

Innovatie van organisatie en governance van integrale zorg

‘Verlangen naar
integraliteit’

Rede, uitgesproken door
Prof. dr. Mirella M.N. Minkman

A faint, artistic portrait of Prof. dr. Mirella M.N. Minkman serves as the background for the page. It shows her from the chest up, with her head slightly tilted and her eyes looking towards the camera. Her hair is light-colored and wavy. The overall tone is soft and professional.

Prof. dr. Mirella M.N. Minkman (Nijmegen, 15 februari 1975) is per 15 februari 2016 benoemd tot bijzonder hoogleraar Innovatie van organisatie en governance van langdurende integrale zorg aan Tilburg University, TIAS School for Business and Society. Na het atheneum studeerde ze af als verpleegkundige aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Naast haar werk als projectleider kwaliteit en verpleegkundige in het UMC St Radboud, studeerde ze aan de Universiteit Maastricht. Daar studeerde ze in 2000 af in de studierichting beleid en beheer van de gezondheidszorg. Tijdens haar werk als senior adviseur bij het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO werkte ze aan promotieonderzoek naar de organisatie en ontwikkeling van integrale (keten)zorg. In 2012 verdedigde ze met succes haar proefschrift 'Developing integrated care. Naar een ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg' aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Met haar proefschrift en het daarin beschreven Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg won zij de EHMA Karolinska Research Award. Het model is daarna veelvuldig gebruikt voor zelfevaluaties van samenwerkingsverbanden in zorg en welzijn, in onderzoek, is opgenomen in zorgstandaarden en in onderwijs over integrale zorg. Het model kent een Nederlandse, Engelse en Franse versie (gebruikt in Canada) en zal in 2017 in het Chinees (versie in Mandarin) verschijnen.

Sinds 2007 werkt ze bij Vilans, kenniscentrum voor de langdurende zorg. Eerst als programmaleider van het landelijke Zorg voor Beter-programma en het Landelijk Dementie Programma, daarna als directeur Ouderenzorg en sinds 2013 als directeur Innovatie en Onderzoek. Bij Vilans is Mirella als MT-lid (mede)verantwoordelijk voor het (door) ontwikkelen van de innovatieopgaven van Vilans en de ontwikkeling en kwaliteit van het (internationaal) onderzoek. Mirella is toezichthouder bij zorgorganisaties zoals Zorgcentra de Betuwe (tot 2014) en Inovum (heden). Ze is board editor van het International Journal for Integrated Care en heeft als (eind)redacteur aan meerdere boeken gewerkt over het verbeteren en ontwikkelen van integrale zorg. Haar wetenschappelijke interesse concentreert zich rondom organisatie(vormen) en innovatie van integrale zorgverlening en governance bij samenwerkingsvraagstukken.

INNOVATIE VAN ORGANISATIE EN GOVERNANCE VAN INTEGRALE ZORG

‘VERLANGEN NAAR INTEGRALITEIT’

Rede,

In verkorte vorm uitgesproken bij de openbare aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Innovatie van organisatie en governance van de langdurende integrale zorg bij TIAS School for Business and Society op vrijdag 10 maart 2017 door Prof. dr. Mirella Minkman.

Voor Zarah-Lynn,

Quinn-Luuk en

Collin-Finn

© Mirella Minkman, 2017

ISBN: 978-94-6167-303-9

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier.

www.tilburguniversity.edu/nl

Mijnheer de Rector Magnificus,
Hooggeacht College van Decanen en bestuursleden van TIAS,
Zeer geachte collega's, kennissen en toehoorders,
Beste familie en vrienden,

Vandaag aanvaard ik, met het uitspreken van deze rede, formeel het ambt van bijzonder hoogleraar Innovatie van organisatie en governance van de langdurende integrale zorg aan de Tilburg University, bij TIAS school for Business and Society.

Het voelt als een voorrecht om in deze interessante periode dit ambt te aanvaarden. Goede zorg gaat ons immers allen aan het hart. We staan aan de vooravond van nieuwe verkiezingen waarin de zorg een belangrijk thema is. We krijgen steeds meer zicht op de effecten van de veranderingen in de langdurende zorg. Tegelijkertijd bevinden we ons in een tijdperk waarin de grenzen tussen organisaties en domeinen steeds meer gaan schuiven. Dat maakt dat er meer dan voldoende vragen zijn over hoe we de organisatie en de governance van de langdurende zorg werkzaam kunnen inrichten. Maar laten we beginnen bij het begin. Want om wie gaat het eigenlijk?

Mevrouw van der Munt, geboren en getogen Texelse is 93 jaar en woont nog zelfstandig, maar daarmee is alles wel gezegd. In augustus belandde ze in het ziekenhuis na een val over een drempel. Daarna ging het steeds slechter. Een gebroken arm, toenemende verwardheid en een chronische blaasontsteking maken haar kwetsbaar. Ze was voor de val nog heel kwiek en ging elke dag naar buiten ging voor een wandeling en een paar boodschappen. Omgaan met diabetes vond ze wel lastig, maar met wat thuiszorg redde ze het prima. Ondanks de liefdevolle verzorging wilde ze na haar revalidatie in het verpleeghuis op het vasteland, graag terug naar haar eiland Texel, haar thuis. Daar wil ze zijn, tot het einde van haar leven. 'En dus hebben we het haar beloofd', zegt dochter Paulien. Maar elke keer als moeder zegt 'ik ga hier nooit meer weg' moet ze slikken. Het gepuzzel met de aanvraag voor de zorg thuis, de inzet van vrijwilligers, overleg met de huisarts en de bezoekschema's bijhouden, is complex en zwaar. Dit ondanks dat ze nu 's nachts een oogje in het zeil kunnen houden met de op bol.com bestelde camera die via een app laat zien of mam in bed ligt. Paulien ligt er zelf wakker van.

De partners van 'Samen Leven' in Kerkrade kunnen terecht trots zijn. Het is gelukt om met alle partners in het lokale zorg- en welzijnsdomein (de gemeente, zorg- en welzijnsaanbieders en de GGD) een lokaal netwerk in te richten waarin ook intensief wordt samengewerkt met burgers in het Platform Maatschappelijke Ondersteuning. Aanleiding was de decentralisatie, maar vooral ook de overtuiging om ondersteuning aan de inwoners van Kerkrade beter te

gaan organiseren door het samen doen. Samen Leven is verantwoordelijk voor het realiseren, onderhouden en (door)ontwikkelen van wat de burgers nodig hebben in de Kerkraadse buurten en wijken. Daarnaast is het netwerk verantwoordelijk voor de organisatie, inrichting en toegang tot de zorgvoorzieningen en voor een tijdige en juiste levering van individuele welzijn- en zorgvoorzieningen. De inzet van de partners is groot: de wijken zijn in kaart gebracht met de digitale wijkkaart, commitment en vertrouwen wordt breed gevoeld en vijf 'Samen Leven wijkpunten' zijn inmiddels geopend. Mooie resultaten, maar er zijn ook nieuwe vraagstukken, zo ervaart Hans als programmamanager. Samenwerken is ook niet eenvoudig. Ook andere agenda's dan die van Samen Leven zijn van belang. Er is een uitgebreide overlegstructuur, verschillende overlegtafels en projecten... Hoe houden we het werkbaar en voorkomen we verrassingen op de bestuurstafel? Het aanwezige vertrouwen in elkaar is van belang nu de budgetten zijn overschreden en er oplossingen moeten worden gevonden. Ook leerde men dat alleen door bottom up met de inwoners te werken aan buurtkracht, sociale cohesie en leefbaarheid, een verbinding ontstaat tussen sociaal en fysiek domein en er oplossingen komen die echt bijdragen aan de beoogde resultaten.

Paulien en Hans ervaren allebei, op hun eigen manier, hoe complex het goed organiseren van zorg en ondersteuning kan zijn. Bij samenwerken in de zorg komt heel wat kijken. Daar begint mijn verlangen naar integraliteit. In de komende 45 minuten neem ik u mee in dat verlangen. Als eerste schets ik u het vraagstuk dat ik zie, in de context van onze veranderende maatschappij. Daarna bespreek ik waar we nu staan, het verlangen naar integraliteit en het belang maar ook de complexiteit van samenwerken, netwerken en in verbinding zijn. En tot slot kijk ik vooruit naar de toekomst van samenwerken tussen organisaties en agendeer ik de aandacht die nodig is voor de innovatie van governance van integraliteit. Ten slotte deel ik met u mijn onderzoeksagenda.

Een mens is meer dan zijn ziekte Mensen die voor langere tijd behoefte hebben aan zorg, hebben dikwijls vragen die verder rijken dan de zorg. Ze zijn gebaat bij een brede blik. Wie zijn ze? Wat hebben ze nodig om zich goed te voelen? Wat vinden ze belangrijk? Het vragen wat men belangrijk vindt doet er toe. Onderzoek van onder andere Hofman laat zien dat wanneer professionals in de zorg (artsen, verpleegkundigen, eerstelijns zorgverleners en welzijnsmedewerkers) worden gevraagd zich in te leven in de situatie van een cliënt en deze situatie te beoordelen met een rapportcijfer, zorgverleners en ouderen verschillende cijfers geven. De onderliggende reden hiervoor is dat ouderen en zorgverleners andere waarden hechten aan de verschillende levensdomeinen (Hofman, 2016, Crespo et al., 2012; Gomez-Gallego et al., 2012). De zorg beschouwen vanuit een integraliteitsprincipe betekent: starten bij de cliënt of patiënt als mens en zijn behoeften. Niet de ziekte of beperking is leidend, maar het vraagstuk van deze ene persoon en wat hij belangrijk vindt in zijn leven. Natuurlijk speelt de ziekte of beperking daarin een rol, maar er is meer. Zonder te starten vanuit een holistische blik kan de essentie worden gemist. Vooral in de langdurende zorg is dat belangrijk, omdat ondanks de wens naar eigen regie

en zelfstandigheid veel mensen in de langdurende zorg hier niet (meer) geheel toe in staat zijn. Zij worden zieker, hebben palliatieve zorg nodig en overlijden. Een voorbeeld hiervan zijn mensen met dementie. Weer anderen hebben hun hele leven een vorm van ondersteuning nodig. Maar ook in de zorg voor chronisch zieken is een integrale blik van belang. Bij mensen met diabetes zou de opgave kunnen lijken: de persoon met diabetes goed helpen instellen op zijn bloedsuikers. Echter vanuit de integrale blik van de persoon is het vraagstuk veel meer: hoe maak ik gezonde en lekkere maaltijden gezien mijn persoonlijke voorkeuren en die van mijn partner, mijn wisselende diensten, mijn beperkte budget, mijn diabetes en mijn allergie voor melkproducten?

Anders kijken naar gezondheid

Om te weten wat iemand nodig heeft, is het essentieel om uit te gaan van een brede definitie van zowel zorg als gezondheid. Gezondheidszorg krijgt daarmee een andere lading, evenals de opgave van professionals en bestuurders in de zorg. De WHO definieert gezondheid als: 'een toestand van volledig lichamelijk, mentaal en maatschappelijk welzijn, niet uitsluitend zijnde de afwezigheid van ziekte of gebrek' (WHO, 1948). Hoewel deze definitie als nadeel heeft dat een dergelijke status voor veel mensen lastig bereikbaar is en dus weinigen gezond zouden zijn, geeft hij wel aan dat het niet alleen gaat om het lichamelijke maar ook om de geestelijke en de sociale aspecten van het leven. De opvatting over wat verstaan wordt onder gezondheid verandert echter. Onderzoek van Machteld Huber toont aan dat gezondheid ook gedefinieerd kan worden als 'het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven' (Huber et al., 2016). Haar onderzoek laat zien dat mensen met ervaring met ziekte vinden dat gezondheid te maken heeft met alle levensgebieden.

Die brede visie op gezondheid - 'positieve gezondheid' genoemd - bestaat uit zes dimensies: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, de spiritueel-existentiële dimensie, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijk participeren en dagelijks functioneren. De definitie kenmerkt zich door een brede en integrale scope. Het verschil is dat het nieuwe concept de nadruk legt op het vermogen van ieder mens om te groeien in de richting van zijn persoonlijke doelen, zelfs bij ziekte. Ondanks ook kritische geluiden (Poeisz et al., 2016) wordt de definitie goed ontvangen in de praktijk van de langdurende zorg. Maar tegelijkertijd ervaren we dat tussen denken en doen nog wel een aantal stappen zitten, bijvoorbeeld in het transformatietraject positieve gezondheid dat Vilans en het Institute for Positive Health uitvoeren in 12 organisaties in de ouderen- en gehandicaptenzorg (Vilans, 2016).

Een brede blik

Hoe specialistisch mensen in de zorg soms ook zijn opgeleid, steeds meer ervaren professionals, bestuurders en managers dat hun opgave breder is dan het leveren van enkel(e) diensten aan een persoon. Het doel is, gelijk de tekst van de Wet langdurige zorg (Wlz), een bijdrage te leveren aan de kwaliteit van leven van een persoon, zonder de verantwoordelijkheid over te nemen (VWS, 2014). Deze beweging zien we breed

terug in de zorg. Bijvoorbeeld in de opkomst van persoonsgerichte zorg voor chronisch zieken (Vlek et al., 2013; Jan van Es Instituut, 2012) en meer van oudsher in de zorg voor mensen met een beperking. De acht dimensies van Schalock worden daar vaak benut als uitgangspunt met onder andere aandacht voor persoonlijke ontplooiing, materieel welbevinden en sociale inclusie (Schalock et al., 2002). Ook anderen (zoals Slaets) benadrukken het centraal stellen van persoonlijke verlangens van mensen, het scheppen van kansen voor leefplezier en het tot een minimum beperken van ingrijpend medisch handelen in de laatste fase van het leven. Ouderenzorg zou een kanteling vragen naar een focus op leefplezier en liefdevolle zorg, waarbij veel verder en breder dan het lichamelijke en geestelijke aspect gekeken moet worden (Slaets, 2016).

Maatschappij in verandering Die verbreding van de huidige visie op wat langdurende zorg zou moeten zijn en hoe we naar gezondheid kijken staat niet los van de veranderingen in onze maatschappij in bredere zin. Die beweging was al op gang voordat koning Willem-Alexander bijna vier jaar geleden in zijn troonrede sprak over ‘de participatiesamenleving’: een samenleving waarin de overheid meer uitgaat van de eigen kracht en zelf- of samenredzaamheid van eenieder. Ziek of gezond, weerbaar of kwetsbaar, oude of nieuwe Nederlander, alle burgers hebben naast rechten op zorg en andere voorzieningen ook de plicht om voor zichzelf en hun omgeving op te komen (TK 2012/2013; TK 2013/2014). Deze beweging is er niet alleen omdat de overheid het wil, maar ook omdat mensen dit zelf zo willen. Burgers nemen steeds vaker het heft in eigen hand en organiseren initiatieven in buurten, wijken en steden waarbij ze de handen ineen slaan. Er is een snelle opkomst van burgerinitiatieven in zorg- en welzijn; inmiddels tellen we al meer dan 320 initiatieven in het land en zijn er op veel plaatsen initiatieven in oprichting (Vilans, 2016, Nies, 2016).

Digitale technologie en platforms van burgers kunnen die verschuivende verhoudingen faciliteren. Ervaringen worden snel en eenvoudig met elkaar gedeeld. Zorgkaart Nederland telt inmiddels meer dan 400.000 waarderingen over bijna 121.000 zorgaanbieders (www.zorgkaartnederland.nl). De zogenoemde ‘consumer-to-consumer’ markt is gebouwd op vertrouwen en wordt ondersteund door recensies en community’s van gebruikers die elkaar helpen en tips geven.

Eigen regie

Burgerkracht is niet voor iedereen automatisch weggelegd. Nationaal en internationaal onderzoek laat zien dat actief burgerschap nog vooral een zaak is van hoger opgeleide stedelingen en van inwoners van hechte kleine dorpen. Het is belangrijk te (blijven) onderzoeken hoe de samenleving zich daadwerkelijk ontwikkelt en hoe de door velen uitgedragen idealen zoals ‘eigen regie’ en ‘zelf- of samenredzaamheid’ uitpakken (Tonkens, 2016). Uit de evaluatie van de Wet langdurige zorg die Vilans samen met KPMG uitvoert voor het SCP, zien we hier signalen van. Cliënten, vrijwilligers, professionals en managers merken dat er meer aandacht is voor eigen regie, zowel in de ouderenzorg als in de

gehandicaptenzorg. Tegelijkertijd neemt de overbelasting van mantelzorgers toe in de periode voordat iemand wordt opgenomen, vooral in de ouderenzorg. Professionals en managers geven aan dat crisis- en spoedopnames meer lijken voor te komen (SCP, 2017). We lezen steeds meer berichten over vol stromende Spoed Eisende Hulp afdelingen in ziekenhuizen met kwetsbare ouderen. Realisme is dus op zijn plaats.

Breder dan zorg alleen

Het meer aanspreken van de eigen regie en verantwoordelijkheid en het verleggen van verantwoordelijkheid naar andere overheden - zoals provincies en gemeenten - en naar de samenleving zelf is niet iets van de zorg alleen (SCP, 2016; RVS, 2016). We zien dit bijvoorbeeld ook in de groene sector en het onderwijs. Zo wil de overheid bijvoorbeeld dat onze samenleving meer voor haar eigen natuur zorg draagt (Leroy & Gersie, 2004). Om dit te bereiken is het van belang dat nieuwe groepen actoren, zoals de bedrijven, burgers en bewoners van het landelijk gebied, een nieuwe rol gaan vervullen. De leidende rol van de overheid hierin is niet meer vanzelfsprekend (Arnouts et al., 2012). Een ander voorbeeld is ons onderwijsstelsel. Deze is te definiëren als decentraal en gelaagd. De overheid voert het onderwijsbeleid steeds meer uit in samenwerking met andere bestuurlijke actoren. Voor schoolbesturen in het passend en voortgezet onderwijs is het de vraag hoelang het bestuurlijke primaat nog bij hen als afzonderlijke onderwijsorganisatie blijft liggen en of (en zo ja wanneer) zij opgaan in regionale bestuurlijke verbanden, zoals de SamenwerkingsVerbanden passend onderwijs. De veronderstelling bestaat dat bovenbestuurlijke verbanden op regionaal niveau aan belang zullen winnen (Woltjer & Hooge, 2016).

De netwerksamenleving

Bestuurskundigen en politicologen spreken de laatste decennia steeds meer over een netwerksamenleving. Enerzijds doelen ze op de opkomst van de nieuwe sociale media, anderzijds op het verdwijnen van hiërarchische maatschappelijke structuren. Opvallend is dat iedere wetenschappelijke discipline een andere invulling geeft aan het concept 'netwerk'. De sociale wetenschappen definiëren het als waarde toevoegen aan de relaties die je met anderen onderhoudt. Strategisch gezien betekent het met visie contacten leggen, onderhouden en benutten. Praktisch gezien betekent het respectvol, prettig en productief contact maken en houden. In feite gaat netwerken om leven volgens de wet van wederkerigheid: het vrijelijk verstrekken van kennis, talent, geld en toegang, biedt ook de mogelijkheid tot ontvangen (Castels, 1996). Netwerken vormen ook een hulpbron. De doelen die we ons stellen in ons leven - zowel zakelijk als privé - zijn nu eenmaal lastiger te realiseren als we het alleen moeten doen. Tegelijkertijd nemen door individualisering van de samenleving vanzelfsprekende contacten af. Mensen wonen verder van elkaar, wisselen sneller en vaker van werk, partner en tijdsbesteding. We moeten dus meer moeite doen om relaties op te bouwen en te onderhouden (Panteia, 2015).

Digitaal netwerken

De toenemende digitalisering, de inzet van techniek en de snelle ontwikkeling van onze informatiesamenleving hebben invloed op hoe we met elkaar in verbinding staan en diensten verlenen. Nederland behoort in internationale ranglijsten van onder andere WEF Economist stevast tot de top in het gebruik van digitale diensten. Dit is zichtbaar in het dagelijks zakelijke verkeer, in de communicatie van bedrijven en burgers via sociale media, in meer selfservice en in de toename van verkoop via internet. In Nederland heeft inmiddels circa 97% van de huishoudens toegang tot internet. In de categorie 75-plussers is dit iets minder dan de helft. Ruim 25% van de 1,2 miljoen mensen ouder dan 75 heeft een tablet (vergelijk: 65% van de Nederlanders) en 55% heeft een mobiele telefoon (vergelijk: 80% van de Nederlanders heeft een smartphone) (ECP, 2016; Panteia, 2015). De ontwikkelingen op het gebied van draadloze communicatie, mobiel internet en cloud computing, in combinatie met het grootschalig gebruik van tablets en smartphones hebben ertoe geleid dat we altijd en overal online zijn en in verbinding staan met elkaar (ECP, 2016). Maar liefst 9,8 miljoen Nederlanders gebruiken WhatsApp, waarvan 7 miljoen dagelijks. Bijna 10 miljoen Nederlanders zijn aangesloten bij Facebook (Newcom Research, 2016).

Organisaties in verbinding

Het toenemend belang van netwerken geldt niet alleen voor burgers of individuen, maar ook steeds meer voor professionals en organisaties die mensen met langdurende zorgvragen ondersteuning en zorg bieden. Wat mensen nodig hebben en wat zij belangrijk vinden overstijgt dikwijls datgene wat een organisatie kan bieden. In verbinding zijn met anderen is dus van belang. Voordat ik de brug sla naar wat dat betekent voor de organisatie van de zorg, is het goed om ons te realiseren over hoeveel mensen we het eigenlijk hebben.

De mens met een langdurende zorgvraag In de dynamiek van onze tijd waarin een beroep wordt gedaan op de kracht van het individu en zijn naasten, het in verbinding zijn met elkaar en het benutten van de nieuwe mogelijkheden van onze informatiesamenleving is er een grote groep mensen voor wie dit niet vanzelfsprekend is: ouderen, mensen met een of meer chronische ziekten, mensen met een beperking en mensen met psychiatrische problemen in de langdurige geestelijke gezondheidszorg. Dit zijn de mensen die aanspraak maken op langdurende zorg. Gezien de verbinding met mijn werk beperk ik mij hier tot de eerste drie groepen.

Ouderen

De leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking verandert sterk. Het aandeel 65-plussers is gestegen van 14% in 2000 naar 16% in 2012 en neemt verder toe tot 24% in 2030. Binnen de groep ouderen zijn er ook veranderingen. Er komen steeds meer 75-plussers, terwijl de 80-jarige van 2030 waarschijnlijk gezonder zal zijn dan de 80-jarige van nu. In 2060 is naar verwachting 26,3% van de bevolking 65 jaar of ouder, waarvan 42%

80-plusser. Het aandeel 65-plussers onder de niet-westerse allochtone bevolking zal in de komende decennia ook sterk toenemen; van 4% in 2012 naar 23% in 2060. De levensverwachting is nog steeds gerelateerd aan de opleiding: hoog opgeleide mensen leven langer dan laag opgeleide mensen. Hoewel er wereldwijd een enorme spreiding is in levensverwachting (van 50,1 jaar in Sierra Leone tot 83,7 jaar in Japan) zien we vergrijzing in veel landen (www.who.int). De demographic old-age dependency ratio, oftewel de groep mensen van 65 jaar of ouder ten opzichte van de groep tussen 15-64 jaar, stijgt in de periode tussen 2015 en 2050 van 27,3% naar 48,5% voor de OECD landen (OECD, 2015). Het aantal beschikbare mantelzorgers in de leeftijdsgroep 15-64 jaar zal aanzienlijk afnemen waardoor support voor de oudere ouderen (80+) wellicht meer van vitalere ouderen zal komen.

Zorg voor ouderen: een internationaal issue

Tijdens mijn bezoeken binnen en buiten Europa, zoals recent in Polen en Singapore, was een urgente vraag hoe de zorg voor ouderen in de nabije toekomst te organiseren en welke hervormingen nodig zijn. In Singapore is de levensverwachting inmiddels al 83,1 jaar. In deze landen bestaat een sterke focus op de ziekenhuiszorg waar men vaak zonder verwijzing terecht kan. Er zijn lange wachtlijsten en private en publieke zorg zijn gescheiden. 'Community care centers', die lijken op onze eerstelijnszorg, hebben dikwijls een minder goede reputatie en hebben geen 'gatekeeper'-rol zoals onze huisartsen. Het besef is aanwezig dat zorg dicht bij en rondom de mensen georganiseerd moet worden, bijvoorbeeld vanuit buurt- of wijkgericht werken. In de praktijk blijkt dat echter nog een flinke opgave en heeft het in deze landen nog maar beperkt vorm gekregen. Blog: M. Minkman 2016

Mensen met een chronische ziekte

Mede door de vergrijzing is de prevalentie van de meeste ziekten in het afgelopen decennium gestegen en die stijging zet naar verwachting door. Vroegopsporing van ziekten plus een betere behandeling maken dat mensen langer leven met ziekte. In totaal verwachten we dat het aantal mensen met een chronische ziekte zal stijgen van 5,3 miljoen in 2011 (32% van de bevolking) naar 7 miljoen in 2030 (40%), waarbij ook het aantal mensen met twee of meer aandoeningen (multimorbiditeit) zal toenemen. De vergrijzing en de stijging van het aantal chronisch zieken in de bevolking heeft de afgelopen jaren niet geleid tot meer mensen met beperkingen; dit aantal blijft ook in de toekomst ongeveer gelijk (www.eengezondernederland.nl).

Mensen met een beperking

Het exacte aantal mensen met een beperking is lastig vast te stellen vanwege de vele definities en het ontbreken van een centrale registratie. De cijfers blijven daarmee schattingen. Nederland telt 1,6 miljoen mensen in de leeftijd van 12-79 jaar met een

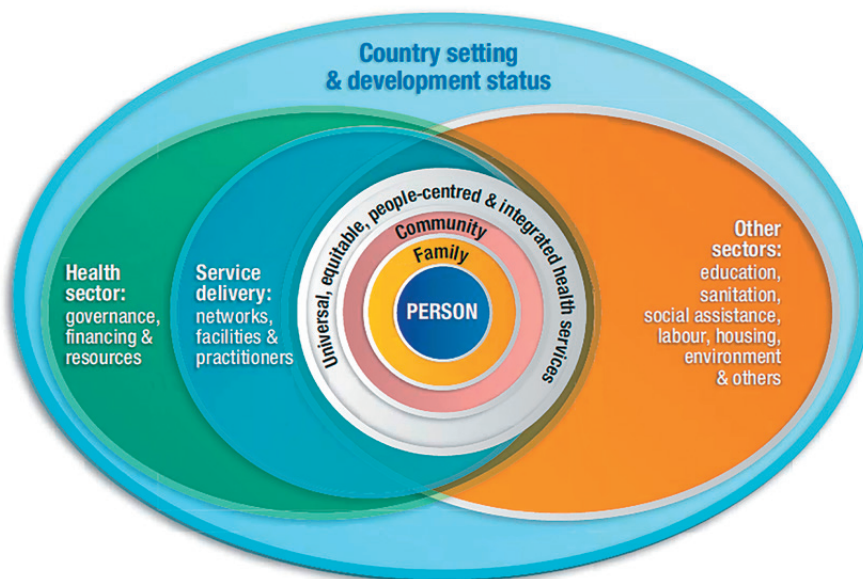
matige of ernstige lichamelijke beperking. Circa 170,000– 231,000 mensen hebben een verstandelijke beperking (Woittiez et al., 2012). Zij maken niet allemaal gebruik van professionele ondersteuning. Begin 2016 maakten ruim 96.000 mensen met een verstandelijke beperking gebruik van langdurende zorg zoals gedefinieerd in de Wet Langdurige Zorg. Daarnaast maken mensen ook gebruik van extramurale zorg thuis. Deze getallen over doelgroepen laten zien hoeveel mensen er in ons land wonen die mogelijk een beroep kunnen doen op de langdurende zorg en ondersteuning. Tegelijkertijd is deze opsomming eendimensionaal. Een ordening op basis van leeftijd, ziekte of gebrek getuigt nu juist niet van een integrale blik. Tijd voor integraliteit!

Verlangen naar integraliteit Nu we stil hebben gestaan bij onze maatschappij en bij de mensen met mogelijk een langdurende vraag naar zorg en ondersteuning die de grenzen van de zorg overschrijden, wil ik u meenemen naar de titel van mijn oratie. Verlangen naar integraliteit. Misschien wat cryptisch, maar het omschrijft mijns inziens waar de komende jaren de grootste uitdaging en innovatie ligt in de zorg. Die draait om het in lijn brengen van de zorg - ook wel alignment genoemd - vanuit integraliteit, inclusief de bijbehorende governance. Daarmee bedoel ik, dat integraliteit het uitgangspunt moet zijn als we de mens vanuit een integrale blik beschouwen en de zorg daar omheen inrichten, organiseren en besturen. Als we er niet in slagen deze belangrijke bouwstenen met elkaar in lijn te brengen, blijven verbeteringen eenzijdig (suboptimalisatie). Integraliteit is de toekomst. Maar nu komen we op een belangrijk punt. Integraliteit als woord bestaat niet. Het komt niet voor in Van Dale en is niet goed gekeurd door onze Taalunie. Wel kennen we het woord uit de commutatieve algebra, maar die definitie bespaar ik u. De symboliek kan misschien niet groter. Verlangen naar iets wat nog niet bestaat! Integraliteit is uiteraard wel gerelateerd aan het woord integraal, dat staat voor (al)geheel, in extenso of volledig. Integraliteit zou het zelfstandig naamwoord kunnen zijn waarin deze gerichtheid op volledigheid of 'geheelheid' samenkomt. Dit hoeft geen doel op zich te zijn of een eindsituatie, de mate van integraliteit kan variëren.

Integrale zorg en dienstverlening

Ook al bestaat het woord niet zoals wij het bedoelen, toch hebben steeds meer zorgorganisaties 'integraal' of 'integraliteit' in hun doelstellingen opgenomen. Het woord is blijkbaar vakjargon in de zorg, en we komen het ook tegen in het sociaal domein (SCP, 2016). Door de toename van het aantal mensen met langdurende, complexe en meervoudige zorgvragen stijgt de behoefte aan zorg gericht op de unieke persoon en aan samenwerking die verder gaat dan het maken van afspraken tussen twee zorgverleners. Samenwerken tussen professionals uit verschillende organisaties is nodig, en bij complexe situaties ook over domeinen heen. Met alleen een verbinding tussen het medisch en sociaal domein zijn we er niet. Om met Leutz te spreken: 'linken' alleen kan voldoende zijn bij enkelvoudige vraagstukken, maar vaak zijn verdergaande vormen van integratie zoals 'coordination' en 'full integration' noodzakelijk als meerdere levensdomeinen een rol spelen (Leutz, 2005). Die integrale zorg of 'integrated care' is niet nieuw. Het

is een meer dan 20 jaar oud vakgebied met experts, communities en een International Foundation of Integrated Care (www.integratedcarefoundation.org). De aandacht voor integrale zorg in de brede zin van het woord groeit. Ook internationale organisaties, zoals de Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) en de World Health Organisation (WHO), omarmen expliciet het verlangen naar integraliteit, integrale zorg en ‘putting the patient in the center’ zie figuur 1 (WHO, 2015a/b). De OECD geeft aan dat de persoon het uitgangspunt laten zijn van zorg essentieel is als uitgangspunt voor komende hervormingen in diverse landen, waarbij integraliteit en cross-sectorale samenwerking van belang is (www.oecd.org).



Figuur 1: Conceptual framework for people-centred and integrated health services of the WHO .

Wat integraliteit nu precies is en hoe ‘integrale zorg’ zou kunnen werken is in de laatste jaren steeds verder uitgekristalliseerd. Velen beschreven al de typen en vormen van integratie en integrale zorg, wat ik hier niet zal herhalen (Valentijn, 2015; Schrijvers, 2016; Kodner & Spreeuwenberg 2002). De definitie van de WHO van 2015 geeft een behoorlijke omschrijving, hoewel ik denk dat de focus nog net wat te veel op ‘zorg’ ligt:

Health services that are managed and delivered in a way that ensures people receive a continuum of health promotion, disease prevention, diagnosis, treatment, disease management, rehabilitation and palliative care services, at the different levels and sites of care within the health system, and according to their needs throughout their life course (WHO, 2015).

Doel van integrale zorg

Het doel van integrale zorg is in de eerste plaats het realiseren van betere (ervaren) kwaliteit door zorg op maat. Maar ook doelen als het verbeteren van de gezondheid van een gedefinieerde groep of populatie en het verlagen van de kosten per hoofd van de bevolking zijn van belang. Deze drie doelen vormen samen de triple aim-gedachte (Berwick, 2008). Uitgangspunt is dat de burgers of patiënten, de professionals en organisaties en de financiers naar hetzelfde gezamenlijke doel toewerken. Maar dan moet wel duidelijk zijn of dat gezamenlijke doel inderdaad gericht is op triple aim of alleen op kostenbeheersing of kwaliteitsverbetering. Doelen zijn ook niet altijd verenigbaar (Ovretveit, 2009). Integrale zorg heeft niet primair kostenbesparing tot doel. Betere kwaliteit bij dezelfde kosten betekent per saldo immers ook 'winst' (Stein, 2016). Een gedeelde ambitie en doelstellingen is daarom van belang (Shortell et al., 2014; Rogers, 2003; Bell et al., 2013). In onze studie in opdracht van het European Social Services Network noemden de 44 geïnventariseerde cases vooral doelen als: het vinden van een (andere) oplossing voor het toegenomen aantal zorgvragers, de behoefte aan (betere) coördinatie tussen professionals en organisaties, meer aandacht voor preventie en het voldoen aan (nieuwe) wet- en regelgeving (Lara Montenero et al., 2016). Overall bestaat het beeld in literatuur en wetenschap dat integrale zorg bijdraagt aan het bereiken van de doelen van triple aim of aan betere uitkomsten op het terrein van kwaliteit. Tegelijkertijd worden de conclusies vaak met voorzichtigheid gepresenteerd. Dit heeft te maken met de verschillende definities en interventies en de complexiteit van het meten van de resultaten. Een analyse van reviews - waarin ook aandacht was voor de kostenkant van integrale zorg - de dimensie die men vaak het lastigst meetbaar en vergelijkbaar vindt - laat zien dat het makkelijker is om processen te verbeteren dan om kosten te verlagen (Nolte et al. 2014; Schrijvers, 2016; WHO 2015b).

Interventies in een context

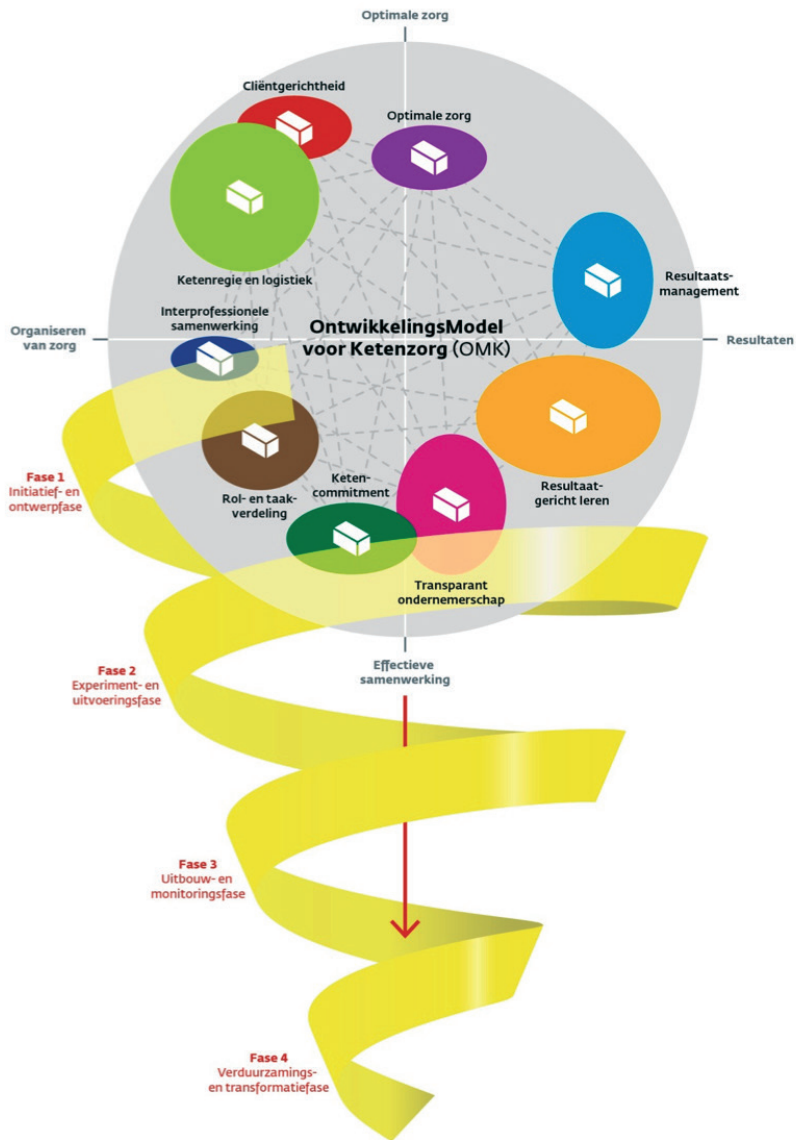
Het aantal interventies dat kan bijdragen aan integraliteit is groot. Het besef dat de context van belang en van invloed is, neemt toe. Toch worden bijvoorbeeld de lokale omstandigheden nog te weinig meegenomen in onderzoek naar (effecten van) integrale zorg (Busetto, 2016). Veel voorkomende en beschreven interventies van integrale zorg zijn bijvoorbeeld casemanagement en zorgcoördinatie, allerlei vormen van interprofessioneel en interorganisatieel teamwerk, helderheid over rollen en taken, zorgprogramma's met daarbinnen een veelheid aan interventies voor betere afstemming, overdracht of informatie-uitwisseling, (keten)informatiesystemen en manieren om cliënten zelf te betrekken bij de zorg of zorgverbetering (zelfmanagement, gezamenlijke besluitvorming). Ook andere financieringsmechanismen, zoals ketencontracten, 'bundled payments', 'shared savings' en populatiefinanciering, worden ingevoerd omdat financiering als belemmerende factor in vele studies en projecten genoemd wordt. Wanneer de interventies leiden tot minder inkomsten voor professionals of organisaties, beïnvloedt dit de intentie tot samenwerking. Kosten voor afstemming, overleg en coördinatie worden bij voorkeur opgenomen in de kosten die vergoed worden door financiers, maar dit is lang niet altijd het geval.

Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg (OMK)

De diversiteit van interventies voor integrale zorg is dus groot. Toch was de vraag van mijn promotieonderzoek destijds of er een samenhangend palet te schetsen is van essentiële ingrediënten van integrale zorg. Want in de praktijk toonden ketenvraagstukken dan misschien veel verscheidenheid, tegelijkertijd waren er ook overeenkomsten en parallellen. Veel professionals, ketencoördinatoren en managers die ik begeleidde bij ketenzorgvraagstukken, omschreven hun situatie, de patiëntengroep of de keten als ‘uniek’. De vraag was of dat klopte. Modellen die handvatten gaven voor de praktijk ontbraken nog grotendeels. Bij de start van onze studie, hadden de bestaande modellen een onvoldoende evidence based onderbouwing óf ze waren niet gericht op ketensamenwerking in al zijn vormen (zoals het Expanded Chronic Care model) (Minkman et al., 2009). Uitgangspunt van mijn onderzoek was niet de zorg voor mensen met een bepaalde ziekte, maar het werken aan integraliteit als generiek concept. Een tweede vraag was gericht op het proces van de ontwikkeling van integrale zorg in de tijd in een bepaalde regio of een bepaald samenwerkingsverband. Hoe kan dit verlopen, wat betekent dat en in hoeverre kan dit behulpzaam zijn bij het realiseren van integrale zorg in de praktijk?

Negen generieke thema's

Het onderzoek liet zien dat negen thema's en 89 onderliggende elementen relevant zijn voor een breed palet aan (keten)samenwerkingsverbanden (zie figuur 2) (Minkman et al., 2011). Als definitie van een element van ketenzorg hanteerden we ‘een activiteit gericht op het ontwikkelen (realiseren, verbeteren, innoveren of verduurzamen) van integrale ketenzorg’. Bijvoorbeeld ‘methoden die zelfmanagement bevorderen inzetten als een onderdeel van ketenzorg’, ‘de samenwerkingsafspraken vastleggen tussen de betrokken ketenpartners’ of ‘zorg dragen voor het commitment van de leidinggevenden van deelnemende organisaties.’



Figuur 2: Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg (Minkman, 2012)

De negen thema's waren cliëntgerichtheid, ketenregie- en logistiek, resultaatmanagement, optimale zorg, resultaatgericht leren, interprofessionele samenwerking, commitment en transparant ondernemerschap (zie tabel 1). De ketens verschilden op veel kenmerken, zoals cliëntgroep (van cliënten met een acuut myocardinfarct tot aan mensen met langzaam progressieve dementie), het aantal en type betrokken organisaties (jeugdzorg, gemeenten, acute zorg en vrijwilligersorganisaties), de regio of geschiedenis. Toch bleken steeds weer dezelfde elementen en thema's relevant. Ook recente (nog te publiceren) analyses van de relevantiescores van het model bij inmiddels meer dan 500 gebruikers, afkomstig uit negen verschillende 'typen' ketens laten hoge relevantie scores van 94% overall zien waarbij de percentages tussen de thema's variëren tussen de 90,4 en 97,2%. Hoge percentages, die laten zien dat de elementen van integrale zorg blijkbaar meer generieke aspecten hebben dan op het eerste gezicht zou lijken. Het kan er anders uitzien in de praktijk, maar het onderliggende element is gelijk.

1: Cliëntgerichtheid

Cliëntgerichtheid betreft het ontwikkelen van zorg en informatiestromen afgestemd op (specifieke) doelgroepen van cliënten. Informatie wordt in de keten gezamenlijk aangeboden in begrijpelijke taal, bijvoorbeeld via een front office. Methoden voor zelfmanagement-ondersteuning worden toegepast. De keten is in staat zorg op individuele behoeften of subgroepen toe te snijden, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van multi-morbiditeit.

2: Ketenregie en logistiek

Ketenregie en logistiek gaat over het stroomlijnen van de zorg rondom de client door de hele keten. Denk aan het maken van allerlei afspraken over verwijzing, onderzoek, overdracht en ontslag van cliënten tussen samenwerkingspartners. Hierbij horen ook uitwisseling van cliëntgegevens en overige informatie, bijvoorbeeld door koppelingen tussen databases. Casemanagement voor cliënten met complexe zorgvragen wordt aangeboden en er wordt gewerkt met een voor de ketenpartners toegankelijk cliëntvolgend dossier. Afspraken over consultatie van expertise of gespecialiseerde verpleegkundigen in de keten zijn gemaakt.

3: Resultaatsmanagement

Het cluster resultaatsmanagement gaat over het benoemen van prestatie-indicatoren en waarden of normen om vervolgens resultaten in de keten te kunnen evalueren. Resultaten hebben betrekking op cliënt- en zorggerelateerde uitkomsten, cliëntwaardering, logistieke en financiële prestaties. Analyses van (bijna)fouten, feedbackmechanismen en verbetereteams worden gebruikt om prestaties te verbeteren.

4: Optimale zorg

Optimale zorg gaat over het ontwikkelen van een multidisciplinair zorgpad in de keten gebaseerd op de behoeften van cliënten en op evidence-based richtlijnen of zorgstandaarden. Hiervoor moeten behoeften van de cliëntgroep inzichtelijk gemaakt worden. Vertegenwoordigers van cliënten zijn betrokken bij het ontwikkelen, verbeteren en monitoren van de zorg.

5: Resultaatgericht leren

Resultaatgericht leren heeft betrekking op een leerklimaat dat gericht is op voortdurend verbeteren van resultaten in de samenwerking en de keten. Hierbij past het gezamenlijk in kaart brengen van de doelen, knelpunten en leemten en het delen van kennis in een open sfeer. Incentives zijn gericht op het belonen betere prestaties.

6: Inter-professionele samenwerking voor doelgroepen

Inter-professionele samenwerking voor doelgroepen is gericht op het omschrijven van de cliëntengroep waarop de ketensamenwerking zich richt en het werken in multidisciplinaire teams. Helder is wanneer professionals beschikbaar en toegankelijk zijn voor ketenpartners.

7: Rol- en taakverdeling

Rol- en taakverdeling gaat over inzicht in elkaars expertises, het afspreken van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de keten en over het bereiken van effectieve samenwerking op alle niveaus tussen ketenpartners. Dit laatste kan onder andere door het aanstellen van een coördinator voor de keten, door coördinerende taken te beleggen bij ketenpartners en door wederzijds overleg en persoonlijk contact tussen professionals.

8: Commitment

Commitment gaat over het neerleggen van de gezamenlijke ambitie en doelen van de ketensamenwerking, neergelegd in samenwerkingsafspraken- of convenanten. Er wordt gevraagd om commitment van leidinggevendenden aan de ambitie van de samenwerking en aan de helder gestelde doelen. Taken en verantwoordelijkheden van sturende partijen (leiders, coördinatoren, stuurgroepen, financiers) zijn helder en er is structureel contact. Er is een bewustzijn dat men een onderdeel is van een samenwerking, welke afhankelijkheden er zijn en welke domeinen en belangen.

9: Transparant ondernemerschap

Transparant ondernemerschap concentreert zich op het afspreken van een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het eindresultaat. Voor transparant ondernemerschap gelden voorwaarden zoals ruimte voor innovatie en experimenten, de betrokkenheid van leiders bij verbeteringen, een gezamenlijke budgetafpraak cq contract en het hanteren van een gemeenschappelijke taal.

Tabel 1: Negen clusters van het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg

Wie je bent en wat je ziet

Bij integrale zorg zijn blijkbaar steeds dezelfde thema's van belang, onafhankelijk van de soort zorg of de doelgroep. Wat iemand ziet en wat hij belangrijk vindt, wordt wel mede bepaald door zijn positie in het samenwerkingsverband. Dit blijkt bijvoorbeeld uit een door Vilans uitgevoerde studie onder 36 netwerken voor mensen met diabetes. In het onderzoek vonden we significante verschillen tussen de groep professionals die dicht bij het primaire proces stonden (de 'kernspelers', zoals de huisarts en praktijkondersteuners), professionals die meer op afstand betrokken waren (zoals de internist in het ziekenhuis, de apotheek) en de coördinatoren of managers. De laatste groep scoorde het hoogst. In hun ogen was het samenwerkingsverband al verder ontwikkeld en waren al meer ingrediënten van integrale

zorg gerealiseerd dan volgens de kernspelers en de spelers op afstand (Zonneveld et al., 2017). In een internationale studie in Canada waarin het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg (of Development Model for Integrated Care) is gebruikt, vond men eveneens dat de groep verpleegkundigen met een coördinerende rol de samenwerking als het verst ontwikkeld scoorde (Longpre & Dubois, 2015). Wie je bent bepaalt mede blijkbaar hoe je oordeelt. Om te kijken naar de eigen praktijk, bijvoorbeeld middels een zelfevaluatie, blijkt het OMK een bruikbaar handvat te zijn. Het is inmiddels in onderzoek en praktijk veelvuldig toegepast.

Gebruik van het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg

- Als zelfevaluatie-instrument door ruim 500 professionals en managers afkomstig uit de beroertezorg (CVA), diabeteszorg, dementie netwerken, palliatieve zorg, kinderpalliatieve zorg, niet-aangeboren hersenletsel, autismezorg, jeugdzorg, ouderenzorg, obesitas bij kinderen.
- In inventariserend en vergelijkend benchmarkonderzoek, bijvoorbeeld bij 36 diabetes zorgketens en bij de periodieke meting Netwerkindicatoren dementie (2016).
- Opgenomen in periodiek zelfevaluatie en ketenaudits van de CVA-zorgketens in Nederland in samenwerking met Kennisnetwerk CVA Nederland (periodiek sinds 2012).
- Als research framework bijvoorbeeld in de studie 'Integrating social services' voor het European Social Services Network (Montenero et al, 2016).
- Opgenomen in de Zorgstandaard dementie (2013), de Zorgstandaard traumatisch hersenletsel volwassenen (2015), de Zorgstandaard traumatisch hersenletsel kinderen en jongeren (2016).
- Het OMK kent een Nederlandstalige, Engelse en Franse versie voor een studie in Canada. Momenteel (maart 2017) wordt het model in het Chinees (Mandarin) vertaald voor toepassing in China.

Samenwerken als basis De rode draad bij het werken aan integraliteit is samenwerking. Multidisciplinair samenwerken is een belangrijk onderdeel van integrale zorg, maar integrale zorg gaat verder. Een integrale oplossing voor een cliënt overstijgt de bestaande portfolio van losse producten. Waarde wordt gecreëerd door oplossingen op deelgebieden conceptueel samen te brengen in een integrale oplossing waardoor een hogere waarde ontstaat: $1+1=3$. Bij multidisciplinair samenwerken of het samenvoegen van losse diensten, worden vanuit aanbodgericht denken diensten en producten bij elkaar gebracht. Dit alleen hoeft niet verkeerd te zijn en is soms ook voldoende, maar het is nog geen integrale oplossing. Integrale zorg kenmerkt zich door te vertrekken vanuit de cliënt en het breed aanpakken van zijn behoefte. Integrale zorg gaat

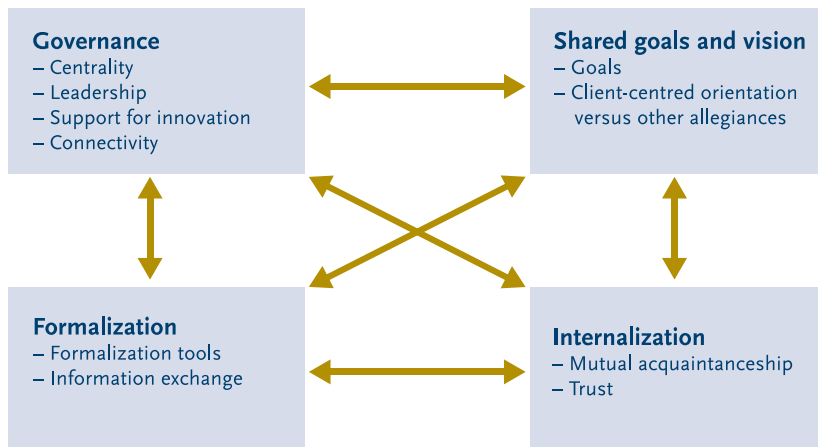
niet over het creëren van een multidisciplinair aanbod, maar over het met de betrokkenen realiseren van een integraal antwoord op de voornaamste vraagstukken die mensen hebben en waar anderen aan bij kunnen dragen. Integraliteit is niet het oude weggooien, maar juist het oude benutten vanuit een nieuw verworven, meer integraal perspectief. Voor organisaties betekent dit dat zij moeten investeren in het leren denken, organiseren en werken vanuit een integraal bewustzijn en integrale concepten, gerelateerd aan het perspectief van hun cliënten. Samenwerking tussen organisaties gaat niet alleen om de actoren, de onderlinge relaties, allianties of structuren maar om het complexe geheel daarvan (Koster, 2016; Cropper et al., 2008; Contractor & Lorange, 2002).

Meer complexiteit

Het organiseren van deze complexiteit en onzekerheid is voor veel managers een grote uitdaging en vraagt een omkering in denken. Vaak hebben zij geleerd complexiteit te reduceren in plaats van meer complexiteit te integreren. Het uitblijven van resultaat op de korte termijn kan voor organisaties dan ook een reden zijn om de integratiestrategie los te laten en hun marktbenadering te intensiveren met een sterke focus en scherpe waarde proposities. Het bedenken en realiseren van integrale oplossingen doet een enorm appel op interne- en externe samenwerking en de wijze waarop je als organisatie interacteert met cliënten en andere stakeholders. Het betekent niet dat je alles zelf moet leveren, maar dat je samenwerking zoekt als dat in het belang van de cliënt is.

Of is een relativering van onze perceptie van de toenemende complexiteit op zijn plaats? De negende stelling van mijn proefschrift relateerde destijds aan een uitspraak van Ovidius, een canonieke dichter uit de Latijnse literatuur. 'Aevo rarissima nostra simplicitas' (in onze tijd is eenvoud zeer zeldzaam). En dat al in 17 na Christus. Nu, precies 2000 jaar later, is de uitdaging wellicht niet minder groot.

Dimensies van samenwerken Samenwerken in de zorg is natuurlijk niet nieuw. Multi- en interdisciplinair samenwerken gebeurt dagelijks en is opgenomen als competentie in beroepsprofielen en -opleidingen. De intrede van zelfsturende teams, integrale teams en het lager leggen van verantwoordelijkheden binnen organisaties gebeurt overal om ons heen. Je zou verwachten dat aandacht voor samenwerking inmiddels ingeburgerd is op allerlei niveaus. De vraag is echter in hoeverre dit al zo is. Bij effectief samenwerken komt namelijk nogal wat kijken. Het Four Dimensional Model for Collaboration maakt dit mooi inzichtelijk zie figuur 2 (D'Amour et al. 2008). Het model is oorspronkelijk ontwikkeld voor de eerstelijnszorg, maar inmiddels ook toegepast op samenwerking tussen teams en organisaties.



Figuur 3: Four Dimensional Model for Collaboration (D'Amour et.al., 2008)

Het model geeft aan dat samenwerking complex is en vier dimensies omvat: gezamenlijke doelen en visie, internalisatie, formalisatie en governance.

Gezamenlijke doelen en visie

Hier speelt het besef van de aanwezigheid van verschillende motieven en verwachtingen een rol. Samenwerking is vaak gebaseerd op de intentie van professionals betere zorg te leveren. Tegelijkertijd hebben ze ook hun eigen of organisatiebelangen en willen zij een bepaalde mate van onafhankelijkheid en autonomie bewaren (D'Amour, 2008).

Internalisatie

Deze dimensie gaat over het bewust zijn van wederzijdse afhankelijkheden en het belang om deze afhankelijkheden te managen. Belangrijk is het gevoel ergens bij te horen, elkaars waarden te kennen, te erkennen en wederzijds vertrouwen. Ook bij samenwerking in de zorg lijkt: onbekend maakt onbemind. Vertrouwen en een open cultuur vormen een belangrijke factor (Kaats & Opheij, 2012). Van der Voort (2014) stelt dat vertrouwen vooral samenhangt met deskundigheid, intentie en integriteit.

Issues omtrent (ervaren) vertrouwen raken mensen. Toen mijn lieve Zarah-Lynn aan haar beide heupen geopereerd moest worden raadpleegde ik de patiëntenvereniging, diverse orthopeden en Pubmed. Op consult bij de kinderorthopeed van mijn voorkeur was ik op zoek naar informatie en zijn argumentatie om twee operaties na elkaar uit te voeren, waar anderen beide heupen tegelijk opereerden. Na mijn vraag hierover verraste zijn antwoord mij. 'Mevrouw, als u het niet vertrouwt kunt u ook een andere orthopeed overwegen.'

Formalisatie

In hoeverre faciliteert de organisatie samenwerking? Zijn de beoogde resultaten vastgelegd? Welk gedrag is wenselijk? Formalisatie maakt verwachtingen en verantwoordelijkheden helder. Dat is van ook belang als organisaties sterk aan veranderingen onderhevig zijn zodat medewerkers weten aan welke verwachtingen ze moeten voldoen en hun gedrag daarop kunnen richten.

Governance

Op deze dimensie ga ik later in mijn betoog uitvoerig in. De beleidscontext en (beperkte) financiële middelen beïnvloeden het proces van samenwerking. Binnen dat proces zijn een zekere gerichtheid en leiderschap nodig om de activiteiten in een bepaalde richting te leiden en het proces van samenwerking te stimuleren. Governance gaat ook over de ruimte voor innovatie en leren die nodig is omdat verantwoordelijkheden anders verdeeld worden en vernieuwing in werkprocessen ontstaat. Het gaat ook over interconnectiviteit of verbinding tussen mensen en de ruimte voor discussie en over het sluiten van bondgenootschappen. Onderlinge verbondenheid lost coördinatieproblemen op en zorgt voor snellere oplossingen en aanpassingsvermogen in de dagelijkse praktijk. Informatie en feedbackmechanismes zijn hierbij wezenlijk (D'Amour 2008).

Hoho, samenwerken, mag dat wel?

Samenwerken mag niet vanwege de aanwezige regelgeving heb ik niet zelden gehoord. Het is deels waar. Het mag vooral niet als met concurrenten prijsafspraken gemaakt worden, er sprake is van marktverdeling die andere partijen kan benadelen of uitsluiten, er sprake is van vooroverleg bij aanbestedingen of bij een collectieve boycot (kartelverbod art. 6 Mededingingswet). Ook concentraties (fusie/overname/joint venture) moeten voorafgaand een melding maken bij de Autoriteit Consument & Markt (ACM, art. 34 Mw). Uitgangspunt van de aanwezige regelgeving is vooral dat er voldoende restconcurrentie moet overblijven en de cliënt keuzevrijheid heeft. Het punt rondom de 'marktverdeling' kan een issue zijn; integrale zorg wordt vaak regionaal georganiseerd en het doel is afstemmen, hetgeen ook kan gaan over het maken van afspraken over welke diensten te leveren, in welke regio en welke cliënten dit betreft. De richtsnoeren voor de zorgsector en de richtsnoer zorggroepen van de ACM kunnen richtinggevend zijn bij samenwerking.

Een lange weg

naar integraliteit Integraliteit betekent automatisch meer complexiteit. Dat vraagt dus anders denken, handelen en organiseren. Inclusief governance. Tegelijkertijd is de behoefte aan resultaten op de korte termijn groot. We willen concepten en goede voorbeelden het liefst snel invoeren en vertalen naar de eigen situatie. Een risico hierbij is dat de nieuwe inzichten in bestaande denkkaders en systemen worden ingepast waardoor de echte vernieuwing gemist wordt. Organisaties moeten dan ook de tijd nemen om de ontwikkeling naar integraliteit te doorlopen. Dat vraagt geduld en oefening en er is lastig een blauwdruk voor te geven. Ook mijn onderzoek naar ketensamenwerking in de zorg liet zien dat het doorlopen van de verschillende fasen van ontwikkeling een meerjarenproces is, soms gehinderd door tegenslagen, vertrekkende charismatische leiders en wegbezuinigde coördinatoren (Minkman et al., 2013). We vonden vier fasen van ontwikkeling, die niet voorspellend of voorschrijvend van aard zijn, maar veel voorkomende processen in de tijd karakteriseren (zie kader). Het doorlopen van iedere fase kost meerdere jaren. Ook gemeenten die werken aan integrale en samenhangende dienstverlening geven aan dat er pas een begin is gemaakt met een integrale aanpak. De verwachting is dat het een langdurig ontwikkelingsproces is en dat een cultuuromslag (transformatie) nog jaren zal vergen (SCP, 2016). Komen tot integraliteit vraagt om een lange adem, een lange weg en een incrementele aanpak (Goodwin et al., 2013).

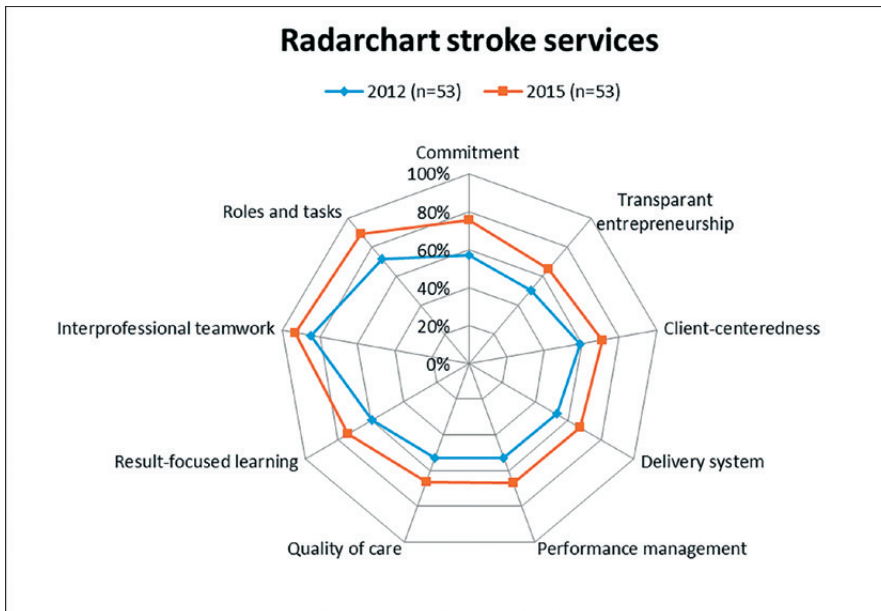
Het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg beschrijft vier ontwikkelingsfasen:

1. Initiatief- en ontwerpfasen
2. Experiment- en uitvoeringsfasen
3. Uitbouw- en monitoringsfasen
4. Verduurzamings- en transformatiefasen

Elke fase zijn eigen opgaven

Het besef in welke fase de samenwerking zich bevindt is wel van belang. Iedere fase heeft zijn eigen accenten zo blijkt die juist in die fase belangrijk zijn. Beginnende samenwerkingsverbanden hebben andere opgaven dan gevorderde. Onze analyse van 84 heel verschillende samenwerkingsverbanden gericht op mensen met dementie, een beroerte of acuut myocardinfarct liet zien dat langer bestaande samenwerkingsverbanden inderdaad meer elementen van ketenzorg geïmplementeerd hadden en in verdere fasen van ontwikkeling waren (Minkman et al., 2013). Nu we een paar jaar verder zijn is ook vergelijken over de tijd ook mogelijk. Daarbij vonden we - in samenwerking met het Kennisnetwerk CVA-NL- dat de 53 CVA-ketens in 2015 ten opzichte van 2012 verder waren in hun ontwikkelingsfasen. In 2015 waren gemiddeld 70 van de 98 elementen aanwezig, waar

dit drie jaar eerder nog 56 was. Op alle negen clusters zagen we een toename, zie figuur 4 (Vat et al., 2016). Ook het onderzoek onder de dementienetwerken in 2014 en 2016 liet zien dat -hoewel naar eigen inschatting- de dementienetwerken overall in verdere fasen van ontwikkeling zijn. In 2014 bevond het merendeel zich in fase 2 (experiment- en uitvoeringsfase) en in fase 3 (uitbouw- en monitoringsfase), en in 2016 was dit fase 3 en en fase 4 (verduurzamings- en transformatiefase) (Hofman et. al, 2016). Een stap verder, maar ook een stap dichterbij het doel?



Figuur 4: Gemiddeld percentage aanwezige elementen van geïntegreerde zorg per cluster in 2012 en 2015 in CVA-ketens

Hoe verder de ontwikkeling, hoe beter de uitkomsten?

De belangrijkste vraag is natuurlijk of de uitkomsten voor cliënten (ervaren kwaliteit, kwaliteit van zorg, gezondheid van de populatie) en eventueel de kosten (samen: triple aim) daardoor ook verbeteren. Netwerken en de inrichting van samenwerkingsverbanden zijn het middel, niet het doel. Nu steeds meer gegevens over zowel het proces, de inrichting en de uitkomsten beschikbaar komen, kunnen we dit beter onderzoeken. In 2017 bekijken we bijvoorbeeld in het onderzoek 'Van meten naar verbeteren' in opdracht van ZonMw hoe organisatiekenmerken van de dementie netwerken - gemeten met de netwerkindicatoren dementie - en de uitkomstindicatoren dementie zich tot elkaar verhouden.

Met andere woorden, zijn mensen met dementie beter af als de zorg goed integraal georganiseerd is? En welke kenmerken doen er dan toe? Het meetbaar maken van de opbrengsten van meer integrale dienstverlening en zorg is wel een aandachtspunt. Enkele indicatoren geven bijna altijd een gefragmenteerd beeld en meten slechts een deel van het geheel, of besteden te weinig aandacht aan contextfactoren (Busetto, 2016). Ook met gecombineerde uitkomstmaten, bijvoorbeeld geordend volgens het triple aim-principe, blijft het lastig. De keuze van de indicatoren is complex, de behoefte aan gevalideerde maar bruikbare meetinstrumenten groot en de beschikbare tijd of middelen vaak beperkt (Goodwinn, 2016; Tsiachristas, 2016; Glasby, 2016; Nies et al., 2013).

Integraliteit in Nederland; een korte impressie

Lukt het om het verlangen naar integraliteit ook te realiseren in de praktijk? We zijn er nog niet, de weg is lang, maar we lijken op de goede weg. Internationaal wordt Nederland als voorloper gezien. Tegelijkertijd is de opgave nog groot. We praten over cliëntgerichtheid maar vragen onvoldoende aan mensen wat ze echt belangrijk vinden. We ervaren botsende belangen, de financieringsmodellen hebben maar zeer beperkt prikkels die samenwerking belonen, we indiceren niet altijd integraal en governance is nog primair gericht op 'de organisatie'. Een korte impressie van het nu. Hierin heb ik niet de ambitie om volledig te zijn, maar om enkele grote lijnen te illustreren.

Persoonlijke netwerken

De meeste mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben, krijgen hulp van naasten. Dat gold in 2015 voor ongeveer 9% (1,2 miljoen mensen) van de volwassen Nederlandse bevolking (SCP, 2016). Informele zorg is dus een groot goed in Nederland (De Klerk et al., 2015). De aanwezigheid van naasten, familie en mantelzorgers is ook een belangrijke factor om langer thuis te wonen (Den Draak et al., 2016), maar ook voor zorgorganisaties is het meer en anders betrekken van naasten en familie een belangrijk speerpunt. Een sociaal netwerk helpt niet alleen om zelf meer in regie te blijven, ook de relaties zelf zijn voor mensen van wezenlijk belang. De FIT-studie bij kwetsbare ouderen (een onderzoek van de HvA/UvA in samenwerking met Vilans) liet zien dat ouderen meer waarde hechten aan sociale contacten dan aan zo lang mogelijk onafhankelijk blijven (Pel et al., 2017). Meer of minder chronische aandoeningen speelden hierin geen rol, voor beide groepen bleken dezelfde waarden van belang. Dat sociale netwerk moet er wel zijn uiteraard. Bijna een op de tien Nederlanders geeft aan niemand in de omgeving te hebben die informele hulp kan bieden. Bij 65-plussers en mensen met een gezondheidsbeperking is dat ongeveer een op vijf. Deze groep is dus aangewezen op professionele zorg en ondersteuning als zij hulp nodig hebben (SCP, 2016).

Als sinds circa 2000 wordt aangegeven dat mensen met dementie behoefte hebben aan een centraal aanspreekpunt en een verbinder, zoals een casemanager. Anno 2017, ruim 16 jaar later, constateren we dat het wel al behoorlijk, maar nog niet gelukt is om overal casemanagement voor mensen met dementie in Nederland te implementeren. Gegevens over de benodigde inzet versus de beschikbaarheid van casemanagement zijn niet aanwezig of weinig betrouwbaar. Er is nog geen overeenstemming over de scholing, expertise en ervaring die nodig is bij professionals. Onderzoek benadrukt het belang van samenwerken op meerdere fronten tussen aanbieders onderling en tussen aanbieders en financiers. Hierin hebben in feite alle partijen een gedeelde verantwoordelijkheid (HHM, 2016). Het recent gestarte actieplan casemanagement waarin de zorgverzekeraars een belangrijke rol spelen probeert hier een bijdrage aan te leveren.

In wijk of buurt

De afgelopen jaren zijn op grote schaal integrale wijkteams ingericht. In 86% van de kleine en middelgrote tot 92% van de G32-gemeenten zijn deze teams aanwezig. Het meest voorkomende model is een breed integraal team voor alle hulpvragen, zowel enkelvoudig als meervoudig. Maatschappelijk werk (84%), Wmo-consulent (83%), MEE-consulent (81%) en de wijkverpleegkundige (58%) maken het vaakst deel uit van zo'n breed integraal team. 8% van de teams geeft aan dat ze voldoende tijd en capaciteit hebben, 92% erkent dat ze nog niet aan alle taken toekomen. Outreachend werken, organiseren van 'nuldelijnszorg', informele netwerken, buurthulp, preventief werken, vroegsignalering en het ondersteunen en faciliteren van collectieve voorzieningen in de wijk zijn taken die nog onvoldoende worden uitgevoerd. De meeste teams hebben een brede integrale blik en werken met een schil van experts of specialisten. Samenwerking met scholen en woningbouwcoöperaties komt steeds meer voor. Daarnaast zijn verbindingen met de zorgverzekeraars en de eerste- en tweedelijns voorzieningen belangrijk om een effectieve lokale (zorg)infrastructuur in te richten (Van Arum & Schoorl, 2016).

Eerste 'lijn'

In verbinding zijn met de wijk en de partners in het sociaal domein is ook een van de opgaven van de circa 115 zorggroepen, die daarnaast ook een belangrijke schakel zijn naar de tweede lijn, zoals de ziekenhuizen (www.ineen.nl). De zorggroepen, als hoofdcontractanten van de ketenzorgprogramma's, zijn verantwoordelijk voor de coördinatie en levering van de gecontracteerde zorg in een bepaalde regio. De zorggroepen hebben op grote schaal ketenzorgprogramma's ingericht, vaak gebaseerd op zorgstandaarden, zoals diabetes mellitus type 2, COPD, vasculair risicomanagement, astma en psychologische zorg. De ketenzorgprogramma's leiden over het algemeen wel tot betere uitkomsten rond die specifieke ziekte (Ineen, 2016), maar het is de vraag in hoeverre de integrale blik aanwezig is. Nu verleggen de eerste zorggroepen de focus naar meer persoonsgerichte zorg, waarbij het werken met individuele zorgplannen, het ondersteunen van zelfmanagement en de relatie met preventie en welzijn meer op de voorgrond staan (www.ineen.nl).

Ook het leggen van een sterkere verbinding met de tweede lijn vraagt inspanning. Zo telt ons land 19 Medisch Coördinerende en Transmurale Centra die de samenhang, kwaliteit en doelmatigheid van de zorg helpen bevorderen op het snijvlak van de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg. De centra voeren vaak de regie over regionale projecten en zorgprogramma's en hebben hiermee een wat overkoepelende rol, vaak ook gericht op kennisuitwisseling en projectmanagement (www.fmcc.nl). Een concept als de transmurale zorgbrug is een mooi voorbeeld. Hier wordt letterlijk een brug geslagen tussen een verblijf in het ziekenhuis en een goede terugkeer naar huis (Buurman et al., 2016).

In een regio

(Zorg)organisaties en professionals werken in een regio vaak samen in meerdere netwerken gericht op een cliëntengroep met een ziekte of aandoening, zoals MS, een beroerte of dementie. De netwerken zijn ontstaan vanuit de wens tot betere zorg rond een ziekte of de implementatie van een zorgstandaard of richtlijn. Ook landelijke programma's of financiële prikkels spelen een rol. Sommige samenwerkingsverbanden hebben een bredere insteek, zoals acute zorg, palliatieve zorg en integrale vroeghulp. Deze zijn meer gekoppeld aan het continuüm dat mensen kunnen doorlopen, ongeacht de aandoening. Er komen nog steeds nieuwe samenwerkingsverbanden bij. Bijvoorbeeld in de kinderpalliatieve zorg, de compressiezorg en voor kinderen met obesitas (Care For Obesity, 2016). In 2017 start een schakelprogramma voor mensen met acute verwardheid (Schakelteam, 2016). Zijn de samenwerkingsverbanden een antwoord, of een middel op weg naar de verlangde integraliteit?

“Het netwerk heeft zich doorontwikkeld tot een Kennisnetwerk Kwetsbare Ouderen. De vele partijen werken samen om de zorg voor kwetsbare ouderen (waaronder mensen met dementie) voortdurend te verbeteren. Hierdoor zijn we een betere gesprekspartner voor onze gemeenten die in principe niet aan doelgroepenbeleid wil doen.”

Vaak kennen samenwerkingsverbanden een regionale of geografische ordening (bijvoorbeeld 'West-achterhoek' of de 'Gooi- en Vechtstreek'). Ons land kent echter meerdere indelings- en ordeningskaders die relevant voor zorg- en welzijnsorganisaties. Dit doet de vraag rijzen naar wat passende ordeningskaders zijn en of meer stroomlijning mogelijk of gewenst is. Zo telt Nederland bijvoorbeeld:

- 57 HLZ-regio's (Hervorming langdurende zorg)
- 43 WMO-regio's (Wet Maatschappelijke Ondersteuning)
- 42 jeugdhulp regio's
- 32 zorgkantoor regio's
- 25 veiligheidsregio's en GHOR regio's
- 24 GGD-regio's.

‘MijnZorg’ is een toekomstgerichte populatiegebonden aanpak in Oostelijk Zuid-Limburg. Het programma kent twee projecten waarin shared savings-afspraken zijn gemaakt: een farmacieproject en een project eerstelijnspluszorg. De kerngroep bestaat uit een huisartsenzorggroep, het ziekenhuis, een zorgverzekeraar en Zorgbelang. Daarnaast doen mee: apotheken, gemeenten, VVT-organisatie, Rabobank, Universiteit Maastricht en Hogeschool Zuyd. Bijzonder aan dit programma is dat de partijen een langdurige verbintenis met elkaar willen aangaan. Het gaat hen, naast beperking van de zorgkosten, om duurzame integrale zorg, op maat en dicht bij de mensen die het nodig hebben. MijnZorg gaat er vanuit dat het effectiever is als zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten in een regio hiertoe samenwerken. Waarbij het doel is om gaandeweg ook met andere relevante stakeholders (zoals provincie, gemeenten, werkgevers) samen te werken. (www.triple-aim.nl)

Bovenregionaal

Schaalgrootte heeft gevolgen voor de organisatie en de afstemming van de zorg, alleen al vanwege het aantal aanwezige partijen. Daarbij kan ‘een’ regio ook een te kleine schaal zijn. Bijvoorbeeld voor mensen met complexe zorgvragen die niet zo vaak voorkomen, zoals langdurende bewustzijnsstoornissen. Het aantal mensen dat hierdoor per jaar getroffen wordt is zo klein (circa 40 personen), dat bundelen van expertise bovenregionaal nodig is.

In het Landelijk expertise netwerk voor mensen na coma worden sinds 2016 de krachten gebundeld zodat mensen met ernstig hersenletsel na coma niet meer ‘tussen wal en schip vallen’. Veel mensen met ernstig NAH hebben dusdanig ernstige restgevolgen dat zij intensieve behandeling en zorg nodig hebben en/of zelfs afhankelijk zijn van 24-uurszorg. Als er nog mogelijkheden zijn voor herstel blijkt er in Nederland echter een gebrek te zijn aan adequate behandelingen. Dit geldt vooral voor mensen ouder dan 25 jaar met langdurige bewustzijnsstoornissen. Geschat wordt dat de incidentie van deze groep ligt rond de 40 patiënten. Bij de chronische zorg voor mensen met NAH is onduidelijk waar ze voor welke behandeling en zorg terecht kunnen. Er is behoefte aan een samenhangend zorgtraject met zorg op maat in alle fasen van het hersenletsel. Deze behoefte en de gedeelde passie is de basis voor de partijen om hun jarenlange ervaring en expertise te bundelen. Het netwerk bestaat uit 7 VVT organisaties, 1 revalidatiecentrum, de onderzoeksgroep Tussen wal en Schip van de Radboud Universiteit en Vilans.

Tussen domeinen

De – in mijn ogen – achterhaalde manier van denken, financieren en organiseren heeft tot gevolg dat het doorkruisen en verbinden van domeinen (veiligheid, wonen, opleiding, werk) per definitie spanning oproept en om inspanning vraagt. Edward Deming zei het al: ‘every system is perfectly designed to get the results it does’. Toch is die inspanning nodig

als we tegemoet willen komen aan de behoeften van mensen. En is een ordeningskader ook nodig. Daar ligt de grootste uitdaging. De wijkteams in het sociale domein werken hier al hard aan. Er zijn goede voorbeelden van integraal werken voor mensen met een lichte verstandelijke beperking en ggz-problematiek (IWW, 2017). Het grootste knelpunt volgens gemeenten: hoe kun je als een team tot een integrale aanpak komen? (Arum & Schoorl, 2016). Deze opgave om domeinen en lijnen te doorkruisen is universeel. De internationale literatuur laat zien dat er nog maar een beperkt aantal goede voorbeelden is waarbij drie domeinen of meer doorkruist werden. Stelsels van wetgeving, financiering en ordening van de zorg- en sociale sector verschillen tussen landen, evenals de rol van overheden. Hoe de inrichting ook is, snijvlakken blijven bestaan. Elke ordening of indeling vraagt vervolgens om meer samenhang tussen de delen (Bengoa, 2013; Leichsenring et al., 2013; Lara Montero et al., 2016; Nolte et al., 2014; WHO, 2016).

Zeven samenwerkingsverbanden uit de gemeenten Amsterdam, Den Bosch, Oss, Smallingerland, Almere, Maastricht en Zaanstad werken samen in het project 'Succesvol naar lokale ketenaanpak voor het kind met overgewicht en obesitas'. Deze kinderen zijn de chronisch zieken van de toekomst ténzij ze de juiste zorg en ondersteuning krijgen. De ambitie van C4O is het realiseren van ondersteuning en zorg voor kinderen (0-19 jaar) met overgewicht en obesitas en hun ouders. Men hanteert een brede blik op zowel kind, gezin als omgeving, gericht op een duurzame verbetering van de leefstijl in het gezin, een optimale verbetering van de gezondheid, het risicoprofiel, met als doel de kwaliteit van leven en hun maatschappelijke participatie te bevorderen. Het project is bedoeld om die ondersteuning en zorg zo effectief en efficiënt mogelijk te organiseren in een lokale keten van hulpverleners en ondersteuners die nauw met elkaar samenwerken. (bron: projectplan C4O 23.09.16).

Een woud van ketens en netwerken

Hoe zijn we aan de slag om de verbindingen te leggen en de zorg meer in samenhang te organiseren? De behoefte aan meer samenhang en integraliteit heeft in de afgelopen jaren geleid tot een enorme toename van samenwerkingsverbanden. Ketenpartners zochten elkaar in de regio op om afspraken te maken over overdrachten, wachttijden en het afstemmen van beleid. Hoe ziet dat landschap er nu uit? Er bestaat geen landelijk overzicht. Daarom voerde ik samen met Anne Deelen eind 2016 een beknopte inventarisatie uit. We vonden een breed palet aan samenwerkingsverbanden in Nederland (zie tabel 2) dat niet pretendeert volledig te zijn. De definitie was afgebakend tot 'een samenwerking waarin meerdere organisaties of entiteiten aanvullende diensten op elkaar afstemmen of ontwikkelen ten behoeve van een bepaalde cliëntgroep met een zorg- of ondersteuningsvraag'. Vaak hebben de samenwerkingsverbanden een

eigen naam, website of informatiepunt en profileren zij zich herkenbaar als netwerk of keten. De behoefte aan kennisuitwisseling en -ontwikkeling leidde bij een groot aantal samenwerkingsverbanden weer tot een landelijk overstijgend netwerk. De geïnventariseerde samenwerkingsverbanden richten zich op 12 doelgroepen:

<i>Doelgroep</i>	<i>n</i>	<i>Overkoepelend netwerk</i>
Dementie	77	Landelijk Netwerk Dementie (LND)
Beroerte/CVA	72	Kennisnetwerk CVA Nederland
Parkinson	65	ParkinsonNet
Palliatieve zorg	63	Stichting Fibula
Palliatieve thuiszorg	47	Stichting PATZ
Autisme	24	Landelijk Netwerk Autisme (onderwijs) (LNA)
Chronische pijn	22	Netwerk Chronische Pijn
Reuma	19	
Integrale vroeghulp	19	Integrale vroeghulp
Niet Aangeboren Hersenletsel	17	Landelijk Overleg Hersenletsel (LOHL)
Multiple Sclerose	13	Stichting MS zorg Nederland
Acute zorg	11	Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ)
Totaal	449	

Tabel 2: Veel voorkomende samenwerkingsverbanden in zorg en welzijn

Drie vraagstukken doemen in ieder geval al op. Kan integraliteit wel bewerkstelligd worden bij het vertrekken vanuit een ziekteperspectief? Wat zijn de gevolgen van die ‘stapeling’ van netwerken in een zelfde gebied (bijvoorbeeld bij de overlap van een netwerk voor kwetsbare ouderen met een netwerk voor mensen met dementie, van een CVA-keten en een netwerk voor NAH)? En hoe verhouden de meer generieke samenwerkingsverbanden - zoals palliatieve zorg - zich tot de ziekte-specifieke netwerken waarin palliatieve zorg ook een rol speelt?

Integraliteit vraagt om governance

Resumerend kunnen we stellen dat er enorm veel initiatieven, projecten en samenwerkingen zijn tussen burgers, professionals en organisaties. Zij boeken voortgang, maar tegelijkertijd vraagt het een lange adem, zijn er spanningsvelden en is de context (bijvoorbeeld van wet- en regelgeving) niet altijd ondersteunend. Veel genoemde

succesfactoren zijn bijvoorbeeld elkaar kennen, motivatie, een gezamenlijk doel en gedeelde ambitie, commitment, vertrouwen, vergoeding van coördinatiekosten, stimulerende variabelen zoals wet- en regelgeving en financiering die samenwerking bevordert en ten minste budgetneutraal belooft (Arum & Schoorl, 2016; Bell et al., 2013; Fisher & Corrigan, 2014; IWW, 2017; Rogers, 2003; Schrijvers, 2016; Shortell et al., 2014; Stein, 2016).

Spanningsvelden worden gesignaleerd tussen:

autonomie bewaren	-	gezamenlijkheid voorop stellen
professioneel of organisatiebelang	-	cliëntbelang
wantrouwen	-	vertrouwen
(onzekere) investering	-	rendement
waarden van de organisatie	-	waarden vanuit integraliteit
behoud van inkomsten of macht	-	minder middelen of status

Zoeken naar passende financiering

Alignment - het in lijn brengen van denken, handelen, organisatie, inrichting en governance vanuit een integrale visie - is cruciaal. Daarbij hoort financiering die integraliteit belooft, stimuleert of in ieder geval mogelijk maakt. Inmiddels wordt ervaring opgedaan met nieuwe vormen van financiering, zoals shared savings, populatiebekostiging, integrale (meerjarige) contracten en de invoering van keten-dbc's (Drewes et al., 2015). Het lijkt, met uitzondering van de PGB's (integrale bekostiging op persoonsniveau), nog te vroeg voor ferme conclusies over de beste oplossingen. Een overzichtsstudie van triple aim-projecten over de hele wereld liet zien dat de voortgang langzaam is. Dat heeft drie redenen: moeilijk te organiseren governance, gebrek aan meetbare resultaten van ketenzorgprojecten (bijvoorbeeld onvoldoende passende software) en gebrek aan scholing van professionals gericht op nieuwe werkprocessen (Whittington et al., 2015). Het lijkt dus zinvol om ons verder te verdiepen in het vraagstuk van de governance.

Governance bij integraliteit

In de literatuur bestaan verschillende definities van governance, al naar gelang de wetenschappelijke discipline die erover schrijft. Op het meest generieke niveau is governance gerelateerd aan theorieën en vraagstukken van sociale coördinatie en onderliggende patronen van het regelen (Bevir, 2011). Nieuwe theorieën zijn minder gericht op hiërarchie en de overheid en meer op marktgerichtheid en netwerken. Deze theorieën moeten wel vertaald worden in concrete activiteiten. Wanneer we in de zorg spreken van governance wordt dit in brede zin ook geduid als 'goed bestuur' en is de focus vooral gericht op organisaties. Het gaat dan om het beleggen van besluitvorming en het afleggen van verantwoording over deze besluiten. Het begrip heeft betrekking op hoe sturing, toezicht en verantwoording binnen een organisatie is ingericht (Hoek, 2007). In de praktijk worden ook vaak termen als good governance gebruikt om goed en samenhangend bestuur, toezicht en verantwoording te organiseren en wie daarbij te betrekken (Bossert, 2003; Graham et al., 2003).

Good governance is aanwezig als:

- de bestuursstructuur en -cultuur goed past bij het type organisatie en de aard van de primaire processen;
- alle betrokkenen zich bewust zijn van hun positie(s) en rol(len);
- alle betrokkenen in staat zijn om zich rolvast te gedragen én te schakelen tussen hun verschillende rollen;
- alle betrokkenen bereid zijn te spreken over en te reflecteren op hun gedrag, hun onderlinge relaties en interacties en de effectiviteit daarvan.

Governance en 'het echte werk'

In de zorg bestaat veel aandacht voor good governance, vooral als bestuurlijke schandalen het nieuws halen en er wordt opgeroepen tot meer toezicht, gedragsnormen, tegenspraak en medezeggenschap. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft onlangs aangegeven ook toezicht te gaan houden op bestuur. Aan de andere kant: als het goed gaat wordt 'goed bestuur' vaak vanzelfsprekend gevonden en gezien als iets waar niet te veel aandacht, tijd en geld naar moet uitgaan omdat dat ten koste gaat van de primaire processen (het echte werk). Voor bestuurders en toezichthouders in de zorg, is bestuur van de organisatie niet de enige opgave. Door de hoge mate van onderlinge verbondenheid en afhankelijkheid in de huidige samenleving kunnen organisaties steeds minder gemakkelijk zelfstandig oplossingen vinden voor hun cliënten (Klijn, 2008; Klijn & Koppenjan, 2015). Het vermogen om complexe samenwerkingsverbanden te managen is van toenemend belang. Saint-Oge en Armstrong wezen in 2004 al op de ontwikkeling dat organisaties steeds meer betrokken raken in netwerken gericht op waarde-creatie, waar de grenzen tussen organisaties vervagen en functies geïntegreerd raken. Het vermogen van organisaties en hun leiders om network-designed en in netwerkverband geleverde oplossingen te creëren, is een kritieke kwaliteit geworden (Saint-Onge & Armstrong, 2004).

Een richtinggevende code?

Samenwerking tussen organisaties vraagt om een andere vorm van governance. Ik vind het bijzonder dat de nieuwe Governance Code Zorg 2017 (BOZ, 2017) daar weinig aandacht aan besteedt. De code geeft aan van toepassing te zijn 'voor alle rechtsvormen' maar spreekt van 'organisaties'. De code geldt voor iedere zorgorganisatie die lid is van een brancheorganisatie en de daarmee verbonden groeps- en dochtermaatschappijen. Van de uitgewerkte zeven principes van good governance is alleen in het derde principe aandacht voor de 'invloed van belanghebbenden' met als voorbeelden: vrijwilligers, verwijzers en gemeenten. De Raad van Bestuur bepaalt wie de belanghebbende partijen zijn en op welke wijze zij geïnformeerd worden en invloed hebben op activiteiten en beleid. In het hoofdstuk 'specifieke situaties' stipt de code aan dat er een bewustzijn is dat de context voortdurend in verandering is. De principes uit de code zouden ook voor deze 'specifieke situaties' - zoals (keten)samenwerkingsverbanden - invulling kunnen krijgen. Hoe blijft

nog even in het midden. Het is echter de vraag of deze toch wat traditioneel ingestoken code die gericht is op goede zorg, medezeggenschap via raden of andere vormen en het RvB-RvT-model, vertaald kan worden naar deze ‘specifieke situaties’ die een heel andere dynamiek hebben. Het effectief functioneren van samenwerkingsverbanden kan wel eens om (heel) andere of aanvullende principes vragen die meer aansluiten bij netwerk-governance of bij de waarden van integrale zorg.

Netwerk-governance

De term netwerk-governance verwijst in de literatuur naar horizontale samenwerking tussen actoren in netwerken (Klijn, 2008). Netwerken, samenwerken en het aangaan van partnerschappen staat hierbij centraal (Edelenbos et al., 2009). De traditionele, unicentrische benadering, waarbij een centrale overheid een ‘maakbare samenleving’ bestuurd, voldeed steeds minder en er ontstonden netwerken met beslissers. Vaker wordt gewerkt met een meer polycentrische aanpak, door vele auteurs from government to governance genoemd. Overheden positioneren zich als een van de gelijke partners in een netwerk en nemen afstand van hun oude rol als bovengeslikte. Een inventarisatie onder gemeenten laat zien dat zij hun rol in de praktijk op verschillende manieren invullen. Waar de ene gemeente samen optrekt met samenwerkingspartners en hen relatief vrij laat, kiest de andere gemeente voor het opzetten van een eigen uitvoeringsorganisatie. Weer andere gemeenten houden regie op de kaders en het proces (het ‘wat’) of op het organisatorische aspect (het ‘hoe’) (Spierenburg et al., 2014).

De unicentrische benadering benadrukt sturing en controle, bij netwerk-governance ligt de focus meer op vertrouwen en verbinden (Sorensen & Torfing, 2005). De nieuwe Governancecode Zorg toont een verschuiving naar deze benadering en is meer gericht te zijn op de dialoog en de bedoeling dan op controle op het naleven van de regels (BOZ, 2017).

<i>Governance in organisaties</i>	<i>Netwerk-governance tussen organisaties</i>
Hiërarchisch	Samenwerken
Verticaal	Horizontaal
Beheersen	Bedoeling
Naar binnen gericht	Naar buiten gericht
Intraorganisatieel	Interorganisatieel
Unicentrisch	Polycentrisch
Sturing en controle	Vertrouwen en verbinden

Tabel 3: Governance in en tussen organisaties

Ingrediënten van netwerk-governance

Hoe kunnen we de governance van samenwerkingsverbanden en netwerken bekijken? Hoe ‘bestuur’ je samenwerking? Geeft de ‘game theory’ wellicht handvatten? Deze theorie gaat ervan uit dat een rationele ‘game of choice’-aanpak bruikbaar is om

interorganisationele fenomenen te bestuderen. Coördinatie tussen eenheden van het netwerk is dan gebaseerd op onderhandeling, waarin iedere actor strategisch berekent of deelname in en het formeren van een netwerk voordeel biedt. Er is een continue noodzaak tot samenwerking. Er moet wel aangezet worden tot actie, deze moet niet simpelweg verwacht worden (O'Toole, 1993). Actoren moeten ervaren dat het de moeite loont om gezamenlijk op te trekken en dat zij van elkaar afhankelijk zijn. Die wederzijdse afhankelijkheid is een sterke incentive. Netwerk-governance is hier synoniem voor het zichtbaar maken van incentives en het laten reageren van de actoren op deze incentives. Een nadeel van deze benadering is mijns inziens dat deze de complexe werkelijkheid wellicht wat te simplistisch voorstelt. Gedrag is namelijk vaak niet rationeel. Mensen redeneren en kiezen vaak niet zoals in klassieke economische modellen wordt verondersteld. Ze wegen verlies zwaarder dan winst, willen onzekerheid het liefste vermijden, hebben een voorkeur voor de status quo en wegen voordeel nu veel zwaarder dan voordeel later (WRR, 2014). Voor samenwerkingsverbanden in de zorg zou meer kennis en onderzoek naar de rol van incentives en gedrag wenselijk zijn. Bijvoorbeeld door het ophalen van verhalen gericht op gedrag. Waarom doen mensen wat ze doen en op welke waarden is dat gebaseerd?

Doelen willen bereiken

De meer mainstream theorie is dat netwerken middelen zijn om doelen te bereiken met een structuur met meerdere actoren en verbindingen gericht op grensoverschrijdende gezamenlijke activiteiten (Agranof & Mc Guire, 2003). Governance van netwerken is te omschrijven als de strategische activiteit gericht op het beïnvloeden van de interactie tussen de actoren. Het doel is om de doelen van de individuele actoren te bereiken, maar tegelijkertijd gezamenlijke resultaten te behalen. Om de kans op succes te verhogen is een minimale set van regels nodig over hoe met elkaar om te gaan, over coördinatie-mechanismen en over de samenwerkingsstructuur (Rodriguez et. al. 2007). Het gaat ook om het proces zelf: interacties en onderhandelingen socialiseren de actoren tot een nieuwe gezamenlijke taal die benut kan worden in toekomstige netwerkactiviteiten. Er zijn vier belangrijke ingrediënten van netwerk-governance: besluitvorming, vertrouwen, macht en kennis ontwikkeling (Mc Guire, 2011).

• **Besluitvorming**

Het blijkt lastig om los te komen van ingesleten werkwijzen in organisaties die zijn verankerd in protocollen, procedures en 'eigen regelgeving'. Effectieve netwerken nemen besluiten na een (soms lang) proces van verkennen, discussiëren en uiteindelijk consensus. Als er geen consensus bereikt wordt, lijkt de tijd niet rijp. Een risico is dan ook het 'overdosen' van het zoeken naar consensus, waardoor processen traag gaan en er talloze uren in werkgroepen en taskforces worden doorgebracht (Huxham & Vangen, 2005).

• **Vertrouwen**

Zowel de netwerkpartners en leidinggevenden van de betrokken organisaties als de netwerkcoördinator moeten een zeker vertrouwen hebben in de anderen en in het netwerk als geheel. Dit betekent niet dat er geen verschillende waarden zijn, maar wel

gedeelde verplichtingen en verwachtingen. Er is niet exact aan te geven wat te doen om vertrouwen te winnen. In ieder geval is goede communicatie belangrijk. Wel is bekend dat het vertrouwen groeit met het succes van het netwerk (McGuire, 2006).

- **Macht**

Macht en invloed kunnen ongelijk verdeeld zijn, ook in effectieve netwerken. Het is aannemelijk dat macht gelijkjer verdeeld is naarmate de verschillende afhankelijk van elkaar zijn. Actoren hebben dubbele belangen, die van de eigen organisatie en die van het netwerk. Zij kunnen pogen beide belangen te dienen, waarbij andere actoren nadeel ervaren of verleid worden mee te gaan in de manier van denken. Macht is hierdoor een permanent kenmerk van netwerken en van invloed op besluitvorming (Bachmann, 2001).

- **Kennisontwikkeling**

De behoefte aan kennis is een incentive voor netwerken, het kan zelfs de oorzaak van het ontstaan van een netwerk zijn. Het verzamelen van informatie en kennis draagt zo bij aan het reduceren van onzekerheid die er is. Het identificeren, ophalen en verzamelen van kennis door de actoren van het netwerk is erop gericht om gezamenlijk een doel te bereiken of om vraagstukken op te lossen (McGuire, 2011).

Voor effectieve inrichting van governance tussen organisaties spelen bovenstaande ingrediënten een rol. Het zijn niet altijd makkelijk zichtbare of meetbare zaken, die wel heel relevant zijn voor wat samenwerkingsverbanden uiteindelijk kunnen bereiken voor de mensen waar het om gaat. Wat weten we over deze ingrediënten in de praktijk?

Governance van samenwerkingsverbanden in de praktijk

De vele samenwerkingsverbanden in ons land fungeren als het bind-, boetseer- en smeermiddel tussen een breed scala aan organisaties. Daarnaast werken ze toenemend samen met burgerinitiatieven, cliëntorganisaties, vrijwilligersorganisaties, gemeenten en financiers. Hoe hebben zij hun governance ingericht? Zien we principes van netwerk-governance terug? Hebben de samenwerkingsverbanden toekomst en dragen ze bij aan de verlangde integraliteit?

Noodzaak tot kennisontwikkeling

Onderzoek naar de governance en het functioneren van samenwerkingsverbanden in zorg en welzijn in ons land is nog maar beperkt voorhanden. Het aanwezige onderzoek richt zich vooral op het zicht krijgen op de resultaten van interventies en succes- en faalfactoren. Het bestuderen van het proces van de samenwerking zelf en de werkzaamheid van de ingerichte vorm van governance is er nog beperkter. Wel beschrijven sommigen het belang van de rol van een coördinator of 'integrator' (Schrijvers, 2016) of hoe de ervaringen met sturing zijn in de proeftuinen populatiemanagement (Drewes et al., 2015).

Van Linschoten en te Velde (2016) inventariseerden samenwerkingsverbanden gericht op multidisciplinaire zorg voor kwetsbare ouderen. De 122 geïncludeerde verbanden waren zeer divers in samenstelling. Die diversiteit maakt het lastig harde uitspraken te doen over het functioneren van de samenwerking, maar 'goede samenwerking' leek vaker gerelateerd aan een wat kleinere schaal (gemeente/wijk), bij zicht op resultaten en wanneer er enthousiasme en betrokkenheid bestond over de meerwaarde voor de cliënt. Een groot deel van de netwerken bleek positief over het bereiken van de beoogde doelen. Men was van mening dat het netwerk bijdraagt aan een betere coördinatie rond de individuele oudere en leidt tot kortere lijnen tussen zorgverleners.

De tweejaarlijkse evaluatie van de CVA-ketens - door het Kennisnetwerk CVA-NL in samenwerking met Vilans - geeft eveneens enig inzicht in het functioneren van samenwerkingsverbanden op grotere schaal. Bijvoorbeeld over de betrokken partijen, hoe de samenwerking geformaliseerd is en of scores op aspecten als 'commitment' veranderen over de tijd (Vat et al., 2016). Bij de dementie netwerken zien we dat er in ruim de helft van de gevallen (55%) bijvoorbeeld een formele samenwerkingsovereenkomst is en dat de regie in 80% van de netwerken belegd is bij de ketencoördinator. Professionals en bestuurders ervaren de samenwerking van toegevoegde waarde, maar in de besluitvorming spelen de belangen van de eigen organisatie een belangrijke rol (Hofman. et. al., 2016). Deze studies geven enig inzicht in aspecten van netwerk governance; ze zijn descriptief van aard en betreffen vooral structuurkenmerken. Veel vragen zijn nog onbeantwoord.

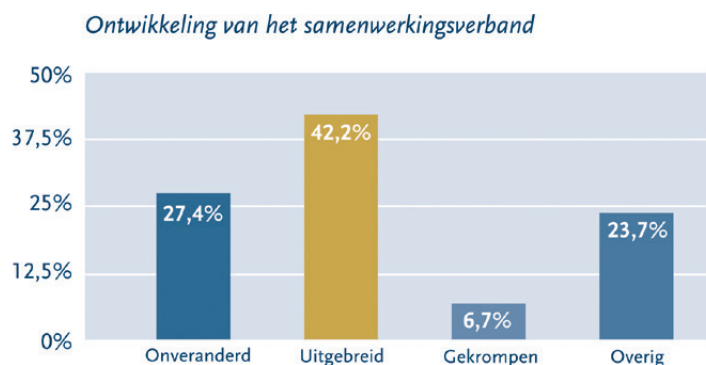
Governance van samenwerkingsverbanden in de praktijk

Hoe krijgen we meer zicht op aspecten van governance in de praktijk? Op basis van de concepten over (netwerk-)governance (Bossert, 2003), samenwerking (D'Amour 2008) en integrale (keten)zorg (Minkman, 2012) is een denkkader ontwikkeld dat als basis diende voor een vragenlijstonderzoek. De vragenlijst richtte zich op de thema's inrichting, besluitvorming, commitment en betrokkenheid, vertrouwen, eigenaarschap, verantwoording en toezicht en de verwachte ontwikkeling in de toekomst. Van de 567 geïnventariseerde samenwerkingsverbanden kon aan 353 samenwerkingsverbanden een vragenlijst gestuurd worden. 167 vulden de vragenlijst in, waarvan 135 helemaal volledig (respons 38%). De respondenten hadden overwegend een functie als coördinator (52%) of voerden vanuit een rol als professional met coördinerende taken uit (40%). De samenwerkingsverbanden bestonden gemiddeld bijna negen jaar (8,89 jaar, range startjaar 1996 - 2016) en richtten zich op een breed scala aan cliëntgroepen (zie tabel 2) waarbij de netwerken dementie, de netwerken palliatieve zorg en de CVA-ketens de grootste groepen vormden. Welk beeld laat deze beknopte inventarisatie zien?

Gericht op doorontwikkeling

Meer dan 40% van de samenwerkingsverbanden geeft aan dat er veranderingen zijn geweest in de afgelopen twee jaar. Vaak had dit te maken met een uitbreiding van het aantal partners door een toename van het aantal zorgprogramma's, de aansluiting bij wijkgericht werken, nieuwe aanbieders of meer partners die willen samenwerken. Soms zorgen fuserende

ziekenhuizen voor schaalvergroting van het netwerk. Inkrimping komt maar beperkt voor. De drijfveer is vooral de wil tot samenwerking en het besef dat alleen samen betere resultaten bereikt kunnen worden. Er is veel aandacht voor doorontwikkeling en innovatie, meer dan 80% geeft aan dat dit regelmatig tot zeer vaak op de agenda staat. Opvallend is dat de (maatschappelijke) meerwaarde van het samenwerkingsverband door 18% zelden tot nooit kritisch bekeken wordt. Als reden geeft men aan dat dit niet hoeft omdat de samenwerking al vanzelfsprekend is, maar ook omdat men dat stadium nog niet heeft bereikt. Aanleiding om het wel te doen zijn periodieke evaluaties, openlijke twijfels over de meerwaarde of omdat er financieel prikkels voor zijn. Over de toekomst van het samenwerkingsverband is het overgrote deel, ruim 70%, positief. Maar een enkeling is dat niet.

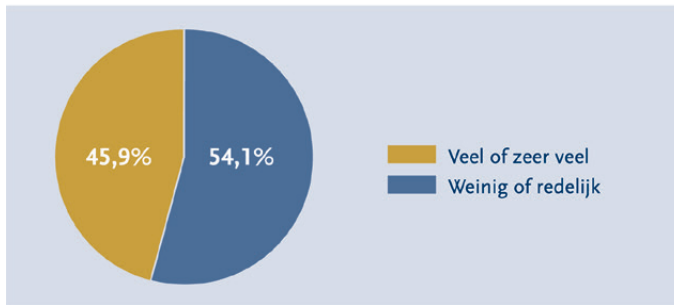


Figuur 5: Ontwikkeling van het samenwerkingsverband in de afgelopen twee jaar

Inrichting, commitment en besluitvaardigheid

Ook in deze inventarisatie zien we dat de meest voorkomende basis een (getekende) samenwerkingsovereenkomst is (58%) maar in 13% van de gevallen is er niets vastgelegd. Er zijn wel bijna altijd voorwaarden aan de samenwerking gesteld, bijvoorbeeld voor deelname. Nieuwe rechtsvormen als gevolg of resultaat van de samenwerking - zoals een coöperatie of stichting - komen weinig voor. Commitment is wel een issue, het is geen vanzelfsprekendheid. In meer dan de helft (54%) van de samenwerkingsverbanden is naar weging van de coördinator weinig tot redelijk weinig commitment aanwezig (zie figuur 6). Organisatiebelangen krijgen voorrang, er is een dominante trekker waar de rest 'achteraan hobbelt' of externe veranderingen zorgen voor terughoudend gedrag wanneer de samenwerking (te) vrijblijvend is.

Commitment van partners

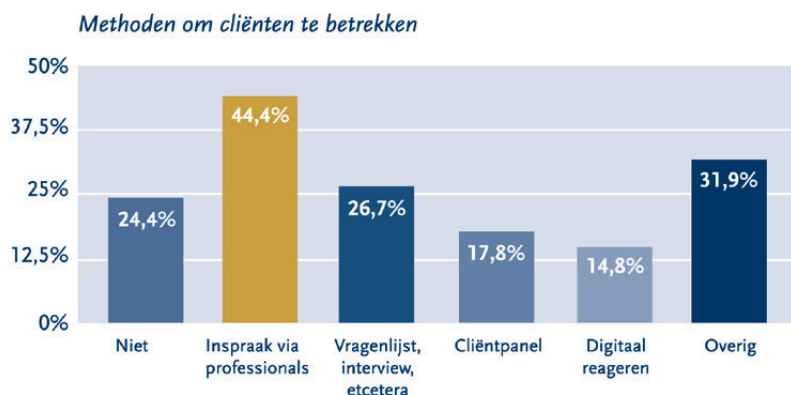


Figuur 6: Commitment van partners aan het samenwerkingsverband.

De meerderheid heeft wel het gevoel (enigszins) onderdeel te zijn van het samenwerkingsverband. Dit geldt voor zowel professionals als leidinggevend en bestuurders. Naar inschatting van de coördinatoren is dit bij ongeveer een op de vijf bestuurders niet zo. De besluitvorming over zaken die het netwerk als geheel of de organisaties betreffen is meestal belegd in een stuurgroep met afgevaardigden vanuit de organisaties. Een minderheid (17%) heeft een eigen bestuur. Over de besluitvaardigheid is men gematigd positief; deze classificeert men als 'redelijk' (47%) en circa 18% als 'weinig' of 'niet besluitvaardig'. Ruim een derde vindt het netwerk (zeer) besluitvaardig. Gebrek aan besluitvaardigheid lijkt samen te hangen met individuele belangen van organisaties, wisselende eisen van zorgverzekeraars en 'altijd maar gezeur over geld'. Toch lijkt er vertrouwen te zijn in elkaars competenties en intenties. Slechts 7% heeft weinig vertrouwen in de intenties van de partners.

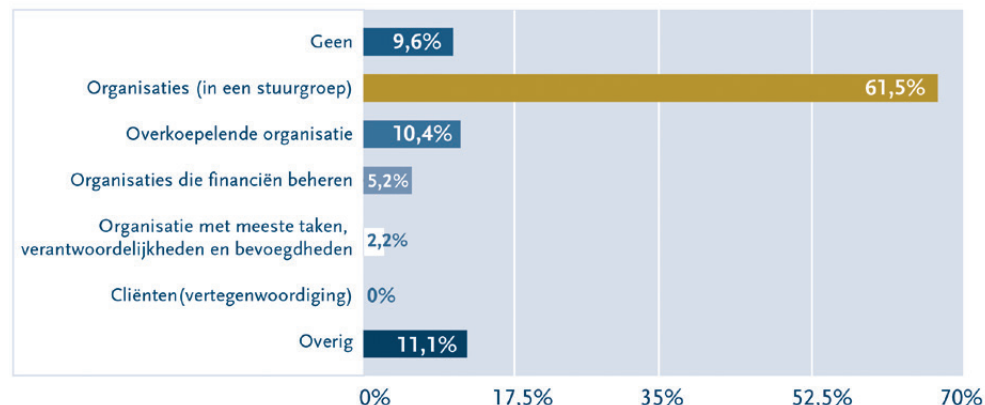
Eigenaarschap en rol van de cliënt

Hoe krijgt de cliënt een rol in deze samenwerkingsverbanden? Op de vraag wiens belangen centraal staan in het samenwerkingsverband antwoordt het merendeel dat dat de belangen van cliënten zijn (65,9%), gevolgd door de belangen van de organisaties (51,9%). Toch wordt in 31% van de samenwerkingsverbanden aangegeven dat de behoeften en ervaringen van cliënten onvoldoende worden meegenomen in de plannen en afwegingen. In 25% van de verbanden vindt men dat deze belangen goed meegenomen worden en in 43% voldoende. Als cliënten betrokken worden dan is dit voornamelijk via inspraak van de professionals zelf (44%), of in mindere mate via bijvoorbeeld via cliëntenpanels (18%) of vragenlijsten/interviews (27%). Bijna 24% geeft aan dat cliënten *niet* betrokken worden, zie figuur 8. Eigenaarschap van het samenwerkingsverband wordt vooral door de organisaties *zelf* ervaren. Niemand ziet cliënten of hun vertegenwoordigers als eigenaar en maar vier samenwerkingsverbanden vinden dat dit eigenaarschap belegd zou moeten worden bij (vertegenwoordigers) van cliënten. Het onderzoek behelst maar een deel van de samenwerkingsverbanden in ons land dus is wellicht niet representatief, maar de bevindingen zetten wel aan tot denken (en vervolgonderzoek!).



Figuur 7: Methoden om cliënten te betrekken.

Waar ligt het eigenaarschap?



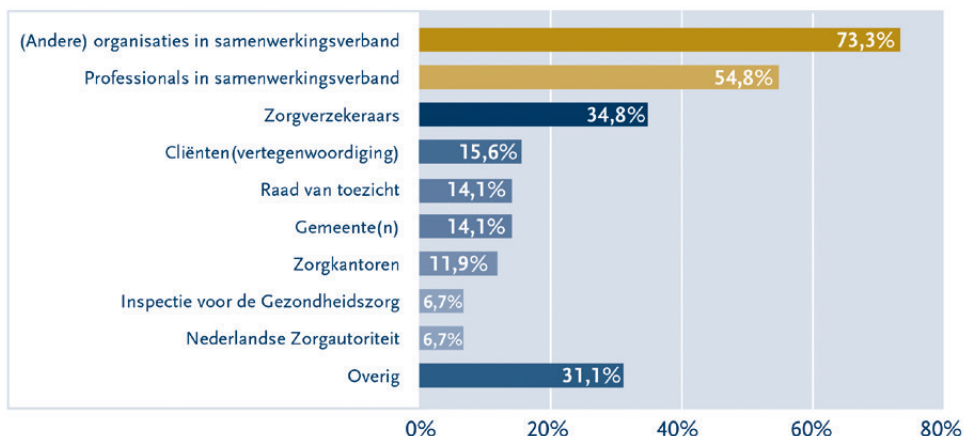
Figuur 8: Eigenaarschap van het samenwerkingsverband

Verantwoording

Waarover en aan wie verantwoorden de samenwerkingsverbanden zich eigenlijk? Verantwoording wordt vooral afgelegd over het bereiken van de gemeenschappelijke doelen, de inzet van financiën (kosten, subsidies) en de inhoudelijke kwaliteit van de zorg. Cliënttevredenheid is in iets minder dan een derde (29%) van de netwerken een onderwerp van verantwoording. Verantwoording wordt vooral onderling afgelegd aan de organisaties en professionals van het samenwerkingsverband en aan de zorgverzekeraar (zie figuur 9). Circa 15 netwerken geven aan dat meer verantwoording naar professionals

en betrokken organisaties wenselijk zou zijn. Ook geven 18 netwerken aan dat de verantwoording meer gericht zou moeten zijn op cliënten/burgers of ‘de maatschappij’ zelf, maar dat dat in de praktijk een lastige opgave blijkt. Maar een minderheid, 15%, legt nu aan hen verantwoording af.

Aan wie wordt er verantwoording afgelegd?



Figuur 9: Verantwoording afleggen door de samenwerkingsverbanden

Duidelijk wordt dat de samenwerkingsverbanden zoeken naar hun inrichting, hoe cliënten echt een stem te geven en hoe en hoe de samenwerking en governance tussen organisaties vorm te geven. Slaan zij de brug naar de toekomst voor meer integraliteit?

Integraliteit als toekomst

Op weg naar integraliteit betekent op weg naar governance van relaties

Als integraliteit de toekomst is, dan betekent dit wat voor de opgaven van alle actoren betrokken in de zorg; cliënten, uitvoerenden, beleidsmakers, financiers, bestuurders en toezichthouders. Governance van meer netwerkachtige structuren en interorganisatiele verbanden gaat vooral over *governance van relaties*. Governance is dan de strategische activiteit die gericht is op het begrijpen en beïnvloeden van de interactie tussen de actoren. De toekomst kan ik vanzelfsprekend niet voorspellen of onderbouwen met referenties, maar toch neem ik u graag mee naar een aantal van mijn gedachten erover. De volgende punten zullen naar mijn mening het verlangen naar integraliteit verder voeden. Zij stellen nieuwe uitdagingen die de noodzaak van innovatie van de organisatie en governance van zorg over domeinen heen nog pregnanter zullen maken.

Het gaat achtereenvolgens om:

- een verdere grootschalige verplaatsing van zorg
- de grotere nadruk op het lokaal en regionaal inrichten en organiseren
- een betere inrichting van samenwerking
- governance tussen organisaties met aandacht voor de kwaliteit van de interactie
- andere vaardigheden die nodig zijn voor bestuurders en toezichthouders
- eigenaarschap en de (on)mogelijkheden van collaborative governance ter discussie stellen
- waarden vanuit integraliteit definiëren

Grootschalige verplaatsing van zorg

De beweging naar 'langer thuis' en het verlangen naar zorg die echt gericht is op de persoon is onmiskenbaar aanwezig. Samenwerken met andere domeinen dan 'zorg' en het sociaal domein is essentieel. De context doet er toe en er kan ook steeds meer thuis. Dat zal alleen maar toenemen. Ik heb het nu niet alleen over de langdurende zorg en het sociaal domein, maar ook over de ziekenhuiszorg. De opnameduren in ziekenhuizen dalen al jaren en het aantal beschikbare ziekenhuisbedden neemt af. En dat ondanks onze veranderende samenleving. Ook specialisten ouderenzorg werken allang niet meer alleen binnen de muren van het verpleeghuis, specialisten uit ziekenhuizen komen naar de mensen toe en ontslag vanaf de intensive care direct naar huis komt voor. Als de analyses van Gupta Strategists kloppen en inderdaad 45% van de huidige ziekenhuiszorg ook thuis kan, dan gaan we pas echt spreken van langer thuis en een volgende megatransitie! Tegelijkertijd merken we ook aan de dagelijkse berichten over overvolle SEH-afdelingen dat het hele proces van verplaatsing niet vlekkeloos en eenvoudig gaat. De toename van het aantal ouderen met complexe multi-morbiditeit die hun heil zoeken op de SEH omdat het thuis niet meer gaat of er een calamiteit is baart zorgen. Mantelzorg of *zelf- en samenredzaamheid* is niet het antwoord op alles.

Hoe snel de ontwikkelingen gaan is daarom lastig om in te schatten, ook omdat de juiste voorwaarden voor implementatie van e-health vaak nog ontbreken. Het gebruik van e-health toepassingen -ook in de langdurende zorg- gaat nog niet zo snel, hoewel sommige toezichthoudende technieken zoals bewegingsmelders, valdetectie, uitluisteren en het persoonlijk alarm al vrij breed ingevoerd zijn (Krijgsman et al., 2016, 2016; ECP, 2016). Binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking zien we grote verschillen tussen organisaties, maar wint toezichthoudende domotica snel terrein, evenals GPS tracking, serious gaming en de invoering van detectie systemen voor bijvoorbeeld vallen en epilepsie. We weten: de inzet van eHealth is meer dan het invoeren van een nieuwe techniek. Het vraagt om een maatschappelijke innovatie waarbij menselijke, organisatorische en omgevingsaspecten van groot belang zijn. Maatschappelijke innovatie gaat verder dan het veranderen van een proces of organisatie. Het gaat ook over de interactie tussen de zorgverlener en de zorggebruiker. Samenwerking tussen meerdere partijen is vrijwel altijd noodzakelijk (Krijgsman et al., 2016). Overall zal deze verschuiving van zorg een grote impact hebben op de benodigde interactie en vragen om nieuwe manieren van organiseren en governance.

Nadruk op lokaal en regionaal samenwerken

Interacteren en samenwerken wordt alleen nog maar een belangrijker: cliënt, mantelzorger, vrijwilliger, professional, organisatie, financier en beleidsmaker: ze hebben elkaar nodig. Samenwerking gaat vaak gewoon goed, maar het is ook complex. De proeftuinen populatiemanagement laten bijvoorbeeld zien dat woorden niet altijd worden omgezet in daden en dat onderliggende belangen niet altijd besproken worden (Drewes et al., 2015). Misschien gaat de digitalisering ons nog veel meer helpen dan we nu al kunnen (over) zien, zodat we op bepaalde aspecten niet meer hoeven samen te werken doordat de techniek het over neemt. Maar zorg blijft mensenwerk en samenwerking zal altijd nodig blijven.

Mijns inziens is het hoog tijd om het praten in lijnen eens te stoppen (1e lijn....2e lijn...). Want wat is er nu en straks nog een 'eerste lijn'? Orderingskaders blijven wel nodig. Deze kaders zijn ook gekoppeld aan onze financiering die gerelateerd is aan onze wetgeving. Het lastige daarvan is dat de (systeem)kaders uiteindelijk kunnen gaan overheersen in het handelen, hetgeen afleidt van waar het om gaat. Het grootste knelpunt voor organisaties in de gehandicaptenzorg en ouderenzorg omtrent de destijds nieuwe Wlz was niet de uitvoering van de Wlz zelf, maar het doorkruisen van de kaders en situaties 'aan de randen van de wet' (Nap et al., 2016). Omdat de (wettelijke) kaders de komende jaren naar verwachting niet veel zullen verschuiven zullen we ons ertoe moeten verhouden. Een stuk vereenvoudiging van de uitvoering van de Wlz is nog wel nodig en mogelijk. Hiervoor verwijs ik graag naar het KISS concept (Keep it Simple and Straightforward) dat afgelopen jaar ontwikkeld is door een groep van circa 25 zeer gemotiveerde bestuurders uit de gehandicapten- en ouderenzorg onder de begeleiding van Henk Nies en Vilans. Dit concept laat zien dat het proces vanaf het duidelijk worden van de behoefte van een cliënt tot aan de keuze voor de zorg en levering daarvan nog veel simpeler kan. Maar overall zal de herijking niet op het landelijke (systeem) niveau gaan plaatsvinden, maar ligt de nadruk op de regionale en lokale interactie.

Betere inrichting van samenwerking

De ontwikkelingen maken dat herijking op welke schaal (lokaal, regionaal, bovenregionaal) welke zorg en ondersteuning het beste kunnen organiseren een nog belangrijker onderwerp zal zijn. Er zijn lokaal en regionaal wel vele samenwerkingsverbanden, maar het is de vraag in hoeverre er al echt goed nagedacht is over de inrichting en effectiviteit hiervan en over de bijbehorende governance tussen organisaties. De meeste samenwerkingsverbanden uit onze inventarisatie waren positief over de toekomst, maar wellicht dachten de non-responders daar heel anders over. Bij onderzoek van al langer bestaande samenwerkingsverbanden zoals de CVA-ketens, dementie netwerken en de proeftuinen populatiemanagement zien we dat zij zich verder ontwikkelen, maar dat er tegelijkertijd nieuwe vraagstukken zijn (Vat et al, 2016; Hofman et al., 2016; Drewes et al., 2015). Ik noemde al de behoefte aan herijking van de schaal. Om inefficiëntie en overlap tussen samenwerkingsverbanden te voorkomen is ook reflectie op het gehanteerde orderingskader (populatie of gebied, een doelgroep, een bepaalde behoefte zoals

bijvoorbeeld revalidatie thuis?) wellicht aan herziening toe, als we ook de vele (sociale) wijkteams willen verbinden. Vanuit een integraal perspectief is het interessant om eens op een heel andere manier naar mensen te kijken, zoals bijvoorbeeld op basis van hun beschikbare hulpbronnen. Wat betekent het straks als kwaliteit van leven voor iedereen anders is, het vermogen tot regie anders is, de aan- of afwezigheid van hulpbronnen (waaronder ook mantelzorg, geld, wonen, techniek) anders is voor hoe we zorg rondom mensen organiseren? Fasten your seatbelts!

Geen tweedeling, maar meerdeling

Een analyse van het aantal beschikbare hulpbronnen van Nederlanders (inclusief ouderen en mensen met beperkingen) laat zien dat we niet afkoersen op een (vaak gevreesde) tweedeling tussen ‘arm en rijk’ maar op een meer-deling. Op basis van een indeling van Nederlanders naar hun beschikbare hulpbronnen (persoons kapitaal, economisch kapitaal, cultureel kapitaal en sociaal kapitaal) blijken zich zes groepen te onderscheiden: de gevestigde bovenlaag, de jonge kansrijken, de werkende middengroep, de comfortabel gepensioneerden, de onzekere werkenden en de achterblijvers. Ongelijkheid tussen groepen, in combinatie met een beroep op ‘eigen regie’ kunnen onzekerheden en spanningen opleveren, met een roep om herijking van onze solidariteit (SCP, 2016).

Governance tussen organisaties met aandacht voor de kwaliteit van de interactie

Gerichter nadenken en onderzoek over hoe we de governance van samenwerking(sverbanden) tussen organisaties beter kunnen inrichten is nodig. Weten we al genoeg over effectieve toepassing van aspecten van netwerk governance zoals besluitvorming, vertrouwen, commitment, sturing en verantwoording aan cliënten of burgers? De besluitvaardigheid kan beter in het consensus proces bij het ontbreken van de hiërarchie. Een andere reflectie is of we de samenwerking niet te veel hebben gebureaucratiseerd. We richten werkgroepen, projectgroepen, stuurgroepen, klankbordgroepen en overlegtafels in, en een taskforce als we het even niet meer weten. Niet zelden bestaat naast de vereiste samenwerking tussen uitvoering, management en bestuur ook nog een projectstructuur gericht op ontwikkeling en innovatie. De echte afspraken worden na de vergadering gemaakt. Vertrouwen in elkaars competenties en intenties is vaak nog wel aanwezig, maar het daadwerkelijk commitment resulterend in daden ontbreekt nog regelmatig. De governance zou, naast het versterken van de effectiviteit van de netwerken zelf, meer gericht kunnen zijn op relaties en het inzichtelijk maken van de onderlinge afhankelijkheden. Vervolgens gaat het om het inzetten van (financiële) incentives en financieringsmodellen die gedrag tot samenwerking of integraliteit oproepen of -nog beter- belonen. (Her)inrichting van dergelijke processen kost tijd en is meerjarig. Daarom is een stuk continuïteit in de betrokkenheid van personen met de juiste deskundigheid van

belang. Periodieke reflectie op de opbrengsten en intenties van de samenwerking (waar ging het ook al weer om?) verdient meer aandacht zodat stapeling van (niet werkende) structuren wordt voorkomen. Dat vraagt tevens om aandacht voor evenwicht binnen het netwerk en sturing op het proces van de interactie. De kwaliteit van de interactie zou wel eens bepalend kunnen zijn voor de uiteindelijk geleverde waarde. Deze interactie vraagt passende vaardigheden.

Andere vaardigheden: bestuurlijk verleiden

Als organisaties ontrafelen en opnieuw verbinden en professionals als 'nodes' in een netwerk gaan acteren, betekent dit voor bestuurders en toezichthouders een blik naar buiten en het bepalen wat de maatschappelijke toegevoegde waarde van de dienstverlening is. Leiderschap is wellicht minder expliciet en vraagt vooral om vaardigheden zoals verleiden, aandacht geven, samenwerken en bondjes sluiten, onderhandelen en gelegenheden creëren. Leiderschap is stimulerend en faciliterend waarbij de waarden die omarmt worden zichtbaar zijn in het gedrag. Het gedrag geeft zo de richting aan en leeft voor welke doelen en resultaten nagestreefd moeten worden. Benodigde kennis betreft niet alleen zorginhoudelijke kennis (zoals het nieuwe Kwaliteitskader Verpleeghuizen sinds kort voor bestuurders vereist) of bedrijfsmatige kennis, maar ook psychologische kennis over (machts)relaties die nodig zijn om netwerken gezond te houden. Het gaat dan om het vermogen om in complexe samenwerkingsverbanden te opereren en 'network designed' oplossingen te creëren. In meer netwerkachtige verbindingen spelen informele leiders en coördinatoren ook dikwijls een belangrijke rol. Ebbekink (2015) spreekt bijvoorbeeld over 'civic entrepreneurs'. Dat zijn mensen met charisma die andere dan de traditionele machtsbronnen zoals taken, positie, geld en wetten benutten. Zij benutten bijvoorbeeld vooral overtuigingskracht, kennis en relaties. Overal denk ik dat de toekomst om andere vaardigheden gaat vragen voor bestuurders en andere leiders. Kennis over deze vaardigheden zijn belangrijke ingrediënten voor toekomstig onderwijs en onderzoek.

Raad van Verbinding

Ook voor Raden van Toezicht is er voldoende stof tot nadenken. De Raad van Toezicht heeft een dubbele taak: het intern toezicht en het maatschappelijk toezicht. Wanneer we over domeinen en organisaties heen gaan organiseren en komen tot andere inrichtingsvraagstukken, zal het maatschappelijk toezicht meer aandacht moeten krijgen dan nu vaak het geval is. Toezichthouders moeten in verbinding zijn met wat er in de organisatie gebeurt, wat cliënten, medewerkers en het bestuur drijft en hoe de organisatie zich verhoudt in de maatschappelijke context. Dat vraagt misschien eerder om een Raad van Verbinding dan om een Raad van Toezicht. Toezichthouders zijn een belangrijke schakel tussen de organisatie en de maatschappij. Onderzoek onder commissarissen laat zien dat de minste tijd uit gaat naar de 'netwerkrol' maar dat zowel bestuurders als de commissarissen zelf het wenselijk zouden vinden dat deze en de adviesrol meer aandacht krijgt en het toezicht minder (Luckerrath-Rovers, 2014). Dat biedt aangrijpingspunten voor de toekomst.

De opdracht van de toezichthouder ligt hiermee vooral op het waarborgen van de (financiële) voorwaarden voor goede zorg inclusief goed bestuur, aan het realiseren van de maatschappelijke doelstelling en aan het bijdragen aan het maatschappelijk vertrouwen. Het is daarbij de vraag hoe lang toezicht nog op en vanuit 'de organisatie' (in)gericht kan zijn. Eerder maakte ik in die context al een opmerking over de nieuwe Governancecode Zorg, die naar mijn idee hier nog wat weinig aandacht aan besteed (Boardroom Zorg, 2017). Redenerend vanuit de *maatschappelijke opgave* is het interessant om te constateren dat het afleggen van verantwoording door zorgaanbieders nog het meest gericht is op 'Those who pay and those who punish'. Oftewel op de financiers zoals zorgverzekeraars, hun zorgkantoren en gemeenten en verder op partijen zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De maatschappelijke verantwoording aan cliënten, burgers of de maatschappij is nog onderbelicht. Dat is een aandachtspunt waar mijns inziens niet langer aan voorbij gegaan kan worden.

Eigenaarschap ter discussie stellen

De rol en het eigenaarschap van de cliënten/burgers en maatschappij omtrent de zorg is een volgend thema dat ik graag wil agenderen. Het eigenaarschap van de zorg en ook van de organisatie die de zorg verleent, is in ons stelsel een abstractie, die op passieve wijze berust bij diverse partijen (burgers, cliënten, particulier initiatief, de overheid, banken, de maatschappij) en nergens concreet is belegd. Bij verschuivende verhoudingen en meer roep om eigen regie en zorgen voor elkaar is dat een belangrijke constatering. We zien twee ogenschijnlijk tegengestelde bewegingen omtrent de rol van de burger zelf. Enerzijds lijkt er onvrede over de manier waarop zorgorganisaties en het zorg- en welzijnsstelsel aansluiten bij hun behoeften. De media dragen hier aan bij: manifesten zoals van Hugo Borst en Carin Gaemers bewerkstelligen veel in korte tijd. Openlijk worden zorgen geuit over de kwaliteit van zorg en worden grootschalige verbeterprogramma's opgezet om kwaliteit en bestuur te verbeteren. Anderzijds zijn burgers vaak in hun een op een relatie erg tevreden over de zorg die zij ontvangen. De beoordelingen op Zorgkaart Nederland zijn overwegend positief.

Meer meedenken en gezamenlijk besluiten kan het gevoel van eigenaarschap vergroten. Bij 'gezamenlijke besluitvorming' gaat vooral om een omslag in denken en handelen van cliënten en professionals om mensen mee te nemen in de opties die er zijn, deze samen met hen te wegen en hen de meest passende oplossing te laten kiezen zodat zij zich ook meer eigenaar voelen van de gemaakte keuze (Elwyn et al., 2012). In de zorg zijn er keuzes te over. Wordt het verder behandelen of stoppen? Wat is de meest gewenste daginvulling? Kun je zelf kiezen wie er voor je zorgt? Nemen ouders of cliënten ook deel in de sollicitatie commissie voor nieuw personeel? In *formele zin* is het eigenaarschap echter ver van burgers af georganiseerd. De zorgverzekeraar of gemeenten koopt de zorg voor ons in (persoons gebonden budget houders vormen hierop de uitzondering), en men mag 'klantgericht' binnen bepaalde marges kiezen. Er zijn inmiddels innovatieve voorbeelden van burgerinitiatieven of zorgcoöperaties die hierin meer eigenaarschap tonen (Nies & Minkman, 2016). Maar overall is een discussie over eigenaarschap nog nodig.

Burgers kopen in

De zorgcoöperaties in Elsendorp, Hoogeloon en Laarbeek zijn tien jaar geleden opgericht in kleine kernen, als antwoord op de schaalvergroting en beperkte middelen voor zorg en welzijn. Aanvankelijk begonnen als lokale partij die dicht bij de burger ondersteuning organiseert, zijn zij inmiddels middels het -in 14 dagen- opgerichte samenwerkingsverband De Koepel een gesprekspartner voor zorgverzekeraars bij de zorginkoop, bieden zij onder andere Verblijf zonder behandeling in twee zorgvilla's en sturen zij het (zelf gekozen) personeel aan dat in dienst is bij de lokale zorgaanbieder.

Naar collaborative governance?

In hoeverre kan het eigenaarschap van de zorg weer dichterbij bij cliënten en burgers komen? Als burgerkracht toeneemt, burgers zich meer gaan organiseren, complexe zorg thuis gebeurt en we continu online in verbinding zijn maakt dat nieuwsgierig naar de toekomst. Wellicht verschuiven de panelen meer naar 'collaborative governance'. *Collaborative governance* omvat de fenomenen gericht op het ontwikkelen van publieke forums voor overleg, het beantwoorden van maatschappelijke lokale vraagstukken (zoals zorg voor een bepaalde groep) en het oplossen van tegenstrijdigheden tussen stakeholders. Het verschil met 'traditionele' governance is dat bij collaborative governance de focus is op *het proces* waarmee actoren (beleids)doelen bereiken in *gezamenlijkheid met de burgers/belanghebbenden* en met de stakeholders (Blomgren Bingham, 2009). Vooral nog (te) abstracte materie wellicht. Het is ook niet voor alle burgers haalbaar van de zes groepen die uit de analyse op basis van beschikbare 'hulpbronnen' van het SCP naar voren kwamen. Voor de jonge kansrijken en de werkende middengroep misschien een wenkend perspectief, maar niet voor een oude dame zoals mevrouw van der Munt. Voor Mevrouw van der Munt gaat het om *liefdevolle en waardige zorg vandaag*. Dat brengt me op het laatste aan te snijden onderwerp: de rol van 'waarde(n)'.

Waarden die richting geven

Laten zien wat de resultaten of 'geleverde waarde' is van integrale zorg voor mensen die het nodig hebben is nog niet zo eenvoudig. Ondanks dat we begrijpen dat gecombineerde maten als een 'triple aim' en ziektespecifieke indicatoren zinvol zijn, lijken we de weerspiegeling van integraliteit maar lastig te kunnen vangen in metingen. Porter stelde in zijn verhandelingen over 'value based health care' al dat de beste eenheid om *waarde* te duiden en meten 'should compass all services or activities that jointly determine success in meeting a set of patients' needs' (Porter, 2010). Wellicht heeft de ogenschijnlijke onmeetbaarheid van het geheel ('extenso') bijgedragen aan de verschuiving naar het zoeken en centraal stellen van onderliggende *waarden* in plaats van *waarde*.

De aandacht voor 'waarden' in de zorg neemt namelijk toe. Waarden zijn nastrevenswaardige opvattingen, idealen en motieven die zijn gericht op 'het goede'. De aandacht voor waarden is eigenlijk niet zo nieuw, gezien de vele beroepscode met de daarin beschreven normen en waarden (*beroepshoudingindezorg.nl*). In de nieuwe Governancecode Zorg is eveneens aandacht voor waarden. De code stelt dat de maatschappelijke positie van zorgorganisaties vraagt om het formuleren van passende waarden naast algemene waarden als integriteit, aanspreekbaarheid, betrouwbaarheid, zorgvuldigheid, professionaliteit, openheid en transparantie, doelgerichtheid en doelmatigheid. Iedere zorgorganisatie dient zelf te bepalen welke waarden, passend bij haar eigen positie en doelstellingen leidend zijn.

De vraag is hierbij over wiens waarden we het eigenlijk hebben. Alleen al binnen een organisatie hebben we te maken met verschillende groepen zoals medewerkers, vrijwilligers, medezeggenschapsorganen, managers, bestuur en uiteraard de cliënten en hun families die andere waarden kunnen aanhangen. De definitie van waarden zal mijns inziens bovenal in samenspraak met de cliënten plaats moeten vinden. Wanneer meerdere professionals en organisaties betrokken zijn en we steeds meer domein overstijgend gaan organiseren wordt het nog lastiger. Waarde toevoegen aan het leven van de cliënt (als uitkomst) en handelen conform waarden die cliënten belangrijk vinden (als proces) overstijgt dan het perspectief van de organisatie. Het is dus de vraag of de waarden niet vanuit een integraal perspectief leidend zouden moeten zijn. Maar wat zijn de onderliggende waarden en principes van *integrale zorg en ondersteuning*? Ferrer en Goodwin (2014) deden een aanzet om waarden en definieerden 16 onderliggende waarden. Nader onderzoek naar de compleetheid, de invulling vanuit verschillende perspectieven is interessant evenals de vraag op welke wijze deze waarden een rol kunnen spelen in de governance en het meten van de gewenste uitkomsten (Minkman, 2016; Minkman et al., 2017). Een mooie brug naar mijn onderzoeksagenda, die ik ten slotte met u deel.

Onderzoeksagenda

De weg om te komen tot integraliteit waar mensen zoals mevrouw van der Munt of de inwoners van 'Samen Leven' baat bij hebben is geen eenvoudige route met helder gebaande paden. Het is een andere wijze van denken, die anders handelen vraagt, een passende organisatie en governance die bijdraagt aan deze integraliteit. Er is steeds meer kennis aanwezig, maar het verlangen naar integraliteit in woord en daden blijft groot. Er zijn nog meer dan voldoende onderzoeksvragen die de aandacht verdienen. Mijn agenda bestaat uit vier pijlers die bijdragen aan integraliteit: anders denken en handelen (hart, hoofd en handelen); integraal organiseren en inrichten; innovatie in governance en blijven reflecteren en waarde(re)n.

Integraliteit in het hart, hoofd en handelen van professionals, bestuurders en toezichthouders
Verlangen naar integraliteit start met kijken naar de hele mens - de integrale holistische blik. Conceptuele modellen zoals bijvoorbeeld positieve gezondheid hebben deze holistische blik, maar vragen om doorvertaling in het handelen van professionals en management/

bestuur binnen de organisatie en daarbuiten. Hoe deze doorvertaling eruit kan zien en wat dit oplevert is een onderzoeksopgave. Wat betekent het voor de organisatie, hoe bed je het in in de primaire en ondersteunende processen en wat betekent dit voor de (handel) wijze van bestuurders en toezichthouders? Welke nieuwe vaardigheden vraagt het? Hoe laat je vervolgens een integrale visie indalen in de haarvaten van de organisatie en in de maatschappelijke context? Het kennisprogramma binnen 'Waardigheid en Trots' voor de verpleeghuissector, dat ik zal leiden samen met Carina Pittens, zal hier onder andere onderzoek naar doen. We werken daarin samen met collega's van de VU, het Trimbos Instituut, Nivel, Schouten en Nelissen en iBMG/Erasmus Universiteit.

Innovatie van de organisatie en inrichting van integrale 'zorg'

We bevinden ons in een fase van herijking en vergaande verandering: hoe organiseren we zorg en ondersteuning veel dichter bij de mensen zelf inclusief de ziekenhuiszorg? Hoe organiseren we support voor mensen zodat zij krijgen waar zij behoefte aan hebben ook bij verlies van regie en kwetsbaarheid? Onderzoek naar organisatievormen van integrale zorg over domeinen heen, op welke schaal te acteren (lokaal, regionaal of landelijk), hoe de samenwerking hierin vorm te geven en wat dat oplevert blijft een onderwerp van mijn onderzoek. Het onderzoek van Stephanie Vallianatos over de rol van regie voor kind, gezin en professional in de organisatie en inrichting van de intensieve kindzorg past hierbij. Landelijke monitoring (zoals het monitoren van de dementie- en CVA-netwerken), het evalueren van vernieuwende experimenten en in-depth case onderzoek is hierbij eveneens relevant. Ik zal me vooral richten op mensen met langdurende zorgvragen in brede zin (jong en oud) en op complexe zorgsituaties. In het onderzoek is speciale aandacht nodig voor de invloed van digitale mogelijkheden die mensen en organisaties op een andere wijze met elkaar in verbinding brengen.

Innovatie van governance van samenwerkingsverbanden

Een belangrijke onderzoeksopgave is de governance van samenwerkingsverbanden in de zorg, ook wanneer deze het zorgdomein overstijgen. Hoe is deze in te richten, wat werkt en in hoeverre zijn theorieën omtrent netwerk- en collaborative governance bruikbaar? Hierbij pleit ik voor meer onderzoek naar het gedrag van de betrokkenen bij samenwerking, de rol van incentives en het omgaan met afhankelijkheden. Gezamenlijke besluitvorming op alle niveaus - cliënt, organisatie en samenwerkingspartners - verdient meer aandacht. Het promotie onderzoek van Ruth Pel over gezamenlijke besluitvorming bij kwetsbare ouderen draagt hieraan bij. Een ander thema is de governance als het uitgangspunt niet meer de organisatie is, maar verschuift naar interorganisationale netwerken en een sterkere rol van burgers zelf. Hoe kunnen het ervaren eigenaarschap en het eigenaarschap in juridische zin meer verschuiven naar cliënten en burgers zelf? Welke vormen, (on)mogelijkheden, beperkingen en resultaten zijn er? De ontwikkelde kennis kan een bijdrage leveren aan een instrumentarium voor good governance tussen organisaties.

Waarden van integrale zorg

Ten slotte is meer onderzoek nodig naar welke werkzame principes en waarden aan integrale zorg ten grondslag liggen. Zicht op waarden geeft zicht op de essentie en kan mogelijk een verschil in perspectieven bloot leggen. Onderzoek naar waarden vanuit een integraal perspectief draagt mogelijk bij aan een handvat voor vernieuwde governance en toezicht vanuit een maatschappelijk perspectief. Vragen zijn welke waarden relevant zijn, hoe waarden verschillen tussen groepen en in welke mate deze internationaal uniform (kunnen) zijn. De internationale Delphi-studie van promovendus Nick Zonneveld in samenwerking met de International Foundation for Integrated Care richt zich hierop.

Innovatie van onderzoek

De afgelopen jaren heb ik het genoegen gehad bij Vilans een mooie eenheid Innovatie en Onderzoek te ontwikkelen, die inmiddels bestaat uit 25 ambitieuze collega's met een hart voor innovatie en onderzoek, en voor innovatie *van* onderzoek. Ook vanuit de wetenschap acht ik het van belang met reflectie te blijven kijken naar passende methoden van onderzoek, juist in een snel veranderende tijd waarin contextfactoren lastig te vangen zijn in een Randomized Controlled Trial en de resultaten vaak achterhaald zijn voordat de rapportage online staat. Bij Vilans hebben we de afgelopen jaren geëxperimenteerd met onderzoeksmethoden waarin we gebruik maken van inzichten uit de designwereld of van narratieven. Het promotie onderzoek van Sandra Suijkerbuijk dat zich richt op mensen met dementie om hen een rol te geven in het onderzoek naar en de toepassing van technologie past hierbij. Ook vanuit mijn leerstoel zal ik mijn vizier open houden voor innovatieve, maar methodologisch solide en verantwoorde methoden van onderzoek. Hierbij is het interessant te onderzoeken hoe de op steeds grotere schaal beschikbaarheid van (big)data meer kan betekenen in het anticiperen op, het herkennen van patronen en het voorspellen van belangrijke issues van mensen met een langdurende zorgvraag. Meer onderzoek *vooraf dan achteraf*.

In samenwerking met Vilans, kenniscentrum voor de langdurende zorg

Ik zie uit naar de komende jaren waarin ik als verbindende schakel de samenwerking tussen TIAS, de Tilburg University en Vilans zal intensiveren. De focus van Vilans op het praktijkgericht onderzoek en de vertaling van deze kennis naar de praktijk van de langdurende zorg heeft mooie resultaten opgeleverd. Mijn verbinding aan het Governance Lab van TIAS en de samenwerking met de andere Labs zorgen voor een mooie voedingsbodem om een nog sterkere verbinding tussen het onderwijs en onderzoek te maken en met de Lab-partners en studenten echt de verbinding tussen wetenschap en praktijk te laten zijn. Zo kan een mooie synergie ontstaan tussen het academisch onderwijs en onderzoek van TIAS en het ontwikkelen en laten landen van de praktijkgerichte kennis van Vilans.

Met genoegen zal ik de samenwerking voortzetten met de vele samenwerkingspartners in onderwijs en onderzoek. Dit zijn er vele, maar de International Foundation for Integrated Care, het European Social Services Network, de WHO, collega kennis- en onderzoeksinstituten zoals Movisie, het Trimbos instituut, Nivel, RIVM, iBMG/ Erasmus Universiteit, VU/VuMC, Lectoraat Transmurale Ouderenzorg, HvA, AMC, Tranzo, Hogeschool Windesheim, Hogeschool Utrecht, Waardigheid en Trots, KPMG, Kennisnetwerk CVA-NI, ZonMw en het Landelijk Netwerk Dementie mogen niet onvermeld blijven.

Dankwoord

Dankwoord Mijnheer de rector, zeer gewaardeerde toehoorders. Aan het eind van deze oratie wil ik graag een woord van dank uitspreken. Ook voor mijzelf geldt; samenwerken en het hebben van een warm netwerk is essentieel om de doelen in het werk en in het leven te bereiken. Samen is het ook vaak gewoon veel leuker. Er zijn daarom een groot aantal mensen die ik dankbaar ben.

Ik dank het College van Bestuur van de Universiteit Tilburg voor het vertrouwen in mij op deze leerstoel te benoemen. Het Executive Management Team en de decaan van TIAS School for Business and Society ben ik dankbaar, waarbij ik in het bijzonder Edith Hooge en Jenke ter Horst wil noemen. Het enthousiasme waarmee jullie me welkom hebben geheten, voedt mijn ambities en enthousiasme verder. Bijzonder dankbaar ben ik ook de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht van Vilans, kenniscentrum voor de langdurende zorg. Jullie vertrouwen en uitgesproken waardering voor werk voor Vilans zijn mij dierbaar. Henk en Annelies, met jullie werken is een genot en ik ben er zeer trots op hoe we met elkaar, het MT en alle Vilansers bouwen aan een steeds mooiere kennisorganisatie.

Werken op twee plaatsen heeft enkele nadelen, zo laten mijn collega's mij ludiek tijdens het kerstcabaret weten, maar toch eigenlijk vooral voordelen. Ik voel mij rijk met zo veel inspirerende collega's om mij heen, in Tilburg en Utrecht en overal in het land. Ik zie uit naar verdere samenwerking met alle TIAS collega's en in het bijzonder met de collega's van het Governance Lab en de andere Labs. Ik zie veel mooie kansen voor onderzoek en onderwijs en kruisbestuivingen over vakgebieden heen. Werken bij Vilans is voor mij, ondanks een soms wat krakende agenda, nog steeds enorm genieten. Ik ben oprecht trots op al mijn collega's van Innovatie en Onderzoek (maar eigenlijk op alle Vilansers). Op de ambitie die er is, het onderzoek dat we doen en de innovatieve producten die ontstaan. Dank voor het meeleven, de steun en waardering die ik vaak van jullie krijg en de prachtige *Loesje!* poster om tot deze dag te komen.

Werken aan (academische) kennisontwikkeling en onderwijs is bijna altijd samen met partners. Ik ben vele samenwerkingspartners dankbaar voor de mooie samenwerking de afgelopen jaren en zie uit naar de toekomst. Het zijn er te veel om volledig te zijn, maar de International Foundation for Integrated Care, het European Social Services Network, de WHO, Actiz, de VGN, Iederin en collega kennis- en onderzoeksinstituten zoals Movisie, Trimbos instituut, Nivel, RIVM, iBMG/Erasmus Universiteit, VU/VuMC, Lectoraat Transmurale Ouderenzorg, HvA, AMC, Tranzo, Waardigheid en Trots, KPMG, Kennisnetwerk CVA-NI, het Landelijk Netwerk Dementie, en opdrachtgevers zoals ZonMw, SCP, de Hersenstichting, VWS, Fonds Nuts Ohra kunnen niet onvermeld blijven.

Verder dank ik mijn college Raad van Toezichtleden en de bestuurder van Inovum voor de inspirerende discussies, momenten en het gezamenlijk werken aan 'good governance'. Genoeg uitdaging nog, het wordt nu 'practice what you preach!'.

Er is meer in het leven dan werk, en ook op dat front waren er uitdagingen genoeg. Gezondheid is ook het vermogen om je aan te passen. Welnu, dat is me de afgelopen jaren aardig gelukt, al vroeg het soms veel. Dankzij mijn lieve vrienden en vriendinnen lukte het uiteindelijk altijd weer om samen te lachen om het leven en om jullie of mijn belevenissen. Never a dull moment! Pap en Mam, Bianca veel dank voor jullie onvoorwaardelijke steun en liefde. Een speciaal woord van dank voor alle 'oppassers' in mijn leven; mam, oma Nellie en Irma. Het is zo fijn dat jullie er voor ons zijn!

Lieve Zarah-Lynn, Quinn-Luuk en Collin-Finn. Uiteindelijk staat mama hier boven alles voor jullie. Ik ben beretrots op jullie en kan het niet vaak genoeg zeggen: mama houdt niet een beetje van jullie maar..... heel veel, 't is niet voor eventjes maarvoor altijd.

Ik heb gezegd.

Referenties

- Agranof, R. & Mc Guire, M. (2003). Collaborative public management: new strategies for local governments. Washington DC: University Press.
- Arnouts, R., Kamphorst, D., Arts, B. & Van Tatenhove, J. (2012). Innovatieve governance voor het groene domein. Governance-arrangementen voor vermaatschappelijking van het natuurbeleid en verduurzaming van de koffieketen. Wageningen, Wettelijke Onderzoekstaken Natuur & Milieu, WOt-werkdocument 306.
- Arum, S. van & Schoorl, R. (2016). *Sociale (wijk)teams in beeld*. Stand van zaken na de decentralisaties (najaar 2015). Utrecht: Movisie.
- Bachmann, R. (2001). Trust, power and control in trans-organizational relations. *Organization studies*, 22(2): 337-65.
- Bell, J., Kaats, E. & Opheij, W. (2013). Bridging disciplines in alliances and networks: in search for solutions for the managerial relevance gap. *International Journal Strategic Business Alliances*, 3(1), 50-67.
- Bengoa, R. (2013). Transforming health care: an approach to system-wide implementation. *International Journal of Integrated Care*, 13, eo39.
- Berwick, D., Nolan, T. & Whittington, J. (2008). The triple aim: care, health and cost. *Health Affairs*, no. 3; p. 759-769.
- Bevir, M. (2011). The SAGE Handbook of Governance. London: Sage Publications. ISBN: 978-1-84787-577-8.
- Blomgren Bingham, L. (2009). Collaborative governance. In: Sage Handbook of governance, chap.25. London: Sage Publications. ISBN: 978-1-84787-577-8.
- Boardroom Zorg (2017). Bestuurder en toezichthouder over nieuwe governancecode. 'Soms bestuurlijk ongehoorzaam'. Interview met Mirella Minkman en Aad de Jonge. feb, p30-33.
- Bodenheimer T., Wagner EH. & Grumbach K. (2002). Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness. The Chronic Care Model, Part 2. *JAMA*;288(15)1909-1914.
- Bonnaïfous-Boucher, M. (2005). *From Government to Governance*. Katholieke Universiteit Leuven.

- Bossert J. (2003). *Public Governance: een leidraad voor goed bestuur en management*. Public Governance Nyenrode.
- BOZ (2017). *Governancecode Zorg*. Utrecht: BOZ.
- Busetto, L. (2016). Great expectations: The implementation of integrated care and its contribution to improved outcomes for people with chronic conditions. *International Journal of Integrated Care*, 16, no. 4.
- Buurman, B., Parlevliet, J., Allore, H., Blok, W., van Deelen, B., Moll van Charante, E., de Haan, R. & de Rooij, S. (2016). Comprehensive Geriatric Assessment and Transitional Care in Acutely Hospitalized Patients The Transitional Care Bridge Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* ;176(3):302-309.
- Care For Obesity (2016). Succesvol naar lokale ketenaanpak voor het kind met overgewicht of obesitas. Ontwikkeling van een landelijk model gebaseerd op elders beproefde organisatie, inhoud, financiering en implementatie van de ketenaanpak. C4O.
- Castells, Manuel (1996). *The Rise of the Network Society. The Information Age: Economy, Society and Culture Vol. I.*, Cambridge, (second edition: 2000).
- Contractor, F. & Lorange, P. (2002). The growth of alliances in the knowledge-based economy. *International Business Review*, 11(4), 485-502.
- Crespo M., Bernaldo de Quiros M., Gomez, M. & Hornillos, C. (2012). Quality of life of nursing home residents with dementia: a comparison of perspectives of residents, family and staff. *Gerontologist*, 52(1):56-65.
- Cropper, S., Ebers, M., Hexham, C. & Ring, P. (2008). *The Oxford handbook of inter-organizational relations*. Oxford: Oxford University Press.
- D'Amour D., Goulet L., Labadie JF., San Martín-Rodriguez L. & Pineault R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8:188 doi:10.1186/1472-6963-8-188
- Den Draak M., Marangos A., Plaisier I. & de Klerk M. (2016). *Wel thuis?* Literatuurstudie naar factoren die zelfstandig wonen van mensen met beperkingen beïnvloeden. Den Haag: SCP.
- Drewes, H., Heijink, R., Struijs, J. & Baan, C. (2015). *Samenwerken aan duurzame zorg. Landelijke monitor proeftuinen*. Bilthoven, RIVM. ISBN: 9789069602813

- Ebbink, M., Hoogerbrugge, M., Lagendijk, A. & Kerkhof, J. (2015). Cluster governance. Lessen voor clusters in Nederland. Platform 31.
- ECP (2016). De zorgzame informatiesamenleving. Het nieuwe moraal in de zorg. Leidschendam: ECP.
- Edelenbos, J., E.H. Klijn & Kort, M. (2009). *Managing Complex Process Systems. Surviving at the Edge of Chaos*, in: Teisman, G.R., Buuren, M.W. van & Gerrits, L. (2009). *Managing complex systems*. London, Routledge.
- Eerste Kamer der Staten-Generaal (2015). *Wet langdurige zorg*. [https://www.eerstekamer.nl/wetsvoorstel/33891_wet_langdurige_zorg].
- Elwyn G., Frosch D., Thomson R., Joseph-Williams N., Lloyd A., Kinnersly P., Cording E., Tomson D., Dodd C., Rollnick S., Edwards A. & Barry M. (2012). Shared Decision Making: A model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10):1361-1367.
- Ferrer, L. & Goodwin, N. (2014). What are the principles that underpin integrated care? *International Journal of Integrated Care* 2014; Oct-Dec; URN:NBN:NL:UI:10-1-114804.
- Fisher, E. & Corrigan J. (2014). Accountable health communities: getting there from here. *JAMA*, 312(20), 2093-2094.
- Glasby, J (2016). If Integration Is the Answer, What Was the Question? What next for English Health and Social Care. *International Journal of Integrated Care*, 16(4)11.
- Graham, J., Amos, B. & Plumptre, T. (2003). *Principles for Good Governance in the 21st Century*. Institute On Governance. Policy Brief no. 15.
- Gomez-Gallego M., Gomez-Amor, J. & Gomez-Garcia, J. (2012). Determinants of quality of life in Alzheimer's disease: Perspective of patients, informal caregivers and professional caregivers. *International Pshychogeriatrics*, 24(11)1805-1815.
- Goodwin N, Sonola L, Thiel V, Kodner DL. (2013). *Co-ordinated care for people with complex chronic conditions: key lessons and markers for success*. London: The King's Fund.
- Goodwin N. (2016). Understanding and Evaluating the Implementation of Integrated Care: A 'Three Pipe' Problem. *International Journal of Integrated Care*;16(4):19.

- Gupta Strategists (2016). *No place like home*. Gupta.
[<http://www.gupta-strategists.nl/nl/nieuws/gupta-brengt-studie-no-place-like-home-uit>].
- Hoek H. (2007). *Governance & Gezondheidszorg. Private, publieke en professionele invloeden op zorgaanbieders in Nederland*. Proefschrift. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Hofman, C. (2016). Development and validation of a composite endpoint as quality indicator in elderly care. *Proefschrift*. ISBN: 978-90-9029698-2.
- Huber, M., Van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P. & Knottnerus, J. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ open*, Jan 12;6(1):e010091. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010091
- Huber M., van Vliet M. & Boers I. (2016). Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2016; 160:A7720.
- Huxham, C. & Vangen, S. (2005). *Managing to collaborate: the theory and practice of collaborative advantage*. London: Routledge.
- Ineen (2016). *Transparante Keten zorg Rapportage 2015 Zorggroepen. Diabetes Mellitus, VRM, COPD en Astma*. Utrecht: InEen.
- Integraal Werken in de Wijk (IWW) (2017). *Good practices: Mensen met LVD en/of GGZ problematiek*. Utrecht.
- Jan van Es Instituut (2012). *Substitutie: van zorg binnen silo's naar patiëntgerichte zorg op maat*. White paper. Almere: Jan van Es Instituut.
- Kaats, E. & Opheij, W. (2012). *Leren samenwerken tussen organisaties*. Deventer: Kluwer.
- Klerk, M. de., Boer, A. de, Plaisier, I. & Schyns, P., Kooiker, S. (2015). *Informeel hulp, wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014*. Den Haag: SCP.
- Klijn, E. (2008). *Governance and Governance Networks in Europe: An Assessment of 10 Years of Research on the Theme*. *Public Management Review* 10 (4): 505-525.
- Klijn, E. & Koppenjan, J. (2015). *Governance Networks in the Public Sector*. New York: Routledge.

- Kodner, D. & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications and implications: a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2:e12.
- Koster, F. (2016). Zelf doen is optellen. Samenwerken is vermenigvuldigen. Organisaties, relaties, innovaties. *Inaugurale rede*. Tilburg University.
- Krijgsman, J., Swinkels, B., Van Lettow, J., De Jong, K., Friele, R. & Van Gennip, L. Meer dan techniek. E-health monitor 2016. Den Haag/Utrecht: Nictiz/Nivel.
- Lara Montero A., van Duijn, S., Zonneveld, N., Minkman M. & Nies, H. (2016). *Integrated social services in Europe: A study looking at how local public services are working together to improve people's lives*. Brighton: European Social Network. ISBN: 978-0-99334556-2-9.
- Linschoten, P. & te Velde, B. (2016). Inventarisatie en analyse van multidisciplinaire zorg voor kwetsbare ouderen. Groningen: ARGO.
- Leichsenring, K., Billings, J., & Nies, H. (2013). Long-term care in Europe. Improving Policy and Practice. Basingstoke: Palgrave MacMillan.
- Leroy, P. & Gersie, J. (2004). Een historisch tegendraadse ambitie: de vermaatschappelijking van het natuurbeleid in Nederland. In: Overbeek, G. en S. Lijmbach (eds.) Medeverantwoordelijkheid voor natuur. Wageningen: Academic Publishers.
- Leutz, W. (2005). Reflections on integrating medical and social services: five laws revisited. *International Journal of Integrated Care*, 13:3-11.
- Longpre, C. & Dubois, C. (2015). Implementation of integrated services networks in Quebec and nursing practice transformation: convergence or divergence? *BMC Health Services Research*, 15:84 doi:10.1186/s12913-015-0720-8.
- Luckerrath-Rovers, M. (2014). Bouwstenen voor high-performing boards. *Inaugurale rede*. Tilburg University.
- Mc Guire, M. (2006) Collaborative public management. Assessing what we know and how we know it. *Public administration review*, 66: 33-43
- Mc Guire, M. (2011). Network management. Dilemma's of governance. In: The SAGE Handbook of Governance. London: Sage Publications. ISBN: 978-1-84787-577-8.

- Minkman, M., Ahaus, K. Fabbricotti, I. Nabitz, U. & Huijsman, R. (2009). A quality management model for integrated care : results of a Delphi and Concept Mapping study *International Journal for Quality in Health care*, 21 (1): 66-75.
- Minkman, M., Vermeulen, R., Ahaus, K. & Huijsman, R. (2011). The implementation of integrated care: the empirical validation of the Development Model for Integrated Care. *BMC Health Services Research*, 11 (1):177.
- Minkman, M., Vermeulen, R.P., Ahaus, K. & Huijsman, R (2013). A survey study to validate a four phases development model for integrated care in the Netherlands. *BMC Health Services Research*, 13(1):214.
- Minkman, M. (2016). Values and Principles of Integrated Care. *International Journal of Integrated Care*, 16(1):2. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.2458>
- Minkman, M. (2016). *Weblog: Integrale zorg: een internationaal issue*. Utrecht, Vilans. [<http://www.vilans.nl/weblog-integrale-zorg-een-internationaal-issue.html>].
- Minkman, M., Zonneveld, N. & Nies, H. (2017). Waarden gedreven governance anno 2017. *Kwaliteit in Zorg*, nr.1, p8 - 12.
- Nap, H., Cornelisse, L., Van der Weegen, S. & Minkman, M. (2016). Monitor Wel Langdurige zorg. Signalen van zorgaanbieders. Utrecht: Vilans.
- Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMA) (2010). *Samenwerken en concurreren in de zorgsector: Kansen, Mogelijkheden, Grenzen*. NMA.
- Newcom research & consultancy (2016). Nationale social media onderzoek 2016. <http://docplayer.nl/14744031-Nationale-social-media-onderzoek-2016.html>
- Nies, H., Veen, R. van der & Leichsenring, K. (2013). Quality measurement and improvement in long-term care. In: OECD/European Commission, *A good life in old age. Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*. OECD Health Policy Studies: OECD Publishing, 223-246.
- Nies, H. & Minkman, M. (2015). Innovatie in governance. Eigenaarschap van het publieke belang in een participatiesamenleving. Den Uyl, H., Zonneveld, van T. (red.) *Zorg voor toezicht. De maatschappelijke betekenis van governance in de zorg*. Amsterdam: Mediawerf, 74-82.
- Nies, H. (2016). The Journey towards Community-Based Dementia Care: The Destination, Roadmap, Guide, Tour Group and The Conditions. *Healthpapers* (in press).

- Nolte, E., Knai, C. & Saltman, R. (2014). Assessing chronic disease management in European health systems. European Observatory on Health systems and policies/WHO. ISBN: 978-92-890-5030-2
- OECD (2015), Pensions at a Glance 2015: OECD and G20 indicators, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/pension_glance-2015-en
- O'Toole, L. (1993). Multi organizational Policy Implementation: Some limitations and possibilities for rational-choice contributions. In: Fritz W Scharpf, Games in hierarchies and networks: analytical and empirical approaches to the study of governance institutions. Boulder: Westview Press.
- Ovretveit, J. (2009). Does improving quality save money? A review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers. London: Health Foundation.
- Panteia (2015). Literatuurstudie Trends in digitalisering. Zoetermeer: Panteia Research voor beleid.
- Pel-Littel R., van Rijn M., Vermunt P., van Weert J., Minkman M., ter Riet G., Scholte op Reimer W. & Buurman B. (2017). *Does multimorbidity influence personal views on the ageing process: a qualitative analysis. (Submitted for publication).*
- Poesz, T., Caris, J., & Lapre, F. (2016). Gezondheid, een definitie? www.tias.edu /20 juli 2016.
- Porter, M.E. (2010). What Is Value in Health Care? *The New England Journal of Medicine*; 363:2477-2481; Dec
- Rijken E., Jansen, P., Diermanse I. & ten Hove S. (2016). *Casemanagement dementie, Stand van zaken, knelpunten en oplossingen*. Bureau HHM.
- Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (2016). *Verlangen naar samenhang: Over systeemverantwoordelijkheid en pluriformiteit*. Den Haag: RVS.
- Rodriguez, C., Langley, A., Beland, F. & Denis, J. (2007). Governance, power and mandated collaboration in an interorganisational network. *Administration and Society*, 39(2): 150-93.
- Rhodes, R. (1996). The New Governance: Governing without Government. *Political Studies* 44 (4): 652–667.

- Rogers, E. (2003). *Diffusion of innovations* (5th Revised edition). New York NY: Simon & Schuster Ltd.
- Saint-Oege, H. & Armstrong, C. (2004). *The conductive organisation*. Amsterdam: Elsevier.
- Schakelteam (2016). Niemand tussen wal en schip. Schakelprogramma voor personen met verward gedrag. Den Haag: VWS/VJ/VNG.
- Schalock, R., Brown, I., Brown, R., Cummins, R., Felce, D., Matikka, L. & Parmenter, T. (2002). Conceptualization, measurement, and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: Report of an international panel of experts. *Mental Retardation*, 40, 457–470. doi:10.
- Schelleman-Offermans K., Tietschert M., Derikx M., Ruwaard D. & Jansen M. (2015). *Wijkgericht werken en integrale zorg*. Maastricht University: Faculty of Health, Medicine and Life Sciences.
- Schrijvers, G. (2016). *Integrated Care: Better and Cheaper*. Amsterdam: Reed Business Information.
- Shortell, S., Addico, R., Walsh, N. & Ham, C. (2014). *Accountable care organisations in the United States and England. Testing, evaluating and learning what works*. London: The King's Fund.
- Slaets, J. (2016). PRO: Leefplezier versus veiligheid. *Tijdschrift voor ouderengeneeskunde*, no. 3 Themanummer Eerste Lijn.
- Sorensen, E. & Torfing, J. (2005). *The Democratic Anchorage of Governance Networks*. Scandinavian Political Studies. 28(3): 195-218.
- Stein, V. (2016). Integrated care around the world. Examples to help health care improve in Poland. Warsaw: National Health Fund.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2016). Overall rapportage sociaal domein 2015, Rondom de transitie. Den Haag: SCP.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2016). *Wel thuis? Literatuurstudie naar factoren die zelfstandig wonen van mensen met beperkingen beïnvloeden*. Den Haag: SCP.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2016). *Zorg en ondersteuning in Nederland: Kerncijfers 2015*. Den Haag: SCP.

- Sociaal en Cultureel Planbureau (2017). *Evaluatie Hervorming Langdurende Zorg: deelonderzoek evaluatie Wet Landdurige Zorg uitvoeringspraktijk*. KPMG/Vilans: publicatie verwacht maart 2017.
- Sørensen, E. & Torfing, J. (2005). The Democratic Anchorage of Governance Networks. *Scandinavian Political Studies*. 28:195-218.
- TK (2012/2013). Hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg. Bijlage bij kamerbrief 'Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst' van 25 april 2013. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012/2013, 30597, nr. 296.
- TK (2013/2014). Regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015). Memorie van toelichting. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 33841, nr.3.
- Tonkens, E., (2016). Het democratisch tekort van de decentralisaties, in: De decentralisaties in het sociaal domein: wie houdt er niet van kakelbont? Essays over de relatie tussen burger en bestuur. Han Noten (red.) Transitiecommissie Sociaal Domein, pp. 60-75.
- Tsiachristas, A (2016). Financial Incentives to Stimulate Integration of Care. *International Journal of Integrated Care*, 16(4)8.
- Turnhout S., de Jong F., van der Veer K., Nourozi S., de Bruijn D. & van Xanten H. (2016). *Wat knelt? Inventarisatie knelpunten bij burgerinitiatieven in zorg en ondersteuning*. Utrecht, Vilans.
- Uijl H. den & van Zonneveld T. (2015). *Zorg voor Toezicht. De maatschappelijke betekenis van governance in de zorg*. Mediawerf.
- Valentijn P. (2015). *Rainbow of chaos: A study into the theory and practice of integrated primary care*. Proefschrift. Tilburg University.
- Vat, L, Middelkoop, I., Buijck B. & Minkman, M. (2016). *The development of integrated stroke care in the Netherlands a Benchmark study*. *International Journal of Integrated Care*, no. 4, 12.
- Veer N., van der, Sival R. & van der Meer I. (2016). *Nationale Social Media Onderzoek 2016*. [<http://www.newcom.nl/uploads/images/Publicaties/Newcom-Nationale-Social-Media-Onderzoek-2016.pdf>].

- Verbeek-Oudijk D., Putman L. & de Klerk M. (2017). *Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2015*. Sociaal Cultureel Planbureau.
- Vilans (2016). *Transformatieprogramma Positieve Gezondheid*. Utrecht, Vilans. [<http://www.vilans.nl/onze-projecten-transformatieprogramma-positieve-gezondheid.html>].
- Vilans (2016). <http://www.vilans.nl/nieuwsoverzicht-320-burgerinitiatieven-in-de-zorg-in-kaart-gebracht.html>
- Vlek H., Driessen S. & Hassink L. (2013) *Persoonsgerichte zorg, White paper*. Utrecht, Vilans. 2013, p. 12-14.
- Voort, P. van der (2014). Vertrouwen in de zorg. *Inaugurele rede*. Tilburg University.
- VWS (2014). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2014). Wet langdurige zorg (Wlz). <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-in-zorginstelling/wet-langdurige-zorg-wlz>
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2014). *Met kennis van gedrag beleid maken*. Amsterdam: University Press.
- Whittington, J., Nolan, K., Lewis, N. & Torres, T. (2015). *Pursuing the Triple Aim: The First 7 Years. The Milbank Quarterly*. 2015;93(2):263-300.
- Woittiez, I., Ras, M., & Oudijk, D. (2012). IQ met beperkingen. De mate van verstandelijke handicap van zorgvragers in kaart gebracht. Den Haag: SCP.
- Woltjer A. & Hooge, E. (2016). Aansturen op beter onderwijs. De harde en de zachte hand van bestuursakkoorden. In: Bestuur en Goed Toezicht, 2, p24-31.
- World Health Organisation (2015a). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services*. WHO Document Production Services.
- World Health Organisation (2015b). *People-centred and integrated health services: an overview of the evidence*. WHO Document Production Services.
- World Health Organisation (1948). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization*. Geneve, World Health Organization.
- Zonneveld N., Vat L., Vlek, H. & Minkman, M. (2017). The development of integrated diabetes care in the Netherlands: a multiplayer self-assessment analysis. *BMC Health Services Research (accepted for publication)*.

- www.zorgkaartnederland.nl
- www.oecd.org People at the Centre: Policy Forum on the Future of Health
- www.integratedcarefoundation.org
- www.acm.org
- www.tias.edu
- www.vilans.nl

Appendix I

Recente of lopende onderzoeksprojecten:

- Evaluatie Wet Langdurende zorg (2016-2017), opdrachtgever SCP, in samenwerking met KPMG. Literatuurstudie, kwalitatief onderzoek (cliënten, vrijwilligers, professionals) en kwantitatief onderzoek (vragenlijst) in de ouderen- en gehandicaptenzorg.
- Monitor Langdurende zorg (2015-2016), opdrachtgever VWS. Periodieke meting van signalen van circa 55 zorgaanbieders omtrent de uitvoering van de Wlz.
- Van Meten naar verbeteren (2017-2018), opdrachtgever ZonMw. Literatuurstudie en onderzoek naar de relatie tussen de netwerkindicatoren dementie en de uitkomsten van dementiezorg, gericht op het ontwikkelen van verbeterinformatie. In samenwerking met ervaringsdeskundigen, Netwerk Dementie Drente, Netwerk Dementie Friesland, CZ, VGZ en Zilveren Kruis.
- Topics-Short Version en Delphi studie (2017), opdrachtgever ZonMw. Vervolg op promotie onderzoek van Cynthia Hofman naar item reductie en praktische toepasbaarheid van de TOPICS-MDS en een Delphi studie om de waarden van ouderen in de TOPICS-MDS te vertegenwoordigen. In samenwerking met Radboudumc, LUMC en Maastricht University.
- Promotie onderzoek Ruth Pel: Gezamenlijke besluitvorming bij kwetsbare ouderen, als onderdeel van de Complex Care studie (2015-2019), opdrachtgever ZonMw, in samenwerking met de Hogeschool van Amsterdam, lectoraat Transmurale Ouderenzorg en het AMC (Prof. dr W. Scholte op Reimer, dr. B. Buurman, Prof. dr. J. van Weert).
- Promotie onderzoek Nick Zonneveld: Values en principles of integrated care (2016-2020). Een exploratief onderzoek naar de ontwikkeling van de waarden en principes van integrale zorg. In samenwerking met de International Foundation for Integrated Care.
- Toepassing van het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg: inzet als evaluatie instrument in zeven gemeenten voor ketenzorg voor kinderen met obesitas (Care 4 Obesitas), binnen CVA-ketenaudits in samenwerking met het kennisnetwerk CVA-NL, inzet van het DMIC in China, Nanfang hospital, Longgang en Tianhe Community Care Centers (2017).

- Kennisprogramma Waardigheid en Trots (2016-2018), opdrachtgever Waardigheid en Trots/VWS. Onderzoek naar de thema's: waardige betrokkenheid van cliënten; de trotse professional; kwaliteit meten; regelruimte en regeldruk; leiderschap. In samenwerking met VU, Trimbos Instituut, Schouten en Nelissen, Nivel, iBMG/ Erasmus Universiteit en Zorgbelang Zuid-Holland.
- Monitoren van de uitkomst en netwerk indicatoren dementie (2016-2018). In samenwerking met de netwerken dementie, CZ, VGZ, Zilveren Kruis en Alzheimer Nederland.
- Governance tussen organisaties (2016). Exploratief onderzoek in drie cases omtrent samenwerking tussen organisaties, interview reeks. Vragenlijst onderzoek onder 135 samenwerkingsverbanden over governance tussen organisaties. In samenwerking met de Landelijk Innovatiegroep Governance.
- Sustain (2016-2020). Cross-European research project. Sustainable tailored integrated care for older people in Europe. Veertien initiatieven in zeven landen. Onder leiding van Prof. dr. Giel Nijpels (VU) en Prof. dr. Caroline Baan (RIVM) en ir. Simone de Bruin, Phd (RIVM).
- Promotie onderzoek Sandra Suijkerbuijk: Ludic design methods for people with dementia (2016-2020). In samenwerking met de Technische Universiteit Eindhoven, Human Technology Interaction (Prof. dr. Y de Kort, Prof. dr. W. IJsselstein).
- Promotie onderzoek Stephanie Vallianatos (2016-2020). Onderzoek naar de rol van (eigen) regie in de organisatie, inrichting en sturing van integrale intensieve kindzorg.
- ABIDE: Alzheimer's Biomarkers in Daily Practice (2015 – 2018), opdrachtgever ZonMw (Memorabel). Doel: een (kosten-) effectieve toepassing van diagnostiek voor Mild cognitive impairment (MCI) en Alzheimer disease (AD) in de klinische praktijk, waarbij rekening wordt gehouden met wensen en behoeften van patiënten en shared decision making, opzetten van het Nederlands Geheugenpoli Netwerk (NGN). In samenwerking met Vumc (Prof. dr. W. van der Vlier), UMCU, AMC, Kennemer Gasthuis, BV Cyclotron VU, Roche Diagnostics International Ltd., ESPRIA, Piramal Imaging Ltd.

Appendix II

Recente publicaties

- Arrue, B., Ambugo, E., Baan, C., Barbaglia, G., Billings, B., De Bruin, S., De Weger, E., Espallargues, M., Hagen, T., Leichsenring, K., Lette, M., Minkman, M., Nies, H., Nijpels, G., Paat-Ahi, G., Ruppe, G., Schlette, S., Stoop, A., Tram, N., Vaage, K., Wistow, G., Wosko, P., Zonneveld, N. (2016). Integrated care for older people living at home. Current situation and ambition of sites participating in the SUSTAIN project. www.sustain-eu.org
- Boardroom Zorg (2017). Bestuurder en toezichthouder over nieuwe governancecode. 'Soms bestuurlijk ongehoorzaam'. Interview met Mirella Minkman en Aad de Jonge. feb, p30-33.
- Hofman, C., Reitsma, M., Stapersma, E., Van Maar, C. & Minkman, M. (2016). Rapportage Netwerkindicatoren Dementie 2016. Samen Sterk: Goed voorbeeld doet goed volgen. Utrecht: Vilans
- Lara Montero, A., Van Duijn, S., Zonneveld, N., Minkman, M. & Nies H. Integrated social services in Europe. A study looking at how local public services are working together to improve people's lives. European Social Network, Brighton, 2016. ISBN: 978-0-9934556-2-9.
- Longpre, C. & Dubois, C. A. (2015). Implementation of integrated services networks in Quebec and nursing practice transformation: convergence or divergence? *BMC Health Services Research*, 15:84 doi:10.1186/s12913-015-0720-8 (article about the DMIC applied in Canada).
- Minkman, M.M.N (2016). Values and Principles of Integrated Care. *International Journal of Integrated Care*, 16(1):2. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.2458>
- Minkman, M. (2016). The Development Model for Integrated Care: a validated tool for evaluation and development. *Journal of Integrated Care*, Vol. 24 Iss: 1, pp.38 - 52.
- Minkman, M., Zonneveld, N. & Nies, H. (2017). Waardengedreven governance. In: *Kwaliteit in Zorg*, nr 1, p8-12.
- Minkman, M. (2012). Developing integrated care. Towards a development model for integrated care. Phd report. ISBN: 978-90-13-10026-6-801-300
- Nap, H., Cornelisse, L., Van der Weegen, S. & Minkman, M. (2016). Monitor Wet Langdurende Zorg: signalen van zorgaanbieders. Weergave resultaten 2015. Utrecht: Vilans.

- Nies, H. & Minkman, M. (2015). Governance and ownership of citizen driven forms of integrated care. *International Journal of integrated care (conf suppl)*, vol 1.5.
- Nies, H. & Minkman, M. (2016). Fasten your seatbelts! Besturen en toezicht houden in de zorg worden echt anders. *Lucide*, 5: 52. doi:10.1007/s40408-016-0068-0
- Nies, H. & Minkman, M. (2015). Innovatie in governance. Eigenaarschap van het publieke belang in een participatiesamenleving. In: *Zorg voor toezicht. De maatschappelijke betekenis van governance in de zorg*. Red: Den Uijl en Zonneveld. ISBN 978-94-90463-44-1.
- Sant, N., Huisman, M., Thomese, G., Schoot, R., Turnhout, S. & Minkman, M. (2015). Langer thuis: mythe of nieuwe maatschappelijke modus? Beleid ontmoet wetenschap en praktijk. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, 46 (3), 185-187. doi: 10.1007/s12439-015-0134-4.
- Vat, L., Middelkoop, I., Buijck, B. & Minkman, M. (2016). The Development of Integrated Stroke Care in the Netherlands a Benchmark Study. *International Journal of Integrated Care*, 16(4):12. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.2444>
- Vilans (2017). Koplopers aan het woord, reflectie op governance tussen organisaties. Interviewbundel met 16 interviews. Utrecht: Vilans.
- Zonneveld, N., Minkman, M., Turnhout, S. & Spierenburg, M. (2017). Nieuwe governance in een veranderend zorgstelsel. *Management & Organisatie (accepted for publication)*.
- Zonneveld N., Vat L., Vlek, H. & Minkman, M. (2017). The development of integrated diabetes care in the Netherlands: a multiplayer self-assessment analysis. *BMC Health Services Research (accepted for publication)*.

Weblogs:

- *WHO conferentie: aandacht nodig voor lokale governance*. 16/05/2016 www.tias.edu
- *Betrokkenheid als kennisbasis. Het zou nog niet zo gek zijn om te spreken over een 'Raad van Betrokkenen', in plaats van cliëntenraad*. 26/09/2016 www.vilans.nl
- *Integrale zorg: een internationaal issue. Singapore leert van Vilans directeur Mirella Minkman*. 02/12/2016 www.vilans.nl

Colofon

vormgeving

Beelenkamp Ontwerpers, Tilburg

fotografie omslag

Maurice van den Bosch

druk

PrismaPrint, Tilburg University

