	75	183,49	13762,00
	Total	294		
Kennisdelen	Deelnemer	219	131,25	28744,50
	Bestuurder	75	194,94	14620,50
	Total	294		
Patienttevredenheid	Deelnemer	221	136,42	30149,00
	Bestuurder	75	184,09	13807,00

	Total	296		
Kostenefficiëntie	Deelnemer	221	140,76	31107,50
	Bestuurder	75	171,31	12848,50
	Total	296		
Positionering	Deelnemer	221	126,77	28016,00
	Bestuurder	75	212,53	15940,00
	Total	296		

Test Statistics^a

	Socialnetwor k	Samenwerki ng	Kennisopdoe n	Kennisdelen
Mann-Whitney U	4586,000	4212,000	5513,000	4654,500
Wilcoxon W	28676,000	28302,000	29603,000	28744,500
Z	-6,140	-6,645	-4,423	-5,867
Asymp. Sig. (2- tailed)	,000	,000	,000	,000

Test Statistics^a

	Patienttevredenhei d	Kostenefficiëntie	Positionering
Mann-Whitney U	5618,000	6576,500	3485,000
Wilcoxon W	30149,000	31107,500	28016,000
Z	-4,401	-2,911	-7,940
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,004	,000

a. Grouping Variable: Rol

*Nonparametric Tests: Independent Samples.

NPTESTS

/INDEPENDENT TEST (Socialnetwork Samenwerking Kennisopdoen Kennisdelen Patienttevredenheid Kostenefficiëntie Positionering) GROUP (bestaansduur3gr)

/MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE

/CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.

Nonparametric Tests

Notes

Output Created		05-SEP-2022 20:51:50
Comments		
Input	Data	C:\Users\E.vandenbos\Documents\Dedataset.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	381

Syntax		NPTESTS /INDEPENDENT TEST (Socialnetwork Samenwerking Kennisopdoen Kennisdelen Patienttevredenheid Kostenefficiëntie Positionering) GROUP (bestaansduur3gr) /MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCL UDE /CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.
Resources	Processor Time	00:00:03,47
	Elapsed Time	00:00:02,58

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig. ^{a,b}
1	The distribution of Socialnetwork is the same across categories of bestduur1+2.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,001
2	The distribution of Samenwerking is the same across categories of bestduur1+2.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,001

3	The distribution of Kennisopdoen is the same across categories of bestduur1+2.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000
4	The distribution of Kennisdelen is the same across categories of bestduur1+2.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000
5	The distribution of Patienttevredenheid is the same across categories of bestduur1+2.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,111
6	The distribution of Kostenefficiëntie is the same across categories of bestduur1+2.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,058
7	The distribution of Positionering is the same across categories of bestduur1+2.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,003

Hypothesis Test Summary

Decision

1	Reject the null hypothesis.
2	Reject the null hypothesis.
3	Reject the null hypothesis.
4	Reject the null hypothesis.
5	Retain the null hypothesis.
6	Retain the null hypothesis.
7	Reject the null hypothesis.

a. The significance level is ,050.

b. Asymptotic significance is displayed.

Independent-Samples Kruskal-Wallis Test

Socialnetwork across bestduur1+2

Independent-Samples Kruskal-Wallis Test Summary

Total N	356
Test Statistic	14,910 ^a
Degree Of Freedom	2
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,001

a. The test statistic is adjusted for ties.

Pairwise Comparisons of bestduur1+2

Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig. ^a
korter dan 2 jaar-tussen 2 en 5 jaar	-28,836	15,673	-1,840	,066	,197
korter dan 2 jaar-langer dan 5 jaar	-54,568	14,934	-3,654	,000	,001
tussen 2 en 5 jaar-langer dan 5 jaar	-25,732	11,158	-2,306	,021	,063

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,050.

a. Significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests.

Samenwerking across bestduur1+2

**Independent-Samples Kruskal-Wallis Test
Summary**

Total N	356
Test Statistic	14,426 ^a
Degree Of Freedom	2
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,001

a. The test statistic is adjusted for ties.

Pairwise Comparisons of bestduur1+2

Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig. ^a
korter dan 2 jaar-tussen 2 en 5 jaar	-16,400	15,881	-1,033	,302	,905
korter dan 2 jaar-langer dan 5 jaar	-48,910	15,105	-3,238	,001	,004
tussen 2 en 5 jaar-langer dan 5 jaar	-32,510	11,307	-2,875	,004	,012

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,050.

a. Significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests.

Kennisopdoen across bestduur1+2

**Independent-Samples Kruskal-Wallis Test
Summary**

Total N	356
Test Statistic	30,542 ^a
Degree Of Freedom	2
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,000

a. The test statistic is adjusted for ties.

Pairwise Comparisons of bestduur1+2

Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig. ^a
korter dan 2 jaar-tussen 2 en 5 jaar	-37,651	16,120	-2,336	,020	,059
korter dan 2 jaar-langer dan 5 jaar	-78,404	15,332	-5,114	,000	,000
tussen 2 en 5 jaar-langer dan 5 jaar	-40,753	11,477	-3,551	,000	,001

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,050.

a. Significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests.

Kennisdelen across bestduur1+2

**Independent-Samples Kruskal-Wallis Test
Summary**

Total N	356
Test Statistic	19,299 ^a
Degree Of Freedom	2
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,000

a. The test statistic is adjusted for ties.

Pairwise Comparisons of bestduur1+2

Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig. ^a
korter dan 2 jaar-tussen 2 en 5 jaar	-25,373	16,036	-1,582	,114	,341
korter dan 2 jaar-langer dan 5 jaar	-60,131	15,252	-3,943	,000	,000
tussen 2 en 5 jaar-langer dan 5 jaar	-34,758	11,417	-3,044	,002	,007

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,050.

a. Significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests.

Patienttevredenheid across bestduur1+2

**Independent-Samples Kruskal-Wallis Test
Summary**

Total N	358
Test Statistic	4,388 ^{a,b}
Degree Of Freedom	2
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,111

- a. The test statistic is adjusted for ties.
- b. Multiple comparisons are not performed because the overall test does not show significant differences across samples.

Kostenefficiëntie across bestduur1+2

**Independent-Samples Kruskal-Wallis Test
Summary**

Total N	358
Test Statistic	5,708 ^{a,b}
Degree Of Freedom	2
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,058

- a. The test statistic is adjusted for ties.

b. Multiple comparisons are not performed because the overall test does not show significant differences across samples.

Positionering across bestduur1+2

Independent-Samples Kruskal-Wallis Test Summary

Total N	358
Test Statistic	11,786 ^a
Degree Of Freedom	2
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,003

a. The test statistic is adjusted for ties.

Pairwise Comparisons of bestduur1+2

Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig. ^a
korter dan 2 jaar-tussen 2 en 5 jaar	-30,578	15,760	-1,940	,052	,157
korter dan 2 jaar-langer dan 5 jaar	-50,241	14,998	-3,350	,001	,002
tussen 2 en 5 jaar-langer dan 5 jaar	-19,663	11,281	-1,743	,081	,244

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,050.

a. Significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests.

Bijlage 7 Management summary

Background: Current developments in the healthcare sector require regional cooperation (VWS, 2019, 2022). This also applies to physiotherapists who work in primary care. The regional networks that have arisen for this reason, are committed to organize healthcare regionally and strengthening the position of the physiotherapist. The KNGF organizes this regional cooperation together with the professional group.

Purpose: The purpose of this thesis is to gain insight into the value that regional cooperation provides for the affiliated individual organizations.

Methodology: A literature study has been carried out into the definition of a network, the way in which a network can be evaluated, what effects can be achieved for the affiliated organizations and whether there are already existing questionnaires for conducting research within the network. Subsequently, the central research question was answered by means of descriptive quantitative and qualitative research.

Results: After the literature and the practical research, it appears that the physiotherapy practices that are affiliated with a regional network clearly experience the value of the network. In the short term there is an increase in social contacts and an increase in regional cooperation. In the medium term, this will result in an increase in professional knowledge and knowledge sharing. In the long term, the majority of practices experience an improved positioning in the region. No added value was observed in terms of patient satisfaction and cost efficiency. In addition, there appear to be clear differences in the perceived value between board members and regular members of the network. The differences found in this study between short, medium and long term and between board members and participants were found to be statistically significant.

Discussion: Follow-up research on this thesis can focus more on the ways of regional cooperation that influence the outcomes on value of the network. That has remained outside the scope of this study

Conclusion and recommendations: With the differences found between board members and participants, it makes sense to evaluate the method of cooperation in the network regionally and to take follow-up steps from there. The Common Eye model can be useful in this regard (Kaats & Opheij, 2013)

Keywords: Evaluation of networks, network effectiveness, regional cooperation, primary care.