

INTEGRALE ZORG(VERLENING) IN EEN VERANDERENDE SAMENLEVING

**Een systematische literatuurstudie naar elementen van
integrale zorg(verlening) als theoretisch fundament voor de
actualisatie van het Ontwikkelingsmodel Ketenzorg (OMK)**

Masterscriptie MSc Beleid en Politiek

Erasmus School of Social and Behavioural Sciences (ESSB)

Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR)

Rotterdam, dinsdag 14 augustus 2018

O. S. van der Woerd (373279)

oemar.vanderwoerd@online.nl

Scriptiebegeleider:

Prof. dr. H.J.M. (Menno) Fenger

Stagebegeleider:

Dr. M.A. (Marjolein) Herps

Stageorganisatie:

Vilans

Afdeling:

Innovatie & Onderzoek (I&O)

Meelezer:

Prof. dr. J.F.M. (Joop) Koppenjan

Vilans

Catharijnesingel 47
Postbus 8228
3503 RE Utrecht



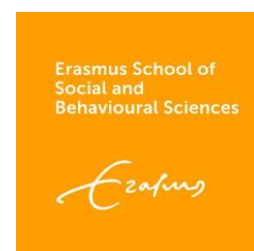
Erasmus University Rotterdam

Campus Woudestein
Burgemeester Oudlaan 50
3062 PA Rotterdam



Erasmus School of Social and Behavioural Sciences

Mandeville Gebouw, Kamer T15-19
Postbus 1738
3000 DR Rotterdam



Voorwoord

“De functie van het onderwijs is om iemand te leren om intensief en kritisch te denken.”

Martin Luther King (1929 – 1968)

Vanaf begin februari 2018 tot en met eind juli 2018 mocht ik werkzaam zijn als stagiair voor de afdeling Innovatie & Onderzoek (I&O) van Vilans, het kenniscentrum voor de langdurige ouderenzorg. In deze leerzame periode mocht ik mij verdiepen in integrale zorg(verlening), wat in wetenschappelijke publicaties, rapporten, beleidsdocumenten, proefschriften en notities een veelvoorkomend onderzoeksobject is. Echter, integrale zorg(verlening) is een containerbegrip wat uitgerafeld dient te worden en bovendien aan verandering onderhevig is in een veranderende samenleving. Reflecterend heb ik mij gedurende de stageperiode zowel wetenschappelijk als persoonlijk ontwikkeld. Enerzijds wetenschappelijk door het uitvoeren van een systematische literatuurstudie en het beargumenteren van de hierin gemaakte keuzen en anderzijds persoonlijk als in het groeien om zelfstandig deze keuzes te maken.

In dit ontwikkelingsproces ben ik de hulp van diverse personen erkentelijk. Allereerst bedank ik mijn stagebegeleidster dr. Marjolein Herps voor haar expertise, begeleiding, inhoudelijke en procesmatige feedback en vriendelijkheid. Het stimuleren om zelfstandig keuzes te maken, onderzoekstappen te beargumenteren en kritisch te zijn op de uitkomsten zijn overwegingen die ik zal meenemen in vervolgonderzoek. Tevens bedank ik graag prof. dr. Mirella Minkman en Nick Zonneveld, die mij het vertrouwen gaven om de stageopdracht aangaande het Ontwikkelingsmodel Ketenzorg (OMK) uit te voeren. Gedurende het onderzoek en stagetraject heeft jullie feedback mij steeds (kritisch) aan het denken gezet. Kortom: ik ben blij en dankbaar dat ik in een innovatieve en open werkomgeving mij mocht ontwikkelen. Samen met Elize van Wijk en Simone Janssen, mede-stagiairs bij Vilans, mocht ik veelvuldig optrekken en daarom bedankt voor jullie feedback, tips en gezelligheid. Tot slot bedank ik dr. Suzanne Lewis, werkzaam als bibliothecaris in Australië, voor haar uitgebreide feedback in de totstandkoming van de gevalideerde zoekstrategie.

Naast de ruimhartige begeleiding vanuit Vilans bedank ik de scriptiekring vanuit de *Erasmus School of Social and Behavioural Sciences (ESSB)* van de Erasmus University Rotterdam, onder begeleiding van prof. dr. Menno Fenger. De feedbacksessies – samen met Robin Simonse en Vivianne Helderma – hebben mij verrijkt en geholpen om geïnspireerd aan de slag te gaan. Als eindproduct ligt voor u het onderzoeksrapport als bouwsteen voor de actualisatie van het OMK aan de huidige context. Een essentiële eerste stap om integrale zorg(verlening) in een veranderende samenleving vorm te geven.

Oemar van der Woerd

Rotterdam, 14 augustus 2018

Samenvatting

Wereldwijd leven mensen langer met chronische aandoeningen en het aantal mensen met een zorg- en/of sociale behoefte stijgt. In Nederland wordt de vergrijzing als een van de belangrijkste demografische ontwikkelingen in de toekomst beschreven. Als antwoord op de groeiende groep ouderen met meerdere (chronische) aandoeningen is in de Nederlandse samenleving een verschuiving van zorg in instellingen naar een praktijk van zorg in netwerken rond individuele personen op te merken. Kortom: de samenleving is aan verandering onderhevig. Als antwoord op de verscheidene ontwikkelingen is integrale en multidisciplinaire samenwerking, ook wel integrale zorg(verlening) genoemd, een veelgebruikt concept. Het Ontwikkelingsmodel Ketenzorg (OMK) omvat 89 elementen, verdeeld in negen clusters en vier fasen van integrale zorg(verlening), die gebruikt worden om de implementatie van integrale zorgvoorzieningen te evalueren. In het OMK wordt een element omschreven als een activiteit van een integrale zorgvoorziening. Echter, het OMK is in 2012 ontwikkeld en derhalve is een actualisatie – gezien de vele veranderingen in de samenleving – wenselijk. De hoofdvraag voor het onderzoek luidt hierom als volgt: *wat zijn elementen van integrale zorg(verlening) in een veranderende samenleving en welke verbeteringen zijn er hieruit voor het Ontwikkelingsmodel Ketenzorg (OMK)?*

Door middel van een systematische literatuurstudie als theoretisch fundament en vervolgens een expertraadpleging en pilot met professionals uit verschillende domeinen ter validatie zijn er vijf onderscheidende thema's van integrale zorg(verlening) geïdentificeerd: *holistic view of the person* (3 elementen), *composition of (network)partners* (4 elementen), *collaborating with the person and their relatives* (3 elementen), *stimulate the use of eHealth/technology* (2 elementen) en *others* (2 elementen). Het centraal stellen van de leefwereld van de persoon is van overkoepelende invloed op de huidige negen clusters en 89 elementen van het OMK. Tevens dient er in de actualisatie rekening gehouden te worden met het geïntroduceerde afbakeningsvraagstuk van integrale zorg(verlening), waarbij vier verschillende dilemma's ontstaan.

Reflecterend is het hierom wenselijk om in vervolgonderzoek enerzijds de herformulering van de huidige elementen te koppelen aan de aanpassingen op cluster- en faseniveau en anderzijds de daadwerkelijke bruikbaarheid van het OMK te toetsen. Kortom: het uitgevoerde onderzoek omvat vijf onderscheidende thema's, 14 concrete nieuwe elementen/activiteiten en vier overwegingen van integrale zorg(verlening) voor de actualisatie van het OMK. Hierom is het onderzoek een theoretisch fundament voor de daadwerkelijke actualisatie van het OMK, om in een sterk veranderende samenleving vorm te geven aan het complexe concept 'persoonsgerichte integrale zorg(verlening)'.

Inhoudsopgave

Bladzijde:

<u>Hoofdstuk 1. Integrale zorg(verlening): een introductie</u>	8
§1.1 Inleiding	8
§1.1.1 Van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving	8
§1.1.2 Een toename in het aantal netwerken	9
§1.1.3 Het concept van integrale zorg(verlening)	9
§1.2 Aanleiding van het onderzoek	10
§1.2.1 Een generiek model: het Ontwikkelingsmodel Ketenzorg (OMK)	10
§1.2.3 De bruikbaarheid van het OMK	11
§1.3 Onderzoeksscope	12
§1.4 Probleemstelling	12
§1.4.1 Doelstelling	13
§1.4.2 Vraagstelling	13
§1.5 Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie	14
§1.6 Leeswijzer	15
<u>Hoofdstuk 2. Een veranderende samenleving: een nadere duiding</u>	16
§2.1 Inleiding	16
§2.2 Historische ontwikkelingen: vijf langlopende processen	16
§2.2.1 Individualisering	16
§2.2.2 Informalisering	16
§2.2.3 Informatisering	16
§2.2.4 Internationalisering	17
§2.2.5 Intensivering	17
§2.3 Verdieping: recente maatschappelijke ontwikkelingen	18
§2.3.1 Een toenemende vergrijzing	18
§2.3.2 Een steeds complexer wordende samenleving	19
§2.3.3 De veranderende rol van de overheid	21
§2.3.4 Het belang van informele hulp(verlening)	23
§2.4 Een complexe maatschappelijke opgave	24
<u>Hoofdstuk 3. Het governance vraagstuk: meervoudige integratie</u>	25
§3.1 Inleiding	25
§3.2 Complexe netwerkvorming	25
§3.3 Typen complexiteit in netwerken	26
§3.4 Integrale zorg(verlening) en <i>network governance</i>	26
§3.5 Integrale zorg(verlening) en <i>collaborative governance</i>	27
§3.6 Van integrale zorg(verlening) naar integraliteit	28
<u>Hoofdstuk 4. Integrale zorg(verlening): een theoretische verkenning</u>	29
§4.1 Inleiding	29
§4.2 Het Ontwikkelingsmodel Ketenzorg (OMK) in diepte	29
§4.2.1 Elementen	30

§4.2.2 Clusters	32
§4.2.3 Fasen	34
§4.3 Het concept 'integrale zorg(verlening)'	35
§4.4 Het ontstaan van een paradox	36
§4.5 Kwaliteitsmodellen aangaande integrale zorg(verlening)	36
§4.5.1 Verkenning relevante kwaliteitsmodellen	37
§4.6 Verbindingsmodel: onderlinge samenhang	39
<u>Hoofdstuk 5. Opzet: een literatuurstudie met praktijkwaardering</u>	41
§5.1 Inleiding	41
§5.2 Onderzoeksfasen	41
§5.3 Onderzoeksdesign per fase	42
§5.3.1 Systematische literatuurstudie	42
§5.3.2 Expertraadpleging ter validatie	46
§5.3.3 Pilot met professionals uit verschillende domeinen	47
§5.4 Data analyse per fase	48
§5.4.1 Systematische literatuurstudie	48
§5.4.2 Expertraadpleging ter validatie	49
§5.4.3 Pilot met professionals uit verschillende domeinen	50
§5.5 Kwaliteitsborging	51
<u>Hoofdstuk 6. Resultaten (deel A): onderscheidende thema's en elementen</u>	53
§6.1 Inleiding	53
§6.2 Geïnccludeerde artikelen	53
§6.3 Onderscheidende thema's en elementen	56
<u>Hoofdstuk 7. Resultaten (deel B): synthese van de validatiefasen</u>	65
§7.1 Inleiding	65
§7.2 Bevindingen en opbrengsten	65
§7.2.1 Bevindingen integrale zorg(verlening) in relatie tot het OMK	66
§7.2.2 Opbrengsten voor de actualisatie van het OMK	69
§7.3 Geleerde kernlessen	73
<u>Hoofdstuk 8. Conclusie en discussie: actualisatie van het OMK</u>	74
§8.1 Inleiding	74
§8.2 Beantwoording deelvragen	74
§8.2.1 De betekenis integrale zorg(verlening)	75
§8.2.2 Thema's en elementen van integrale zorg(verlening)	75
§8.2.3 Nieuwe en/of aanvullende elementen van integrale zorg(verlening)	75
§8.2.4 Pilot met professionals uit verschillende domeinen	76
§8.2.5 Actualisatie van het OMK	76
§8.3 Beantwoording hoofdvraag	77
§8.4 Aanbevelingen en suggesties voor vervolgonderzoek	77
§8.5 Reflectie: methodisch, inhoudelijk en procesmatig	78

Referenties	83
-------------	----

Bijlagen:

1. Planningsoverzicht	89
2. Het Ontwikkelingsmodel Ketenzorg (OMK): 89 elementen verdeeld over negen clusters	90
3. Zoekstroken in gebruikte databanken	92
4. Beknopte uiteenzetting geïnccludeerde artikelen	94
5A. Format voor de expertraadpleging	98
5B. Verslaglegging van de expertraadpleging	102
6A. Format voor de pilot met professionals	107
6B. Verslaglegging van de pilot met professionals	114

Hoofdstuk 1. **Integrale zorg(verlening): een *introductie***

§1.1 Introductie

Wereldwijd leven mensen langer met chronische aandoeningen en het aantal mensen met een zorg- en/of sociale behoefte stijgt (WHO 2015). In Nederland wordt de vergrijzing als een van de belangrijkste demografische ontwikkelingen in de toekomst beschreven, zo blijkt uit de Toekomstverkenning Welvaart en Leefomgeving (WLO) van het Centraal Planbureau (CPB) en het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) voor de jaren 2030 en 2050. Immers, momenteel is één op de zes Nederlanders ouder dan 65 jaar, terwijl verwacht wordt dat in 2050 dit één op de vier is (CPB 2015a: 9). Tevens is het aantal mensen met een chronische ziekte in Nederland toegenomen, evenals het aantal mensen met comorbiditeit: het hebben van meerdere chronische ziekten (SCP 2017a: 177; RVS 2017: 15). Deze stijging zet de komende jaren naar verwachting door (RIVM 2017). Een keerzijde van de toegenomen levensverwachting in Nederland is de financiële last voor de Nederlandse verzorgingsstaat, vooral voor de zorgsector, de pensioenfondsen en verzekeraars, zo blijkt uit het proefschrift van Peters (2015). Vraagstukken die voortvloeien uit de groeiende groep ouderen met meerdere (chronische) aandoeningen kenmerken zich door een sterke verwevenheid van verschillende domeinen (zorg, welzijn en wonen), waardoor deze niet los van elkaar bekeken kunnen worden (WHO 2015; Zonneveld et al. 2017).

§1.1.1 Van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving

Als antwoord op de groeiende groep ouderen met meerdere (chronische) aandoeningen is er de afgelopen 25 jaar beleid ontwikkeld waarin zorgverlening is verplaatst van gespecialiseerde zorg naar generalistische zorg en van professionele zorg naar zelfzorg (SCP 2017a: 180). De verantwoordelijkheden verschuiven terug naar de familie en burgers, waar deze ook voor de jaren zeventig lagen (Putters 2018: 17). Kortom: er heeft een hervorming plaatsgevonden van de langdurige zorg, om de kwaliteit en de betaalbaarheid te waarborgen. Concreet zijn diverse wetten veranderd of zelfs geheel vervangen, zoals de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) door de Wet langdurige zorg (Wlz) en de intrede van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De invoering van de Wmo betekende een verandering in de visie op de ondersteuning aan mensen met gezondheidsproblemen in de thuissituatie (SCP 2017a: 180). De zorg wordt nu vaker dichtbij in de buurt georganiseerd, waarbij de gemeente veelal de rol van regisseur op zich neemt. Een verschuiving in verantwoordelijkheden, ook wel decentralisaties genoemd, valt op te merken van het Rijk naar gemeenten en burgers, waarin (soms ongewenste) lokale verschillen voorkomen (SCP 2017a: 180). Tijdens de troonrede van Koning Willem-Alexander werd de term 'participatiesamenleving' geïntroduceerd, als tegenhanger van de

klassieke verzorgingsstaat (Rijksoverheid, 2013). De verzorgingsstaat transformeert in een *enabling state* die investeert in hulpbronnen waardoor mensen mee kunnen doen (Putters 2018: 17). Het geeft de overgang aan van een beschermende verzorgingsstaat met rechten op zorg, naar een activerende investeringsstaat, die mensen aanspreekt op hun eigen mogelijkheden en die van hun sociale omgeving (Putters 2018: 17). Van de Nederlandse burger wordt in deze omslag op diverse terreinen meer gevraagd, zowel op het gebied van de eigen zelfredzaamheid, als het ondersteunen van zijn of haar omgeving (Zonneveld et al. 2017: 73).

§1.1.2 Een toename in het aantal netwerken

In de Nederlandse samenleving is een verschuiving van zorg in instellingen naar een praktijk van zorg in netwerken rond individuele personen op te merken (RVS 2017: 14). Deze organisatorische verschuiving wordt ondersteund door de drie benoemde ontwikkelingen: 1) een toename van het aantal mensen met meerdere problemen die vragen om een brede en persoonlijke benadering, 2) een toenemend gespecialiseerd aanbod en 3) meer (informele) zorg(verlening) en ondersteuning thuis of in de wijk. Hierbij ligt de nadruk op het organiseren van een geïntegreerd professioneel aanbod, waarbij samenwerking tussen meerdere partijen noodzakelijk is. Immers, een samenhangend aanbod op maat is wenselijk om te voldoen aan toenemende zorgbehoeften van mensen op verschillende domeinen. Het samenhangende aanbod op maat vindt plaats in een netwerk van verschillende zorg- en hulpverleners, zowel professioneel als informeel, vanuit verschillende domeinen en organisaties en met wisselende frequentie en duur (RVS 2017). Deze netwerken zijn vaak gemengd, dynamisch, uitgestrekt en organisch van aard. Mantelzorgers en vrijwilligers hebben hierin een steeds belangrijker aandeel. Echter, de opvang thuis van kwetsbare ouderen (en in acute situaties) verloopt niet altijd goed (SIGRA 2017). Binnen dergelijke netwerken dienen zorgverleners 'grenzenwerk' toe te passen, omdat een passende aanpak vooraf niet gemakkelijk te bepalen is (Oldenhof 2012). Grenzenwerk omvat een proactieve inzet van alle betrokkenen om gezamenlijk tot een passend plan van aanpak te komen.

§1.1.3 Het concept van integrale zorg(verlening)

Als antwoord op de geïntroduceerde ontwikkelingen is integrale en multidisciplinaire samenwerking, ook wel integrale zorg(verlening) genoemd, een veelgebruikt concept. Immers, het belang van samenwerken staat al langere tijd hoog op de agenda in de zorg en het sociaal domein (CEG 2016). De grootste uitdaging in de zorgsector in de komende jaren is om de mens met een integrale blik te beschouwen en de zorg daaromheen te organiseren, in te richten en te besturen (Minkman 2017: 31). In netwerken waarin integrale zorg(verlening) wordt toegepast werken meerdere actoren samen voor een optimaal

resultaat voor de cliënt. Integrale zorg(verlening) kent verschillende definities en onderdelen (Boon et al. 2004; Armitage et al. 2009; Minkman 2012) en focust zich op de totale behoeften van de cliënt en niet alleen op de diensten van een professional of zorgorganisatie (Minkman, 2012: 8). Hoewel een eenduidige en geaccepteerde definitie van integrale zorg(verlening) ontbreekt en de definitie bovendien aan verandering onderhevig is, wordt als startpunt in dit onderzoek de volgende definitie gehanteerd voor integrale zorg(verlening) (Raak et al. 2003, uit Minkman 2012): *'een samenhangend en gecoördineerde set aan activiteiten, die gepland, georganiseerd en geleverd worden aan individuele behoeftigen door verschillende organisaties, samenwerkende professionals en informele zorgverleners'*. Een deelvraag van dit onderzoek gaat in op de betekenis van integrale zorg(verlening) in de huidige context.

Een veelgenoemd doel van integrale zorg(verlening) is het realiseren van betere (ervaren) kwaliteit door zorg op maat (Minkman 2017: 14). Hierop aanvullend kan het Triple Aim gedachtegoed (Berwick 2008) als doel worden omschreven, namelijk door integrale zorg(verlening) het verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg, de gezondheid van een specifieke populatie verbeteren en het verlagen van de kosten per hoofd van de bevolking. Het Quadruple Aim voegt hier een vierde doelstelling aan toe, namelijk het verbeteren van de werktevredenheid en welzijn van betrokken (medische) professionals (Bodenheimer & Sinsky 2014). Kortom: aangaande integrale zorg(verlening) kunnen verschillende niveaus van zorg worden onderscheiden: het individuele niveau, het organisationele niveau, het niveau van de integrale zorgverlening en het zorgsysteem niveau (Glasby & Dickinson 2010). Ketenzorg raakt aan de definitie van integrale zorg(verlening) en omvat *'samenhangende zorg en ondersteuning door meerdere samenwerkende professionals, organisaties en informele zorgverleners'* (Vat et al. 2013: 45). Het doel van ketenzorg is om de cliënt een passend en integraal aanbod op het gebied van wonen, zorg en welzijn te bieden. Onderzoek naar de betekenis van integrale zorg(verlening) in een veranderende samenleving is zowel wenselijk als noodzakelijk om de zorg(verlening) in de nabije toekomst zo te blijven organiseren dat deze passend is bij de toenemende zorgbehoefte van mensen.

§1.2 Aanleiding van het onderzoek

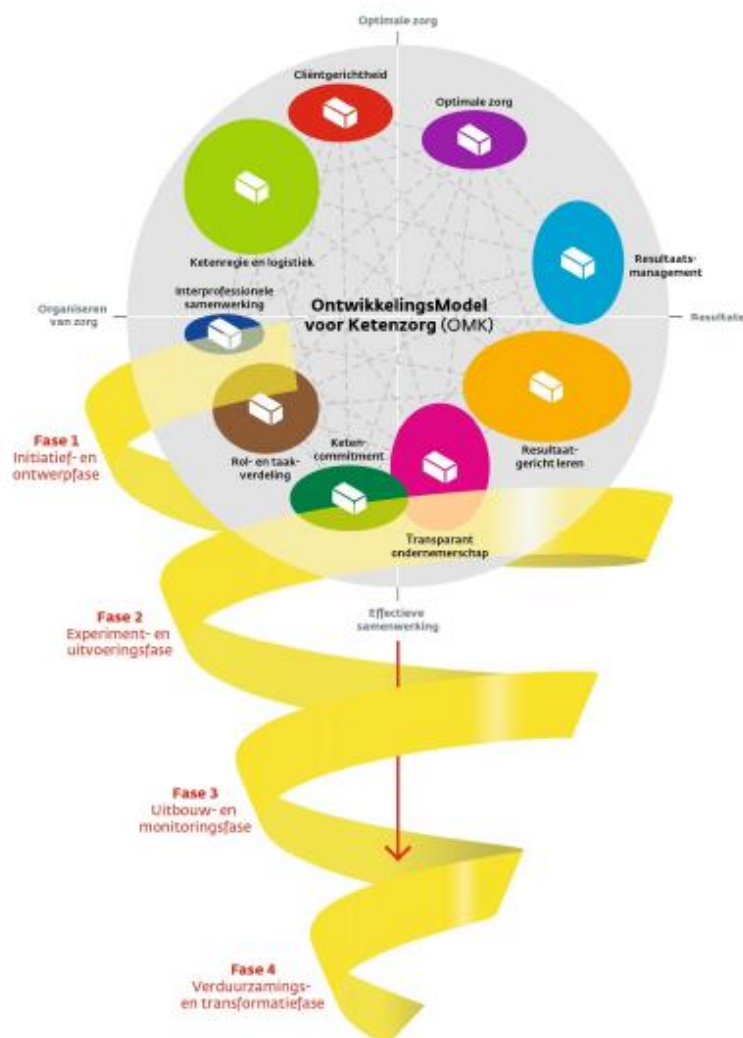
Het gebruik van kwaliteitsmodellen in de zorgsector is het afgelopen decennium toegenomen, enerzijds functionerend als hulpmiddel om organisaties in te richten en anderzijds als evaluatie- en toetsingsinstrument. Er zijn diverse modellen het afgelopen decennium ontwikkeld om de implementatie van ketenzorg te bevorderen (Minkman 2012; Valentijn et al. 2013). Het model van de *European Foundation Quality Management Excellence (EFQM)* wordt gebruikt als een zelfbeoordelingsinstrument op verschillende niveaus binnen een (zorg)organisatie en als raamwerk voor kwaliteitsmanagement (Nabitz et al. 2000). De *Baldrige Excellence Framework*, ook bekend als *Malcolm Baldrige Quality (MBQA)*, wordt

gebruikt door organisaties en omvat zeven criteria voor excellente prestaties (ASQ 2017). Het *Chronic Care Model (CCM)* omvat geïntegreerde zorg, waarin het contact tussen professional en patiënt centraal staat en stelt verandering op zes terreinen voor (Wagner et al. 1996; Coleman et al. 2009). Deze modellen worden (internationaal) gebruikt en omvatten zorgspecifieke versies met veronderstelde of bewezen relaties tussen de componenten van het model en uiteindelijke zorgresultaten (Minkman, 2012: 228). In dit onderzoek staat het Ontwikkelingsmodel Ketenzorg (OMK) centraal.

§1.2.1 Een generiek model: het Ontwikkelingsmodel Ketenzorg (OMK)

Naast de hierboven benoemde kwaliteitsmodellen legt het OMK, weergegeven in *figuur 1*, de nadruk op ondernemerschap, commitment, effectieve samenwerking, leren, rollen en taken. Het OMK is een generiek model met een scope van acute tot chronische zorg en bestaat uit 89 elementen, ondergebracht in negen clusters met vier bijbehorende fasen (Minkman 2012: 231). Deze 89 elementen zijn van belang voor evenwichtige integrale zorg(verlening). Uit onderzoek bleek tevens dat de elementen en clusters generiek zijn en hiermee doelgroep- en landoverstijgend zijn (Minkman 2012).

Figuur 1: het Ontwikkelingsmodel Ketenzorg (OMK) (Minkman 2016: 42)



§1.2.3 De bruikbaarheid van het OMK

Het OMK wordt in binnen- en buitenland gebruikt ter evaluatie van integrale zorgvoorzieningen door verschillende ketens en netwerken, waaronder de ziektebeelden dementie, diabetes en Cerebro Vasculair Accident (CVA). Sinds de publicatie van het OMK in 2012 is er nieuwe wetenschappelijke literatuur gepubliceerd aangaande integrale zorg(verlening), met mogelijk nieuwe elementen van integrale zorg(verlening) die van invloed kunnen zijn op de betekenis van integrale zorg(verlening) in het OMK. In dit onderzoek wordt hierom onderzocht welke nieuwe elementen van integrale zorg(verlening) er zijn. Vervolgens heeft een pilot met professionals uit verschillende domeinen als doel om de theoretische resultaten te valideren en te toetsen of de nieuwe elementen onderscheidend zijn in vergelijking met het huidige OMK. Het onderzoek heeft als doel om een theoretische fundamente te realiseren voor de daadwerkelijke actualisatie van het OMK, waarbij de generieke bruikbaarheid in de huidige context gewaarborgd blijft. Hierdoor dient er gefaseerd onderzoek uitgevoerd te worden om aanbevelingen voor de actualisatie van het huidige OMK te formuleren.

§1.3 Onderzoeksscope

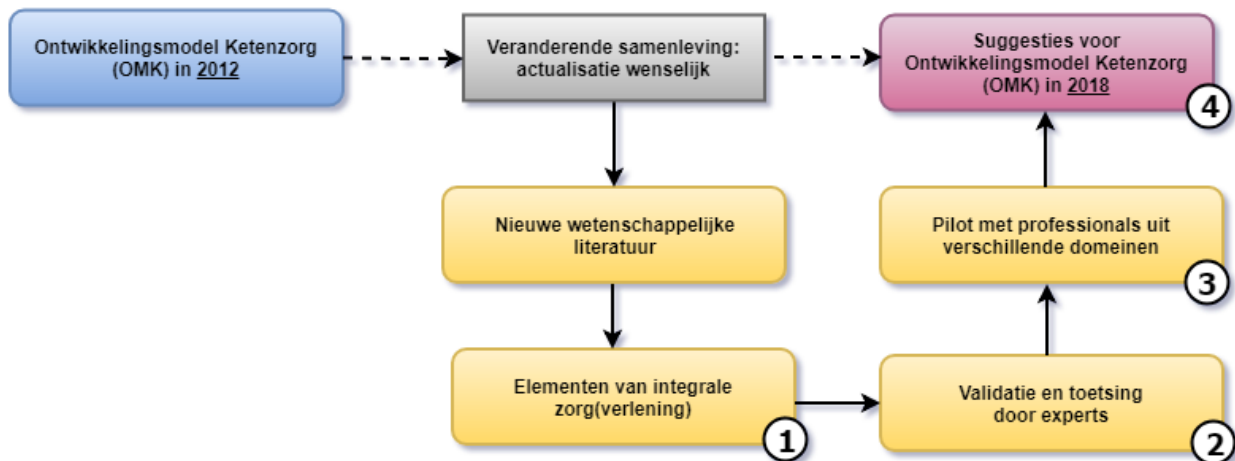
Het onderzoek omvat vier gestructureerde fasen, ten behoeve van een systematische aanpak om het theoretisch fundament te realiseren. In paragraaf §3.2 wordt er ander ingegaan op deze vier fasen. Als overzicht is in *figuur 2* de scope van het gehele onderzoek weergegeven. De vier concrete fasen zijn als volgt:

1. Allereerst wordt er een *systematische literatuurstudie* naar nieuwe en/of aanvullende elementen van integrale zorg(verlening) uitgevoerd.
2. Vervolgens worden de voorlopige theoretische resultaten aan een groep *experts* voorgelegd, om de theoretische inzichten te valideren en te toetsen.
3. Na het valideren van de theoretische bevindingen, worden de resultaten in een pilot voorgelegd aan professionals die werkzaam zijn in verschillende domeinen.
4. Als afrondende fase is het – vanuit de theoretische en empirische bevindingen – wenselijk om *suggesties* en implicaties te benoemen voor het actualiseren van het OMK om de bruikbaarheid in de praktijk te waarborgen.

§1.4 Probleemstelling

Voortvloeiend uit de hierboven beschreven aanleiding (§1.2), wordt in de volgende paragraaf de vraagstelling (§1.3.2) geformuleerd op basis van de tweedelige doelstelling (§1.3.1). De vraagstelling bestaat uit theoretische en empirische deelvragen, ondersteund door een conceptuele en concluderende deelvraag. Paragraaf §3.3 gaat dieper in op de voorgestelde onderzoeksmethode om de hoofd- en deelvragen te beantwoorden.

Figuur 2: overzicht van de verschillende bouwstenen voor het onderzoek (zie uitleg 1 t/m 4 hierboven)



§1.4.1 Doelstelling

De doelstelling voor het onderzoek is tweedelig, opgebouwd uit een algemeen doel en hoe vervolgens dit doel bereikt wordt. Paragraaf §1.5 gaat dieper in op de maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie. De doelstelling is als volgt:

- A. Het onderzoek heeft als doel om bij te dragen aan de actualisering van het Ontwikkelingsmodel Ketenzorg (OMK) in een veranderende samenleving om integrale zorg(verlening) te verbeteren, door:
- B. Een systematische literatuurstudie uit te voeren, waarbij nieuwe elementen van integrale zorg(verlening) geïdentificeerd worden die zowel aan experts en professionals uit verschillende domeinen voorgelegd worden ter validatie en toetsing voor de generieke bruikbaarheid van het OMK.

Het voorgestelde onderzoek (paragraaf §1.3) heeft als doel om een theoretisch fundament te bouwen voor het actualiseren van het OMK. Deze ambitie wordt stapsgewijs aangepakt, vanwege de complexiteit in de betekenis van integrale zorg(verlening).

§1.4.2 Vraagstelling

Voortvloeiend uit de beschreven doelstellingen in paragraaf §1.4.1 is een vraagstelling opgesteld, waarin de geïntroduceerde concepten zijn verwerkt. De hoofdvraag voor het onderzoek luidt hierom als volgt:

- **Wat zijn elementen van integrale zorg(verlening) in een veranderende samenleving en wat is de betekenis hiervan voor het Ontwikkelingsmodel Ketenzorg (OMK)?**

Om de concepten uit de hoofdvraag te verhelderen zijn theoretische deelvragen geformuleerd. Integrale zorg(verlening) staat centraal in het onderzoek, waarbij een systematische literatuurstudie wordt uitgevoerd om nieuwe elementen van integrale zorg(verlening) te identificeren. De eerste theoretische deelvraag luidt hierom als volgt:

1. *Wat houdt integrale zorg(verlening) in?*

Na een theoretische verkenning van het begrip integrale zorg(verlening), waarbij eveneens verschillende modellen aangaande integrale samenwerking worden behandeld, is het wenselijk om een onderscheid te maken tussen nieuw geïdentificeerde elementen van integrale zorg(verlening) in relatie tot het huidige OMK of (deels) al opgenomen elementen. Deze theoretische stap resulteert in twee theoretische deelvragen:

2. *Welke elementen van integrale zorg(verlening) worden er geïdentificeerd na de analyse van de literatuur?*
3. *Welke nieuwe en/of aanvullende elementen levert de analyse van de literatuur op in relatie tot het huidige OMK?*

Naast de theoretisch verkregen inzichten is empirisch onderzoek wenselijk om de verkregen theoretische inzichten te valideren door experts en voor te leggen aan professionals werkzaam in verschillende domeinen. De empirische deelvraag luidt hierom als volgt:

4. *In hoeverre worden de nieuw geïdentificeerde elementen van integrale zorg(verlening) door professionals uit verschillende domeinen (h)erkend?*

Tot slot is een concluderende deelvraag geformuleerd, met als doel om de theoretische en empirische inzichten met elkaar te verbinden en suggesties voor de actualisatie van het OMK te benoemen. Bovendien worden er suggesties gedaan voor vervolgonderzoek. De concluderende deelvraag luidt hierom als volgt:

5. *Welke conclusies kunnen worden getrokken voor de actualisatie van het OMK op basis van de theoretische en empirische inzichten en welke suggesties voor vervolgonderzoek zijn er?*

Na de benoemde theoretische, empirische en concluderende deelvragen, is het mogelijk om in paragraaf §1.5 de wetenschappelijke als maatschappelijke relevantie te formuleren.

§1.5 Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie

Het voorgestelde onderzoek heeft zowel wetenschappelijke als maatschappelijke relevantie. Putters (2017: 45) benoemt in algemene zin voor onderzoek in de zorgsector een tweedeling. Allereerst dienen achtergronden en ontwikkelingen van het beleid in de zorg en

dienstverlening bestudeerd te worden om ze beter te begrijpen (*science of policy*), maar vervolgens moet er ook worden gezocht naar handvatten voor verandering en verbetering (*science for policy*). In dit onderzoek wordt getracht om deze stapsgewijze strategie toe te passen in de vier onderzoeksfasen. Allereerst heeft de systematische literatuurstudie als doel om nieuwe elementen van integrale zorg(verlening) uit de recente literatuur te identificeren. Vervolgens wordt er geanalyseerd in hoeverre de nieuwe elementen onderscheidend zijn in relatie tot de huidige 89 elementen in het OMK. Een dergelijk theoretisch fundament stimuleert vervolgonderzoek naar de actualisatie van het OMK en breder het concept van integrale zorg(verlening). Het empirische onderzoek richt zich op validatie en toetsing, enerzijds met experts aangaande het OMK en anderzijds met professionals uit verschillende domeinen. Kortom: de koppeling tussen theoretisch fundamenteel onderzoek en een beperkte toets op bruikbaarheid met experts en professionals geeft vorm aan het genoemde onderscheid door Putters (2017). Vanuit het generieke karakter van het OMK is aanpassing aan de huidige context wenselijk, om het OMK als hulpmiddel te waarborgen voor de zorg(verlening) in de praktijk.

§1.6 Leeswijzer

Na het inleidende hoofdstuk, wordt in *hoofdstuk twee* ingegaan op de betekenis van een veranderende samenleving en worden enerzijds langlopende processen en anderzijds relevante maatschappelijke ontwikkelingen benoemd. In *hoofdstuk drie* wordt er nader ingegaan op het governance vraagstuk, waarbij de roep om meervoudige integratie nader wordt toegelicht. In *hoofdstuk vier* vindt een theoretische verkenning plaats van het begrip integrale zorg(verlening) en wordt 'integraliteit' als begrip geïntroduceerd. Kortom: diverse theoretische assumpties worden uiteengezet om vervolgens een coherent verbindingsmodel te introduceren, ter voorbereiding en onderbouwing van de systematische literatuurstudie en vervolgstappen. In *hoofdstuk vijf* wordt per onderzoeksfase een onderzoeksmethode geïntroduceerd, waarbij de verschillende onderdelen van het onderzoeksdesign worden toegelicht, waaronder de in- en exclusie criteria voor de systematische literatuurstudie. Na uiteenzetting van de onderzoeksmethode worden de resultaten – opgebouwd uit deel A (een theoretische actualisatie) en deel B (de uitgevoerde activiteiten ter validatie: een expertraadpleging en een pilot met professionals uit verschillende domeinen) – in respectievelijk *hoofdstuk zes* en *zeven* toegelicht. Tot slot worden in *hoofdstuk acht* de conclusies weergegeven en worden de hoofd- en deelvragen kernachtig beantwoord. Als toevoeging worden aanbevelingen en suggesties voor vervolgonderzoek benoemd. Een kritische reflectie – opgedeeld in een methodologisch, inhoudelijk en procesmatig gedeelte – vormt de kern van de slotparagraaf.

Hoofdstuk 2. Een veranderende samenleving: een nadere duiding

§2.1 Inleiding

Zoals in het inleidende hoofdstuk reeds is benoemd, is de samenleving aan verandering onderhevig. Echter, het is contextueel wenselijk om nader te duiden *welke* veranderingen plaatsvinden of hebben plaatsgevonden, voordat er een theoretische verkenning plaatsvindt van integrale zorg(verlening). Hierom is dit hoofdstuk te omschrijven als een verbreding en verdieping van de genoemde ontwikkelingen in het inleidende hoofdstuk (§1.1). Allereerst wordt er – vanuit historisch perspectief – een aantal langlopende processen behandeld volgens het onderscheid van Schnabel (SCP 2004) (§2.2). Vervolgens worden een aantal maatschappelijke ontwikkelingen behandeld die in sterke mate relevant zijn voor integrale zorg(verlening) in een veranderende samenleving (§2.3). Kortom: wat betekent een veranderende samenleving anno 2018? Welke karakteristieken zijn kenmerkend voor dergelijke maatschappelijke ontwikkelingen?

§2.2 Historische ontwikkelingen: vijf langlopende processen

Het onderscheid van Schnabel (SCP 2004) om een veranderende samenleving te duiden is een veelgebruikte indeling om op een wat abstracter niveau te duiden welke langlopende processen van invloed zijn geweest of nog van invloed zijn. Het onderscheid is bijvoorbeeld gebruikt om sociaal-culturele ontwikkelingen in de samenleving te identificeren, te verklaren of in perspectief te zetten. Volgens Schnabel (SCP 2004) worden ontwikkelingen gevormd door een aantal langlopende processen: 1) individualisering, 2) informalisering, 3) informatisering, 4) internationalisering en 5) intensivering, geformuleerd door het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) en het Centraal Planbureau (CPB) in 2000. Hoewel de vijf langlopende processen onder de algemene noemer ‘modernisering’ geschaard kunnen worden, helpt het afzonderlijk benoemen van de processen nauwkeuriger om de gevolgen voor het leven van iedere burger afzonderlijk te schetsen (SCP 2004: 51). De langlopende processen worden in de onderstaande paragrafen individueel behandeld.

§2.2.1 Individualisering

Het eerste langlopende proces is individualisering, waarbij de balans anders komt te liggen naarmate het accent verschuift van het versterken van gelijkheid (kwantitatief individualisme) naar het vergroten van vrijheid (kwalitatief individualisme). Deze verschuiving is in de praktijk onder andere zichtbaar in het zorgdomein, waarbij de focus meer vraag- dan aanbodgericht is (SCP 2004: 53). Tevens kenmerkt het gevormde beleid met betrekking tot de sociale zekerheid zich door verantwoordelijkheid toe te kennen aan burgers in het vinden van werk of het verzekeren van een arbeidsloos inkomen (SCP 2004: 55). Dergelijke

beleidsaannames zijn eveneens zichtbaar in de doorgevoerde decentralisaties in 2015, zoals geïntroduceerd in de inleiding. Kortom: individualisering vertaalt zich in de totstandkoming van overheidsbeleid en de (actieve) rol van burgers.

§2.2.2 Informalisering

Het tweede langlopende proces is informalisering, wat door het filosofische besef van de gelijkheid en gelijkwaardigheid van alle mensen tot egalitaire vormen van omgang en informalisering van de verhoudingen heeft geleid (SPC 2004: 56). Hiermee wordt bedoeld dat informalisering gemakkelijker en vanzelfsprekender is geworden dan voorheen. Hieraan oorzakelijk is de verhoging van het gemiddelde onderwijsniveau en het algemeen worden van de welvaart (SCP 2004: 56). Echter, in de verschuiving van formeel naar informeel heeft de overheid het als 'formalist' extra moeilijk. Immers, teveel formalisering vertraagt het maatschappelijke en economische leven en te weinig formalisering kan via het mechanisme van gedogen leiden tot het aanvaarden van uiteindelijk onaanvaardbare risico's in de maatschappij (SCP 2004: 57). Kortom: informalisering brengt een complexe uitdaging voor de overheid teweeg.

§2.2.3 Informatisering

Het derde langlopende proces is informatisering, waarbij de spreiding van kennis nagenoeg totaal is geworden als het gaat om de toegankelijkheid en beschikbaarheid (SCP 2004: 58). Hiermee wordt bedoeld dat continue (in toenemende mate ook digitaal) mensen met elkaar in verbinding staan en toegang hebben tot alle wereldwijd beschikbare informatie. Echter, in veel opzichten is het proces van informatisering nog niet uitontwikkeld. Op het gebied van interpersoonlijke communicatie zijn er reeds belangrijke stappen genomen, maar op verschillende terreinen in het dagelijks leven zijn er nog mogelijkheden. Te denken valt aan informatisering op het gebied van gezondheid (SCP 2004: 59), waarbij zelfmanagement een steeds nadrukkelijker positie inneemt in de zorg(verlening). Kortom: informatisering creëert verschillende mogelijkheden, maar is als proces nog niet uitontwikkeld.

§2.2.4 Internationalisering

Het vierde langlopende proces is internationalisering, waarbij fysieke, staatkundige, sociale, economische en culturele grenzen worden overschreden. Hiermee wordt bedoeld dat het maatschappelijke proces van internationalisering enerzijds te beschouwen is als het toenemen van de invloed van buiten op de eigen samenleving en anderzijds het afnemen van de verschillen tussen samenlevingen (SCP 2004: 59). Echter, internationalisering is geen langlopend proces zonder weerstand. Immers, het gaat niet om een technische revolutie die nieuwe mogelijkheden creëert, maar om een geleidelijke verandering van

bestaande sociale en culturele instituties (SCP 2004: 60). Kortom: internationalisering is een langlopend proces en anno 2018 nog steeds relevant om in ogenschouw te nemen.

§2.2.5 Intensivering

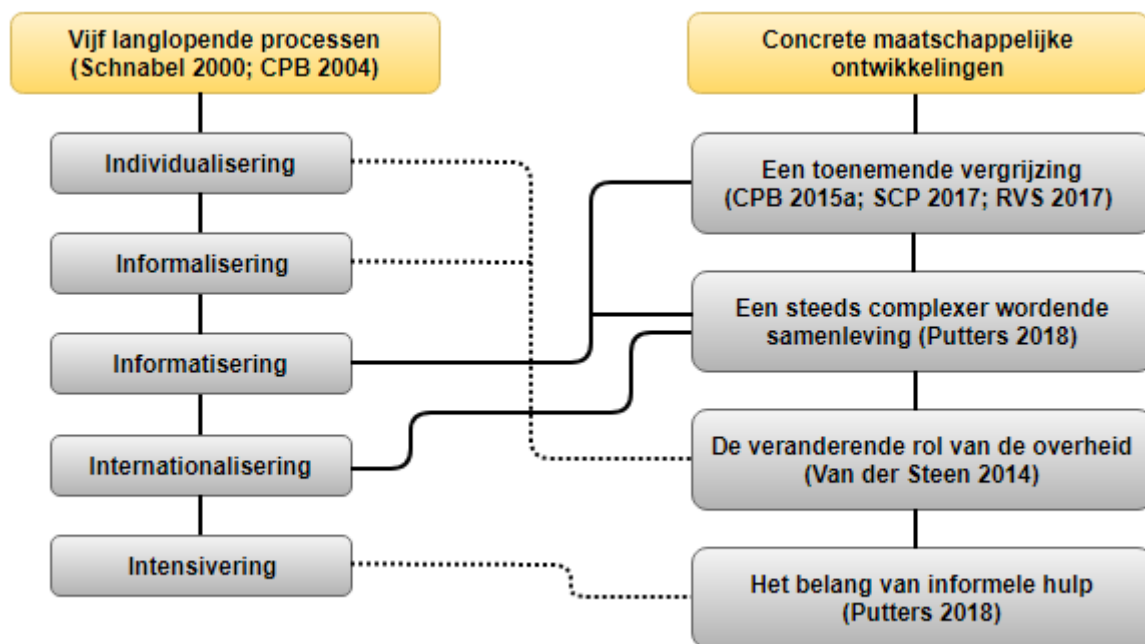
Het vijfde langlopende proces is intensivering, waarmee een proces van culturele verandering wordt bedoeld. Deze culturele verandering houdt in dat er een verandering is in het zelfbeeld en het ideale zelf van de moderne mens, waarbij het 'eigen gevoel' van het individu als toetssteen wordt gebruikt voor de keuzes die worden gemaakt (SCP 2004: 63). Echter, intensivering kent – net als de vier andere langlopende processen – een schaduwkant. Immers, de sterke waardering voor het eigen gevoel kan leiden tot een riskante overwaardering van gevoelens die in hun uitingen maatschappelijk schadelijk kunnen zijn (SCP 2004: 64). Kortom: intensivering is als culturele verandering moeilijk te omvatten, maar helpt bij het verklaren op basis waarvan burgers keuzes maken.

Samenvattend zijn de vijf langlopende processen van Schnabel (SCP 2004) relevant om een kader te schetsen wat *verandering* daadwerkelijk betekent (en nog steeds kan betekenen). Zoals uit de individuele procesbeschrijvingen blijkt, zijn de processen van invloed op de positie van burgers in de samenleving en de totstandkoming van culturele aspecten in de omgang met elkaar. Dergelijke processen raken aan de inrichting van het zorgstelsel in Nederland, waarbij in toenemende mate een beroep wordt gedaan op informele zorg(verlening). Dergelijke processen zijn eveneens relevant voor de daadwerkelijke integrale zorg(verlening), bijvoorbeeld vormgegeven in het OMK. In de volgende paragraaf (§2.3) worden de vijf langlopende processen verbonden met recente maatschappelijke ontwikkelingen die relevant zijn voor de totstandkoming van integrale zorg(verlening). Hoewel de langlopende processen en ontwikkelingen niet een op een te vertalen zijn, is het mogelijk om verbindingen te benoemen.

§2.3 Verdieping: recente maatschappelijke ontwikkelingen

Na de introductie van de vijf langlopende processen (SCP 2004) is het wenselijk om nader in te gaan op concrete maatschappelijke ontwikkelingen om een veranderende samenleving nader te duiden, zoals weergegeven in *figuur 3*. Diverse auteurs gebruiken 'trends' als aanduiding voor een veranderende samenleving. Echter, in dit onderzoek is er gekozen voor 'ontwikkelingen', omdat hiermee een verandering in de tijd – die mogelijk nog in ontwikkeling kan zijn – sterker naar voren komt. In de volgende paragrafen (§2.3.1 tot en met §2.3.4) worden verschillende maatschappelijke ontwikkelingen behandeld, waarbij indien mogelijk de verbinding wordt gemaakt met de geïntroduceerde vijf langlopende processen (SCP 2004). Indien relevant wordt er beargumenteerd waarom deze ontwikkelingen relevant zijn voor integrale zorg(verlening).

Figuur 3: een overzichtswaergave met verbindingen tussen processen en recente ontwikkelingen



§2.3.1 Een toenemende vergrijzing

Vanuit demografisch perspectief is een toenemende vergrijzing – waar in de inleiding naar is gerefereerd – een belangrijke ontwikkeling. Immers, momenteel is één op de zes Nederlanders ouder dan 65 jaar en er wordt verwacht dat in 2050 dit één op de vier is (CPB 2015a: 9). Momenteel zijn er 2,6 miljoen ouderen (65-plussers) in Nederland en tot 2040 groeit het aantal ouderen, ofwel 15% van de bevolking, tot ruimt 4 miljoen. Hierbij zal vooral het aantal 75-plussers fors groeien tot de helft van alle ouderen (Putters 2018: 27). Naast een toename in het aantal ouderen neemt de levensverwachting steeds meer toe, wat omschreven kan worden als de belangrijkste oorzaak van de groter wordende groep ouderen. Parallel aan een toenemende vergrijzing neemt het aantal mensen met een chronische ziekte in Nederland toe, als gevolg van de vergrijzing, evenals het aantal mensen met comorbiditeit (SCP 2017a: 177; RVS 2017: 15). De beschikbaarheid van steeds meer informatie maakt het eveneens mogelijk om steeds ouder te kunnen worden, door tijdig (medisch) in te grijpen als uit (digitaal bijgehouden) gegevens een mogelijke ziektebeeld en/of complicatie blijkt. Kortom: een toenemende vergrijzing en een toename in chronisch zieken vraagt om passende (zorg)voorzieningen, die in sterke mate met elkaar verweven, verbonden en afgestemd zijn.

§2.3.2 Een steeds complexer wordende samenleving

Een veranderende samenleving kan worden omschreven als een dynamische samenleving, waarbij minder vaste kaders aanwezig zijn en er meer maatwerk wordt toegepast (Putters

2018: 30). Ondanks de vervaging van dergelijke grenzen tussen (sub)systemen ontstaat er onderlinge verbinding (Fenger & Bekkers 2012: 5). Vanuit historisch perspectief is het steeds complexer worden van de samenleving deels te verklaren door het moderniseringsproces, waarbij samenhangende veranderingen die gevolgen hebben voor het dagelijks leven van mensen onder de noemer 'modernisering' vallen (Komter et al. 2000: 25). Concreet wordt hiermee bedoeld dat door middel van arbeidsdeling en arbeidsspecialisatie er in toenemende mate (verschillende) actoren en organisaties ontstonden, wat deels resulteerde in fragmentatie (Fenger & Bekkers 2012: 4). Individuen werden afhankelijk van de samenleving, omdat deze verschillende functies gaat omvatten die vervuld worden binnen specifieke sociale relaties (Komter et al. 2000: 15). Vanuit sociologisch perspectief is een verband op te merken tussen de mate van specialisatie van functies en de sterkte van de sociale cohesie binnen een samenleving (Durkheim 1968; Komter et al. 2000: 25).

Echter, door toenemende complexe processen treedt het risico op dat niet iedereen 'aangehaakt' weet te blijven (Putters 2018: 28). Hiermee wordt bedoeld dat de huidige maatschappelijke scheidslijn tussen *haves* en de *havenots* verandert in een scheidslijn tussen de *cans* en *cannots* (Putters 2018: 30). Concreet betekent deze verandering dat mensen zelf de regie over hun leven dienen te voeren, waarbij centraal staat wat burgers kunnen, in tegenstelling tot wat burgers hebben. Immers, technologische veranderingen gaan in een snel tempo, evenals het ontstaan en de ontwikkeling van nieuwe mediavormen. Als voorbeeld lukt het voor mensen met een licht verstandelijke beperking minder goed om zonder ondersteuning goed te functioneren in de maatschappij. De toenemende complexiteit in de samenleving roept – ondanks veelgenoemde termen als 'zelfredzaamheid' en 'eigen netwerk' – om zorg- en ondersteuning voor kwetsbare groepen te blijven aanbieden.

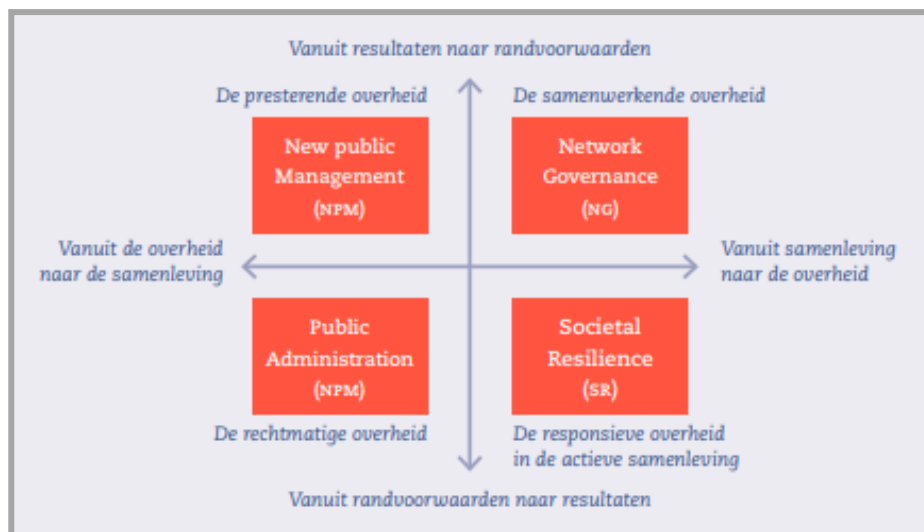
Rakend aan deze ontwikkeling op theoretisch niveau is de complexiteitstheorie, waarbij complexe (adaptieve) systemen neigen naar zelforganisatie, wat betekent dat door interacties er coördinatie ontstaat en vervolgens synergie wordt geproduceerd (Heyligen 2008). Een complex (adaptief) systeem bestaat uit een collectie van interacterende actoren (Heyligen 2008; Innes & Booher 1999) en wordt omschreven als onvoorspelbaar en oncontroleerbaar (Heyligen 2008). Adaptiviteit omvat het vermogen van actoren binnen het systeem om zich aan te passen aan veranderende situationele variabelen en/of context. Als voorbeeld wordt de publieke sector als een complex systeem omschreven, waarin hybride organisaties belangrijke actoren zijn (Gerrits 2016; Christensen & Laegreid 2011). Hierin bestaan oude en nieuwe instituties naast elkaar (*co-exist*) en veranderen gedurende de tijd (*co-evolve*). Specifiek bevinden zorgorganisaties zich in een complex systeem, omdat er in toenemende mate samengewerkt dient te worden met cliënten, naasten en een steeds meer terugtrekkende overheid. Kortom: het begrip 'complexiteit' kent verschillende definities en betekenissen (Heyligen 2008), maar ondanks een ontbrekende en breed geaccepteerde

definitie, vindt complexiteit plaats op het grensvlak tussen orde en chaos en heeft het onder andere gevolgen voor de context van leiders in verschillende domeinen (Heyligen 2008; Hazy & Uhl-Bien 2015). Informatisering en internationalisering hebben te maken een steeds complexer wordende samenleving, door de beschikbaarheid van steeds meer (digitale) informatie voor burgers. Hierbij ontstaat de druk om constant deze informatie te raadplegen om op de hoogte te blijven. Internationalisering omvat de invloed van buitenaf op de samenleving, waarbij bestaande sociale en culturele instituties worden beïnvloed, waaronder een cultuuromslag van formele zorg(verlening) naar deels informele zorg(verlening).

§2.3.3 De veranderende rol van de overheid

Zoals in de eerder genoemde ontwikkelingen sterk naar voren kwam, is de rol van de overheid (vooral in het afgelopen decennium) aan verandering onderhevig. Van der Steen et al. (2014: 12-15) heeft het kwadrantenmodel als hulpmiddel ontwikkeld, zoals weergegeven in *figuur 4*, waarbij de overheid haar eigen houding kan analyseren vanuit verschillende perspectieven. Van der Steen et al. (2014) beargumenteert dat deze vier perspectieven binnen een overheidsorganisatie tegelijkertijd aan de orde zijn en dat het kwadrantenmodel overheden kan helpen om de verschillende rollen van elkaar te onderscheiden.

Figuur 4: het kwadrantenmodel: de veranderende rol van de overheid (Van der Steen et al. 2014)



Het perspectief van de *prestatiegerichte* overheid (linksboven weergegeven in het kwadrantenmodel) richt zich op het behalen van vooraf opgestelde doelen, waarbij wetten en procedurele bepalingen als instrumenten worden gebruikt om het gewenste doel te behalen. Wetten en procedurele bepalingen kunnen hierom worden omschreven als randvoorwaarden om het doel te behalen. Het perspectief van de *rechtmatige* overheid (linksonder weergegeven in het kwadrantenmodel) stelt legitimiteit en rechtmatigheid centraal, waarbij er

volgens juridisch dichtgetimmerde en eerlijke procedures gewerkt wordt. Het perspectief van de *samenwerkende* overheid (rechtsboven weergegeven in het kwadrantenmodel) omvat een overheidsrol die naar buiten toe gericht is door in gesprek te gaan met verschillende partijen. In samenspraak met partijen worden doelen bepaald en vervolgens afgesproken. Echter, de 'contractpartners' zorgen voor de daadwerkelijke uitvoering. Hierbij heeft de netwerkende overheid haar taak bij het vaststellen van de doelen volbracht. Het perspectief van de *responsieve* overheid (rechtsonder weergegeven in het kwadrantenmodel) richt zich op maatschappelijke initiatieven die plaatsvinden in de publieke ruimte, die zowel binnen als buiten de kaders van de overheid kunnen vallen. Echter, in sommige gevallen vallen maatschappelijke initiatieven gedeeltelijk of geheel buiten de gestelde doelen van de overheid, waardoor er een politieke afweging gemaakt dient te worden. Enerzijds als overheid zijnde het initiatief de ruimte geven om te bestaan en anderzijds actief te ondersteunen, omdat het initiatief (indirect) bijdraagt aan de publieke waarde die de overheid eveneens onderschrijft.

Voortvloeiend uit de veranderende rol van de overheid ontstaan er nadrukkelijker publieke en private samenwerkingen. Vanuit historisch perspectief is op te merken hoe de verwevenheid tussen publieke en private actoren de afgelopen decennia is toegenomen. Het gedachtegoed van *New Public Management (NPM)* (linksonder in het kwadrantenmodel) richtte zich op het efficiënter inrichten van de werkactiviteiten, waarbij overheidsinstellingen georganiseerd werden op basis van private organisatiestructuren (Osborne 2006; Dunleavy et al. 2006). De marktwerking en verzakelijking kwamen centraal te staan, waarbij de rol en werkwijze van de rechtmatige overheid werd aangepast op de mogelijkheden die de informatietechnologie bood ('t Hart 2014: 13-14). Als resultaat van het bedrijfsmatige denken in overheidsinstellingen is er een toename in beleidscomplexiteit ontstaan (Dunleavy et al. 2011). Na het NPM werd *New Public Governance (NPG)* (rechtsboven in het kwadrantenmodel) als gedachtegoed heersend (Osborne 2006), waarbij governance (de besturing van) gepresenteerd dient te worden in verschillende vormen van meta-governance en regulatie van zelforganisatie (Sørensen 2006). Indien subsystemen elkaar overlappen, dan spreekt men van *multi-level governance* (Verkerk et al. 2014), waarbij actoren wederzijds afhankelijk zijn voor het behalen van de eigen doelen, waardoor de (individuele en gemeenschappelijke) activiteiten gecoördineerd dienen te worden. Voortkomend uit NPG is het *Digital Era Governance (DEG)* als gedachtegoed opkomend, wat het digitaliseren van administratieve processen omvat. Het DEG karakteriseert zich door een holistisch paradigma, waarbij organisaties gepositioneerd zijn in netwerken met (samenwerkende) actoren, zonder een duidelijke hiërarchische indeling.

Kortom: publieke en private samenwerkingen vinden in toenemende mate plaats, vanwege de behoefte om met complexiteit in complexe vraagstukken om te gaan. Dergelijke

samenwerkingsverbanden – ook wel *Public Private Partnerships (PPP)* genoemd (Zhang et al. 2009) – nemen toe, bijvoorbeeld in netwerken waarin gemeenten en zorgverzekeraars samenwerken (SCP 2018). Het samen oplossen van problemen, waarbij meerdere actoren betrokken zijn, wordt *collaborative problem solving* genoemd (Van Buuren et al. 2012). Hierbij (her)maken actoren de regels van het spel, (her)trekken grenzen en (her)ontwikkelen interactiepatronen. Diverse modellen identificeren indicatoren van een succesvolle samenwerking (D'Amour et al. 2008) en onderschrijven het belang van samenwerking als belangrijk onderdeel van integrale zorg(verlening) (Minkman 2012). Tot slot heeft individualisering te maken met de veranderende rol van de overheid, waarbij er in toenemende mate verantwoordelijkheid wordt toegekend aan burgers. Informalisering is eveneens van invloed op de veranderende rol van de overheid, omdat de beschikbaarheid en openheid van (digitale) informatie de kennisasymmetrie tussen burgers en de overheid verkleint. Echter, hierdoor ontstaan er uitdagingen voor een responsieve overheid, waarbij er in toenemende mate in samenspraak met burgers initiatieven ontwikkeld dienen te worden, zoals rechtsonder weergegeven in het kwadrantenmodel van Van der Steen et al. (2014).

§2.3.4 Het belang van informele hulp(verlening)

Tot slot is het toenemende belang van informele hulp(verlening) een ontwikkeling die waardevol is om te benoemen in relatie tot integrale zorg(verlening). Informele hulp(verlening) wordt gedefinieerd als de hulp van mantelzorgers en van vrijwilligers (SCP 2017b: 6). Onder mantelzorg wordt alle hulp aan een hulpbehoevende verstaan door iemand uit diens directe sociale omgeving (SCP 2003). Met andere woorden: mantelzorg is hulp die verder gaat dan de zogenoemde 'gebruikelijke hulp'. Met de term 'zorg en ondersteuning' wordt de hulp bij het huishouden, persoonlijke verzorging, verpleging of begeleiding bedoeld (SCP 2017b: 5), wat geen medische hulp omvat. Zorg en ondersteuning kan worden gegeven door het sociale netwerk van de hulpbehoevende, waarbij de partner vaak een belangrijke hulpbron is. Echter, eveneens (volwassen) kinderen, burens, ouders, vrienden, zussen of broers verlenen hulp. Hoewel er momenteel veel informele hulp beschikbaar is, zijn de vooruitzichten dat er een grens is aan de hoeveelheid informele hulp (Putters 2018: 28). Mantelzorgers gaan weliswaar meer doen, maar het aantal potentiële mantelzorgers per oudere daalt de komende decennia drastisch. Individualisering heeft er mogelijk voor gezorgd dat niet elk individu een (sociaal) netwerk heeft waarin potentiële informele hulp(verlening) aanwezig is. Gegeven de groeiende groep mensen met dementie is een toekomstig tekort aan informele hulp(verlening) realistisch. Immers, de zorg voor een naaste met dementie wordt door mantelzorgers als de zwaarste belasting ervaren (Putters 2018: 28). Momenteel zijn er 260.000 mensen met dementie (Rijksoverheid 2015) en het is de verwachting dat dit aantal tot 2040 zal oplopen tot een half miljoen mensen (Alzheimer Nederland 2017).

Raken aan het belang van informele hulp(verlening) is op te merken dat vraag- en handelingsverlegenheid optreedt bij hulpvragers en hulpverleners, waaronder mantelzorgers (Putters 2018: 30). Hieraan oorzakelijk is het respect voor elkaars privacy. Immers, niet iedereen kent de volledige regelingen voor ondersteuning of ervaart dergelijke regelingen als te complex – rakend aan de eerder genoemde ontwikkeling in paragraaf §2.3.2. De een wil zich niet opdringen, de ander wil niet tot last zijn (Putters 2018: 31). Ondanks dat de zelfredzaamheid van mensen veelvoorkomend als beleidsdoelstelling wordt geformuleerd, kan vraag- en handelingsverlegenheid een barrière zijn. Hierom raakt intensivering aan het belang voor informele hulp(verlening), omdat het de cultuur om zorg te dragen voor onze naasten beïnvloedt. Het belang voor informele hulp(verlening) groeit door de terugtrekkende rol van de overheid, waarbij problemen ontstaan gericht op privacy en de zware belasting voor mantelzorgers. Kortom: het belang van informele hulp(verlening) en vraag- en handelingsverlegenheid zijn mogelijk van invloed op de daadwerkelijke zorg(verlening) van diensten die op elkaar afgestemd en geïntegreerd zijn.

§2.4 Een complexe maatschappelijke opgave

Voortvloeiend uit de hierboven geïntroduceerde vijf langlopende processen en maatschappelijke ontwikkelingen ontstaat er een bestuurlijke uitdaging aangaande integrale zorg(verlening). Immers, door de nadrukkelijker rol van gemeenten en het belang van informele zorgverleners zijn er 'nieuwe' actoren toetreden in het speelveld om zorg(verlening) nabij de burger te organiseren. De termen 'participatiesamenleving' en 'netwerksamenleving' zijn geïntroduceerde begrippen die een verandering lijken te karakteriseren van onder andere een helpende gemeente naar meer een faciliterende functie ('t Hart 2014: 24), waarbij de rol van de ambtenaar gericht is op het realiseren van publieke waarde. De complexiteit om zorg(verlening) op elkaar af te stemmen blijkt onder andere uit de worsteling van dementienetwerken of zij een apart netwerk dienen te blijven voor mensen met dementie of het wenselijker is om regionale aansluiting te zoeken bij de bredere netwerken rondom kwetsbare ouderen (Tetteroo & Top 2018). Er ontstaan immers frequenter samenwerkingen voor een bredere groep kwetsbare ouderen, waar mensen met dementie onderdeel van uit kunnen maken. Na de nadere duiding van een veranderende samenleving, is het wenselijk om nader in te gaan op het governance vraagstuk wat hieruit voortvloeit, waarbij de roep om meervoudige integratie toeneemt.

Hoofdstuk 3. Het governance vraagstuk: *meervoudige integratie*

§3.1 Inleiding

Voortvloeiend uit het kwadrantenmodel (Van der Steen et al. 2014) is het wenselijk om de veranderende rol van de overheid te koppelen aan het governance vraagstuk aangaande integrale zorg(verlening). Nadat een nadere duiding van de betekenis van een veranderende samenleving heeft plaatsgevonden is het wenselijk om nader in te gaan hoe de toegenomen complexiteit zich manifesteert in de praktijk. Immers, de genoemde maatschappelijke ontwikkelingen zorgen voor de toetreding van nieuwe actoren in het maatschappelijke speelveld. Om nader duiding te geven aan een steeds complex wordende samenleving, wordt er nader ingegaan op complexe netwerkvorming (§3.2). Ter ondersteuning worden verschillende typen complexiteit in netwerken behandeld (§3.3), waarna nader ingegaan wordt op de betekenis van *network governance* (§3.4) en *collaborative governance* (§3.5) in relatie tot integrale zorg(verlening). Kortom: dit hoofdstuk is een nadere duiding van het governance vraagstuk waarin de roep op meervoudige integratie steeds sterker wordt.

§3.2 Complexe netwerkvorming

Ter voorbereiding op een theoretische verkenning van integrale zorg(verlening) is het wenselijk om nader in te gaan op complexe netwerkvorming. Immers, vanwege de toename in het aantal netwerken waarin integrale zorg(verlening) geleverd wordt voor verschillende doelgroepen met verschillende ziektebeelden, is het vakgebied van complexiteit in netwerkvorming relevant. Een netwerk kan worden gedefinieerd als min of meer stabiele patronen van sociale relaties tussen verschillende actoren (mensen, groepen of organisaties), die elkaar benutten om hun doel te halen zonder dat er een dominante actor is (Provan et al. 2003; Van Wijngaarden 2006). Er zijn verschillende varianten van netwerkzorg, zoals regionale zorgnetwerken (bijvoorbeeld de samenwerking met een streekziekenhuis), multidisciplinaire zorg (waarbij verschillende disciplines betrokken zijn), ziektespecifieke zorgnetwerken (bijvoorbeeld een dementienetwerk) en persoonsgerichte zorgnetwerken (rondom de zorgbehoefte georganiseerd).

Actoren in netwerken zijn bovendien afhankelijk van elkaar om (individuele of gemeenschappelijke) doelen te bereiken. Vanwege het eigenaardige karakter van 'grenzen', zijn de grenzen van netwerken in zogenoemde complexe (adaptieve) systemen vaag (Cilliers 2001). Dergelijke grenzen dienen hierom transformeerbaar te zijn. Voortvloeiend uit complexe (adaptieve) systemen in netwerken kunnen *wicked problems* ontstaan: langdurige problemen die complexe oplossingen vragen. Echter, het collectief oplossen van problemen wordt belemmerd door de zelforganiserende capaciteit van actoren in nabijgelegen (sub)systemen (Van Buuren et al. 2012; Nederhand et al. 2016). Kortom: complexe

netwerkvorming omvat verschillende theoretische elementen, waarbij de onderlinge samenhang bepalend is voor de verdere ontwikkeling van een netwerk.

§3.3 Typen complexiteit in netwerken

Als antwoord op de toenemende complexiteit in de samenleving is integrale zorg(verlening) een veelvuldig voorkomend begrip. Hierin is samenwerking tussen (zorg)organisaties in verschillende domeinen van belang, in tegenstelling tot het optreden van fragmentatie. Een holistische benadering aangaande de behoeften van de gebruiker vormt de kern van integrale zorg(verlening) (Armitage et al. 2009; Minkman 2012). Echter, de interacties tussen actoren in netwerken worden door drie typen complexiteit bemoeilijkt, zo beargumenteren Klijn & Koppenjan (2016). Er is sprake van *inhoudelijke* complexiteit als betrokken actoren binnen een netwerk uiteenlopende percepties en waarden hebben. Bewustzijn onder actoren van de verschillende probleempercepties en vervolgens het zoeken naar een gemeenschappelijke basis zijn van belang om interacties en samen leren mogelijk te maken. *Strategische* complexiteit wordt veroorzaakt door de onderlinge afhankelijkheid tussen actoren en de risico's en onvoorspelbaarheid van strategieën, die mogelijk alleen in het eigen belang van de actoren zijn. Coördinatie van de strategieën van de actoren en een helder interactieproces tussen de actoren voorkomen strategische complexiteit. *Institutionele* complexiteit wordt veroorzaakt door individuele regels en patronen van percepties van actoren. Verschillen in de regels tussen actoren kunnen conflicten veroorzaken, met mogelijk negatieve gevolgen voor onderlinge interacties. Fundamentele veranderingen, ook wel institutionele ontwerpen genoemd, zijn nodig om institutionele complexiteit te minimaliseren. Institutionele ontwerpen dienen gericht te zijn op de netwerkstructuur, zodat er een basis is voor interacties en vertrouwen tussen actoren.

§3.4 Integrale zorg(verlening) en *network governance*

In het kwadrantenmodel van Van der Steen et al. (2014) wordt *network governance* benoemd (rechtsboven). De *governance* (de besturing) van netwerken wordt gekenmerkt door een horizontale structuur, in tegenstelling tot een hiërarchische structuur en wordt beïnvloed door diverse elementen (Provan & Kenis 2008): het aantal netwerkactoren, vertrouwen tussen actoren, consensus over netwerkdoelen en de competenties van de actoren (*network level competencies*). Actoren werken veelvuldig vrijwillig met elkaar samen, waardoor specifieke strategieën noodzakelijk zijn om het netwerk te (be)sturen.

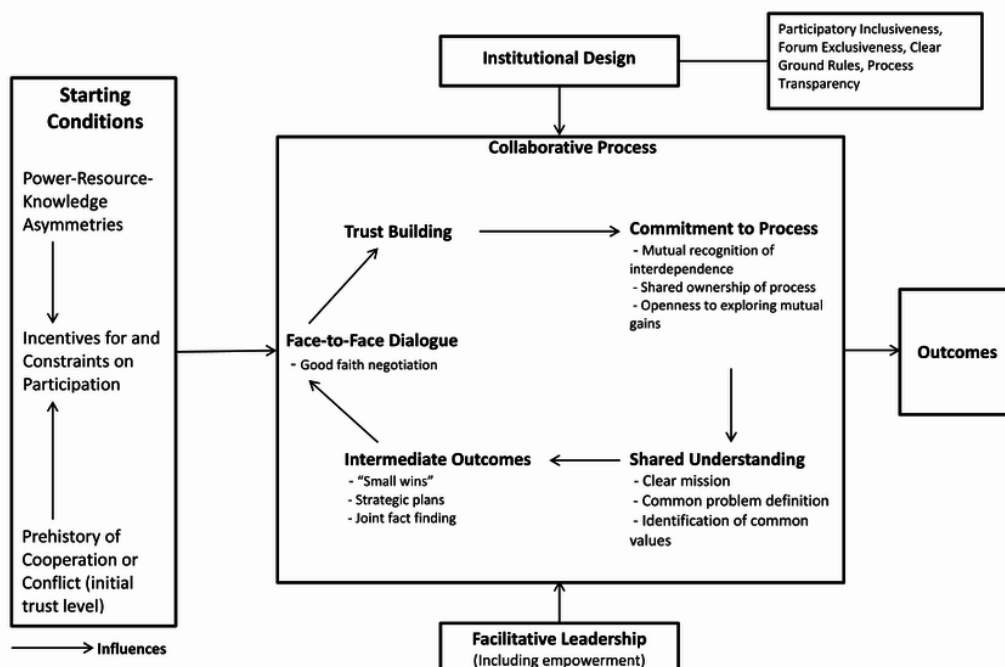
Dergelijke strategieën zijn noodzakelijk om de genoemde complexiteiten te minimaliseren en tot gezamenlijke besluitvorming te komen. Netwerken waarin integrale zorg(verlening) centraal staat, kunnen worden omschreven als *governance* netwerken. Immers, binnen deze netwerken vinden interactieve processen plaats tussen publieke,

private en maatschappelijke actoren (Klijn & Koppenjan 2016). Een voorbeeld van de integratie tussen het welzijns- en zorgdomein is het *Integrated People Health Social Services (IPHSS)* initiatief uit Canada, waarbij gezamenlijke verantwoordelijkheid leidend is voor kwaliteitsverbetering en monitoring. Echter, actoren vinden minder gemakkelijk zelfstandig oplossingen voor cliënten, omdat de zorgsector zich kenmerkt door een hoge mate van onderlinge verbondenheid en afhankelijkheid (Klijn & Koppenjan 2016; Zonneveld et al. 2017: 10). Bovendien blijkt uit onderzoek dat succesvolle ketensamenwerking niet vanzelfsprekend is (Zonneveld et al. 2017: 10-11). Dergelijke uitdagingen zijn het willen doorontwikkelen naar een netwerkorganisatie en het (al dan niet) verkrijgen van een benodigd gezamenlijk commitment met krimpende middelen. In deze laatste situatie dient er kwaliteit geleverd te worden, waarbij soms tegen de belangen van de eigen organisatie gehandeld moet worden.

§3.5 Integrale zorg(verlening) en *collaborative governance*

Voortvloeiend uit de vorige paragraaf blijkt dat integrale zorg(verlening) om network governance vraagt. Echter, collaborative governance is een vervolgstap met een meerwaarde voor het analytisch theoretisch kader. Ter illustratie is hierom het ontwikkelde collaborative governance model (CGM) (Ansell & Gash 2007: 550) in *figuur 5* weergegeven.

Figuur 5: het collaborative governance model (CGM) van Ansell & Gash (2007: 55)



Het model omvat *variabelen* voor een succesvolle samenwerking binnen een complexe context. In vergelijking met het OMK valt op te merken dat het CGM zich op een ander abstractieniveau richt en inhoudelijk sterk verschilt. Echter, het CGM is van theoretische

meerwaarde om de complexiteit aangaande 1) het concept integrale zorg(verlening) en 2) de verschillende betrokken partijen aangaande integrale zorg(verlening) nader te duiden. Zoals weergegeven in *figuur 5* is de voorgeschiedenis tussen actoren (bijvoorbeeld een succesvolle samenwerking of een verleden met conflicten), prikkels voor actoren om deel te nemen aan een netwerk, disbalans in macht en middelen, leiderschap en de institutionele vormgeving – evenals bij Klijn & Koppenjan (2016) – cruciaal om samen te werken (Ansell & Gash 2007: 550). De governance van samenwerkingsverbanden wordt gekenmerkt door een horizontale beïnvloeding, waarbij verbinding het uitgangspunt is (in tegenstelling tot controlemechanismen). Tevens is de besluitvorming tot stand gekomen door het bereiken van consensus tussen betrokken actoren. Zoals in *hoofdstuk twee* is benoemd, wordt de veranderende samenleving gekenmerkt door steeds meer netwerken, waarbij de onderlinge verbondenheid van diensten essentieel is. Hierom dienen samenwerkingsverbanden multidisciplinair ingericht te worden, om in de toekomst levensvatbaar te blijven. De veronderstelling hierbij is dat een levensvatbaar samenwerkingsverband beschikt over de verandercapaciteit om zich aan te passen aan een veranderde context of (nieuwe) toetredende actoren. Een netwerk vraagt hierom om het bundelen van verschillende expertise, congruent samenspel tussen betrokken actoren en het ontwikkelen van vernieuwd (gedeeld) eigenaarschap. Tevens dient een netwerk in beperkte mate vastigheid te bieden, zonder dat het inflexibel wordt. Kortom: het gaat om de mate van wendbaarheid en de balans tussen flexibiliteit en structuur, waarbij vertrouwen en doelcongruentie tussen de betrokken actoren als essentieel wordt omschreven, zoals centraal staat in het CGM. Kortom: het CGM is een theoretische meerwaarde om de betrokken actoren rondom integrale zorg(verlening) nader te duiden.

§3.6 Van integrale zorg(verlening) naar integraliteit

Voortvloeiend uit het kwadrantenmodel van Van der Steen et al. (2014) is een verschuiving van integrale zorg(verlening) scherp te duiden. Immers, zoals beargumenteerd in de vorige paragrafen, vraagt integrale zorg(verlening) om netwerk governance en collaborative governance, onder andere benoemd in het model van Ansell & Gash (2007). Voortvloeiend uit de maatschappelijke ontwikkelingen in *hoofdstuk twee* is op te merken dat in toenemende mate publieke en private samenwerkingsverbanden ontstaan, meestal vormgegeven in netwerken. Tevens zijn ‘nieuwe’ actoren toegetreten tot het speelveld van het organiseren van zorg(verlening), zoals de verantwoordelijke rol van gemeenten. Vanwege het domeinoverstijgende karakter en de betrokkenheid van verschillende disciplines wordt het belang om diensten te integreren steeds groter. De genoemde maatschappelijke ontwikkelingen dwingen tevens politici, beleidsmakers en uitvoerders om de verschillende diensten met elkaar te laten samenhangen. Hierbij ontstaat de wenselijkheid om processen,

diensten en levensdomeinen met elkaar te integreren, waarbij de term ‘integraliteit’ een passendere term is, zoals geïntroduceerd door Minkman (2017). Immers, samenwerkingsverbanden van de toekomst vragen om een nieuwe gemeenschappelijke taal. In het volgende hoofdstuk zal hierom een theoretische verkenning van integrale zorg(verlening) uit een worden gezet, als verdieping naar het vinden van (nieuwe) elementen van integrale zorg(verlening).

Hoofdstuk 4. **Integrale zorg(verlening): een theoretische verkenning**

§4.1 Inleiding

Een theoretische verkenning van integrale zorg(verlening) vormt het hart van het theoretisch raamwerk. In dit hoofdstuk wordt allereerst het Ontwikkelingsmodel Ketenzorg (OMK) in diepte uiteengezet (§4.2), waarin de samenhang tussen de 89 elementen, negen clusters en vier fasen wordt toegelicht. Tevens wordt de ingegaan op de (methodologische) totstandkoming van het OMK. Vervolgens vindt er een theoretische verkenning plaats van het begrip integrale zorg(verlening) (§4.3) en wordt het ontstaan van een paradox toegelicht (§4.4). Vervolgens wordt er ingegaan op kwaliteitsmodellen aangaande integrale zorg(verlening) (§4.5). Tot slot mondden de eerder geïntroduceerde maatschappelijke ontwikkelingen en de theoretische concepten uit in een verbindingsmodel (§4.6), waarin er verbinding wordt gemaakt met de methodologische zoekstrategie in dit onderzoek.

§4.2 Het Ontwikkelingsmodel Ketenzorg (OMK) in diepte

Het OMK – in het Engels het *Development Model for Integrated Care (DMIC)* – wordt omschreven als een gevalideerd instrument voor de (zelf)evaluatie en ontwikkeling van ketens (Minkman 2016: 40). Het model kan gebruikt worden als basis voor ketenaudits en als beleidsinstrument voor overheden en (zorg)verzekeraars (Minkman 2012: 9). Ketenzorg is een veelgenoemde term om integrale zorg(verlening) in een keten vorm te geven en wordt getypeerd als dynamisch, waarbij de ontwikkeling in de tijd, de rol van de (maatschappelijke) context, menselijke factoren als sociale relaties, culturen, belang en macht een rol spelen (Minkman 2012: 231). De aanleiding voor de ontwikkeling van het OMK was de behoefte om een generiek model te ontwikkelen, wat als hulpmiddel gebruikt kon worden voor ketenzorg. Immers, het realiseren van ketensamenwerking is complex en de samenhang tussen projecten en activiteiten is niet altijd helder (Minkman 2016: 40). Hieruit voortvloeiend tracht het OMK kennis en onderliggende generieke principes van ketenzorg te bundelen in een handzaam model, dat ketens helpt bij de implementatie en (door)ontwikkeling (Minkman 2012: 8). De ontwikkeling van het OMK is uitgevoerd in drie fasen, waarbij allereerst een literatuurstudie werd uitgevoerd voor de identificatie van 101 elementen van integrale zorg(verlening). Vervolgens werd er een Delphi studie uitgevoerd, waarin 31 experts in het vakgebied van integrale zorg(verlening) 89 elementen selecteerden als belangrijk voor integrale zorgvoorzieningen. Tot slot werd door middel van *concept mapping* systematiek namen gegeven aan negen clusters en vier fasen.

Na de ontwikkeling van het OMK is in verschillende integrale zorgvoorzieningen aangaande dementie, het krijgen van een beroerte en myocardiaal infarct (AMI) het model gevalideerd (Minkman et al. 2011). Integrale zorgvoorzieningen aangaande beroertes

verbeterden na implementatie van de elementen, op basis van advies dat gestoeld was op resultaten van het OMK (Vat et al. 2013). Echter, tekortkomingen van het OMK worden benoemd door diverse gebruikers, zoals coördinatoren van integrale zorgvoorzieningen, zorgprofessionals en zorgverleners. De gebruikers benoemen het voltooiën van het OMK als een tijdsintensief proces, wat blijkt uit de minder ingevulde vragen aan het einde van de vragenlijst (Zonneveld et al. 2017). Ter verheldering van het OMK, worden de 89 elementen (§4.2.1), negen clusters (§4.2.2) en vier fasen (§4.2.3) nader toegelicht.

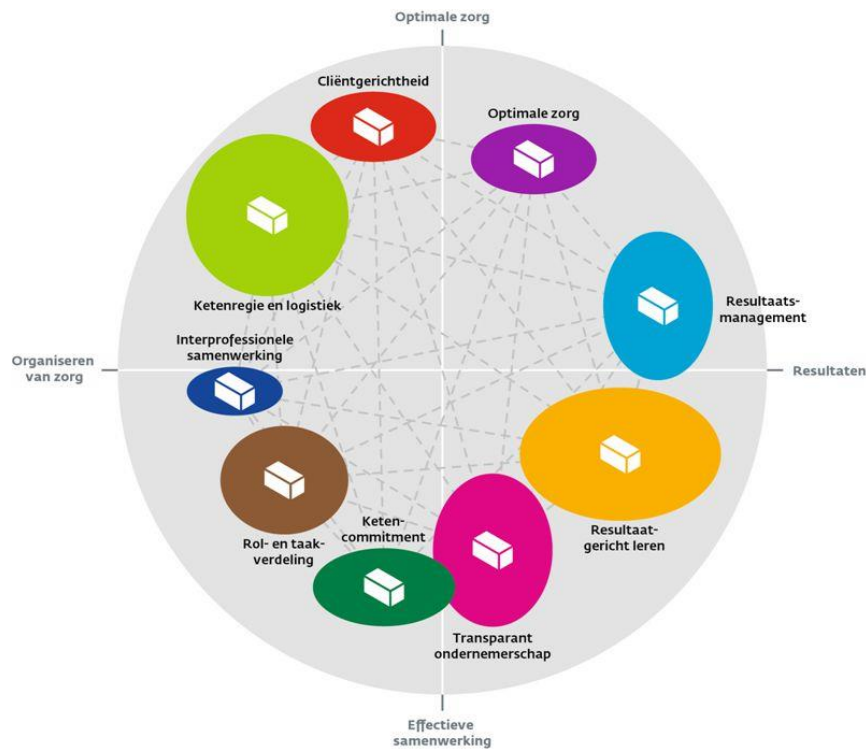
§4.2.1 Elementen

In het OMK wordt een element omschreven als een activiteit van een integrale zorgvoorziening. Hierop aanvullend refereert een element naar een component of concept van integrale zorg(verlening), waarbij elementen een onderdeel van een model of programma kunnen zijn (Struckmann et al. 2018: 24). In het OMK worden op basis van de 89 elementen stellingen gebruikt om de implementatie van integrale zorgvoorzieningen te evalueren. In *bijlage 2* zijn alle 89 elementen opgenomen en per cluster weergegeven. De 89 elementen zijn geformuleerd in een stelling, die samen een vragenlijst vormen en kunnen beantwoord worden met 'ja' of een 'nee'. Indien een stelling beantwoord wordt met 'ja', dan betekent dat het desbetreffende element geïmplementeerd is in de integrale zorgvoorziening. Indien een stelling beantwoord is met 'nee', dan is het desbetreffende element niet geïmplementeerd. Op basis van de ingevulde vragenlijst kan er een advies worden geformuleerd, wat ingaat op de missende elementen in de integrale zorgvoorziening. Tot op heden is er data beschikbaar van 519 ingevulde vragenlijsten door respondenten van verschillende integrale zorgvoorzieningen. Paragraaf §4.2.2 gaat nader in op de verschillende clusters in het OMK.

§4.2.2 Clusters

De 89 elementen van integrale zorg(verlening) zijn geordend in negen clusters. Op basis van de set elementen die bij ieder cluster horen (zoals weergegeven in *bijlage 2*), zijn de namen voor de clusters bepaald (Minkman 2012: 32). De negen clusters zijn in *figuur 6* weergegeven en bevatten tussen de drie en achttien elementen en zijn: cliëntgerichtheid, ketenregie en logistiek, resultaatsmanagement, optimale zorg, resultaatgericht leren, interprofessionele samenwerking, rol- en taakverdeling, ketencommitment en transparant ondernemerschap. Op basis van het proefschrift van Minkman (2012) en hieruit volgende wetenschappelijke publicaties worden de clusters uitgelegd met praktische voorbeelden.

Figuur 6: de onderlinge verwevenheid van de negen clusters in het OMK weergegeven



Cliëntgerichtheid (9 elementen)

Het cluster cliëntgerichtheid betreft het ontwikkelen van zorg en informatiestromen, die afgestemd zijn op doelgroepen van cliënten. Informatie wordt in de keten gezamenlijk aangeboden in begrijpelijke taal, bijvoorbeeld via een algemene (digitale) balie. De keten is in staat om zorg op individuele behoeften of subgroepen toe te snijden, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van multimorbiditeit (Minkman 2010: 33). Tevens worden methoden voor de ondersteuning van zelfmanagement toegepast.

Ketenregie en logistiek (18 elementen)

Het cluster ketenregie en logistiek gaat over het stroomlijnen van de zorg voor de gehele keten. Hiervoor dienen afspraken over verwijzing, onderzoek, overdracht en ontslag van cliënten in de keten gemaakt te worden. Hierbij hoort eveneens de uitwisseling van cliëntgegevens en overige informatie, bijvoorbeeld door het koppelen van verschillende databases. Indien noodzakelijk wordt casemanagement aangeboden voor cliënten met complexe zorgvragen. Tevens wordt er gewerkt met een voor de ketenpartners toegankelijk cliëntvolgend dossier en zijn er afspraken over consultatie van expertise of gespecialiseerde verpleegkundigen in de keten gemaakt (Minkman 2010: 33).

Resultaatsmanagement (16 elementen)

Het cluster resultaatsmanagement betreft het benoemen van prestatie-indicatoren en normen om vervolgens resultaten in de keten te kunnen evalueren. De resultaten kunnen betrekking hebben op cliëntgerelateerde uitkomsten, cliëntwaardering en logistieke en financiële prestaties. Om prestaties te verbeteren, worden analyses van (bijna gemaakte) fouten, feedbackmechanismen en verbeterteams gebruikt (Minkman 2010: 33).

Optimale zorg (5 elementen)

Het cluster optimale zorg gaat in op het ontwikkelen van een multidisciplinair zorgpad voor de keten, gebaseerd op de behoeften van cliënten in de keten en op evidence-based richtlijnen of zorgstandaarden. De behoeften van de cliëntgroep dienen hiervoor inzichtelijk te zijn. Vertegenwoordigers van cliënten zijn betrokken bij het ontwikkelen, verbeteren en monitoren van de zorg (Minkman 2010: 33).

Resultaatgericht leren (12 elementen)

Het cluster resultaatgericht leren gaat in op het leerklimaat binnen de keten, wat gericht dient te zijn op het voortdurend verbeteren van resultaten. Hierbij past het gezamenlijk in kaart brengen van de doelen, knelpunten en leemten in de keten en het delen van kennis in een open sfeer (Minkman 2010: 33). Dergelijke incentives belonen betere prestaties in de keten.

Interprofessionele samenwerking (3 elementen)

Het cluster interprofessionele samenwerking voor doelgroepen bevat elementen zoals het omschrijven van de cliëntgroep waarop de ketensamenwerking zich richt. Het werken in multidisciplinaire teams – teams waarin verschillende disciplines zijn ondergebracht – is eveneens een element in het cluster. Het is bovendien helder wanneer professionals beschikbaar en toegankelijk zijn voor ketenpartners (Minkman 2010: 33).

Rol- en taakverdeling (8 elementen)

In het cluster rol- en taakverdeling gaat het 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. Een aangestelde coördinator voor de keten kan hierbij helpen, door coördinerende taken te beleggen bij ketenpartners en wederzijds overleg en direct contact tussen professionals te stimuleren (Minkman 2010: 33).

Ketencommitment (11 elementen)

Het cluster ketencommitment gaat over het neerleggen van de gezamenlijke ambitie en doelen van de ketensamenwerking, in samenwerkingsafspraken of convenanten. Er wordt

gevraagd om commitment van leidinggevenden aan de ambitie van de keten en aan de helder geformuleerde doelen. Tevens zijn de taken en verantwoordelijkheden van sturende partijen (leiders, coördinatoren, stuurgroepen en financiers) helder en is er structureel contact. Er is een bewustzijn dat men onderdeel is van ketensamenwerking en welke afhankelijkheden er van elkaar zijn en welke domeinen (Minkman 2010: 33).

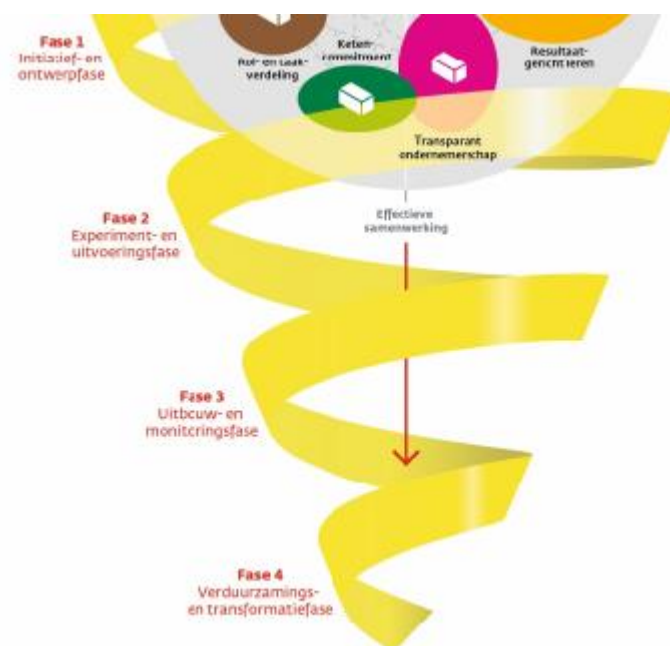
Transparant ondernemerschap (7 elementen)

Het cluster transparant ondernemerschap concentreert zich als laatste cluster 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, gezamenlijke budgetafspraken en/of een contract en een gemeenschappelijke taal (Minkman 2010: 33).

§4.2.3 Fasen

Tot slot omvat het OMK vier ontwikkelingsfasen voor ketenzorg, zoals weergegeven in *figuur 7*: de *initiatief- en ontwerpfase* (fase 1), de *experiment- en uitvoeringsfase* (fase 2), de *uitbouw- en monitoringsfase* (fase 3) en de *verduurzamings- en transformatiefase* (fase 4). De fasen hebben een begeleidend karakter en visualiseren welke elementen noodzakelijk zijn om een fase te voltooien en te groeien als integrale zorgvoorziening.

Figuur 7: de vier opeenvolgende fasen (linkerzijde) voor ketenzorg in het OMK weergegeven



Fase 1: initiatief- en ontwerpfase

In de eerste fase wordt de ketensamenwerking gestart of geïntensiveerd. Hierbij wordt er gesproken over een gezamenlijk erkend probleem of een kans en de noodzaak en (on)mogelijkheden om hier gezamenlijk mee aan de slag te gaan. De doelgroep en het ketenproces zijn in kaart gebracht, evenals behoeften van klanten en diverse stakeholders. De voortgang wordt bepaald door het ambitieniveau, de motivatie van betrokkenen en de inzet van leiders. Op basis van de ontstane ideeën en het aanwezige vertrouwen maakt een multidisciplinair team een ontwerp voor een experiment of project. De samenwerking wordt (eventueel) vastgelegd in een samenwerkings- of intentieverklaring (Minkman 2010:34).

Fase 2: experiment- en uitvoeringsfase

In de tweede fase worden de projecten of experimenten uitgevoerd. De doelen en inhoud van de ketensamenwerking worden aangescherpt en vastgelegd in afspraken en zorgpaden. Er is afstemming tussen ketenpartners door middel van een ketenoverleg en het benoemen van een persoon met een coördinerende rol. Tevens worden gegevens over werkwijzen, doelgroepen en kennis uitgewisseld tussen ketenpartners. De resultaten worden geëvalueerd, waarna bijstelling plaatsvindt. De randvoorwaarden voor projecten zijn afgewogen en door middel van gezamenlijke afspraken gedekt (Minkman 2010: 34).

Fase 3: uitbouw- en monitoringsfase

In de derde fase zijn de projecten ingebed in of volgroeid tot een ketenprogramma. Hierbij zijn afspraken over inhoud, taken en rollen en de organisatie van zorg helder gemaakt en vastgelegd. De samenwerking tussen de ketenpartijen is niet vrijblijvend en de resultaten worden systematisch gemonitord en waar mogelijk worden verbeterpunten opgepakt. Tevens is de bereikte populatie in kaart gebracht en ontstaan er meer gezamenlijke initiatieven, zoals scholingsprogramma's. De financiering van de zorg wordt op basis van structurele en reguliere middelen geregeld. Tot slot is er een blijvende commitment aan de benodigde inzet en ambitie (Minkman 2010: 34).

Fase 4: verduurzamings- en transformatiefase

In de vierde fase vormt ketenzorg de reguliere werkwijze en zorg. Hierbij is een coördinatiepunt op ketenniveau operationeel en wordt er informatie gedeeld, overgedragen en teruggekoppeld. Rondom ketenzorg zijn organisatorische structuren getransformeerd of nieuw ontworpen. De financiering is geregeld in integrale ketencontracten tussen aanbieder(s) en financiers. Tevens is er sprake van continue verbetering en analyse van klant- en stakeholderbehoeften. Op succesvolle resultaten wordt verder gebouwd en nieuwe samenwerkingsmogelijkheden worden verkend en gewogen. Tot slot laat een monitorings-

en benchmarksysteem periodiek zien waar resultaten geborgd zijn en waar verbetering mogelijk is (Minkman 2010: 34).

§4.3 Het concept 'integrale zorg(verlening)'

Voortvloeiend uit de 89 elementen, negen clusters en vier fasen van het OMK is een theoretische verkenning van het concept integrale zorg(verlening) wenselijk en zelfs van fundamenteel belang om uiteindelijk (nieuwe) elementen van integrale zorg(verlening) te identificeren. Samenvattend heeft integrale zorg(verlening) verschillende verschijningsvormen en is er geen uniforme en eenduidige definitie, ondanks diverse uitgevoerde studies (Boon et al. 2004; Armitage et al. 2009, Kodner 2009). Als voorbeeld heeft de *World Health Organization (WHO)* drie definities ontwikkeld, gebaseerd op verschillende perspectieven van verschillende actoren (WHO 2016). De verschillende onderdelen van integrale zorgvoorzieningen zouden een verklaring kunnen zijn voor het ontbreken van een eenduidige definitie van integrale zorg(verlening) (Boon et al. 2004). In het algemeen wordt integrale zorg(verlening) omschreven als een patiëntgerichte benadering in een zorgsysteem (Goodwin et al. 2017: 7). In de ontwikkeling van het OMK is de integrale zorg(verlening) definitie van Raak et al. (2003) gehanteerd, zoals in de inleiding benoemt.

Er kunnen vijf basisprincipes voor integrale zorg(verlening) worden onderscheiden: patiënttoegankelijkheid, patiëntgerichte zorg en continuïteit van de zorg(verlening) op zowel informatieel, management als relationeel niveau (CNA 2013: 6). Het proces van integratie is een proces met meerdere componenten, zoals de integratie van structuren, processen, culturen en sociale relaties (Fabricotti 2007). Immers, integrale zorg(verlening) gaat niet alleen over het creëren van een multidisciplinair aanbod, maar over het realiseren van een integraal antwoord op de voornaamste vraagstukken van mensen, waardoor een hogere waarde ontstaat (Minkman 2017: 31). In de literatuur worden vier integratietypen onderscheiden (Shortell 2009; Simoens & Scott 1999; Delnoij et al. 2002): functionele, organisationele, professionele en klinische integratie. Sommige auteurs voegen virtuele integratie hieraan toe, waarbij diensten, informatie en ideeën elektronisch met elkaar gedeeld worden (Kodner 2009; Shortell 2009).

Ondanks de vage grenzen van de onderliggende concepten van integrale zorg(verlening) (Minkman 2012: 8), hebben de verschillende definities van integrale zorg(verlening) een gemeenschappelijk karakter: de primaire focus om (klinische) uitkomsten te verbeteren van een specifieke populatie (Minkman 2012: 11). Naast het verbeteren van (klinische) uitkomsten, worden het verminderen van fragmentatie, het verlagen van (zorg)kosten, het verbeteren van de kwaliteit van leven, het verhogen van de patiënttevredenheid, effectiviteit en efficiëntie als doelen benoemd (WHO 2016; Busetto 2016; Zonneveld et al. 2017; Minkman 2012; Kodner 2002; Kodner 2009; Shortell 2009;

Stein 2010; Martínez-González et al. 2014). De coördinatoren van integrale zorgvoorzieningen ervaren het implementatieproces van integrale zorg(verlening) als moeilijk. Kortom: het concept integrale zorg(verlening) is complex en niet eenduidig te duiden.

§4.4 Het ontstaan van een paradox

Na de uiteenzetting van de omvattendheid van het begrip integrale zorg(verlening), is het wenselijk om de hierbij ontstane paradox nader te duiden. Immers, integrale zorg(verlening) overstijgt verschillende domeinen, zoals het woon-, zorg- en welzijnsdomein. Hierdoor is het waardevol om vanuit verschillende perspectieven naar de betekenis van integrale zorg(verlening) te kijken. Echter, zelfs het grensoverschrijdende concept van integrale zorg(verlening) vraagt om afbakening en focus. Bewustzijn van dergelijke ontwikkelingen resulteert in een paradox: enerzijds het hanteren van een holistische benadering in het inrichten van de zorg(verlening) vanuit verschillende perspectieven en anderzijds het gevaar om het onderscheidene te verliezen. Kortom: in een veranderende samenleving is afbakening en focus belangrijk indien men zich richt op het identificeren van fundamentele elementen van integrale zorg(verlening). De omvattendheid van het begrip integrale zorg(verlening) resulteert in verschillende kwaliteitsmodellen, waarbij zowel zorggerelateerde als niet zorggerelateerde kwaliteitsmodellen over integratie en/of integrale zorg(verlening) spreken. Paragraaf §4.5 brengt deze relevante kwaliteitsmodellen nader in kaart.

§4.5 Kwaliteitsmodellen aangaande integrale zorg(verlening)

Diverse kwaliteitsmodellen zijn ontwikkeld die elementen identificeren voor de implementatie van integrale zorg(verlening) en hebben als doel om de implementatie van integrale zorg(verlening) te vergemakkelijken (Wagner et al. 1996; Davies 2008; Minkman 2012). Vanwege de verschillende terminologie en betekenis (ketenzorg, integrale zorg(verlening) en integraliteit) is het waardevol om overeenkomsten en verschillen in kaart te brengen. Specifiek gericht op ketenzorg worden drie basismodellen van elkaar onderscheiden: het *dienstenmodel*, het *transfermodel* en het *kluwenmodel* (Donkers 2008: 822-824). Deze basismodellen zijn gebaseerd op karakteristieken van de inhoud van de zorgvraag en de organisatie van het zorgaanbod. Het onderscheiden van drie basismodellen geeft duidelijkheid over doelen, verantwoordelijkheden en prestaties binnen de ketens.

Het dienstenmodel wordt ingezet voor langdurige zorg bij chronische aandoeningen, met een min of meer voorspelbaar zorgtraject in ketens, zoals bij diabeteszorg of de COPD-keten. De zelfstandigheid van de cliënt speelt een rol bij de coördinatie binnen de zorgketen. Het transfermodel wordt opgezet als er sprake is van tijdelijke herstellzorg na acute aandoeningen, operaties of andere tijdelijke verstoringen van het functioneren van de cliënt. Het herstel van de cliënt staat in het transfermodel centraal, waarbij er stapsgewijs lichtere

zorgvormen plaatsvinden om de zelfstandigheid van de cliënt te stimuleren, bijvoorbeeld in de CVA-keten. Het kluwenmodel stelt de cliënt centraal die steeds minder voor zichzelf kan zorgen en meer hulp nodig heeft van een toenemend aantal zorgverleners, bijvoorbeeld de inzet van een casemanager voor dementiezorg. Het doel binnen de keten, bijvoorbeeld de dementieketen of een keten voor palliatieve zorg, is symptoombestrijding, zingeving en aanpassing aan het geleidelijk verliezen van de zelfstandigheid.

§4.5.1 Verkenning relevante kwaliteitsmodellen

Naast de drie basismodellen gericht op ketenzorg zijn er vanuit de literatuur meerdere modellen ontwikkeld die raken aan ketenzorg en/of samenwerking tussen meerdere actoren om zorg(verlening) succesvol te laten verlopen. Het in kaart brengen van relevante kwaliteitsmodellen aangaande integrale samenwerking heeft als doel om het terrein rondom het OMK te verkennen. Hierom is in *figuur 8* een overzichtstabel weergegeven, waarbij de naam van het model (indien benoemd) en de kernbegrippen van deze verschillende modellen uiteen worden gezet. Indien een regel een donkergrijze kleur heeft, dan is het model gericht op integrale samenwerking in de zorgsector. Een lichtgrijze kleur geeft aan dat het kwaliteitsmodel niet specifiek gericht is op de zorgsector, maar wel relevant is voor de verkenning van kwaliteitsmodellen aangaande integrale samenwerking.

Diverse modellen richten zich op het functioneren van een organisatie als entiteit, zoals het *European Foundation Quality Management Excellence (EFQM)* van Nabitz et al. (2000) en het *Baldrige Excellence Framework (MBQA)*, gebaseerd op een publicatie van ASQ (2017). Het EFQM is een zelfbeoordelingsinstrument voor verschillende niveaus binnen een (zorg)organisatie. Het MBQA onderscheidt zeven criteria voor excellente presentaties van een organisatie. Andere modellen richten zich op de samenwerking tussen organisaties: het *Four Dimensional Model for Collaboration (FDMC)* van D'Amour et al. (2008) en het evaluatiemodel van Van Delden (2009). Het FDMC is een evaluatiemodel gericht op de ontwikkeling van samenwerking, bestaande uit vier dimensies. Het model van Van Delden (2009) is eveneens een evaluatiemodel, maar meer gericht op het verband tussen de ontwikkeling van relaties tussen stakeholders en het maatschappelijke resultaat. Zoals eerder uiteengezet is het OMK een generiek model, ter evaluatie en inspiratie voor de ontwikkeling van ketenzorg (Minkman 2012).

Het *Chronic Care Model (CCM)* van Wagner et al. (1996) kenmerkt zich eveneens door een integraal karakter, in de zin dat er verandering op zes terreinen noodzakelijk is voor geïntegreerde zorg. Het *Guided Care Model (GCM)* bouwt voort op het CCM door acht elementen te benoemen om de kwaliteit van zorg, toegankelijkheid van patiënten tot zorgvoorzieningen en de mogelijkheden tot zelfzorg te verbeteren (Boult et al. 2008). Beide modellen richten zich op samenhangende zorg voor patiënten met een chronische

aandoening. Een opvallend onderscheidend element in het GCM in vergelijking met het CCM is de toegankelijkheid tot gemeenschapsdiensten (Struckmann et al. 2018: 26). Het model van Sampalli et al. (2012) bouwt eveneens voort op het CCM, maar richt zich op integrale en gecoördineerde zorgmodules binnen een ziekenhuissetting (Struckmann et al. 2018: 26).

Figuur 8: overzichtstabel met modellen aangaande integrale samenwerking

Modelbenaming	Auteur	Kernbegrippen
-	Bryson et al. (2015)	<i>Collaborative processes en collaboration structures</i>
The Baldrige Excellence Framework	ASQ (2017)	<i>Zeven criteria voor excellente prestaties van organisaties</i>
Chronic Care Model (CCM)	Wagner et al. (1996) Coleman et al. (2009)	<i>Self-management support, delivery system design, decision support, clinical information systems, the health care system en community resources and policies</i>
-	Kenis et al. (2011)	<i>Coördinatie aspecten (volledigheid, taakintegratie en coöperatie) en systeem elementen (middelen, producten, cliënten, interne en externe informatie)</i>
Het Ontwikkelingsmodel Ketenzorg (OMK)	Minkman (2012)	<i>89 elementen van integrale zorg(verlening), verdeeld over 9 clusters en 4 fasen</i>
-	Popp et al. (2013)	<i>Network processes en structures, network level outcomes en outcomes at other levels)</i>
Four Dimensional Model for Collaboration	D'Amour et al. (2008)	<i>Governance, formalization, shared goals and vision en internalization</i>
The European Foundation Quality Management Excellence (EFQM)	Nabitz et al. (2000)	<i>Een zelfbeoordelingsinstrument op verschillende niveaus binnen een (zorg)organisatie</i>
-	Van Delden (2009)	<i>Stakeholders en het maatschappelijk resultaat</i>
Guided Care Model (GCM)	Boult et al. (2008)	<i>Comprehensive assessment and planning care, individual care planning, monitoring, coaching, chronic disease self-management, educating and supporting caregivers, coordinating transitions between providers and sites of care and access to community services</i>
-	Sampalli et al. (2012)	<i>Integrated care model to improve health outcomes for individuals with multimorbidity</i>

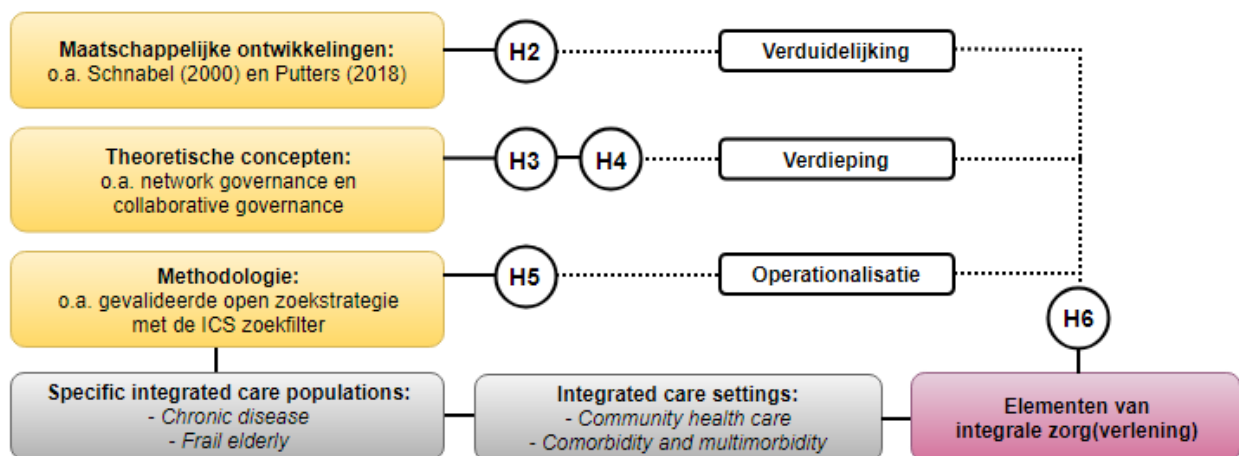
Tot slot richten diverse modellen zich op het netwerk niveau (Kenis et al. 2011; Bryson et al. 2015; Popp et al. 2013). Het model van Kenis et al. (2011) omvat variabelen voor een succesvolle dienstverlening in organisatienetwerken, waarbij zowel coördinatie aspecten als systeem elementen een positie innemen. Het model van Bryson et al. (2015) is een raamwerk met variabelen gericht op de inrichting en het verloop van samenwerking in netwerken. Het evaluatiemodel van Popp et al. (2013) is gericht op het functioneren van het netwerk zelf. Samenvattend zijn er verscheidene kwaliteitsmodellen die integrale samenwerking als belangrijk omschrijven. Opvallend is echter de verscheidenheid in hoeverre er specifiek wordt ingegaan op deze 'mate van integraliteit'. Het spectrum is immers breed. Tevens is het op te merken dat het van belang is typen kwaliteitsmodellen van elkaar te onderscheiden. Hoewel het *Rainbow Model for Integrated Care* (Valentijn 2015)

als waardevol wordt omschreven voor integrale zorg(verlening), is het model niet in *figuur 8* opgenomen, omdat het functioneert als ordeningskader en als taxonomie wordt omschreven.

§4.6 Verbindingsmodel: onderlinge samenhang

Een theoretische verkenning van integrale zorg(verlening) is uiteengezet, waarbij het OMK als centraal onderzoeksobject is geïntroduceerd en de koppeling is gemaakt tussen bestuurskundige theorieën en het concept van integrale zorg(verlening), waarbij publieke en private samenwerkingen in toenemende mate voorkomen. Het verbindingsmodel, weergegeven in *figuur 9*, geeft overzichtelijk weer hoe de genoemde maatschappelijke ontwikkelingen, de theoretische concepten en de hieruit voortvloeiende methodologische zoekstrategie met elkaar samenhangen. Het verbindingsmodel expliciteert de onderlinge samenhang van het onderzoek en stimuleert tevens het onderzoeksdoel (paragraaf §1.4.1): het identificeren van (nieuwe) elementen van integrale zorg(verlening).

Figuur 9: het verbindingsmodel met onderlinge samenhang voortvloeiend in een zoekstrategie



Het model is een weergave van links naar rechts (horizontaal) en van boven naar beneden (verticaal). De gele vlakken omvatten de verschillende stappen die genomen zijn voor een logische opbouw in het onderzoek. De grijze vlakken geven de gemaakte keuzen weer uit de (Engelstalige) *Validated Integrated Care Search Filter*, kortweg de ICS zoekfilter genoemd. In de zoektocht naar elementen van integrale zorg(verlening) is er gefocust op artikelen gerelateerd aan specifieke populaties aangaande integrale zorg(verlening): chronisch ziek (*chronic disease*) en kwetsbare ouderen (*frail elderly*). Als gebied van integrale zorg(verlening) is gekozen voor zorg nabij de cliënt (*community health care*) en met één of meerdere complexe aandoeningen (*comorbidity and multimorbidity*). In het volgende hoofdstuk wordt er nader ingegaan op de gevalideerde zoekstrategie.

Het paarse vlak omvat het uiteindelijke doel: elementen van integrale zorg(verlening) identificeren uit de gevonden wetenschappelijke literatuur. Hoofdstuk twee dient ter contextuele *verduidelijking* van de maatschappelijke ontwikkelingen in de samenleving. Vervolgens is het mogelijk om verscheidende theoretische perspectieven te introduceren in hoofdstuk drie en vier, waarmee een *verdieping* van het onderzoek plaatsvindt. Hierna is het mogelijk om in hoofdstuk vijf een *operationalisatie* – op basis van de geïntroduceerde maatschappelijke ontwikkelingen en theoretische concepten – te formuleren. Kortom: de hoofdstukken hangen in sterke mate met elkaar samen en bouwen voort op elkaar door steeds een diepere betekenis toe te voegen aan het onderzoek.

Hoofdstuk 5. Opzet: een literatuurstudie met praktijkwaardering

§5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksfasen (§5.2) toegelicht, waarin het uitvoeren van een systematische literatuurstudie het hart van het onderzoek vormt en als theoretisch fundament dient voor de actualisatie van het OMK. Voortvloeiend uit de onderzoeksfasen wordt er ingegaan op het onderzoeksdesign per fase (§5.3): een systematische literatuurstudie, een expertraadpleging ter validatie en een pilot met professionals uit verschillende domeinen. De analysemethoden worden per fase toegelicht (§5.5), waarna tot slot een kwaliteitsborging van het gehele onderzoek wordt weergegeven (§5.5).

§5.2 Onderzoeksfasen

Het voorgestelde onderzoek bestaat uit vier fasen, die deels in paragraaf §1.3 zijn geïntroduceerd. *Figuur 10* geeft schematisch de onderzoeksfasen weer (inclusief doelstelling en geschatte duur in maanden), namelijk: 1) de theoretische fase, 2) de toetsingsfase, 3) de empirische fase en 4) de synthetische fase. Op basis van de vier onderzoeksfasen is er in *bijlage 1* een planningsoverzicht weergegeven om de voortgang van het onderzoek te bewaken. Het planningsoverzicht dient als hulpmiddel om de individuele fasen tijdig af te ronden, zodat fasen elkaar niet overlappen. Echter, de paars gekleurde theoretische fase is – gezien de duur van de systematische literatuurstudie – de kern van het onderzoek.

Figuur 10: de onderzoeksfasen weergegeven in een stapsgewijs fasenmodel met tijdsplanning



De *theoretische fase* (fase 1) kenmerkt zich door een systematische literatuurstudie, waarbij bruikbare recente literatuur aangaande integrale zorg(verlening) wordt geïdentificeerd. De *toetsingsfase* (fase 2) kenmerkt zich door validatie met experts. Tussen de eerste en tweede fase (**A**) is het van belang om de expertraadpleging tijdig, zowel inhoudelijk als praktisch, voor te bereiden. De *empirische fase* (fase 3) kenmerkt zich door een pilot met professionals uit verschillende domeinen, waarbij de resultaten worden getoetst vanuit verschillende perspectieven. Tussen de tweede en derde fase (**B**) is het van belang om tijdig deelnemers te werven en een format te ontwikkelen op basis van de verkregen inzichten uit de eerder uitgevoerde fasen. De *synthetische fase* (fase 4) kenmerkt zich door de verschillende inzichten te analyseren, om vervolgens suggesties te formuleren voor de actualisatie van het OMK. De daadwerkelijke actualisatie van het OMK wordt niet in dit onderzoek gerealiseerd. Tussen de derde en vierde fase (**C**) is het van belang om het aantal deelnemers af te bakenen en de bijeenkomst nauwkeurig voor te bereiden. De opdeling in vier fasen heeft als doel om stapsgewijs onderzoek te verrichten.

§5.3 Onderzoeksdesign per fase

Voortvloeiend uit *figuur 10*, worden verschillende onderzoeksmethoden per fase gebruikt: een systematische literatuurstudie voor de eerste fase (§5.3.1), een validatie door experts in de tweede fase (§5.3.2) een pilot met professionals uit verschillende domeinen in de derde fase (§5.3.3). In de laatste fase vindt een synthese plaats op basis van de eerste drie fasen (theoretische en empirische resultaten) met suggesties voor de actualisatie van het OMK. Echter, het uitvoeren van de systematische literatuurstudie vormt de kern van het onderzoek.

§5.3.1 Systematische literatuurstudie

De systematische literatuurstudie heeft als doel om (nieuwe) elementen van integrale zorg(verlening) vanuit recente literatuur te identificeren, om hiermee een theoretisch fundament te bouwen voor de actualisatie van het OMK. Vanwege recent verschenen literatuur is het wenselijk om te kijken of hier nieuwe elementen te vinden zijn aangaande integrale zorg(verlening). Een element van integrale zorg(verlening) wordt gedefinieerd als een activiteit en is gericht op de ontwikkeling (realisatie, verbetering, innovatie of verduurzaming) van integrale zorg(verlening) (Minkman 2016: 40). Na de identificatie van (nieuwe) elementen van integrale zorg(verlening) worden de elementen voorgelegd aan experts, om de formulering van de gevonden elementen aan te scherpen en vervolgens te beoordelen of deze wel of geen aanvulling zijn op de 89 elementen uit het OMK. In de uitvoering van de systematische literatuurstudie is een open zoekstrategie ontwikkeld die past bij doelstelling van het onderzoek, in tegenstelling tot een zoekstrategie primair gericht op kwaliteitsmodellen aangaande integrale zorg(verlening). Immers, de scope van een open

zoekstrategie past bij het karakter van het onderzoek om nieuwe elementen te identificeren en de kans om elementen te missen zo klein mogelijk te houden.

De open zoekstrategie vloeit allereerst voort in een focus op meta-analyses en reviews (van reviews). Het zoeken naar geschikte literatuur wordt vergeleken met een trechter: een brede opzet, maar stapsgewijs afgebakend naar een beargumenteerde selectie. Immers, indien er nieuwe elementen in een bepaald zoekgebied en/of categorie met bepaalde zoektermen wordt gevonden, dan zal de zoekopdracht hierop aangepast en verfijnd worden. Kortom: de systematische literatuurstudie kenmerkt zich door een iteratief en verkennend karakter. De gekozen zoekstrategie verschilt fundamenteel met de uitgevoerde literatuurstudie door Minkman (2012), voorafgaand aan de totstandkoming van het OMK. Hierin werden interventies gerelateerd aan de eerder geïntroduceerde kwaliteitsmodellen geanalyseerd aangaande integrale zorg(verlening): de *Malcolm Baldrige Quality Award criteria (MBQA)* en het *EFQM Excellence model (European Foundation for Quality Management)* enerzijds en het *Chronic Care Model (CCM)* anderzijds. Vanwege de verwachting dat een open zoekstrategie actuele wetenschappelijke artikelen oplevert op een geschikter abstractieniveau van integrale zorg(verlening), is er gekozen om een open zoekstrategie te ontwikkelen. Tevens is er een mogelijkheid dat kwaliteitsmodellen aangaande integrale zorg(verlening) een lage generieke waarde omvatten, wat niet passend is bij het generieke karakter van de actualisatie van het OMK.

Validated Integrated Care Search Filter (ICS)

Vanwege de complexiteit en verschillende definities van integrale zorg(verlening) is het een uitdaging om geschikte en relevante literatuur te raadplegen. Hierom heeft de *Integrated Foundation of Integrated Care (IFIC)* door middel van een internationale werkgroep met experts een 'evidence based' zoekfilter ontwikkeld, wat betekent dat de zoekfilter tot stand is gekomen op basis van een passende methodologie in de ontwikkeling, het testen, het valideren en de oplevering van het eindproduct. De *Validated Integrated Care Search Filter (ICS)* heeft als doel om het vinden van wetenschappelijke literatuur aangaande integrale zorg(verlening) te vergemakkelijken. De ICS zoekfilter is in maart 2018 verschenen op de website van IFIC en gebruikt in het uitvoeren van de systematische literatuurstudie via PubMed en Cochrane Library (Wiley) en levert real-time zoekresultaten op. De '*ICS broad*' optie levert een groot aantal artikelen aangaande integrale zorg(verlening), met de mogelijkheid op irrelevante artikelen. De '*ICS narrow*' optie kent een hogere precisie, maar heeft het risico om relevante artikelen niet mee te nemen in de zoekopdracht. In de zoekstrategie is gekozen om via de '*ICS broad*' optie de systematische literatuurstudie uit te voeren, om de kans op missende relevante artikelen te verkleinen. De zoekfilter is officieel

openbaar toegankelijk geworden tijdens de 18^e *International Conference of Integrated Care (ICIC)* van 23 tot 25 mei 2018 in Utrecht.

Validatie zoekstrategie

De gehanteerde zoekstrategie is voorafgaand aan de uitvoering van de systematische literatuurstudie gevalideerd door een expert (tevens de projectleider van de ICS zoekfilter) op het vakgebied van wetenschappelijke integrale zorg(verlening) literatuur. De zoekstrategie, zoektermen, in- en exclusiecriteria zijn voorzien van een kritische reflectie door mw. Suzanne Lewis (SL), bibliothecaris *Central Coast Local Health District (CCLHD)* in Australië. Via digitale communicatie is er meermaals contact geweest over het gebruik van de ICS zoekfilter, bijpassende zoektermen en algemene onderzoekssuggesties. Hieruit voortvloeiend is een tweedelige zoekstroom samengesteld, die allereerst gebruikt is in de PubMed databank. Vervolgens is deze zoekstroom als basis gebruikt voor het gebruik in andere digitale databanken, waar nodig aangepast in het juiste format. In *bijlage 3* zijn alle gebruikte zoekstroken in de digitale databanken weergegeven.

Ter aanvulling op de validatie door een expert zijn twee checklijsten gebruikt ten behoeve van het uitvoeren van een systematische literatuurstudie volgens wetenschappelijke standaarden. De AMSTAR checklijst (*A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews*) (Shea et al. 2017) is allereerst gebruikt ter inspiratie om de zoekstrategie zo volledig mogelijk in te richten, zowel inhoudelijk (zoektermen, in- en exclusiecriteria e.d.) als procesmatig (meerdere beoordelaars, correcte procesbeschrijvingen, gebruikte software e.d.). De PRISMA-P 2015 (*Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analysis Protocols*) (Shamseer et al. 2015) checklijst is overkoepelend gebruikt voor het schrijven van het zoekprotocol voor de systematische literatuurstudie. Hierin worden verschillende items benoemd die wenselijk zijn in het schrijven van het methoden hoofdstuk aangaande een systematische literatuurstudie. Ter inspiratie is eveneens een review van reviews van Briggs et al. (2018) gebruikt.

In- en exclusiecriteria

Voor het in- en excluseren zijn criteria ontwikkeld om de zoekstrategie in overeenstemming te brengen met het doel van het onderzoek. Als wetenschappelijke bron worden allereerst gepubliceerde peer-reviewed artikelen geraadpleegd, met een verschijningsdatum tussen april 2008 en april 2018. De systematische literatuurstudie is uitgevoerd in medio april 2018. Er is geen grijze literatuur geraadpleegd. De volledige tekst van de artikelen dient beschikbaar te zijn in het Engels of Nederlands. Een overzicht van de gehanteerde in- en exclusiecriteria is weergegeven in *figuur 11*. In verschillende elektronische databanken (PubMed en Cochrane Library) werden 'MeSH' zoektermen gebruikt (eveneens Nederlandse

vertalingen hiervan): *'integrated care'*, *'shared care'*, *'coordinated care'*, *'disease management'* en *'(quality) model'*. Indien wenselijk werden de vooraf opgestelde zoektermen tijdens de systematische literatuurstudie aangevuld. Het zoekproces kenmerkte zich door een iteratief en verkennend karakter, omdat integrale zorg(verlening) verschillende domeinen omvat, meerdere facetten en concepten impliceert en dit niet altijd helder geïndexeerd of gedefinieerd is in bibliografische databanken.

Figuur 11: gebruikte in- en exclusiecriteria in onafhankelijke beoordeling door twee personen

Inclusiecriteria:	Exclusiecriteria:
Indien <i>'elements of integrated care'</i> in titel en/of abstract voorkomt	Indien het artikel een economische evaluatie van een interventie is
Indien <i>'self-management'</i> i.r.t. <i>'integrated care'</i> in de abstract wordt benoemd	Indien het artikel een verschijningsdatum heeft vóór 2008
Indien <i>'community-based intervention'</i> i.r.t. <i>'integrated care'</i> in abstract wordt benoemd	Indien het artikel primair gericht is op een medisch georiënteerde interventie (bijv. HIV medicatie)
Indien <i>'integrated service delivery'</i> in titel en/of abstract voorkomt	Indien de context van het onderzoek een uitgesproken niet-Westers land is (bijv. Saudi-Arabië)
Indien een kwaliteitsmodel aangaande <i>'integrated care'</i> in titel en/of abstract voorkomt (bijv. Chronic Care Model (CCM))	
Indien artikel is verschenen tussen 2008 en april 2018	
Indien artikel in het Engels of Nederlands is geschreven	
Indien de volledige tekst beschikbaar is	
Indien verband <i>'integrated care'</i> en <i>'community care'</i> in titel voorkomt	

Er is gekozen om in de digitale databanken meerdere combinaties te maken met (gedeelten van) zoekstroken, voortvloeiend uit de ICS zoekfilter. Ten behoeve van het vinden van artikelen waarin elementen van integrale zorg(verlening) worden benoemd, is er tijdens het zoeken in de databanken door middel van *trial and error* gewerkt. De gehanteerde zoektermen samen – ook wel 'strings' genoemd – zijn opgenomen in *bijlage 3* en gebruikt in de PubMed en Cochrane Library (Wiley) databank. Het gebruik van twee elektronische databanken is bewust gekozen vanwege het voldoende wetenschappelijke bereik. Immers, PubMed is een zorggerelateerde databank waarin een groot aantal peer-reviewed artikelen zijn opgenomen, ontwikkelt door de *National Library of Medicine (US)*. Cochrane Library (Wiley) is eveneens een breed geaccepteerde databank, waarin onder andere systematische reviews vindbaar zijn. Naast de genoemde databanken wordt er handmatig gezocht naar relevante artikelen in referentielijsten via de sneeuwbalmethodiek. Praktisch zijn veelvoorkomende referenties waarnaar wordt verwezen in de geïnccludeerde artikelen bijgehouden in een Excel bestand, waarna deze beoordeeld zijn op geschiktheid.

In de *'ICS broad'* filter zijn keuzes gemaakt in de afbakening van de zoekstrategie. Als *'integrated care settings'* is gekozen om literatuur te selecteren aangaande *'community health care'* en *'comorbidity and multimorbidity'*, gezien de toenemende populatie van ouderen met comorbiditeit. Qua populatie (*'specific integrated care populations'*) zijn *'chronic disease'* en *'frail elderly'* geselecteerd, vanwege het toenemende aantal chronisch zieken (onder andere bij kwetsbare ouderen). Vanuit geografisch perspectief (*'integrated care by geography'*) is er niet specifiek gekozen om artikelen in West-Europa als uitgangspunt te nemen in de ICS zoekfilter. Echter, in de analyse van de artikelen (paragraaf §5.5.1) is er wel gekeken naar de context van het uitgevoerde onderzoek. Qua ziektebeelden (bijvoorbeeld dementie, COPD, NAH en diabetes) is er – gezien het generieke karakter van het onderzoek naar (nieuwe) elementen van integrale zorg(verlening) – geen criteria ontwikkeld. In de in- en exclusiecriteria is hier wel rekening mee gehouden, met de reden om geen relevante artikelen bij voorbaat te missen in de zoekresultaten.

Een heldere afbakening van de systematische literatuurstudie is noodzakelijk gezien de veelvoud aan verschenen literatuur aangaande integrale zorg(verlening). Vanwege de beargumenteerde afbakening zijn er risico's voor de generaliseerbaarheid. Er is getracht om de zoekstrategie zo gedetailleerd mogelijk weer te geven, zodat herhaling van de systematische literatuurstudie mogelijk is ten behoeve van de interne en externe validiteit. Samenvattend vloeien de gemaakte keuzen en hieruit geformuleerde in- en exclusiecriteria in het afbakenen van de zoekstrategie voort uit de geïntroduceerde ontwikkelingen in de inleiding. De ontwikkelingen vinden plaats in de Nederlandse context, waardoor het cruciaal is dat de zoekstrategie hierop passend is. Kortom: de in- en exclusiecriteria zijn in overeenstemming met de doelstelling van het onderzoek. In paragraaf §4.5 wordt er nader ingegaan op de analysemethoden van de systematische literatuurstudie.

§5.3.2 Expertraadpleging ter validatie

Na het uitvoeren van de systematische literatuurstudie aangaande elementen van integrale zorg(verlening), is het wenselijk om de verkregen theoretische inzichten te valideren bij experts. Het valideren heeft als doel om kritisch de elementen van integrale zorg(verlening) te analyseren op geschiktheid. Tevens heeft het voorleggen van de elementen als doel om een geschikte omschrijving in woordgebruik vast te stellen. Als expert wordt een individu omschreven die zich intensief bezig houdt met het vakgebied aangaande integrale zorg(verlening), al dan niet door ruime praktijkervaring of wetenschappelijk verricht onderzoek. De expertgroep wordt er op een systematische manier ingericht, om vervolgens in een bijeenkomst met professionals uit de praktijk met verschillende achtergronden en ervaring de geformuleerde elementen voor te leggen. Er is gekozen om experts te benaderen die in sterke mate bekend zijn met het OMK en/of in de ontwikkeling van het

OMK een (inhoudelijke) bijdrage hebben geleverd. Voorafgaand aan de bijeenkomst met experts wordt per digitale communicatie een informatiemail opgesteld met de huidige 89 elementen van het OMK, om het verschil in kennisniveau met betrekking tot het OMK te verkleinen. In *figuur 12* is een overzicht weergegeven van de deelnemende experts.

Figuur 12: overzicht van de geraadpleegde experts aangaande het OMK

Expert (initialen)	Functie/werkgever
Nick Zonneveld (NZ)	Senior adviseur Lokaal Organiseren (LO) bij Vilans
Prof. dr. Robbert Huijsman (RH)	Bijzonder hoogleraar Management en Organisatie van Ouderenzorg aan de Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM) en programmaleider Dementiezorg voor elkaar bij Vilans
Dr. Marjolein Herps (MH)	Senior adviseur Persoonsgerichte zorg (PZ) bij Vilans
Prof. dr. Mirella Minkman (MM)	Hoogleraar Organisatie en Bestuur van Langdurende Integrale Zorg aan de TIAS Tilburg University en directeur Innovatie & Onderzoek (I&O) bij Vilans

Er is bewust gekozen om de groep experts kleinschalig te houden, zodat er intensief gediscussieerd kan worden over de actualisering van het OMK. Tijdens de bijeenkomst worden de gevonden elementen systematisch voorgelegd aan de experts via een format, zoals toegevoegd als *bijlage 5*, waarin stellingen als uitgangspunt dienen voor de gestructureerde discussie. Naast de beoordeling van mogelijke nieuwe elementen wordt er ruimte ingebouwd in de bijeenkomst om de experts suggesties te laten doen over elementen en/of thema's die geheel verwijderd of toegevoegd kunnen worden. Kortom: de analyse vanuit de systematische literatuur wordt voorgelegd aan de experts. Een eerste procesopzet van de bijeenkomst waarin de experts aanwezig zijn is in *figuur 13* weergegeven. Naast de expertgroep is een aparte afspraak belegd met prof. dr. Mirella Minkman (MM) waarbij de voorlopige resultaten zijn voorgelegd.

Figuur 13: tijdsindeling van de expertmeeting op donderdag 14 juni 2018

Tijdstip	Activiteit
14:00 – 14:15	Welkomstwoord, met nadere uitleg van het doel, de analysestappen die zijn uitgevoerd en de procedure van de expertmeeting.
14:15 – 15:15	Voorleggen van de stellingen met gevonden clusters/thema's/elementen van integrale zorg(verlening): waarom eens/oneens? Heldere formulering wel/niet?
15:15 – 15:30	Afsluitende wrap-up: wat zijn mogelijke verbeterpunten voor het huidige OMK? Dankwoord, korte reflectie en feedback op de procedure en geleerde lessen.

§5.3.3 Pilot met professionals uit verschillende domeinen

In navolging op de validatie door experts is het wenselijk om een pilot met professionals uit verschillende domeinen uit te voeren, met als doel om de onderscheidenheid, formulering en bruikbaarheid van de nieuw gevonden elementen van integrale zorg(verlening) te toetsen vanuit een ander perspectief dan de experts. In *figuur 14* is zijn de deelnemende

professionals toegevoegd. Als criteria in het selecteren van professionals is werkervaring, relevantie aangaande integrale zorg(verlening) en (ondanks mogelijke specialistische expertise) een brede view op integrale zorg(verlening) in overweging genomen. Vanwege de eerder geïntroduceerde ontwikkelingen is vertegenwoordiging wenselijk vanuit zowel het gemeentelijke als het zorginhoudelijke domein.

Figuur 14: overzicht van de deelnemers voor de pilot met professionals op donderdag 12 juli 2018

Deelnemer (initialen)	Functie/werkgever
Jan Lam (JL)	<i>Ketenregisseur Regionaal Overleg Dementiezorg (ROD) Midden-Brabant</i>
Maarten Simons (MS)	<i>Senior Adviseur bij Stimulansz</i>
Nel Hofman (NH)	<i>Coördinator autisminenetwerk</i>
Lilian Frijters (LF)	<i>Dementieverpleegkundige/casemanager (V&VN)</i>
Nick Zonneveld (NZ)	<i>Senior adviseur Lokaal Organiseren (LO) bij Vilans</i>

In *figuur 15* is een overzicht weergegeven van het procesverloop van de bijeenkomst met professionals. Tijdens een georganiseerde bijeenkomst bij Vilans zullen de volgende vragen aan bod komen: zijn de nieuwe elementen aangaande integrale zorg(verlening) herkenbaar? Is de formulering begrijpelijk en praktisch relevant? Vanwege de eerdere validatie door de experts aangaande integrale zorg(verlening), is het ophalen en toetsen van de elementen op bruikbaarheid in de praktijk de centrale doelstelling. Door middel van het interactief voorleggen van de gevonden elementen, door middel van een format zoals toegevoegd in *bijlage 6*, wordt er getracht om tot consensus te komen over de inhoud.

Figuur 15: tijdsindeling van de pilot met professionals op donderdag 12 juli 2018

Tijdstip	Activiteit
14:00 – 14:15	<i>Welkomstwoord, met nadere uitleg van het OMK, het doel en de analysestappen die zijn uitgevoerd en de procedure van de pilot. Het format nader toelichten.</i>
14:15 – 15:15	<i>Voorleggen van de stellingen met gevonden thema's van integrale zorg(verlening) i.r.t. het huidige OMK: waarom eens/oneens? Heldere formulering wel/niet?</i>
15:15 – 15:30	<i>Afsluitende wrap-up: wat zijn mogelijke verbeterpunten voor het huidige OMK? Dankwoord, korte reflectie en feedback op de procedure en geleerde lessen.</i>

Om het verschil in kennisniveau aangaande het huidige OMK onder de professionals te verkleinen werd er voorafgaand aan de bijeenkomst digitaal het volgende toegestuurd: 1) de 89 elementen van integrale zorg(verlening) met betrekking tot het huidige OMK, 2) een wetenschappelijke publicatie waarin het OMK nader wordt uitgelegd en toegepast, om zo de bruikbaarheid te verduidelijken voor de zorg(verlening) en 3) het doel van de georganiseerde bijeenkomst zelf.

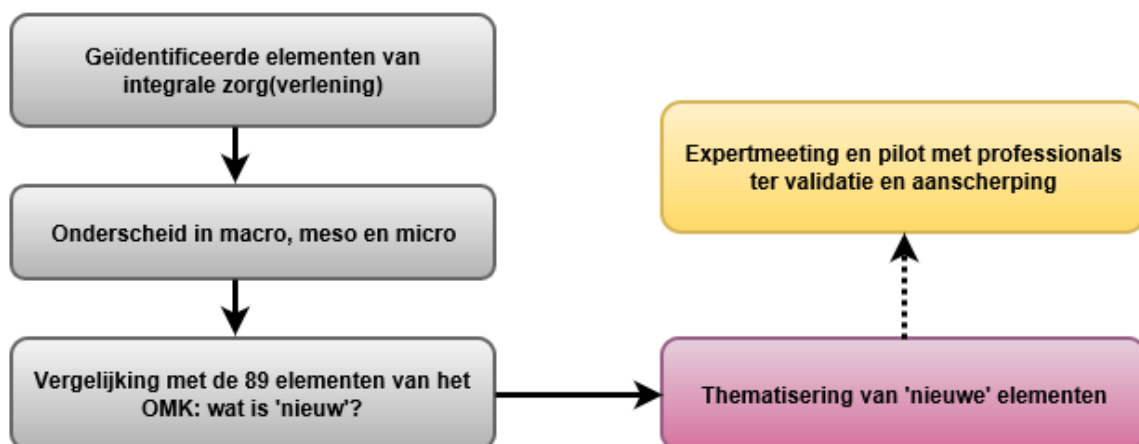
§5.4 Data analyse per fase

Evenals de onderdelen van het onderzoeksdesign, wordt de data analyse per fase gestructureerd uitgevoerd. De data analyse begint bij de systematische literatuurstudie in de eerste fase (§5.4.1) en is de primaire focus van dit onderzoek. Vervolgens wordt de validatie door experts in de tweede fase geanalyseerd en (§5.4.2) en de pilot met professionals uit verschillende domeinen in de derde fase (§5.4.3).

§5.4.1 Systematische literatuurstudie

In deze paragraaf wordt er nader ingegaan op de verschillende analysestappen in de systematische literatuurstudie. Het analyseren van de geïnccludeerde artikelen kenmerkte zich door een iteratief proces, waarbij er gezocht is naar elementen van integrale zorg(verlening). Als digitaal instrument is *Covidence systematic review software* gebruikt, via de website. Hierin is het mogelijk om vanuit verschillende digitale databanken referenties te importeren en vervolgens met meerdere onderzoekers onafhankelijk te scoren. Het beoordelen ('wel', 'niet' of 'misschien' includeren) van de artikelen is in samenwerking met dr. Marjolein Herps (MP) volbracht, tevens onderzoeksbegeleider vanuit Vilans. Na het afzonderlijk beoordelen van de artikelen werden conflicten (artikelen waar twijfel over is om deze wel of niet te includeren) onderling besproken. Na het bereiken van consensus werd er een beslissing genomen over het wel of niet includeren van het artikel, waarbij zoveel mogelijk vermeden is om 'misschien' als optie uit te voeren. Het analyseren van de alle geïnccludeerde artikelen op elementen van integrale zorg(verlening) is uitgevoerd door onderzoeker Oemar van der Woerd (OW). Ter verantwoording van het analyseproces is er een overzicht met analysestappen opgesteld, zoals weergegeven in *figuur 16*.

Figuur 16: overzicht van de stapsgewijze analyse van de geïnccludeerde artikelen



Als centraal hulpmiddel in het analyseproces is een Excel bestand ontwikkeld met diverse tabbladen, opbouwend naar een aantal thema's die vanuit de geanalyseerde artikelen onderscheidend zijn in vergelijking met het huidige OMK. Het eerste tabblad is een lijst met alle geïncludeerde artikelen met bijbehorende karakteristieken (soort artikel, doelstelling, onderzoeksvraag, methoden, aantal deelnemers, jaar van verschijning, publicatiedatum, auteur(s) e.d.). Het tweede tabblad beoordeeld de geïdentificeerde elementen op niveau (macro, meso en micro) en vervolgens of het element onderscheidend is ten opzichte van de 89 huidige elementen van het OMK. In een ander tabblad vindt de analyse plaats in hoeverre de gevonden elementen van integrale zorg(verlening) (voor een gedeelte) nieuw zijn in relatie tot de 89 elementen van integrale zorg(verlening) die onderdeel vormen van het OMK.

§5.4.2 Expertraadpleging ter validatie

De validatiestap met experts dient als kritische feedback op de voorlopige resultaten, voorafgaand aan de pilot met professionals uit verschillende domeinen. Tijdens de bijeenkomst met de experts zijn er digitale notulen gemaakt door Simone Janssen (SJ) in het computerprogramma Microsoft Office 365 Word. SJ is collega stagiair bij Vilans op de afdeling Innovatie & Onderzoek (I&O) en in sterke mate bekend met het OMK. De digitale aantekeningen zijn na afloop van de bijeenkomst verwerkt tot een complete verslaglegging. Ter toevoeging zijn er opnamen gemaakt met een iPhone SE gedurende de bijeenkomst, zodat de verslaglegging achteraf aangevuld kon worden met ontbrekende citaten en/of opmerkingen tijdens de gestructureerde discussie. Naast een begeleidende presentatie, waarin het doel en de procedure waren verwerkt, was een schriftelijk format als leidraad gebruikt in het behandelen van de voorlopige resultaten, zoals toegevoegd als *bijlage 5*. In dit format werden de voorlopige resultaten op elementniveau voorgelegd als stelling, waarbij de experts deze stellingen systematisch konden beantwoorden met 'eens' of 'oneens'. Tevens dienden de experts elke keuze nader toe te lichten en was er ruimte om opmerkingen toe te voegen (bijvoorbeeld of elementen in het huidige OMK raakten en/of betrekken hadden met een nieuw gevonden element). Een dergelijke systematische aanpak had als doel om achteraf de inbreng van de experts te verwerken in de analyse.

De bevindingen en ervaringen vanuit de bijeenkomst met experts zijn voorgelegd aan prof. dr. Mirella Minkman (MM), vanwege haar sterke verbondenheid met de totstandkoming van het OMK. Er is een aparte afspraak met haar ingepland, omdat zij niet in de gelegenheid was om dinsdag 14 juni 2018 aanwezig te zijn. Haar feedback kwam in sterke mate overeen met de feedback van de overige experts tijdens de bijeenkomst: het nader thematiseren van nieuwe dimensies aangaande het OMK en het vervolgens waar mogelijk praktisch te vertalen naar concrete activiteiten van integrale zorg(verlening), zodat deze systematisch voorgelegd kunnen worden tijdens de pilot met professionals uit verschillende domeinen.

Kortom: de bijeenkomst met experts is gebruikt om de nieuw geïdentificeerde elementen en thema's uit de literatuur te bediscussiëren op onderscheidenheid in relatie tot het OMK.

§5.4.3 Pilot met professionals uit verschillende domeinen

De pilot met professionals werkzaam in verschillende domeinen dient als laatste stap in het onderzoek om de gevonden resultaten te toetsen door professionals die in sterke mate bekend zijn met integrale zorg(verlening). Immers, het is van belang om wetenschappelijke inzichten met de praktijk in verbinding te brengen (Putters 2017: 45). Het analyseproces is vergelijkbaar met de benoemde stappen zoals weergegeven in §5.4.2. De pilot met professionals vindt eveneens plaats tijdens een georganiseerde bijeenkomst bij Vilans. Evenals bij de bijeenkomst met experts zijn er aantekeningen gemaakt, om vervolgens een complete verslaglegging te realiseren. Ter verrijking wordt de bijeenkomst eveneens opgenomen met een iPhone SE, om vervolgens citaten en bevindingen nader te analyseren door middel van het coderen van de uitspraken. Een format, toegevoegd als *bijlage 6*, is tijdens de bijeenkomst gebruikt om de discussie gestructureerd te laten verlopen. Een onderdeel van de feedback van prof. dr. Mirella Minkman (MM) was een eerste ruwe opzet van het format, waarbij een concrete activiteit van integrale zorg(verlening), voortvloeiend uit de resultaten en in het Nederlands opgeschreven beoordeeld kan worden op geschiktheid. Tijdens de pilot was er eveneens ruimte om in een gestructureerd discussie nader stil te staan bij het concept integrale zorg(verlening) in een veranderende samenleving.

§5.5 Kwaliteitsborging

Om de voortgang van het onderzoek te waarborgen, is er zowel vooraf als tijdens het onderzoek een digitaal document met ruwe data, gedachten en theoretische en empirische verbindingen bijgehouden, om de betrouwbaarheid van het onderzoek te stimuleren (Swanborn 2012: 232). Zoals in *figuur 10* zichtbaar is zijn er in de laatste fase van het onderzoek suggesties benoemd voor de actualisatie van het OMK. Deze suggesties voor het OMK dienen een generiek doel, namelijk het bruikbaar houden van het OMK in de huidige praktijk. Immers, het generiek benoemen van implicaties stimuleert de generaliseerbaarheid en externe validiteit (Swanborn 2010: 243). Hoewel het aannemelijk is dat de bevindingen van de pilot met professionals uit verschillende domeinen niet van toepassing is voor andere professionals werkzaam in dezelfde domeinen, dient de bijeenkomst als een eerste stap om tot een theoretisch fundament te komen wat in beperkte mate getoetst en gevalideerd is door professionals.

Het onderzoek is uitgevoerd als stagiair op de afdeling Innovatie & Onderzoek (I&O) van Vilans, het kenniscentrum in Nederland voor de langdurige ouderenzorg. Vilans houdt zich onder andere bezig met integrale zorg(verlening) op verschillende niveaus (te denken

valt aan landelijke initiatieven, ketens en op wijkniveau). Vanuit Vilans heeft dr. Marjolein Herps (MH) met haar expertise intensief meegedacht in het onderzoekstraject. Tijdens het onderzoeksproces is tevens intensief opgetrokken met Simone Janssen (SJ) en Elize van Wijk (EW), eveneens werkzaam als stagiair voor de afdeling Innovatie & Onderzoek (I&O). Gedurende het onderzoeksproces is er wekelijks in teamoverleg gediscussieerd en (inhoudelijke en procesmatige) feedback op elkaars onderzoeken gegeven, ten gunste van zowel de interne als externe betrouwbaarheid. Door middel van drie feedbacksessies met professionals dr. Marjolein Herps (MH) , Nick Zonneveld (NZ) en prof. dr. Mirella Minkman (MM), in een tijdspanne van een half jaar, werd er inhoudelijk feedback gegeven op gemaakte keuze(s). Deze feedbacksessies dienden tevens als streefdatum voor het afronden van gedeelten uit het onderzoek, zoals het onderzoeksopzet.

Hoofdstuk 6. Resultaten (deel A): onderscheidende thema's

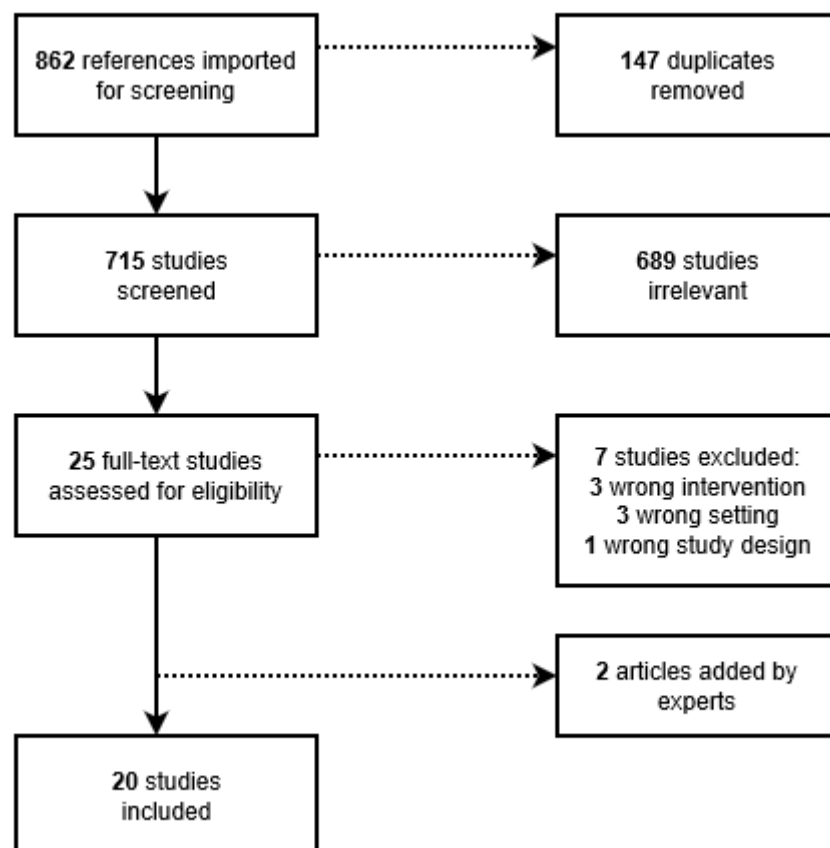
§6.1 Inleiding

In het eerste gedeelte (deel A) van de resultaten, worden de uitkomsten die voortvloeien vanuit de systematische literatuurstudie gepresenteerd en toegelicht. Allereerst worden de geïncorporeerde artikelen behandeld als fundament voor de verdere analyse van de onderscheidende thema's en elementen van integrale zorg(verlening) (§6.2). Tot slot worden de onderscheidende thema's en de hieruit voortvloeiende elementen geïntroduceerd (§6.3).

§6.2 Geïncorporeerde artikelen

Vanuit de systematische literatuurstudie zijn twintig artikelen op basis van de gehanteerde in- en exclusiecriteria geïncorporeerd en vervolgens stapsgewijs geanalyseerd. Een *prisma flow diagram* van de gehanteerde zoekstrategie is weergegeven in *figuur 17*, waarbij met behulp van Covidence software de 715 artikelen onafhankelijk door OW en MH zijn beoordeeld.

Figuur 17: de *prisma flow diagram*, gebaseerd op de uitgevoerde beoordelingen in Covidence



Zoals weergegeven in *figuur 17* zijn 25 artikelen volledig gescreend op relevantie, alvorens er zeven artikelen zijn geëxcludeerd. Drie artikelen (Makai et al. 2014; Ose et al. 2009;

Velásquez et al. 2011) zijn vanwege de te sterke focus op een bepaalde interventie, in tegenstelling tot integrale zorg(verlening), geëxcludeerd. Eveneens drie artikelen (Lezovic 2009; Markle-Reid et al. 2018; Van Steenberg-Weijnenburg et al. 2015) zijn niet meegenomen in de verdere analyse vanwege de context waarin het onderzoek is uitgevoerd. Als voorbeeld is in het artikel van Van Steenberg-Weijnenburg et al. (2015) het ziekenhuis als centrale context van toepassing, waarbij beoordeeld is dat het artikel niet voldoet aan de in- en exclusiecriteria. Tot slot is het artikel van Muntinga et al. (2012) niet meegenomen in de analyse, omdat het een studieprotocol is waarbij het daadwerkelijke onderzoek nog uitgevoerd dient te worden. De artikelen van Van Duijn et al. (2018) en Briggs et al. (2018) zijn door twee experts aangereikt en als voldoende relevant beoordeeld op basis van de in- en exclusiecriteria en vervolgens geanalyseerd. Een overzicht van de twintig geïncludeerde artikelen met karakteristieken (auteur, jaar van publicatie, onderzoeksland, studietype en doelgroep) is weergegeven in *figuur 18*.

Figuur 18: overzicht van de geïncludeerde artikelen met bijbehorende kernkarakteristieken

#	Auteur	Onderzoeksland	Studietype	Doelgroep
1	Leijten et al. (2018)	Nederland	Review	Ouderen met multimorbiditeit
2	Bunn et al. (2018)	Verenigd Koninkrijk	Kwalitatief	Mensen met het ziektebeeld dementie
3	Jauregui et al. (2018)	Baskenland	Kwalitatief	Mensen met multimorbiditeit
4	Gustafsson et al. (2013)	Zweden	Kwalitatief	Ouderen met multimorbiditeit
5	Hjelm et al. (2015a)	Zweden	Kwalitatief	Ouderen met multimorbiditeit
6	Briggs et al. (2018)	Zwitserland	Review of reviews	Ouderenpopulaties
7	Hjelm et al. (2015b)	Zweden	Kwalitatief	Ouderen (75+) met multimorbiditeit
8	Jonker et al. (2015)	Nederland	RCT	Ouderen met een kwetsbare gezondheid
9	Knowles et al. (2013)	Verenigd Koninkrijk	Kwalitatief	Professionals en verpleegkundigen
10	Van Duijn et al. (2018)	Nederland	Review	Kwetsbare mensen
11	Lee et al. (2015)	Canada	Mix-methods	Ouderen met een chronische ziekte
12	De Bruin et al. (2013)	Nederland	Observationele studie	Patiënten met het ziektebeeld diabetes
13	Li & McLaughlin (2012)	Amerika	Kwantitatief	Ouderen met langdurige zorg(verlening)
14	Lo et al. (2016)	Australië	Kwalitatief	Huisartsen en tertiaire zorgprofessionals
15	Bunn et al. (2014)	Verenigd Koninkrijk	Scoping review	Mensen met dementie
16	Muntinga et al. (2015)	Nederland	Kwantitatief	Kwetsbare ouderen in de eerstelijnszorg(verlening)
17	Oliver (2012)	Verenigd Koninkrijk	Editorial	Ouderenpopulaties
18	Oni et al. (2014)	Zuid-Afrika	Manuscript	Mensen met multimorbiditeit
19	Reeve et al. (2013)	Verenigd Koninkrijk	Debate	Mensen met chronische ziekten
20	Struckmann et al. (2018)	Duitsland	Scoping review	Mensen met multimorbiditeit

Van de geïncludeerde artikelen zijn de meeste afkomstig uit Nederland (5) en het Verenigd Koninkrijk (5), gevolgd door Zweden (3) en een aantal overige landen: Canada (1), Australië (1), Duitsland (1), Zuid-Afrika (1), Amerika (1), Zwitserland (1) en Baskenland (1). Het meest gebruikte studietype is kwalitatief van aard, waarbij vooral de review artikelen concreet

ingaan op elementen van integrale zorg(verlening). In *bijlage 4* is een uitvoerige beschrijving per artikel toegevoegd. Een overzicht van de geïncludeerde artikelen met het aantal geïdentificeerde elementen van integrale zorg(verlening) en een beknopte beschrijving is in *figuur 19* weergegeven.

Figuur 19: overzicht van de artikelen met een beknopte beschrijving van de gevonden elementen

#	Auteur (publicatiejaar)	Aantal elementen	Beknopte beschrijving elementen
1	Leijten et al. (2018)	79	Elementen van integrale zorg(verlening) worden gepresenteerd op macro, meso en microniveau en zijn opgedeeld op basis van de zes WHO componenten: <i>service delivery, leadership & governance, workforce, financing, technologies & medical products and information en research</i> .
2	Bunn et al. (2018)	17	Oproep om verschillende domeinen met elkaar te verbinden, waarbij mensen met dementie en naasten centraal worden gesteld in de samenwerking rondom de zorg(verlening).
3	Jauregui et al. (2018)	54	Elementen om het proces van integratie te stimuleren zijn o.a. communicatie met patiënten, samenwerking op teamniveau, coördinatie met medisch specialisten en de ontwikkeling van een fysieke plaats als centraal punt in het integratieproces.
4	Gustafsson et al. (2013)	2	Focus op casemanagement (CM), waarbij de samenwerking tussen de casemanager en andere professionals en een heldere omschrijving van de rollen en taken van de casemanager als belangrijke elementen worden omschreven.
5	Hjelm et al. (2015a)	4	Focus op casemanagement (CM), waarbij CM als doel integrale zorg(verlening) dient na te streven, waarbij familieleden (actief) betrokken dienen te worden.
6	Briggs et al. (2018)	16	Elementen van integrale zorg(verlening) omvatten integrale zorgplannen, gezamenlijke besluitvorming en doelbepaling, self-management, multidisciplinaire teams, systemen om informatie met elkaar te delen, een gezamenlijk zorgplan, stimulerend leiderschap en een vooraf uitgevoerde holistische beoordeling.
7	Hjelm et al. (2015b)	1	Focus op casemanagement (CM), waarbij het belang wordt benoemd om een vertrouwensrelatie tussen ouderen en casemanagers te stimuleren ten behoeve van de zorg(verlening).
8	Jonker et al. (2015)	1	Het belang om self-management programma's op te zetten voor ouderen.
9	Knowles et al. (2013)	2	Het belang om interprofessionele samenwerking aan te gaan om de zorg voor patiënten met chronische ziekten te bevorderen. De eerstelijnszorg wordt als cruciaal omschreven om integrale (geestelijke) zorgverlening vorm te geven.
10	Van Duijn et al. (2018)	2	Het belang voor goed leiderschap en de noodzaak om op organisationeel niveau integrale zorg(verlening) vorm te geven. De negen clusters van het OMK worden hierbij gebruikt.
11	Lee et al. (2015)	13	Elementen van integrale zorg(verlening) worden benoemd, zoals o.a. het gebruik van evidence-based richtlijnen, protocollen voor de integratie van best-practice richtlijnen, coördinatie van diensten van verschillende organisaties, gebruik makend van CM, self-management strategieën, follow-up voor patiënten, samenwerking tussen zorgverleners in de eerstelijnszorg en voldoende bronnen (financiering, training en personeel).
12	De Bruin et al. (2013)	2	Het monitoren van de kwaliteit van de zorg(verlening) waarbij de ervaringen van de patiënten worden meegenomen en de generalistische en centrale rol van de huisarts worden als belangrijke onderdelen van zorg(verlening) omschreven.
13	Li & McLaughlin (2012)	2	Het belang om als zorgverlener bewust te zijn van de

			verantwoordelijke en motiverende rol ten opzichte van de zorgontvanger.
14	Lo et al. (2016)	4	Het belang om self-management bij patiënten te stimuleren, de toegang tot specialistische zorg, coördinatie van zorg en een preventieve aanpak worden als kernfactoren omschreven die zorgverlening beïnvloeden en om verbetering vragen.
15	Bunn et al. (2014)	2	Er is een gebrek aan continuïteit en structuur voor mensen met dementie en comorbiditeit in de zorgverlening, waarbij er weinig integratie is tussen de communicatie tussen verschillende teams en specialismen. Er zijn modellen nodig gericht op multimorbiditeit en de rol van naasten.
16	Muntinga et al. (2015)	5	Op verschillende niveaus worden kernelementen genoemd: kwaliteitsmanagement en scholing (professioneel niveau), een geriatrische beoordeling en zorgplan (patiëntniveau) en multidisciplinaire team consultaties en netwerkbijeenkomsten (organisatieel niveau).
17	Oliver (2012)	7	Verschillende uitdagingen worden op macro, meso en microniveau genoemd, waarbij kernelementen o.a. zorgplannen, casemanagement (CM), huisbezoeken en de rol van de huisarts als cruciaal worden omschreven.
18	Oni et al. (2014)	7	In het kader van het WHO ICCC raamwerk worden verbeterpunten benoemd, waarbij integrale generalistische zorg(verlening) als cruciaal wordt omschreven, waarbij gestandaardiseerde informatiesystemen en indicatoren (eveneens geschikt voor multimorbiditeit) relevant zijn.
19	Reeve et al. (2013)	2	Het belang om klinische governance (e.g. het houden aan protocollen) nader te bestuderen in relatie tot zorguitkomsten voor patiënten. Het belang voor onderstreept voor integrale zorgmodellen waarbij de behoeften van de person centraal staan.
20	Struckmann et al. (2018)	26	Elementen van integrale zorg(verlening) zijn geclusterd volgens de WHO 'health system building blocks', waarbij de elementen persoonsgerichte zorg, een holistische beoordeling van de behoeften van de persoon, integratie en coördinatie van diensten en professionals, samenwerking en self-management als belangrijk worden omschreven.

Uit de beknopte beschrijving van de gevonden elementen in *figuur 19* blijkt dat de geïnccludeerde artikelen vooral elementen benoemen op mesoniveau (145), gevolgd door het microniveau (87) en macroniveau (16). Het macroniveau richt zich op het meest abstracte niveau, zoals aanpassingen in beleidsvorming en wet- en regelgeving. Het mesoniveau richt zich op het organisationele niveau, terwijl het microniveau focust op elementen met een directe betrokkenheid en/of invloed op de cliënt. Het aanbrengen van het onderscheid is geïnspireerd op het gehanteerde taxonomie in het *Rainbow Model for Integrated Care* (Valentijn 2015), waar in hoofdstuk drie naar is gerefereerd in de verkenning van relevante modellen aangaande integrale zorg(verlening). Na het in kaart brengen van de karakteristieken van de geïnccludeerde artikelen en op welk niveau (macro, meso en micro) dergelijke elementen zich manifesteren, is het mogelijk om een vergelijking te maken welke elementen gethematiseerd kunnen worden als onderscheidend in relatie tot het OMK (§6.3).

§6.3 Onderscheidende thema's en elementen

Voortvloeiend uit de systematische literatuurstudie zijn er vijf onderscheidende thema's vastgesteld ten opzichte van het huidige OMK, zoals weergegeven in *figuur 20*. In de uiteenzetting van de resultaten worden allereerst deze thema's geïntroduceerd, waarna concrete elementen/activiteiten van integrale zorg(verlening) worden omschreven. De formulering van deze elementen/activiteiten is gebaseerd op de (soms meerdere) geïncorporeerde artikelen en verwerkt in de uitgevoerde analyse in het Excel document.

Figuur 20: overzicht van de onderscheidende thema's in relatie tot het huidige OMK

#	Onderscheidende thema's	Gebruikte geïncorporeerde artikelen
1	<i>Holistic view of the person</i>	Leijten et al. (2018); Struckmann et al. (2018); Oni et al. (2014); Bunn et al. (2014); Bunn et al. (2017); Jauregui et al. (2016).
2	<i>Composition of (network)partners</i>	Briggs et al. (2018); Struckmann et al. (2018); Oni et al. (2014); Jauregui et al. (2016); Bunn et al. (2017); Leijten et al. (2018); Oliver (2012); Knowles et al. (2013); Lee et al. (2015); De Bruijn et al. (2013).
3	<i>Collaborating with the person and their relatives</i>	Leijten et al. (2018); Struckmann et al. (2018); Oliver (2012); Hjelm et al. (2015); Briggs et al. (2018); Jauregui et al. (2016); Bunn et al. (2017).
4	<i>Stimulate the use of eHealth/technology</i>	Bunn et al. (2017); Leijten et al. (2018).
5	<i>Others</i>	Leijten et al. (2018); Struckmann et al. (2018); Reeve et al. (2013); Oni et al. (2014); Hjelm et al. (2015); Jauregui et al. (2016); Lo et al. (2016).

Thema 1: holistic view of the person

Het eerste thema '*holistic view of the person*' omvat een persoonsgerichte benadering van zorg(verlening), voortvloeiend uit de geïncorporeerde artikelen van Leijten et al. (2018), Struckmann et al. (2018) en Jauregui et al. (2016). In *figuur 21* zijn de geformuleerde elementen weergegeven met de gebruikte geïncorporeerde artikelen. Het eerste thema omvat na analyse drie geformuleerde elementen van integrale zorg(verlening).

Figuur 21: overzicht van de geformuleerde elementen als activiteit van integrale zorg(verlening)

#	Geformuleerde elementen	Gebruikte geïncorporeerde artikelen
1	Het uitvoeren van een formele holistische beoordeling van de zorgbehoeften van de persoon om de juiste zorg(verlening) op elkaar af te stemmen.	Leijten et al. (2018); Struckmann et al. (2018).
2	Gebruik maken van persoonsgerichte zorgstandaarden met een generiek karakter, rekening houdend met multimorbiditeit.	Leijten et al. (2018); Jauregui et al. (2016).
3	De individuele voorkeuren van de persoon en naasten in kaart brengen, zoals persoonlijkheid, religie, cultuur, etniciteit, sociaal-financiële positie, scholingsachtergrond en ziekteperceptie.	Leijten et al. (2018); Struckmann et al. (2018); Jauregui et al. (2016).

Het element *'het uitvoeren van een formele holistische beoordeling van de zorgbehoeften van de persoon om de juiste zorg(verlening) op elkaar af te stemmen'* (Leijten et al. 2018; Struckmann et al. 2018) omvat het uitgangspunt om een holistisch perspectief toe te passen in de zorg(verlening) rondom een persoon. Immers, uit de gebruikte bronnen wordt benoemd dat een holistisch perspectief of het leven van een persoon fundamenteel verschilt met het solitair focussen op de ziekte van de persoon (Leijten et al. 2018; Struckmann et al. 2018). Praktisch wordt een holistisch perspectief vertaald in een formele beoordeling (vooraf) van de zorgbehoeften van de persoon (Leijten et al. 2018; Struckmann et al. 2018). Een holistisch perspectief is tevens zichtbaar in de gebruikte termen in de literatuur, zoals 'persoonsgericht' in tegenstelling tot 'cliëntgericht' of 'patiëntgericht'. Immers, bij een persoonsgerichte holistische benadering staan meerdere facetten van het leven centraal en niet alleen het medische domein.

Het element *'gebruik maken van persoonsgerichte zorgstandaarden, rekening houdend met multimorbiditeit'* (Leijten et al. 2018; Jauregui et al. 2016) benoemd een activiteit van integrale zorg(verlening) passend bij een toenemende groep ouderen met multimorbiditeit, zoals eveneens in de inleiding werd benoemd. Hoewel in het huidige OMK element 3.16 ('Toetsen of de zorg overeenstemt met evidencebased richtlijnen of professionele standaarden') raakt aan zorgstandaarden, is het accent gericht op multimorbiditeit en het persoonsgerichte van zorgstandaarden onderscheidend. Het element *'de individuele voorkeuren van de persoon en naasten in kaart brengen, zoals persoonlijkheid, religie, cultuur, etniciteit, sociaal-financiële positie, scholingsachtergrond en ziekteperceptie'* (Jauregui et al. 2016; Struckmann et al. 2018; Leijten et al. 2018) benoemd een activiteit van integrale zorg(verlening) waarbij maatwerk toegepast wordt. Immers, indien de achtergrond van de persoon in kaart is gebracht, dan is de veronderstelling dat de zorg(verlening) hierop afgestemd kan worden. Evenals bij de andere elementen uit het eerste thema omvat het element een persoonsgericht karakter, in tegenstelling tot alleen het in kaart brengen van de medische (hulp)behoefte.

Thema 2: composition of (network)partners

Het tweede onderscheidende thema *'composition of (network)partners'* omvat de samenstelling van verschillende partners in de zorg(verlening) in verschillende domeinen rondom een persoon, op basis van de geïnccludeerde artikelen van Bunn et al. (2017), Briggs et al. (2018), Leijten et al. (2018), Struckmann et al. (2018) en Jauregui et al. (2016). In *figuur 22* zijn de geformuleerde elementen weergegeven met de gebruikte geïnccludeerde artikelen. Het tweede thema omvat na analyse vier concreet geformuleerde elementen.

Figuur 22: overzicht van de geformuleerde elementen als activiteit van integrale zorg(verlening)

#	Geformuleerde elementen	Gebruikte geïncludeerde artikelen
1	Het in kaart brengen welke relatie(s) de persoon in zijn of haar sociale netwerk/directe omgeving heeft.	Struckmann et al. (2018); Leijten et al. (2018).
2	Het actief betrekken van naasten als partners in de samenwerking om de zorg(verlening) van de persoon af te stemmen.	Bunn et al. (2017).
3	Samenhang creëren tussen de zorg(verlening) in verschillende domeinen, waarbij verbinding wordt nagestreefd tussen de persoon, naasten, professionals en organisaties.	Leijten et al. (2018); Briggs et al. (2018); Struckmann et al. (2018).
4	Het ontwikkelen van een gezamenlijk managementplan voor de zorg(verlening) uit verschillende domeinen, in samenspraak met naasten en professionals.	Jauregui et al. (2016); Bunn et al. (2017).

Het element *'het in kaart brengen welke relatie(s) de persoon in zijn of haar sociale netwerk/directe omgeving heeft'* (Struckmann et al. 2018; Leijten et al. 2018) is een praktische stap om vervolgens de naasten daadwerkelijk te kunnen betrekken in de afstemming van de zorg(verlening). Het sociale netwerk (mogelijk in beperkte mate aanwezig) en/of relaties uit de directe omgeving dienen in kaart gebracht te worden, waarbij in een vroeg stadium het belang wordt onderstreept om naasten te betrekken in de zorg(verlening) rondom de persoon. In het huidige OMK zijn er geen vergelijkbare elementen de betrokkenheid van naasten benoemen. Het element *'het actief betrekken van naasten als partners in de samenwerking om de zorg(verlening) van de persoon af te stemmen'* (Bunn et al. 2017) benoemd een activiteit van integrale zorg(verlening) rakend aan de kern van persoonsgerichte zorg(verlening). Immers, om de zorg(verlening) op elkaar af te stemmen dienen de behoeften van de persoon leidend te zijn. De rol van naasten hierin is meermaals als essentieel en onderscheidend benoemd, zo blijkt concreet uit het artikel van Bunn et al. (2017). Hoewel het 'actief betrekken van naasten' op verschillende manieren interpreteerbaar is, geeft het op generieke wijze aan dat in de huidige context naasten op gelijkwaardige voet betrokken dienen te worden.

Het element *'samenhang creëren tussen de zorg(verlening) in verschillende domeinen, waarbij verbinding wordt nagestreefd tussen de persoon, naasten, professionals en organisaties'* (Leijten et al. 2018; Briggs et al. 2018; Struckmann et al. 2018) richt zich op de verschillende actoren die betrokken zijn rondom de persoon. In toenemende mate ontstaan er op buurtniveau sociale wijkteams (of met een vergelijkbare naam) die trachten om samenhang aan te brengen in de zorg(verlening) rondom een persoon. Echter, in het huidige OMK komt een dergelijke organisatievorm en hoe dit zich verhoudt tot integrale zorg(verlening) niet tot nauwelijks terug. Binnen sociale wijkteams is het werken in teamverband essentieel en dient het niet alleen een verzameling te zijn van verschillende disciplines. Hoewel in het huidige OMK meerdere elementen zich richten op het verbinden van verschillende organisaties en/of betrokken deelnemers, is het van belang om de

nadrukkelijker rol van het gemeentelijk domein te benoemen. Tevens wordt benoemd dat ‘nieuwe’ professionals (zoals welzijnsmedewerkers) een nadrukkelijker positie bekleden in de afstemming en samenhang van zorg(verlening) rondom de persoon. Het element *‘het ontwikkelen van een gezamenlijk managementplan voor de zorg(verlening) uit verschillende domeinen, in samenspraak met naasten en professionals’* (Jauregui et al. 2016; Bunn et al. 2017) richt zich op de verbinding tussen enerzijds de behoeften van de persoon en anderzijds de vertaling hiervan in een overzichtelijk zorgplan. In het huidige OMK raakt het element 2.15 (‘Binnen de keten gemeenschappelijke zorgplannen hanteren’) sterk aan het beschreven element hierboven. Echter, het belang om grensoverschrijdende behoeften van personen concreet vorm te geven in een managementplan, waarbij naasten en professionals gezamenlijk input leveren, is dermate onderscheidend om het als een nieuwe activiteit te omschrijven. Kortom: het is van belang dat grensoverschrijdende behoeften van personen – waarbij de zorg(verlening) in verschillende domeinen plaatsvindt – vertaald wordt in concrete activiteiten in het geactualiseerde OMK. De verbinding tussen bijvoorbeeld het zorg- en welzijnsdomein in integrale zorg(verlening) is een veel genoemde ontwikkeling.

Thema 3: collaborating with the person and their relatives

Het derde onderscheidende thema *‘collaborating with the person and their relatives’* omvat de samenwerking met de persoon en zijn of haar naasten, op basis van de geïnccludeerde artikelen van Hjelm et al. (2015a), Struckmann et al. (2018), Leijten et al. (2018) en Jauregui et al. (2016). In *figuur 23* zijn de geformuleerde elementen weergegeven met de gebruikte geïnccludeerde artikelen. Het derde thema omvat drie concreet geformuleerde elementen.

Figuur 23: overzicht van de geformuleerde elementen als activiteit van integrale zorg(verlening)

#	Geformuleerde elementen	Gebruikte geïnccludeerde artikelen
1	De rol van naasten stimuleren door actief in het besluitvormingsproces verantwoordelijkheid te delen.	Leijten et al. (2018); Jauregui et al. (2016); Struckmann et al. (2018).
2	Het in kaart brengen van de beschikbaarheid van naasten om informele zorg(verlening) concreet vorm te geven voor de persoon.	Leijten et al. (2018).
3	De relatie tussen de persoon met naasten en professionals stimuleren door hier proactief initiatieven voor op te zetten.	Leijten et al. (2018); Hjelm et al. (2015a); Struckmann et al. (2018).

Het element *‘de rol van naasten stimuleren door actief in het besluitvormingsproces verantwoordelijkheid te delen’* (Leijten et al. 2018; Jauregui et al. 2016; Struckmann et al. 2018) richt zich specifiek op het actief betrekken van naasten. Een concrete invulling is het delen van verantwoordelijkheid aangaande de gemaakte keuzen in de zorg(verlening). Immers, het delen van verantwoordelijkheid stimuleert een actieve deelname van betrokkenen tot het zorgverleningsproces. In het huidige OMK zijn er geen elementen die expliciet de positie van naasten benoemen om actief deel te nemen. Het element *‘het in*

kaart brengen van de beschikbaarheid van naasten om informele zorg(verlening) concreet vorm te geven voor de persoon' (Leijten et al. 2018) kenmerkt zich als een praktische activiteit om op basis van de beschikbaarheid verdere gezamenlijke stappen in het zorgverleningsproces te nemen. Immers, indien de naasten van een persoon helder in kaart zijn gebracht, is het vervolgens mogelijk om in contact te komen met naasten. Echter, het is van belang dat de persoon hierbij betrokken wordt. Het element *'de relatie tussen de persoon met naasten en professionals stimuleren door hier proactief initiatieven voor op te zetten'* (Leijten et al. 2018; Hjelm et al. 2015; Struckmann et al. 2018) richt zich op het belang voor een prettig werkbare relatie tussen betrokkenen. Immers, indien de zorg(verlening) in overleg met elkaar met naasten tot stand komt en waar mogelijk zelfs verantwoordelijkheid gedeeld wordt, is een werkbare relatie essentieel. Hoewel proactieve initiatieven eveneens op verschillende manieren interpreteerbaar zijn, is het mogelijk om hier op een passende en creatieve wijze invulling aan te geven. Kortom: het belang van vertrouwensrelaties tussen de persoon en andere betrokkenen wordt als belangrijk onderschreven.

Thema 4: stimulate the use of eHealth/technology

Het vierde onderscheidende thema *'stimulate the use of eHealth/technology'* omvat het gebruik van elektronische (zorg)voorzieningen en digitale applicaties ten behoeve van de zorg(verlening) voor de persoon, op basis van de geïnccludeerde artikelen van Bunn et al. (2017) en Leijten et al. (2018). In *figuur 24* zijn de geformuleerde elementen weergegeven met de gebruikte geïnccludeerde artikelen. Het vierde thema omvat na analyse twee concreet geformuleerde elementen.

Figuur 24: overzicht van de geformuleerde elementen als activiteit van integrale zorg(verlening)

#	Geformuleerde elementen	Gebruikte geïnccludeerde artikelen
1	Het actief delen van informatie met naasten van de persoon door middel van digitale applicaties.	Bunn et al. (2017); Leijten et al. (2018).
2	De mogelijkheden stimuleren om personen zo lang mogelijk onafhankelijk thuis te laten wonen, gebruikmakend van gebruiksvriendelijke 'zorg of afstand' technologieën.	Leijten et al. (2018).

Het element *'het actief delen van informatie met naasten van de persoon door middel van digitale applicaties'* (Bunn et al. 2017; Leijten et al. 2018) richt zich specifiek op het delen van informatie met naasten. Hierbij zijn digitale applicaties het middel om informatie te delen en is het gebruik niet zozeer het primaire doel op zich. In het huidige OMK raken de elementen 1.4 ('Methoden inzetten die het eigen vermogen en de zelfregie van een cliënt bevorderen als onderdeel van ketenzorg') en 1.5 ('Digitaal systeem waarbij cliënteninformatie tussen

partners uitgewisseld kan worden’) aan het nieuw geïdentificeerde element. Echter, in de beschrijving van het element wordt er niet specifiek verwezen naar (eHealth) technologieën en/of digitale applicaties. Hoewel het huidige OMK een generiek karakter heeft en de terminologie zo breed mogelijk is gekozen, valt te beargumenteren om – gezien het toenemende belang – eHealth een nadrukkelijker plaats te geven in het geactualiseerde OMK. Het element *‘de mogelijkheden stimuleren om personen zo lang mogelijk onafhankelijk thuis te laten wonen, gebruikmakend van gebruiksvriendelijke ‘zorg of afstand’ technologieën’* (Leijten et al. 2018) geeft hier invulling aan en richt zich op de thuissituatie van personen, waarbij eveneens technologieën als middel dienen en niet zozeer primair als doel. Struckmann et al. (2018: 31) benoemd expliciet dat eHealth de potentie heeft om integrale zorg(verlening) voor personen met multimorbiditeit te verbeteren. Echter, er is tot op heden op wetenschappelijk niveau weinig onderzoek gedaan naar de relatie tussen eHealth en multimorbiditeit (Struckmann et al. 2018: 31). Opvallend is dat het mogelijk maken om langer thuis te blijven wonen in overeenstemming is het ingezette overheidsbeleid in de Nederlandse context, waarnaar is gerefereerd in de inleiding.

Thema 5: others

Het vijfde onderscheidende thema *‘others’* is een restcategorie waarin elementen van integrale zorg(verlening) zijn gethematiseerd die als voldoende onderscheidend worden omschreven, maar niet als individueel thema zijn geformuleerd, op basis van de geïnccludeerde artikelen van Oni et al. (2014), Struckmann et al. (2018), Lo et al. (2016) en Jauregui et al. (2016). In *figuur 25* zijn de geformuleerde elementen weergegeven met de gebruikte geïnccludeerde artikelen. Het vijfde thema omvat na analyse twee concreet geformuleerde elementen.

Figuur 25: overzicht van de geformuleerde elementen als activiteit van integrale zorg(verlening)

#	Geformuleerde elementen	Gebruikte geïnccludeerde artikelen
1	Het proactief uitvoeren van preventieve activiteiten, waarbij de beleving en levensstijl van de persoon centraal staat.	Oni et al. (2014); Struckmann et al. (2018); Lo et al. (2016).
2	Bewustzijn creëren onder professionals voor de verantwoordelijke en motiverende rol in het zorgverleningsproces.	Jauregui et al. (2016).

Het element *‘het proactief uitvoeren van preventieve activiteiten, waarbij de beleving en levensstijl van de persoon centraal staat’* (Oni et al. 2014; Struckmann et al. 2018; Lo et al. 2016) richt zich enerzijds op activiteiten om ziekten en/of medische aandoeningen te voorkomen of niet verder te laten toenemen en anderzijds om een gezonde levensstijl te stimuleren. Immers, tijdens de expertgroep werd er vastgesteld dat de term *‘health promotion’* onderscheidend is in relatie tot het huidige OMK. Hiermee wordt het stimuleren –

meer in algemene zin – bedoeld om een gezonde levensstijl op micro, meso en macro niveau te promoten. In het huidige OMK zijn er geen elementen opgenomen gericht op het positief beïnvloeden van een levensstijl, dan wel hier proactief activiteiten voor te organiseren. Het element *‘bewustzijn creëren onder professionals voor de verantwoordelijke en motiverende rol in het zorgverleningsproces’* (Jauregui et al. 2016) richt zich specifiek op de rol en positie van deelnemende professionals in integrale zorg(verlening). Vanuit het zorgverleningsperspectief valt op te merken dat bewustzijn creëren voor de verantwoordelijke positie van invloed kan zijn op positieve zorguitkomsten voor de hulpbehoevende. Het belang van een coachende rol van de professionals, naast het verlenen van inhoudelijke zorg(verlening), wordt benoemd in Jauregui et al. (2016). Het motiverende aspect van professionals naar hulpbehoevenden wordt eveneens niet benoemd in het huidige OMK.

Hoofdstuk 7. Resultaten (deel B): *synthese van de validatiefasen*

§7.1 Inleiding

Het tweede gedeelte (deel B) van de resultaten behelst de synthese van de uitgevoerde validatiefasen: een expertraadpleging en een pilot met professionals uit verschillende domeinen. De expertraadpleging vond plaats op donderdag 14 juni 2018, waarbij drie experts aanwezig waren die in sterke mate bekend zijn met het OMK: dr. Marjolein Herps (MH), Nick Zonneveld (NZ) en prof. dr. Robbert Huijsman (RH). In een aparte ontmoeting zijn de voorlopige resultaten voorgelegd aan prof. dr. Mirella Minkman (MM). De bijeenkomst met professionals uit verschillende domeinen vond plaats op donderdag 12 juli 2018 te Utrecht waarbij vijf professionals uit verschillende domeinen aanwezig waren: Jan Lam (JL), Lilian Frijters (LF), Maarten Simons (MS), Nel Hofman (NH) en Nick Zonneveld (NZ). Tijdens beide bijeenkomsten was medestagiaire Simone Janssen (SJ) aanwezig voor de verslaglegging.

De bevindingen van de pilot zijn ter validatie gebruikt voor de onderscheidende thema's en elementen van integrale zorg(verlening) voor de actualisatie van het OMK. In dit hoofdstuk worden de bevindingen en opbrengsten van de validatiefasen integraal uiteengezet (§7.2.1), waarna er stilgestaan wordt bij de betekenis voor de actualisatie van het OMK (§7.2.2). Tot slot worden de geleerde kernlessen uiteengezet (§7.3).

§7.2 Bevindingen en opbrengsten

Voor elke bijeenkomst is er als instrument een vooraf opgesteld format gebruikt, zoals weergegeven in *bijlage 5A* en *bijlage 6A*. Een gedetailleerde verslaglegging van beide bijeenkomsten is toegevoegd in *bijlage 5B* en *bijlage 6B*. In deze paragraaf wordt de volgende tweedeling gehanteerd in het onderscheid van bevindingen en opbrengsten aangaande de validatiefasen:

- Algemene bevindingen aangaande de betekenis van integrale zorg(verlening) in en een veranderende samenleving in relatie tot het OMK (§7.2.1).
- Concrete opbrengsten aangaande de onderscheidende thema's en elementen van integrale zorg(verlening) voor de daadwerkelijke actualisatie van het OMK (§7.2.2)

§7.2.1 Bevindingen integrale zorg(verlening) in relatie tot het OMK

Voortvloeiend uit de validatiefasen zijn er vier kernbevindingen te onderscheiden aangaande de betekenis van integrale zorg(verlening) in relatie tot het OMK:

1. De (h)erkenning van de veranderende betekenis van integrale zorg(verlening) in de voorgelegde thema's en elementen in relatie tot het huidige OMK.
2. Het afbakeningsvraagstuk van integrale zorg(verlening), waarbij vier verschillende dilemma's ontstaan voor de actualisatie van het OMK.

3. De mate van overlap door de omvangrijke betekenis van integrale zorg(verlening) tussen elementen en clusters in het huidige OMK.
4. De toepassing van actuele terminologie aangaande integrale zorg(verlening) en de noodzaak tot herformulering van bestaande elementen in het huidige OMK.

1. De (h)erkenning van de veranderende betekenis van integrale zorg(verlening)

Voortvloeiend uit de validatiefasen blijkt allereerst dat de geformuleerde thema's en (onderdelen van) elementen van integrale zorg(verlening) onderscheidend zijn in relatie tot het huidige OMK. Het is van belang om vooraf, op een zo holistisch mogelijke manier en/of methode, de behoeften van de persoon in kaart te brengen. Immers, een ziekte en/of beperking is van invloed op verschillende levensdomeinen van een persoon. Het huidige element 1.8 (*'Aandacht voor complexe cliënten waarbij meerdere (al dan niet met elkaar te maken hebbende) aandoeningen/ziekten of problemen tegelijk spelen inbouwen'*) raakt aan een dergelijke visie. Een nadere invulling van de holistische persoonsgerichte visie is het belang om verschillende relaties van de persoon mee te nemen in de zorg(verlening). Relationele aspecten, zoals een vertrouwensrelatie met een zorgprofessional, zijn van meerwaarde voor de daadwerkelijke zorg(verlening). Echter, een kanttekening is het gevaar dat zorgprofessionals mogelijk snel beamen dat er aan een vertrouwensrelatie wordt gewerkt. Hoe een dergelijke vertrouwensrelatie geoperationaliseerd en gemeten (e.g. welke concrete activiteiten worden ondernomen) wordt is een onontgonnen gebied. Kortom: uit de validatiefasen blijkt dat de veranderende betekenis van integrale zorg(verlening) reflecteert in de onderscheidende thema's en elementen van integrale zorg(verlening).

2. Het afbakeningsvraagstuk van integrale zorg(verlening)

Ten tweede blijkt uit de validatiefasen het opkomende afbakeningsvraagstuk van integrale zorg(verlening). Immers, integrale zorg(verlening) is een breed concept en toepasbaar op verschillende niveaus (macro, meso en micro), zoals eveneens is toegelicht in de theoretische hoofdstukken. De omvattendheid van integrale zorg(verlening) vraagt hierom afbakening voor de actualisatie van het OMK. Het afbakeningsvraagstuk kenmerkt zich door een aantal optredende dilemma's, die individueel uiteengezet worden: 1) systeemwereld vs. leefwereld, 2) impliciet vs. expliciet, 3) wetenschap vs. praktijk en 4) generiek vs. toegespitst.

Systeemwereld vs. leefwereld

Het eerste dilemma omvat een fundamentele keuze aangaande het perspectief in de totstandkoming van het geactualiseerde OMK. Enerzijds is het perspectief vanuit een 'systeembenadering' van invloed op de keuze en formulering van de elementen van integrale zorg(verlening). Anderzijds is het perspectief vanuit een 'leefwereldbenadering' van invloed

op de toevoeging van elementen waarbij de behoeften en voorkeuren van de hulpbehoevende nadrukkelijker leidend zijn. Immers, bij een systeembenadering zijn naasten één van de hulpbronnen voor de zorg(verlening), terwijl de leefwereldbenadering naasten nadrukkelijker als onderdeel omarmt in de daadwerkelijke zorg(verlening). Vanuit een persoonsgerichte visie is het van belang om de persoon en naasten als onderdeel van het zorgproces te zien. Kortom: een dergelijke persoonsgerichte integrale visie is van invloed op de afbakening, formulering en gehanteerde terminologie van elementen van integrale zorg(verlening) in het OMK.

Impliciet vs. expliciet

Het tweede dilemma omvat de vraag welke activiteiten fundamenteel geschaard kunnen worden onder integrale zorg(verlening). Het dilemma komt nadrukkelijk tot uiting in de conceptuele discussie in hoeverre preventieve en innovatieve activiteiten (gericht op het voorkomen van ziekten en het stimuleren van zorginnovaties) binnen de kaders van integrale zorg(verlening) passen. Immers, preventieve en innovatieve activiteiten zouden eveneens als 'nevenactiviteiten' van integrale zorg(verlening) omschreven kunnen worden. Hiermee wordt bedoeld dat (zorg)organisaties in eerste instantie verantwoordelijk zijn om preventie en innovatie van zorg(verlening) te agenderen, vervolgens verder ontwikkelen en tot slot te implementeren in de daadwerkelijke zorg(verlening). Het dilemma komt eveneens naar voren in de rol van mantelzorgers in het zorgverleningsproces: enerzijds impliciet als actief onderdeel of anderzijds expliciet als externe hulpbron voor de zorg(verlening). Kortom: het dilemma in hoeverre activiteiten impliciet dan wel expliciet onderdeel zijn van integrale zorg(verlening) vergt een afbakeningskeuze, met invloed op de invulling van het OMK.

Wetenschap vs. praktijk

Het derde dilemma omvat de afweging om wetenschappelijke ontwikkelingen aangaande integrale zorg(verlening), die mogelijk in de praktijk nog in beperkte mate bekend zijn, af te wegen met praktijkvoorbeelden. Concreet zijn er in de wetenschappelijke literatuur verschuivingen zichtbaar in de samenwerking rondom de zorg(verlening) met andere partners dan zorginstellingen en zorgprofessionals alleen, zoals rondom het thema 'health promotion'. Hierbij wordt er actief gestimuleerd om kennis en vaardigheden te ontwikkelen bij personen om de eigen gezondheidstoestand positief te beïnvloeden. De persoon wordt als het ware toegerust. Echter, hoewel het onderwerp in toenemende mate terugkomt in de wetenschappelijke literatuur, is het de vraag in hoeverre het raakt aan de praktijk van integrale zorg(verlening) in een specifieke context. Kortom: recente ontwikkelingen in de wetenschappelijke literatuur raken aan het afbakeningsvraagstuk van integrale zorg(verlening) en de concrete vertaling hiervan in de actualisatie van het OMK.

Generiek vs. toegespitst

Het vierde dilemma omvat de keuze om het concept integrale zorg(verlening) op een generieke methode te ontlede (waarbij er geen rolspecificaties en ziektebeelden worden benoemd) of toegespitst (waarbij wel rolspecificaties en ziektebeelden worden benoemd). Dergelijke modellen die integraliteit praktisch trachten vorm te geven staan voor de keuze om de scope generiek te houden, dan wel toe te spitsen op bepaalde ziektebeelden en rolspecificaties van (zorg)professionals. Immers, in de Nederlandse context neemt bijvoorbeeld het aantal ouderen met dementie sterk toe en hierom zou de rol van een casemanager nadrukkelijker naar voren komen in de zorg(verlening) rondom een persoon met dementie dan bij andere ziektebeelden. Echter, een kanttekening is dat een te algemene bewoording van een activiteit van integrale zorg(verlening) door (zorg)professionals beaamd zal worden, zonder dat er daadwerkelijk concreet vorm aan wordt gegeven in de praktijk. Kortom: in hoeverre de scope generiek of meer toegespitst wordt ingevuld raakt aan het afbakeningsvraagstuk van integrale zorg(verlening) en vervolgens voor de concrete vertaling hiervan in de actualisatie van het OMK.

3. De mate van overlap door de omvangrijke betekenis van integrale zorg(verlening)

Ten derde blijkt uit de validatiefasen de worsteling met de mate van overlap door de omvangrijke betekenis van integrale zorg(verlening), rakend aan het tweede punt aangaande het afbakeningsvraagstuk. Immers, hieraan ten grondslag ligt het vraagstuk in hoeverre overlap tussen elementen en clusters wenselijk is in het OMK. Concreet zou de optelsom van verschillende elementen in het huidige OMK, zoals de elementen 1.6 (*'Het ontwikkelen van specifieke zorgprogramma's voor subgroepen van cliënten binnen de keten'*), 1.7 (*'Flexibiliteit in het aanpassen van de ketenzorg voor individuele cliënten inbouwen'*) en 1.8 (*'Aandacht voor complexe cliënten waarbij meerdere (al dan niet met elkaar te maken hebbende) aandoeningen/ziekten of problemen tegelijk spelen inbouwen'*) de lading kunnen dekken van een nieuw element, zoals de 'holistische persoonsgerichte benadering'. De onderlinge verwevenheid tussen elementen en clusters maakt aanpassing (al dan niet een toevoeging of verwijdering) complex. Immers, een persoonsgerichte visie komt sterk tot uiting in elementen gericht op de daadwerkelijke zorg(verlening), maar overlapt met elementen van integrale zorg(verlening) waarbij de rol van naasten wordt benoemd als essentieel. Een kanttekening hierbij is dat naast het betrekken van naasten, 'de buurt' of 'de gemeenschap' eveneens voorkomende termen zijn met elk een verschil in betekenis. Hierom raakt het afbakeningsvraagstuk eveneens aan het vraagstuk in hoeverre overlap tussen elementen en clusters wenselijk is.

4. De toepassing van actuele terminologie en waar nodig herformulering

Ten derde blijkt uit de validatiefasen om bij het omvangrijke begrip van integrale zorg(verlening) actuele terminologie te hanteren, passend bij de huidige context. Hierom kan worden afgevraagd in hoeverre herformulering van de 89 bestaande elementen uit het OMK van belang is om de huidige context voldoende te reflecteren in het OMK. Concreet omvat een herformulering een verandering in woordkeuze en zinsopbouw, waarbij het centrale principe de omschrijving als 'activiteit van integrale zorg(verlening) is. Voortvloeiend uit het eerder geïntroduceerde dilemma om rolspecificaties en ziektebeelden wel of niet op te nemen in het OMK, is de gekozen terminologie en zinsopbouw bepalend. Hierbij is het consistent zijn in de (her)formulering van belang. Immers, het benoemen van de rol van mantelzorgers is verschillend in vergelijking met het benoemen van de rol van naasten. Als voorbeeld is het huidige element 1.4 (*'Methoden inzetten die het eigen vermogen en de zelfregie van een cliënt bevorderen als onderdeel van ketenzorg'*) met de woordkeuze 'methode' bewust algemeen geformuleerd. Kortom: de toepassing van actuele terminologie en waar nodig herformulering raakt aan ontwikkelingen in de wetenschap en praktijk en hieruit voortvloeiend de gemaakte keuzen in de afbakening van integrale zorg(verlening).

§7.2.2 Opbrengsten voor de actualisatie van het OMK

Voortvloeiend uit de validatiefasen zijn er concrete opbrengsten te formuleren aangaande de onderscheidende thema's en elementen van integrale zorg(verlening) voor de actualisatie van het OMK. Tijdens de validatiefasen stond de vraag centraal: is het element onderscheidend genoeg om tot het OMK toegevoegd te kunnen worden? Hierbij konden deelnemers 'eens' of 'oneens' omcirkelen en een redenering noteren. In deze paragraaf worden de resultaten per thema, zoals benoemd in deel A van de resultaten, behandeld.

Thema 1: holistic view of the person

Het eerste thema omvat een holistische benadering van de persoon, die verder reikt dan alleen de focus op het medische perspectief. Het eerste geformuleerde element (*'Het uitvoeren van een systematische holistische beoordeling van de zorgbehoeften van de persoon om de juiste zorg(verlening) op elkaar af te stemmen'*) is onderscheidend. Immers, het vooraf inzichtelijk maken wat de zorgbehoefte is helpt in het ontwikkelen van een vertrouwensband tussen betrokkenen. De focus op de leefwereld van de persoon dient centraal te staan. Het element 4.1 in het huidige OMK (*'De behoeften van cliënten systematisch inzichtelijk maken en vastleggen voor de keten'*) raakt aan het hierboven benoemde element, maar dekt niet de gehele lading. Immers, het 'vastleggen voor de keten' kan belemmerend zijn in de samenwerking. Het is waardevol om af te vragen in hoeverre de persoon zélf zijn of haar zorgbehoefte(n) kan formuleren. Het tweede geformuleerde element

(*'Gebruik maken van persoonsgerichte zorgstandaarden rekening houdend met multimorbiditeit'*) is onderscheidend. Het nieuw geformuleerde element raakt sterk aan element 3.16 (*'Toetsen of de zorg overeenstemt met evidence based richtlijnen of professionele standaarden'*) en 1.8 in het huidige OMK (*'Aandacht voor complexe cliënten waarbij meerdere (al dan niet met elkaar te maken hebbende) aandoeningen/ziekten of problemen tegelijk spelen inbouwen'*). Echter, het persoonsgerichte karakter is onderscheidend. Het derde geformuleerde element (*'De leefwereld van de persoon en naasten in kaart brengen, zoals persoonlijkheid, religie, cultuur, etniciteit, sociaal-financiële positie, scholingsachtergrond en ziekteperceptie'*) is eveneens onderscheidend. Hierbij is het van belang dat de genoemde onderdelen van de leefwereld relevant dienen te zijn voor de geformuleerde en/of geïndiceerde hulpvraag. Een mogelijke optie is om het element te vervangen voor het element 4.1 in het huidige OMK (*'De behoeften van cliënten systematisch inzichtelijk maken en vastleggen voor de keten'*). Een kanttekening is dat dergelijke elementen van integrale zorg(verlening) omschreven kunnen worden als enkelvoudige zorg(verlening) en niet specifiek van toepassing voor integrale zorg(verlening) in een keten. Kortom: het afbakeningsvraagstuk staat aan de basis voor gemaakte keuzen op elementniveau.

Thema 2: composition of (network)partners

Het tweede thema omvat de samenstelling van betrokkenen (naasten, organisaties en professionals) uit verschillende domeinen rondom de persoon. Het eerste geformuleerde element (*'Het in kaart brengen welke relatie(s) de persoon in zijn of haar sociale netwerk/directe omgeving heeft'*) is onderscheidend, waarbij er een leemte wordt opgevuld in het huidige OMK. Immers, contextueel is van belang om dergelijke relaties in kaart te brengen om praktisch vorm te geven aan de huidige participatiemaatschappij, zoals in de inleiding is geïntroduceerd. Het element zou bovendien van instrumentele waarde kunnen zijn voor de uitvoering van de werkzaamheden van de wijkverpleegkundige. Het tweede geformuleerde element (*'Het actief betrekken van naasten als partners in de samenwerking om de zorg(verlening) van de persoon af te stemmen'*) is onderscheidend, omdat er momenteel een te grote diversiteit heerst tussen verschillende zorgprofessionals in het betrekken van naasten. Hierom is het wenselijk dat het netwerk rondom (kwetsbare) personen actief wordt ingezet en actief te luisteren naar naasten. Voor de steeds groter worden groep ouderen met dementie is het betrekken van het netwerk rondom de persoon van onschatbare waarde. Immers, zonder het actief betrekken van het netwerk zal bij het ziekteverloop van dementie thuis woonachtig blijven problematisch worden. Het derde geformuleerde element (*'Samenhang creëren tussen de zorg(verlening) in verschillende domeinen, waarbij verbinding wordt nagestreefd tussen de persoon, naasten, professionals*

en organisaties') is onderscheidend, waarbij de verbinding tussen het zorg- en welzijnsdomein van belang is. Echter, het is van belang om 'samenhang creëren' concreet vorm te geven door bijvoorbeeld gezamenlijke besluitvorming te stimuleren tussen de persoon, naasten en professionals. Immers, het in gesprek met elkaar zijn op regelmatige basis schept onderlinge verbindingen. Het vierde geformuleerde element (*'Het ontwikkelen van een gezamenlijk management plan voor de zorg(verlening) uit verschillende domeinen, in samenspraak met naasten en professionals'*) is onderscheidend, omdat hiermee samenspraak tussen de persoon en zijn of haar naasten wordt gefaciliteerd. Immers, een gezamenlijk plan komt alleen tot stand door in contact met elkaar te zijn en tot consensus te komen over het af te leggen zorgverloop.

Thema 3: collaborating with the person and their relatives

Het derde thema omvat de samenwerking tussen de hulpbehoevende en zijn of haar naasten. Het eerste geformuleerde element (*'De rol van naasten (h)erkennen door actief in het besluitvormingsproces verantwoordelijkheid te delen'*) is onderscheidend, vanwege het stimuleren van gezamenlijke besluitvorming in relatie tot het huidige OMK. Echter, een belangrijke kanttekening is het onderscheid tussen activiteiten gericht op enkelvoudige zorg(verlening) en activiteiten gericht op specifieke zorg(verlening) in een keten. Bovendien is het momenteel nog onduidelijk in hoeverre het delen van verantwoordelijkheid daadwerkelijk betere zorguitkomsten teweeg brengt. Het tweede geformuleerde element (*'Het in kaart brengen van de mogelijke inzet van naasten om informele zorg(verlening) concreet vorm te geven voor de persoon'*) is onderscheidend, omdat (kwetsbare) ouderen steeds ouder worden en langer thuis blijven wonen. Hierom is het van belang om expliciet de mogelijke inzet van naasten in kaart te brengen, zodat met alleen professionele zorg(verlening) er geen onveilige situaties ontstaan. Het derde geformuleerde element (*'De relatie tussen de persoon met naasten en professionals ondersteunen door hier proactief initiatieven voor op te zetten'*) is onderscheidend, vanwege het belang om voortdurend de samenwerking te zoeken tussen formele en informele zorg(verlening). Concreet heeft een casemanager voor ouderen met dementie een faciliterende en sturende functie, wat invulling geeft aan het doel van het element.

Thema 4: stimulate the use of eHealth/technology

Het vierde thema omvat het gebruik van digitale (zorg)applicaties. Het eerste geformuleerde element (*'Het actief delen van informatie tussen naasten en de persoon zélf door middel van digitale applicaties'*) is onderscheidend, vanwege het belang om informatie tussen de persoon en zijn of haar naasten te delen. Een dilemma speelt op in hoeverre het huidige element 1.4 (*'Methoden inzetten die het eigen vermogen en de zelfregie van een cliënt*

bevorderen als onderdeel van ketenzorg) invulling geeft aan het bovenstaande element. Echter, het actief delen van informatie met naasten en stimuleren dat de persoon hier zélf vorm aan geeft is onderscheidend. Het tweede geformuleerde element (*‘De mogelijkheden stimuleren om personen zo lang mogelijk thuis te laten wonen, gebruikmakend van gebruiksvriendelijke ‘zorg of afstand’ technologieën*) is onderscheidend, omdat bewustzijn creëren voor relevante digitale applicaties van belang is. Het gebruik van ‘zorg op afstand’ technologieën waarborgen veiligheid (bijvoorbeeld een GPS systeem voor ouderen met dementie), geven (in beperkte mate) vrijheid en stimuleren de kwaliteit van leven voor personen. Echter, het voorgestelde element raakt aan het afbakeningsvraagstuk aangaande de reikwijdte van integrale zorg(verlening). Er kan worden afgevraagd in hoeverre dergelijke technologieën los staan van zorg(verlening) in een keten en het eveneens voor enkelvoudige ondersteuning van toepassing is.

Thema 5: others

Het vijfde thema omvat de restcategorie met onderscheidende elementen die niet specifiek zijn onderverdeeld in thema’s. Het eerste geformuleerde element (*‘Het proactief uitvoeren van preventieve activiteiten, waarbij de leefwereld van de persoon centraal staat in de signalering*) is onderscheidend, vanwege het toenemende belang om in te zetten op het voorkomen van ziekten, in tegenstelling tot het behandelen van ziekten. Tevens omvat het huidige OMK niet tot nauwelijks ervaringsdeskundigheid, waardoor het toevoegen van belevingselementen waardevol is. Eveneens is het afbakeningsvraagstuk relevant voor het containerbegrip ‘preventie’, omdat afgevraagd kan worden in hoeverre het fundamenteel valt onder de betekenis van integrale zorg(verlening). Het tweede geformuleerde element (*‘Bewustzijn creëren onder professionals voor de verantwoordelijke en motiverende rol in het zorgverleningsproces*) is onderscheidend, vanwege de expliciete focus op de rol van professionals in het motiveren van de persoon met een hulpbehoefte. Echter, er is een sterke mate van overlap met de begrippen ‘taken’, ‘verantwoordelijkheden’ en ‘empowerment’ uit het huidige OMK, rakend aan de elementen 8.3 (*‘Benoemen welke ketenpartners van elkaar afhankelijk zijn en op welk vlak*’), 8.5 (*‘Zorgdragen voor commitment van de leidinggevenden van de deelnemende organisaties*’), 8.6 (*‘Het besef stimuleren dat medewerkers deel uit maken van ketenzorg*’) en 8.10 (*‘Activiteiten inzetten gericht op het ontwikkelen van vertrouwen tussen ketenpartners*’).

§7.3 Geleerde kernlessen

Samenvattend zijn uit de validatiefasen een aantal geleerde lessen opgedaan, waarbij de geformuleerde thema’s en concrete elementen in sterke mate onderscheidend zijn. Echter, het is van belang om het gevaar voor overlap tussen de elementen en clusters te voorkomen.

Hierom is het van belang om in de actualisatie van het OMK bewust terminologie te hanteren waarbij de verschillende elementen van integrale zorg(verlening) op elkaar aansluiten. Bewustzijn van het afbakeningsvraagstuk is essentieel, om vaagheid te voorkomen aangaande de concrete invulling van integrale zorg(verlening) in de huidige context. Een generiek model laat weinig tot geen ruimte voor rolspecificaties of ziektebeelden. Concreet is het van belang om de leefwereld van de persoon te laten weerklinken in de actualisatie van het OMK, in tegenstelling tot de systeemwereld, zoals eerder benoemd. Integrale zorg(verlening) is immers niet een doel op zich, maar het middel om persoonsgerichte zorg(verlening) te leveren, waarbij het OMK aangepast dient te worden. Hierbij zijn meerdere disciplines en verschillende partners betrokken, waarbij de eigen regie van de persoon wordt gestimuleerd. Kortom: de actualisatie van het OMK vergt basale keuzen, waarbij de afweging gemaakt dient te worden op elementniveau in hoeverre er sprake is van enkelvoudige ondersteuning of specifieke zorg(verlening) in een keten.

Hoofdstuk 8. Conclusie en discussie: *de actualisatie van het OMK*

§8.1 Inleiding

In dit slothoofdstuk wordt er ingegaan op de beantwoording van de deelvragen (§8.2), alvorens de hoofdvraag beantwoordt wordt (§8.3). Na de analyse van de systematische literatuurstudie, de expertraadpleging en de pilot met professionals uit verschillende domeinen, is het mogelijk om conclusies te trekken aangaande de actualisatie van het OMK. Vervolgens wordt er stilgestaan bij aanbevelingen en suggesties voor vervolgonderzoek (§8.4), waarna zowel methodisch, inhoudelijk als procesmatig wordt gereflecteerd (§8.5).

§8.2 Beantwoording deelvragen

Ter ondersteuning van de hoofdvraag, zijn vooraf zowel theoretische als empirische deelvragen geformuleerd. In de volgende paragrafen (§8.2.1 t/m §8.2.5) wordt er per deelvraag een kernachtig concluderend antwoord geformuleerd.

§8.2.1 De betekenis van integrale zorg(verlening)

De eerste theoretische deelvraag luidt als volgt: *wat houdt integrale zorg(verlening) in?* Uit de systematische literatuurstudie blijkt dat integrale zorg(verlening) verschillend wordt gedefinieerd. Echter, niet alle geïnccludeerde artikelen benoemden een betekenis en/of expliciete definitie van integrale zorg(verlening). Hieraan ligt mogelijk ten grondslag dat de uitgevoerde onderzoeken verschillende doelen beogen, variërend van integrale zorg(verlening) tot een meer specifieke variant als casemanagement (Gustafsson et al. 2013; Hjelm et al. 2015a; Hjelm et al. 2016b). Hoewel uit de wetenschappelijke literatuur de definitie van integrale zorg(verlening), zoals in de inleiding is benoemd, sterk van elkaar verschilt, is de definitie van integrale zorg(verlening) in de 20 geïnccludeerde artikelen gedeeltelijk in overeenstemming met elkaar, zoals blijkt uit de resultaten.

§8.2.2 Thema's en elementen van integrale zorg(verlening)

De tweede theoretische deelvraag luidt als volgt: *welke elementen van integrale zorg(verlening) worden er geïdentificeerd na de analyse van de literatuur?* De eerste analysestap omvatte het onderscheid op macro, meso en microniveau. Uit de beknopte beschrijving van de gevonden elementen in *figuur 19* blijkt dat de geïnccludeerde artikelen vooral elementen benoemen op mesoniveau (145), gevolgd door het microniveau (87) en macroniveau (16). Om de geïdentificeerde elementen overzichtelijk in kaart te brengen is er een onderscheidende thematisering aangebracht. In paragraaf §8.2.5 wordt er nader ingegaan op de thema's en concrete elementen/activiteiten die als onderscheidend worden omschreven in relatie tot het huidige OMK. Vanuit de expertraadpleging werd het belang

meermaals onderstreept dat er een mogelijke overlap tussen elementen en clusters ontstaat in de actualisatie van het OMK, waardoor het van belang is om in de herformulering heldere terminologie te hanteren om de verschillende elementen van integrale zorg(verlening) op elkaar te laten aansluiten en vaagheid te voorkomen. Uit de expertraadpleging bleek eveneens dat bewustzijn voor verschillende niveaus binnen het OMK en een heldere afbakening van integrale zorg(verlening) essentieel is. Er heerste consensus om geen rolspecificaties, specifieke doelgroepen en/of ziektebeelden te benoemen in de actualisatie.

§8.2.3 Nieuwe en/of aanvullende elementen van integrale zorg(verlening)

De volgende deelvraag luidt als volgt: *welke nieuwe en/of aanvullende elementen levert de analyse van de literatuur op voor het OMK?* De volgende vijf thema's zijn onderscheidend in relatie tot het huidige OMK: *holistic view of the person, composition of (network)partners, collaborating with the person and their relatives, stimulate the use of eHealth/technology* en *others* als relevante restcategorie. Voortvloeiend uit de onderscheidende thema's zijn een aantal elementen als nieuw beoordeeld, op basis van de expertraadpleging en pilot met professionals uit verschillende domeinen. Uit het eerste thema zijn de volgende elementen van integrale zorg(verlening) nieuw: 1) *het uitvoeren van een systematische holistische beoordeling van de zorgbehoeften van de persoon om de juiste zorg(verlening) op elkaar af te stemmen*, 2) *gebruik maken van persoonsgerichte zorgstandaarden rekening houdend met multimorbiditeit* en 3) *de leefwereld van de persoon en naasten in kaart brengen, zoals persoonlijkheid, religie, cultuur, etniciteit, sociaal-financiële positie, scholingsachtergrond en ziekteperceptie*. Uit het tweede thema: 1) *het in kaart brengen welke relatie(s) de persoon in zijn of haar sociale netwerk/directe omgeving heeft*, 2) *het actief betrekken van naasten als partners in de samenwerking om de zorg(verlening) van de persoon af te stemmen*, 3) *samenhang creëren tussen de zorg(verlening) in verschillende domeinen, waarbij verbinding wordt nagestreefd tussen de persoon, naasten, professionals en organisaties* en 4) *het ontwikkelen van een gezamenlijk management plan voor de zorg(verlening) uit verschillende domeinen, in samenspraak met naasten en professionals*. Aangaande het derde thema: 1) *de rol van naasten (h)erkennen door actief in het besluitvormingsproces verantwoordelijkheid te delen*, 2) *het in kaart brengen van de mogelijke inzet van naasten om informele zorg(verlening) concreet vorm te geven voor de persoon* en 3) *de relatie tussen de persoon met naasten en professionals stimuleren door hier proactief initiatieven voor op te zetten*. Aangaande het vierde thema: 1) *het actief delen van informatie tussen naasten en de persoon zélf door middel van digitale applicaties* en 2) *de mogelijkheden stimuleren om personen zo lang mogelijk onafhankelijk thuis te laten wonen, gebruikmakend van gebruiksvriendelijke 'zorg of afstand' technologieën*. Tot slot, in het overige thema: 1) *het proactief uitvoeren van preventieve activiteiten, waarbij de leefwereld van de persoon*

centraal staat in de signalering en 2) bewustzijn creëren onder professionals voor de verantwoordelijke en motiverende rol in het zorgverleningsproces. Kortom: vijf onderscheidende thema's en 14 bijbehorende onderscheidende elementen.

§8.2.4 Pilot met professionals uit verschillende domeinen

De empirische deelvraag luidt als volgt: *in hoeverre worden de nieuwe elementen van integrale zorg(verlening) door professionals uit verschillende domeinen (h)erkend?* De bijeenkomst met professionals uit verschillende domeinen was waardevol voor de beoordeling op mate van onderscheidenheid van de geïdentificeerde thema's en concrete elementen. Er heerste onder de experts een sterke mate van consensus over de onderscheidende thema's en elementen uit de analyse. Opvallend was de overeenstemming tussen de beoordeling van de experts en de professionals uit verschillende domeinen. Kortom: de expertraadpleging en de pilot met professionals maakt duidelijk dat nieuwe geïdentificeerde elementen worden (h)erkend in relatie tot het OMK. Procesmatig zijn uit deze twee bijeenkomsten onderscheidende thema's geformuleerd, ondersteunt door concrete activiteiten van integrale zorg(verlening). In paragraaf §8.4 wordt er nader ingegaan op de aanbevelingen en wordt er stil gestaan bij suggesties voor vervolgonderzoek.

§8.2.5 Actualisatie van het OMK

De vooraf geformuleerde concluderende deelvraag luidt als volgt: *welke conclusies kunnen worden getrokken voor de actualisatie van het OMK op basis van de theoretische en empirische inzichten en welke suggesties voor vervolgonderzoek zijn er?* Concluderend is het van belang om kritisch naar de formuleringen van de huidige 89 elementen van het OMK te kijken en/of nieuwe elementen de overige elementen op formulering beïnvloeden. Immers, een nieuw element is mogelijk van invloed op overige bestaande elementen. Concreet werd het belang onderschreven om in de actualisatie van het OMK de leefwereld van de persoon centraal te stellen, in tegenstelling tot de systeemwereld. Tevens werd integrale zorg(verlening) niet als doel op zich benoemd, maar meer het middel om persoonsgerichte zorg(verlening) te leveren. In §8.3 wordt er nader ingegaan op conclusies voor de daadwerkelijke actualisatie van het OMK. Concluderend is het als wenselijk te omschrijven om het OMK aan te passen aan de huidige context. In paragraaf §8.4 worden er praktische aanbevelingen en suggesties voor vervolgonderzoek gedaan.

§8.3 Beantwoording hoofdvraag

Centraal in dit onderzoek stond de volgende hoofdvraag centraal: *wat zijn elementen van integrale zorg(verlening) in een veranderende samenleving en wat is de betekenis hiervan voor het Ontwikkelingsmodel Ketenzorg (OMK)?* Concluderend zal het geactualiseerde OMK

aandacht dienen te besteden aan de vijf onderscheidende thema's en 14 concrete elementen van integrale zorg(verlening), voortvloeiend uit het onderzoek. Het centraal stellen van de leefwereld van de persoon is van overkoepelende invloed op de huidige negen clusters en 89 elementen van het OMK. Hierom omvat de daadwerkelijke actualisatie van het OMK niet solitair de toevoeging van nieuwe elementen, maar dient er kritisch gekeken te worden naar de invloed op de huidige inhoud. Bovendien dient in de actualisatie rekening gehouden te worden met het geïntroduceerde afbakeningsvraagstuk van integrale zorg(verlening), waarbij vier verschillende dilemma's ontstaan voor de actualisatie van het OMK: 1) systeemwereld vs. leefwereld, 2) impliciet vs. expliciet, 3) wetenschap vs. praktijk en 4) generiek vs. toegespitst. Tevens dient de mate van overlap door de omvangrijke betekenis van integrale zorg(verlening) tussen elementen en clusters in het huidige OMK in ogenschouw genomen te worden voor een geactualiseerde versie. Tot slot is de toepassing van actuele terminologie aangaande integrale zorg(verlening) en de noodzaak tot herformulering van bestaande elementen van belang. Kortom: integrale zorg(verlening) is als containerbegrip aan verandering onderhevig, door verschillende maatschappelijke ontwikkelingen in de samenleving en daarom dient het OMK zich aan te passen aan de huidige context.

§8.4 Aanbevelingen en suggesties voor vervolgonderzoek

Tot slot zijn er op basis van de systematische literatuurstudie, expertraadpleging en pilot met professionals uit verschillende domeinen aanbevelingen te formuleren, waarbij eveneens suggesties voor vervolgonderzoek genoemd worden. De aanbevelingen worden opgedeeld in drie onderdelen, gericht op de 89 elementen van integrale zorg(verlening), negen clusters en vier fasen van het in huidige OMK. Voortvloeiend uit de onderscheidende thema's en de hiermee geïnitieerde aanpassing van het OMK aan de huidige context is het kritisch in ogenschouw nemen van de Nederlandse benaming wenselijk. In hoeverre dekt het OMK de lading? Immers, het denken in ketens lijkt plaatsgemaakt te hebben voor de leefwereld van de persoon in een netwerk waarin naasten, professionals en verscheidene organisaties een prominentere rol innemen.

Door de mogelijke toevoeging van nieuwe elementen is het noodzakelijk om kritisch de huidige negen clusters te beoordelen op wenselijkheid in een geactualiseerd OMK. Hierom is vervolgonderzoek wenselijk, waarbij de onderscheidende thema's gebruikt kunnen worden om de negen clusters te actualiseren. Voortvloeiend uit de reflectie is het wenselijk om in vervolgonderzoek de herformulering van de huidige elementen te koppelen met de mogelijke aanpassingen op cluster- en faseniveau. Als theoretisch raamwerk zou er een koppeling gemaakt kunnen worden met de WHO '*care service delivery building blocks*': 1) information technology, 2) leadership and governance, 3) workforce, 4) financing, 5)

research and 6) service delivery. Immers, in de (internationale) gemeenschap aangaande integrale zorg(verlening) worden deze bouwstenen veelvuldig gebruikt ter inspiratie.

Vanuit methodisch perspectief is het wenselijk dat de toetsing en validatie zowel door experts als professionals op een grootschaligere schaal ingebed wordt. Reflectief praktijkonderzoek zou de verbinding tussen de praktijk en wetenschappelijke conceptualisering van integrale zorg(verlening) nader kunnen vormgeven. Kortom: de onderscheidende thema's en concrete nieuwe elementen/activiteiten van integrale zorg(verlening) zijn een eerste stap om het OMK te actualiseren aan de huidige context.

§8.5 Reflectie: methodisch, inhoudelijk en procesmatig

In deze paragraaf wordt er stapsgewijs gereflecteerd op het uitgevoerde onderzoek en de bevindingen. Allereerst zal er methodisch gereflecteerd worden op de gemaakte keuzes in de onderzoeksopzet en welke aanpassingen er zijn gemaakt gedurende de verschillende onderzoeksfases, alvorens een inhoudelijke reflectie plaatsvindt aangaande de bruikbaarheid van het OMK in de (zorg)praktijk. Tot slot vindt er een procesmatige reflectie plaats, waarbij er kritisch gereflecteerd wordt op het verlopen onderzoeksproces.

Methodische reflectie: een open zoekstrategie

Vanuit methodisch perspectief zijn er een aantal beargumenteerde keuzes gemaakt waar gereflecteerd op dient te worden. Allereerst is de ICS-zoekfilter als gevalideerd zoekinstrument gebruikt voor de open zoekstrategie van de systematische literatuurstudie. In verschillende databanken is het zoeken naar geschikte literatuur aangaande integrale zorg(verlening) een complexe uitdaging, vanwege de verschillende definities en verschijningsvormen van integrale zorg(verlening) in de praktijk. De ICS-zoekfilter is een recent verschenen zoekfilter (april 2018, red.), waarmee het zoeken naar relevante wetenschappelijke literatuur aangaande integrale zorg(verlening) gebruiksvriendelijker en gevalideerd uitgevoerd wordt. Immers, de ICS-zoekfilter geeft mogelijkheden om op verschillende doelgroepen, geografische plaatsen en overige karakteristieken te filteren.

Het gebruik van de ICS-zoekfilter heeft doen voorkomen dat er 1) onnodig veel tijd geïnvesteerd diende te worden in het zoeken naar geschikte literatuur en er 2) teveel irrelevante artikelen beoordeeld dienden te worden aan de hand van de in- en exclusiecriteria. Echter, er dienen in de ICS-zoekfilter keuzes gemaakt te worden die beargumenteerd zijn in hoofdstuk vijf, op basis van de ontwikkelingen in de Nederlandse context. Een mogelijke beperking van het gebruik van de ICS-zoekfilter is dat de gemaakte keuzes relevante artikelen niet hebben meegenomen in de zoekresultaten. Tevens richt de ICS-zoekfilter zich primair op de PubMed database, waardoor er voor overige databanken zelfstandig zoekstroken gemaakt dienden te worden op basis van de door de ICS-zoekfilter

verstrekke standaard zoekstroken aangaande integrale zorg(verlening). Reflecterend zijn veruit de meeste zoekresultaten via de PubMed databank toegevoegd aan Covidence software ter beoordeling door MH en OW. De kracht van het onderzoek is hierom te vinden in 1) de onafhankelijke beoordeling van de zoekresultaten door twee onderzoekers in Covidence software (MH en OW), 2) de ontwikkeling van een gevalideerde zoekstrategie met behulp van MH en dr. Suzanne Lewis (SW), bibliothecaris in Australië aangaande integrale zorg(verlening) en verbonden met de *International Foundation of Integrated Care (IFIC)*. Een prettige bijkomstigheid is dat er een fysieke ontmoeting met SL heeft plaatsgevonden gedurende de *International Conference of Integrated Care 2018 (ICIC18)* te Utrecht, waarbij enkele tips en adviezen zijn uitgewisseld ten behoeve van het vormgeven van de zoekstroken. Het ontwikkelen van deze gevalideerde zoekstrategie behelsde een groot gedeelte van het onderzoek en is achteraf een waardevolle tijdsinvestering geweest om de gevalideerde open zoekstrategie vorm te geven.

Tot slot is er getracht om voor de pilot met professionals uit verschillende domeinen het perspectief van de cliënt te laten vertegenwoordigen. Echter, een mogelijke beperking is de afwezigheid van een mantelzorger en/of cliënt, dan wel een cliëntenvertegenwoordiger. Tussen professionele uitvoerders en informele hulpverleners zou er mogelijk verschillend gedacht kunnen worden over de onderscheidene thema's en elementen van integrale zorg(verlening). Echter, in het overgrote gedeelte van de geïncludeerde artikelen stond de cliënt/patiënt centraal in het uitgevoerde onderzoek.

Inhoudelijke reflectie: theoretische en praktische bruikbaarheid van het OMK

Vanuit inhoudelijk perspectief is het wenselijk om te reflecteren op de bruikbaarheid van het OMK na de voorgestelde aanpassingen. Immers, de koppeling tussen enerzijds wetenschappelijk onderzoek en anderzijds relevantie voor de praktijk sluit aan op de vooraf opgestelde ambitie, aansluitend op de visie van Putters (2017: 45). Zoals eerder benoemd is er sprake van paradox: enerzijds het hanteren van een holistische benadering in het inrichten van de zorg(verlening) vanuit verschillende perspectieven en anderzijds het gevaar om het onderscheidene te verliezen. Uit de validatiefasen blijkt het besef sterk naar voren te komen dat in een veranderende samenleving afbakening en focus belangrijk is in het actualiseren van het OMK. Onderliggend aan de totstandkoming van het huidige OMK ligt onder andere de wens om concreet vorm te geven aan het omvangrijke begrip integrale zorg(verlening). Een begrip met meerdere definities, betekenissen en verschijningsvormen.

Aangaande de bruikbaarheid van het OMK, zoals in de aanbevelingen is benoemd, is vervolgonderzoek wenselijk. Immers, in dit onderzoek zijn bewust de ervaringen uit de praktijk van het OMK niet meegenomen, maar is er getracht om een theoretische fundament te realiseren voor de daadwerkelijke actualisatie van het OMK. Hiermee wordt het belang om

de bruikbaarheid in ogenschouw te nemen niet miskend, maar is er – vanwege het omvangrijke begrip van integrale zorg(verlening) – bewust gekozen voor afbakening en theoretisch wetenschappelijke verdieping. Het realiseren van een dergelijk theoretisch fundament is praktisch vormgegeven door onderscheidende thema's en hieruit voortvloeiende concrete elementen van integrale zorg(verlening) te identificeren. Ondanks de 'ontleding' van integrale zorg(verlening) door middel van 89 elementen in het huidige OMK, is het model als complex te omschrijven, zoals uit de resultaten van de validatiefasen uit het onderzoek blijkt. Een kanttekening bij de vormgeving van de resultaten is de beperkte toets op bruikbaarheid door gebruikers van het OMK. Echter, om een voorzichtige eerste stap te nemen zijn de validatiefasen uitgevoerd, maar niet voldoende wetenschappelijk representatief en mogelijk te selectief. Kortom: bewustzijn aangaande het doel van het OMK en de toepassing in de praktijk is essentieel in het actualiseren van het OMK.

Een theoretische vergelijking met de uitkomsten van de systematische literatuurstudie uitgevoerd door Minkman (2012) is in beperkte mate mogelijk. Immers, de focus van dit onderzoek is gericht op *nieuwe* elementen van integrale zorg(verlening) in vergelijking met het huidige OMK. Er is namelijk geen systematische literatuurstudie uitgevoerd om alle mogelijke elementen van integrale zorg(verlening) in kaart te brengen. De literatuurstudie van Minkman (2012) resulteerde in 101 elementen van integrale zorg(verlening). Indien de resultaten uit dit onderzoek vergeleken worden met andere (kwaliteits)modellen die integrale zorg(verlening) en/of integratie van diensten beogen, dan vallen er een aantal punten op. In vergelijking met de taxonomie van Valentijn (2015) – waarop het micro, meso en macroniveau als analysestap is gebaseerd, zoals behandeld in de resultaten – valt op te merken dat dit onderzoek een bredere scope heeft gehanteerd en niet primair gericht is op de eerstelijnszorg, zoals bij Valentijn (2015). Voortvloeiend uit de resultaten blijkt het domeinoverstijgende karakter van integrale zorg(verlening) sterk vertegenwoordigd te zijn in de onderscheidende thema's en concrete elementen. Echter, een inhoudelijke vergelijking met andere (kwaliteits)modellen is lastig uitvoerbaar, vanwege de verschillende benaderingen, conceptualiseringen en abstractieniveaus van integrale zorg(verlening). Het OMK benoemt immers concrete activiteiten van integrale zorg(verlening).

Vanuit theoretisch oogpunt is het wenselijk om het behandelde collaborative governance model (CGM) van Ansell & Gash (2007: 550) te vergelijking met de resultaten en inzichten uit het uitgevoerde onderzoek. In vergelijking met het OMK valt allereerst op te merken dat het CGM zich op een ander abstractieniveau richt en inhoudelijk sterk verschilt. Hoewel het CGM variabelen voor een succesvolle samenwerking binnen een complexe context omvat, zou het een meerwaarde zijn om de *mate van integratie* tussen betrokken partijen in een netwerk in ogenschouw te nemen in de concrete vertaling van gehanteerde uitkomsten. Immers, uit de resultaten van het onderzoek blijkt het concept integratie en/of het

integreren van diensten in verschillende domeinen sterk terug te komen. Verrijking tussen de genoemde modellen werkt visa versa, omdat het OMK in de actualisatie inzichten uit het CGM kan gebruiken, zoals de geschiktheid van mogelijke elementen op macro- en mesoniveau voor de samenwerking tussen actoren.

Hoewel er in de introductie een veel gehanteerde definitie van integrale zorg(verlening) is geïntroduceerd, is er voorafgaand aan de systematische literatuurstudie geen exacte beschrijving van integrale zorg(verlening) gebruikt voor de in- en exclusiecriteria. Hiervoor is gekozen vanwege de focus van het onderzoek op het identificeren van nieuwe en/of onderscheidene elementen van integrale zorg(verlening). Een mogelijke beperking is dat door deze toegepaste open zoekstrategie de interpretatie van mogelijke geschikte (onderdelen) van gevonden elementen selectief is geweest. Echter, de validatiefasen (een bijeenkomst met experts aangaande het OMK en een pilot met professionals uit verschillende domeinen) zijn georganiseerd met als doel om kritische feedback te verzamelen aangaande de gevonden resultaten en deze vervolgens toe te passen in de verdere analyse.

De geïnccludeerde artikelen vertonen sterke overeenkomsten met de gemaakte keuzen in de ICS-zoekfilter, zoals de focus op 'multimorbiditeit' en/of 'ouderen met chronische ziekten'. Het gehanteerde onderscheid in macro, meso en microniveau van elementen van integrale zorg(verlening) heeft bijgedragen aan het in kaart brengen van verschillende abstractieniveaus, om vervolgens de vergelijking met het huidige OMK te kunnen maken. Zoals uiteengezet in het theoretische raamwerk zijn er als basis voor het OMK 89 elementen geïdentificeerd van integrale zorg(verlening). Deze elementen zijn vooral zorginhoudelijk en ziekte specifiek van aard. Er is een opdeling merkbaar in elementen gericht op de zorg(verlening) en elementen gericht op de onderlinge samenwerking. De 89 elementen van integrale zorg(verlening) lijken vooral op micro en mesoniveau plaats te vinden, in tegenstelling tot op macro niveau. Reflecterend op de resultaten blijkt dat het aantal geïdentificeerde elementen op mesoniveau het meest voorkomend is in de geïnccludeerde artikelen.

Procesmatige reflectie: een stapsgewijs uitgevoerd onderzoek

Tot slot zijn er een aantal procesmatige gebeurtenissen noemenswaardig om op te reflecteren. Allereerst is het vooraf opgestelde onderzoeksopzet gedurende het verloop van het onderzoek sterk aangepast aan wat daadwerkelijk uitvoerbaar was in het tijdsbestek. Concreet betekende deze aanpassing dat het toetsen en valideren van de resultaten, voortvloeiend uit de systematische literatuurstudie, in beperkte mate is uitgevoerd. Het oorspronkelijke voornemen was om in netwerken (met de zorg(verlening) voor drie veelvoorkomende ziektebeelden) een opzet van het geactualiseerde OMK te toetsen. Vanuit

diverse feedbacksessies met dr. Marjolein Herps (MH), Nick Zonneveld (NZ) en prof. dr. Mirella Minkman (MM) is het advies opgevolgd om in de onderzoeksperiode (van februari 2018 tot en met juli 2018) te focussen op een theoretisch fundament, zoals weergegeven in het verbindingsmodel in *figuur 9*. Door allereerst de voorlopige resultaten door experts te laten beoordelen en vervolgens door professionals uit verschillende domeinen is er getracht om de resultaten vanuit meerdere perspectieven aan te scherpen. Het planningsoverzicht, zoals weergegeven in *bijlage 1*, heeft bijgedragen aan het gefaseerde verloop van het voorgenomen onderzoek. Reflecterend is het tot slot als prettig ervaren dat er een extra maand onderzoek uitgevoerd mocht worden, zodat validatie en toetsing bij experts en professionals uit verschillende domeinen uitgevoerd kon worden in twee bijeenkomsten.

Gedurende het onderzoekstraject is er veelvuldig opgetrokken met twee medestagiairs op de afdeling Innovatie & Onderzoek (I&O) bij Vilans: Elize van Wijk (EW) en Simone Janssen (SJ). De vele (in)formele ontmoetingen hebben positief bijgedragen aan de benodigde kennisontwikkeling ten behoeve van integrale zorg(verlening) en in het bijzonder het OMK. Hoewel het gezamenlijk optrekken (wekelijkse ontmoetingen en maandelijkse feedbacksessies) mogelijk van invloed kon zijn op het uitgevoerde onderzoek, is er gepaste afstand gehouden om te sterke beïnvloeding te voorkomen. De vooraf ingeplande feedbackmomenten met de stagebegeleiders, EW en SJ hebben zowel procesmatig als inhoudelijk bijgedragen aan de uitvoering van het onderzoek op wetenschappelijk niveau.

Referenties

- Alzheimer Nederland. (2017). *Factsheet: cijfers en feiten over dementie*. Gepubliceerd op 11 juli 2017.
- Ansell, C. & A. Gash. (2008). *Collaborative Governance in Theory and Practice*. Journal of Public Administration Research & Theory, vol. 18, issue 4, pp 543-571.
- Armitage, G. D., Suter, E., Oelke, N. D., & Adair, C. E. (2009). *Health systems integration: state of the evidence*. International journal of integrated care, 9(2).
- ASQ. (2017). *Baldrige Excellence Framework (Health Care)*. The American Society for Quality Control (ASQ), Milwaukee, WI 53203 USA.
- Berwick, D.M., Nolan T.W., Whittington J. (2008). *The triple aim: care, health, and cost*. Health Aff (Millwood). May-Jun;27(3):759-69. doi: 10.1377/hlthaff.27.3.759.
- Boon, H., Verhoef, M., O'Hara, D., Findlay, B., & Majid, N. (2004). *Integrative healthcare: arriving at a working definition*. Alternative therapies in health and medicine, 10(5), 48.
- Bodenheimer, T. & Sinsky, C. (2014). *From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider*. Annals of Family Medicine. Vol. 12, No. 6.
- Boult, C., Karm, L., Groves, C. (2008). *Improving Chronic Care: The "Guided Care" Model*. Perm J. 2008 Winter; 12(1): 50–54.
- Bruin, De., Oostrom, van, S.H., Drewes, H.W., Jong-van Til, de, J.T., Baan, C.A., Struijs, J.N. (2013). *Quality of diabetes care in Dutch care groups: no differences between diabetes patients with and without co-morbidity*. Int J Integr Care 2013; Oct–Dec. Volume 13, 23 December 2013.
- Bryson, J. M., Crosby, B. C., Stone, M., M. (2015). *Designing and Implementing Cross-Sector Collaborations: Needed and Challenging*. Volume 75, Issue 5: pages 647-663.
- Briggs, A. M. Valentijn, P., Thiyagarajan, J. A., Carvalho, de, I. A. (2018). *Elements of integrated care approaches for older people: a review of reviews*. BMJ Open. 2018; 8(4): e021194.
- Buuren, van, A., Boons, F., Teisman, G. (2012). *Collaborative problem solving in a complex governance system: Amsterdam airport Schiphol and the challenge to break path dependency*, System Research and Behavioral Science, Vol 29, issue 2, pp 116-130.
- Bunn, F., Burn, A., Goodman, C., Rait, G., Norton, S., Robinson, L., Schoeman, J., Brayne, C. (2014). *Comorbidity and dementia: a scoping review of the literature*. BMC Medicine 2014, 12:192
- Bunn, F., Burn, A., Robinson, L., Poole, M., Rait, G., Brayne, C., Schoeman, J., Norton, S., Goodman, C. (2017). *Healthcare organisation and delivery for people with dementia and comorbidity: a qualitative study exploring the views of patients, carers and professionals*. BMJ Open 2017; 7:e013067. doi:10.1136/bmjopen-2016-013067.
- CEG. (2016). *Samen zorgen in de wijk*. Centrum voor Ethiek en Gezondheid, Den Haag.
- Christensen, T., Laegreid, P. (2011). *Complexity and Hybrid Public Administration*. In Public Organization Review 2011 (11):407-423.
- CPB. (2015a). *Toekomstverkenning Welvaart en Leefomgeving Nederland in 2030 en 2050: twee referentiescenario's*. Planbureau voor de Leefomgeving en Centraal Planbureau Den Haag, 2015 PBL-publicatienummer: 1689.
- CPB. (2015b). *Toekomstverkenning Welvaart en Leefomgeving Nederland in 2030 en 2050: twee referentiescenario's*. Hoofdstuk 5: Demografie 2015. Planbureau voor de Leefomgeving en

- Centraal Planbureau Den Haag, 2015 PBL-publicatienummer: 1689.
- Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C., Wagner, E. H. *Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium*. (2009). *Health Aff (Millwood)*. 2009 Jan-Feb;28(1):75-85.
- Cilliers, P. (2001). *Boundaries, Hierarchies and Networks in Complex Systems*. *International Journal of Innovation Management*, vol. 5, issue 2, pp. 135-147.
- CNA. (2013). *Integration: A New Direction For Canadian Health Care. A Report on the Health Provider Summit Process*. Canadian Nurses Association — Canadian Medical Association — Health Action Lobby November 2013.
- D'Amour, D., Goulet L., Labadie J., San Martin-Rodriguez, L., Pineault, R. (2008). *A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations*. *BMC Health Serv Res* 2008, 8, 188.
- Delnoij, D., Klazinga, N., Glasgow, I. (2002). *Integrated care in an International Perspective*. *Int J Integr Care* 2002, 2: 1-4.
- Delden, van., P. (2009). *Sterke netwerken: Ketensamenwerking in de publieke dienstverlening*. Gennep B.V., Uitgeverij van. ISBN 9789055154470.
- Donkers, E.C.M.M. (2008). 822-824. *Ketens met karakter, drie basismodellen helpen bij de opzet van zorgketens*. *Medisch Contact*, 9 mei 2008, 63 nr 19 , pag 822 – 824.
- Dunleavy, P., Margetts, H., Bastow, S., Tinkler, J. (2006). *New Public Management Is Dead—Long Live Digital-Era Governance*. *Journal of Public Administration Research and Theory*, vol 16, Issue 3, pp. 467-494.
- Durkheim, E. (1968). *The Division of Labor in Society*. New York: The Free Press.
- Fabricotti I. (2007). *Taking care of Integrated Care: Integration and Fragmentation in the Development of Integrated Care Arrangements*. Dissertatie. Erasmus University Rotterdam.
- Fenger, M., Bekkers, V. (2012). *Beyond Fragmentation and Interconnectivity*. *Innovation and the Public Sector*, volume 17. ISSN: 1871-1073.
- Gerrits, L. (2012). *Punching Clouds. An introduction to the complexity of public decision -making*. Emergent Publications.
- Glasby, J. & Dickinson, H. (2010). *International perspectives on health and social care*. Oxford: Wiley Blackwell.
- Gustafsson, M., Kristensson, J., Holst, G., Willman, A., Bohman, D. (2013). *Case managers for older persons with multi-morbidity and their everyday work – a focused ethnography*. *BMC Health Services Research* 2013, 13:496.
- Hart, 't, P. (2014). *Ambtelijk Vakmanschap 3.0: Zoektocht naar het handwerk van de overheidsmanager*. Universiteit Utrecht.
- Hazy, J.K., Uhl-Bien. M. (2015). *Towards operationalizing complexity leadership*. In: *Leadership*, vol. 20, issue 3, pp 79-104.
- Heyligen, F. (2008). *Complexity and Self-organization*. Hoofdstuk in M.J. Bates & M.N. Maack *Encyclopedia of Library and Information Sciences*, Taylor & Francis, 2008 (eds), Taylor & Francis.
- Hjelm, M., Holmgren, A., Willman, A., Bohman, D., Holst, G. (2015a). *Family members of older*

- persons with multi-morbidity and their experiences of case managers in Sweden: an interpretive phenomenological approach.* *Int J Integr Care* 2015; Jan–Mar. Volume 15, 31 March 2015.
- Hjelm, M., Holst, G., Willman, A., Bohman, D., Kristensson, J. (2015b). *The work of case managers as experienced by older persons (75+) with multi morbidity – a focused ethnography.* *BMC Geriatrics* (2015) 15:168.
- Innes, J. E., & David E. Booher. (1999). *Consensus Building and Complex Adaptive Systems.* *Journal of the American Planning Association*, vol 65, issue 4, pp 412-423.
- Jauregui, M.L., Silvestre, C., Valdes, P., Gaminde, I. (2016). *Qualitative Evaluation of the Implementation of an Integrated Care Delivery Model for Chronic Patients with Multi-Morbidity in the Basque Country.* *International Journal of Integrated Care*, 16(3): 9, pp. 1–10.
- Jonker, A.A.G.C., Comijs, H.C., Knipscheer, K.C.P.M., Deeg, D.J.H. (2015). *Benefits for elders with vulnerable health from the Chronic Disease Self-management Program (CDSMP) at short and longer term.* *BMC Geriatrics* (2015) 15:101.
- Kenis, P., Cambre, B., Kenis, E. (2011). *Het nieuwe netwerken: hoe waarde te creëren door slim te netwerken.* Uitgeverij Acco.
- Klijn, E.H., & Koppenjan, J. (2016). *Governance networks in the public sector.* London and New York: Routledge.
- Knowles, S.E., Chew-Graham, C., Coupe, N., Adeyemi, I., Keyworth, C., Thampy, H., Coventry, P.A. (2013). *Better together? A naturalistic qualitative study of inter-professional working in collaborative care for co-morbid depression and physical health problems.* *Implementation Science* 2013, 8:110.
- Komter, A. E., Engbersen G., Burgers, J.P.L. (2000). *Het Cement van de Samenleving.* Amsterdam University Press. ISBN: 9789053564370.
- Kodner D., Spreeuwenberg, C. (2002). *Integrated care: meaning, logic, applications and implications: a discussion paper.* *Int J Integr Care* 2002, 2:e12.
- Kodner D. (2009). *All Together Now : A Conceptual Exploration of Integrated Care.* *Healthc Q* 2009,13: October (special issue).
- Lee, L., Heckman, G., McKelvie, R., Jong, P., D’Elia, T., Hillier, L.M. (2015). *Physicians’ perceptions of capacity building for managing chronic disease in seniors using integrated interprofessional care models.* *Can Fam Physician* 2015;61:e148-57 Vol 61: March 2015.
- Leijten, F.R.M., Struckmann, V., Ginneken, van, E., Cypionka, T., Kraus, M., Reiss, M., Tsiachristas, A., Boland, M., Bont, de, A., Bal, R., Busse, R., Rutten van Mólken, M. (2018). *The SELFIE framework for integrated care for multi-morbidity: Development and description.* *Health Policy* 122 (2018) 12–22.
- Li, L.W., McLaughlin, S.J. (2012). *Caregiver Confidence: Does It Predict Changes in Disability Among Elderly Home Care Recipients?* *The Gerontologist* Vol. 52, No. 1, 79–88.
- Lo, C., Ilic, D., Teede, H., Fulcher, G., Gallagher, M., Kerr, P.G., Murphy, K., Polinghorne, K., Russell, G., Usherwood, T., Walker, R., Zoungas, S. (2016). *Primary and tertiary health professionals’ views on the health-care of patients with co-morbid diabetes and chronic kidney disease – a*

- qualitative study*. BMC Nephrology (2016) 17:50.
- Minkman, M.M.N., Huijsman, R., Ahaus, K. (2010). *Het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg. Ketenkennis gebundeld in een generiek toepasbaar kwaliteitsmodel*. Management & Organisatie. Nummer 5: 25-43.
- Minkman, M.M.N., (2012a). *Gericht verbeteren met het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg*. Kwaliteit in zorg. Nummer 1.
- Minkman, M.M.N. (2012b). *Developing Integrated Care: Towards a development model for integrated care*. Proefschrift. Deventer: Kluwer.
- Minkman, M.M.N., (2016). *The Development Model for Integrated Care: a validated tool for evaluation and development*. Journal of Integrated Care, Vol. 24 Issue: 1, pp.38-52.
- Minkman, M.M.N., (2017). *Verlangen naar integraliteit*. Verkorte inaugurale rede in Tilburg. Verpleegkunde. Nummer 4. Pagina 30-34.
- Muntinga, M.E., Leeuwen, van, K.M., Schellevis, F.G., Nijpels, G., Jansen, P.D. (2015). *From concept to content: assessing the implementation fidelity of a chronic care model for frail, older people who live at home*. BMC Health Services Research, 2015, 15:1.
- Nabitz, U., Walburg, J., Klazinga, N. (2000). *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 12, Issue 3, 1 June 2000, Pages 191–202.
- Nederhand, J. V. Bekkers & W. Voorberg. (2016). *Self-Organization and the Role of Government: How and why does self-organization evolve in the shadow of hierarchy?* Public Management Review, Volume 18, Issue 7, pp. 1063-1084
- Oldenhof, L. (2012). *The Multiple Middle: Managing in Healthcare*. Proefschrift. Erasmus University Rotterdam.
- Oliver, D. (2012). *21st century health services for an ageing population: 10 challenges for general practice*. British Journal of General Practice, August 2012.
- Oni, T., McGrath, N., BeLue, R., Roderick, P., Colagiuri, S., May, C.R., Levitt, N.S. (2014). *Chronic diseases and multi-morbidity – a conceptual modification to the WHO ICCC model for countries in health transition*. BMC Public Health 2014, 14:575.
- Osborne, S. P., (2006). *New public governance*. In: Public Management Review, Vol. 8, Issue 3 2006, pp. 377–387.
- Peters, F. (2015). *Deviating trends in Dutch life expectancy. Explanation and projection*. Dissertatie. Erasmus University Rotterdam.
- Popp, J., MacKean, G., Casebeer, A., Milward, H. B., & Lindstrom, R. (2013). *Inter-organizational networks: A critical review of the literature to Inform practice*.
- Provan, K., Nakama, L., Veazie, M., Teufel-Shone, N., Huddleston, C. (2003). *Building community capacity around chronic disease services through a collaborative interorganizational network*. Health Edu Behav 2003, 30, 646-662.
- Provan, K. & Kenis, P. (2008). *Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness*. In: Journal of Public Administration Theory and Practice, Vol. 18, issue 2, pp. 229-252.
- Putters, K., (2017). *Was getekend. Op weg naar een vernieuwd sociaal contract in de zorg*.

- Oratie. Erasmus University Rotterdam.
- Putters, K., (2018). *Een lokaal sociaal contract. Voorwaarden voor een inclusieve samenleving*. Oratie. Erasmus University Rotterdam.
- Raak, A., Mur-Veeman, I., Hardy, B., Steenberg, M., Paulus, A. (2003). *Integrated care in Europe. Description and comparison of integrated care in six EU countries*. Maarssen, Elsevier Gezondheidszorg, 2003.
- Reeve, J., Blakeman, T., Freeman, G.K., Green, L.A., James, P.A., Lucassen, P., Martin, C.M., Sturmberg, J.P., Weel, van, C. (2013). *Generalist solutions to complex problems: generating practice-based evidence – the example of managing multi-morbidity*. BMC Family Practice 2013, 14:112.
- Rijksoverheid (2013). *Troonrede 2013*. Geraadpleegd op 12 februari 2018 via: www.rijksoverheid.nl/documenten/toespraken/2013/09/17/troonrede-2013
- Rijksoverheid (2015). *Samenleven met Dementie* [Kamerbrief]. 7 juli 2015. Geraadpleegd op 12 februari 2018 via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2015/07/07/-kamerbrief-over-samenleven-met-dementie>
- RIVM. (2017). *Trendscenario Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- RVS. (2017). *Heft in eigen hand. Zorg en ondersteuning voor mensen met meervoudige problemen*. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS).
- RVS. (2018). *De Zorgagenda voor een gezonde samenleving*. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS).
- Sampalli, T., Fox, R.A., Dickson, R., Fox, J. (2012). Proposed model of integrated care to improve health outcomes for individuals with multimorbidity. *Patient Preference* 2012;6:757–64.
- SCP. (2003). *Mantelzorg in getallen*. Sociaal Cultureel Planbureau (SCP), Den Haag. ISBN: 9037701469.
- SCP. (2004). *In het zicht van de toekomst*. Sociaal Cultureel Planbureau (SCP), Den Haag. ISBN: 9037701590.
- SCP. (2017a). *De sociale staat van Nederland 2017*. Sociaal Cultureel Planbureau (SCP), Den Haag. ISBN: 9789037708479.
- SCP. (2017b). *Zorg en ondersteuning in Nederland*. Sociaal Cultureel Planbureau (SCP), Den Haag. ISBN: 9789037708189.
- SCP. (2018). *De Wmo 2015 in praktijk, deelrapport evaluatie. De lokale uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning*. Sociaal Cultureel Planbureau (SCP), Den Haag. ISBN: 9789037708561.
- Shea, B.J., Reeves, B.C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V., Kristjansson, E., Henry, D.A. (2017). *AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both*. *BMJ*. 2017. Sep 21;358:j4008.
- SIGRA. (2017). *Krakende ketens in de zorg voor kwetsbare ouderen*. Stedelijk advies Amsterdam. Knelpunten en oplossingsmogelijkheden. 2 mei 2017.

- Simoens, S., Scott, A. (1999). *Towards a Definition and Taxonomy of Integration in Primary Care*. Aberdeen: University of Aberdeen.
- Sørensen, E. (2006). *Metagovernance: The Changing Role of Politicians in Processes of Democratic Governance*. In: *The American Review of Public Administration*, Vol 36, issue 1, pp. 981-114.
- Steen, M. van der, Chin A-Fat, N., Van Twist, M. en Scherpenisse, J. (2014). *Naar een ge(s)laagde strategie*. Den Haag: NSOB.
- Stein, V. (2010). *The Cause for Action? Decision making and Priority Setting in Integrated Care. A Multidisciplinary Approach*. Dissertation. University of Vienna.
- Struckmann, V., Leijten, F.R.M., Ginneken, van, E., Kraus, M., Reiss, M., Spranger, A., Boland, M.R.S., Czypionka, T., Busse, R., Rutten-van Mólken, M. (2018). *Relevant models and elements of integrated care for multi-morbidity: Results of a scoping review*. *Health Policy* 122 (2018) 23–35.
- Tetteroo, E. & Top, H. (2018). *Verkenning van samengaan. Netwerken Dementie & Netwerken Kwetsbare Ouderen*. Dementiezorg voor Elkaar.
- Valentijn, P. P., Schepman, S.M., Opheij, W., Bruijnzeels, M. A. (2013). *Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care*. *International Journal of Integrated Care*. 2013;13(1).
- Valentijn, P. P., (2015). *Towards a taxonomy for integrated care: a mixed-methods study*. *Int J Integr Care* 2015; Jan–Mar; URN:NBN:NL:UI:10-1-114808.
- Vat, L., Pel-Little, R., Minkman, M. (2013). *Ketenzorg voor kwetsbare ouderen: wat en hoe?*
- Verkerk, J., Teisman, G., Van Buuren, A, (2014). *Synchronising climate adaptation in a multilevel governance setting; exploring synchronisation of governance levels in the Dutch Delta*. *Policy & Politics*, 2014.
- Wagner, E.H., Austin, B., Von Korff, M. (1996). *Organizing Care for Patients with Chronic Illness*. *The Milbank Quarterly* 74(4): 511-44.
- WHO. (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC Framework). Building Blocks for Action*. World Health Organization (WHO). ISBN: 9241590173.
- WHO. (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization (WHO). ISBN: 9789240694811.
- WHO. (2016). *Integrated care models: an overview*. Working document. World Health Organization (WHO).
- Zhang, Z., Wan, D., Jia, M., & Gu, L. (2009). *Priorities, shared values and cooperation in public-private partnerships*. *Management and Organization Review*, 5(3), 353-374.
- Zonneveld, N., Vat, L.E., Vlek, H., Minkman, M.M.N., (2017). *The development of integrated diabetes care in the Netherlands: a multiplayer self-assessment analysis*. *BMC Health Serv. Res.* 17, 219.

Bijlage 1. Planningsoverzicht

Het onderstaande planningsoverzicht heeft als doel om gestructureerd onderzoek te doen en dient als hulpmiddel voor het verloop van het onderzoek.

Maand (en week)	Aantal uur	Activiteit(en) per week (aantal ingedeelde uren)
Februari: introductiemaand		
Week 6	32 uur	Inlezen in wetenschappelijke en grijze literatuur (24 uur) Infrastructuur voor onderzoeksperiode opzetten (8 uur)
Week 7	32 uur	Inlezen in wetenschappelijke en grijze literatuur (16 uur) Onderzoeksvoorstel opzetten (inleiding) (16 uur)
Week 8	32 uur	Inlezen in wetenschappelijke en grijze literatuur (8 uur) Feedback verwerking scriptiekring ontmoeting(en) (4 uur) Onderzoeksvoorstel opzetten (theoretisch kader) (20 uur)
Week 9	32 uur	Inlezen in wetenschappelijke en grijze literatuur (16 uur) Onderzoeksvoorstel opzetten (methoden) (16 uur)
Maart: onderzoekopstart maand (fase 1)		
Week 10	32 uur	Concept onderzoeksvoorstel afronden (16 uur) Inlezen in wetenschappelijke en grijze literatuur (16 uur)
Week 11	32 uur	Mogelijke casussen voor onderzoek in kaart brengen (8 uur) Concept onderzoeksvoorstel afronden (16 uur) Feedback verwerking scriptiekring ontmoeting(en) (8 uur)
Week 12	32 uur	Feedback verwerking scriptiekring ontmoeting(en) (8 uur) Systematische literatuurstudie voorbereiden (24 uur)
Week 13	32 uur	Beslissing casus voor empirisch onderzoek maken (8 uur) Systematische literatuurstudie voorbereiden (24 uur)
April: onderzoeksmaand (fase 1)		
Week 14	32 uur	Systematische literatuurstudie opstarten (16 uur) Afronden analyse artikelen opdracht zorgplannen (16 uur)
Week 15	32 uur	Feedbacksessie 1 in groepsverband en verwerking (8 uur) Systematische literatuurstudie uitvoeren (16 uur) Project m.b.t. zorgplannen (8 uur)
Week 16	32 uur	Feedback verwerking scriptiekring ontmoeting(en) (8 uur) Systematische literatuurstudie uitvoeren (16 uur) Project m.b.t. zorgplannen (8 uur)
Week 17	32 uur	Systematische literatuurstudie uitvoeren (16 uur) Project m.b.t. zorgplannen (16 uur)
Mei: onderzoeksmaand (fase 1 en fase 2)		
Week 18	32 uur	Systematische literatuurstudie uitvoeren (24 uur)
Week 19	32 uur	Experts benaderen aangaande meeting (4 uur) Feedbacksessie 2 in groepsverband en verwerking (8 uur)
Week 20	32 uur	International Conference of Integrated Care 2018 (ICIC18) (24 uur)
Week 21	32 uur	Feedback verwerking scriptiekring ontmoeting(en) (8 uur)
Juni: onderzoeksmaand en verwerkingsmaand (fase 3)		
Week 22	32 uur	Empirisch onderzoek en dataverwerking (16 uur)
Week 23	32 uur	Feedback verwerking scriptiekring ontmoeting(en) (8 uur)
Week 24	32 uur	Member-checking respondenten voor analyse (8 uur)
Week 25	32 uur	Presentaties voorbereiden voor 'Broodje Stagiair' (8 uur)
Juli: verwerkingsmaand (fase 3 en fase 4)		
Week 26	32 uur	Voorbereiden van de pilot met professionals (32 uur)
Week 27	32 uur	Presentaties afronden voor feedbacksessies (24 uur) (Her)schrijven van bestaande stukken tekst (8 uur)
Week 28	32 uur	Feedbacksessie 3 in groepsverband en verwerking (32 uur)
Week 29	32 uur	(Her)schrijven van bestaande stukken tekst (32 uur)
Week 30	32 uur	Feedback verwerking scriptiekring ontmoeting(en) (32 uur)

Bijlage 2. Het OMK: 89 elementen verdeeld over negen clusters

1	Patiëntgerichtheid
1.1	Eén gezamenlijk centraal punt/ingang waar een cliënt met zijn hulpvraag terecht kan
1.2	Cliënteninformatie over zorg van diverse ketenpartners gezamenlijk aanbieden
1.3	Zorgverleners gaan na of de door de keten verstrekte informatie en voorlichting begrepen wordt door cliënten en aansluit bij hun situatie
1.4	Methoden inzetten die het eigen vermogen en de zelfregie van een cliënt bevorderen als onderdeel van ketenzorg
1.5	Digitaal systeem waarbij cliënteninformatie tussen partners uitgewisseld kan worden
1.6	Het ontwikkelen van specifieke zorgprogramma's voor subgroepen van cliënten binnen de keten
1.7	Flexibiliteit in het aanpassen van de ketenzorg voor individuele cliënten inbouwen
1.8	Aandacht voor complexe cliënten waarbij meerdere (al dan niet met elkaar te maken hebbende) aandoeningen/ziekten of problemen tegelijk spelen inbouwen
1.9	Een protocol (gezamenlijke procedure) toepassen voor structurele opvolging (follow-up) van cliënten
2	Ketenregie en logistiek
2.1	Afspraken maken over de routing en logistiek van cliënten in de keten (o.a. wacht- en doorlooptijden)
2.2	Afspraken over in- door- en uitstroom van cliënten maken
2.3	Afspraken maken over verwijzing en overdracht van cliënten binnen de keten
2.4	Afspraken maken over verwijzing van cliënten naar partners buiten de keten
2.5	Afspraken maken over de planning van onderzoek en behandeling
2.6	Vaststellen of met urgentie categorieën voor cliënten gewerkt wordt in de keten en hoe deze gedefinieerd zijn
2.7	Afspraken maken over het einde van een zorgtraject bij (één van de) ketenpartners bijvoorbeeld bij ontslag of het afsluiten van een casus
2.8	Afspraken maken tussen de partners over hoe om te gaan met voorkeuren van cliënten
2.9	Afspraken maken over welke ondersteuning geboden wordt aan cliënten die moeten wachten/niet direct hulp kunnen krijgen
2.10	Afspraken maken over hoe ketenpartners onderling informatie uitwisselen (wat, wie, hoe)
2.11	Afspraken maken over omgaan met en uitwisselen van cliëntgegevens
2.12	Gebruik maken van uniforme nummers van cliënten door de hele keten heen (bv geboortedatum, bsn numer)
2.13	Koppelingen ontwikkelen tussen de digitale informatie systemen van partners
2.14	Een gezamenlijk cliëntdossier gebruiken dat voor alle partners toegankelijk is
2.15	Binnen de keten gemeenschappelijke zorgplannen hanteren
2.16	Afspraken maken over hoe specialistische kennis tussen ketenpartners wordt uitgewisseld en benut
2.17	Inzetten van gespecialiseerde verpleegkundigen die ketenbreed werkzaam zijn
2.18	Case management aanbieden voor cliënten met complexe zorgvragen
3	Resultaatmanagement
3.1	Prestatie indicatoren benoemen voor het evalueren van de resultaten van de ketenzorg
3.2	Kwaliteitsnormen afspreken voor de prestaties van de hele keten
3.3	Kwaliteitsnormen afspreken voor de prestaties van ketenpartners
3.4	Informatie over de cliëntstromen binnen de keten verzamelen
3.5	Informatie over cliënt gerelateerde uitkomsten verzamelen
3.6	Cliëntwaardering meten voor de gehele keten
3.7	Informatie over de financiële kosten en opbrengsten van de keten verzamelen
3.8	Effecten van samenwerking op de productie van iedere partner zichtbaar maken
3.9	Afspraken maken over eenduidig gebruik van indicatoren in de keten
3.10	Een systematiek hanteren van periodieke toetsing en evaluatie van afspraken, aanpak en resultaten
3.11	Registreren en analyseren van (bijna)fouten in de keten
3.12	Monitoren van resultaten en successen naar aanleiding van ingezette veranderingen binnen de keten
3.13	Ketenbrede werkgroepen inrichten gericht op verbetering van de keten
3.14	Feedback geven aan ketenpartners over het verloop van overdrachten
3.15	Professionals geven elkaar feedback en/of professionals ontvangen reminders over de uitvoering van de zorg
3.16	Toetsen of de zorg overeenstemt met evidencebased richtlijnen of professionele standaarden
4	Optimale zorg

4.1	De behoeften van cliënten systematisch inzichtelijk maken en vastleggen voor de keten
4.2	Een multidisciplinair zorgprotocol voor de keten ontwikkelen
4.3	Gebruiken van evidencebased richtlijnen en standaarden
4.4	Cliëntvertegenwoordigers betrekken bij het monitoren van de resultaten van de keten
4.5	Cliëntvertegenwoordigers betrekken bij verbetertrajecten in de keten
5	Resultaat gericht leren
5.1	Beschrijven met de ketenpartners hoe het gezamenlijk te leveren 'ketenproduct' eruit ziet en welke kenmerken het heeft
5.2	De opbrengsten van de ketensamenwerking voor iedere partner helder maken
5.3	Gevolgen en acties verbinden aan het al dan niet behalen van gezamenlijk afgesproken doelen
5.4	Stimulerende prikkels inbouwen die behaalde en afgesproken kwaliteit belonen
5.5	Vaststellen welke sturingsinformatie nodig is in de keten en hierover informatie verzamelen
5.6	Kennis uitwisselen over hoe ketenzorg te starten, verder te ontwikkelen en te borgen met de betrokken organisaties
5.7	Gezamenlijk vaststellen waar de knelpunten zitten in de keten en waar zaken gemist worden
5.8	Gezamenlijk kennis opdoen om vernieuwingen in de ketenzorg te ontwikkelen
5.9	Openheid creëren om verbetermogelijkheden bij ketenpartners bespreekbaar te maken
5.10	Een cultuur gericht op voortdurend verbeteren in de keten stimuleren
5.11	Professionals van verschillende organisaties met elkaar in contact brengen om te leren, uit te wisselen en te discussiëren over de zorg
5.12	Gezamenlijke scholingsprogramma's en leeromgevingen in de keten gebruiken
6	Interprofessionele samenwerking
6.1	De cliëntgroep omschrijven waarop de ketensamenwerking zich richt
6.2	Werken in teams waarin mensen van verschillende disciplines samenwerken (multidisciplinaire teams)
6.3	Afspraken maken over bereikbaarheid en beschikbaarheid van professionals in de keten
7	Rol- en taakverdeling
7.1	De keten aansturen door een beperkt aantal personen met coördinerende taken te benoemen
7.2	Een coördinator voor de keten aanstellen
7.3	Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van betrokken ketenpartners afspreken
7.4	Rollen en taken van multidisciplinaire teamleden vaststellen
7.5	Ervoor zorgen dat samenwerkingspartners op de hoogte zijn van elkaar deskundigheid en taken
7.6	Afstemming in de keten bereiken door onderling overleg tussen verschillende professionals
7.7	Regelmatig persoonlijk contact tussen verschillende professionals in de keten realiseren
7.8	Afspraken maken over het voorstellen en deel uit laten maken van nieuwe professionals/partijen in de keten
8	Ketencommitment
8.1	Het vastleggen wat samenwerkingspartners met elkaar willen bereiken
8.2	De samenwerkingsafspraken tussen alle betrokken ketenpartners vastleggen
8.3	Benoemen welke ketenpartners van elkaar afhankelijk zijn en op welk vlak
8.4	De keten aansturen door verbinding aan een gezamenlijk commitment
8.5	Zorgdragen voor commitment van de leidinggevenden van de deelnemende organisaties
8.6	Het besef stimuleren dat medewerkers deel uit maken van ketenzorg
8.7	Structureel overleg tussen de personen met beslismacht van de betrokken ketenpartners
8.8	Regulier bestuurlijk overleg houden met externe partijen (gemeente, inspectie, zorgverzekeraar)
8.9	Omschrijven welke taken en bevoegdheden leiding, coördinator, bestuur en adviesraden in de keten hebben
8.10	Activiteiten inzetten gericht op het ontwikkelen van vertrouwen tussen ketenpartners
8.11	Overeenstemming bereiken tussen ketenpartners over het loslaten van domeinen
9	Transparant ondernemerschap
9.1	Een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het eindresultaat afspreken
9.2	Budgetafspraken maken over de organisatie van de ketenzorg
9.3	Financiën beschikbaar stellen voor uitvoering en onderhoud
9.4	Het gezamenlijk aanbieden van een ketencontract aan de financiers
9.5	Ruimte en veiligheid creëren voor innovaties in de keten
9.6	Het betrekken van leidinggevenden bij verbeteringen in de keten
9.7	Een gemeenschappelijke taal in de samenwerking met verschillende disciplines gebruiken

Bijlage 3. Zoekstroken in gebruikte databanken

Cochrane Library (Wiley):

Een algemene zoekstrook, op basis van de ICS-zoekfiller:

“Delivery of health care, integrated”

OR

“integrated care”

OR

(“integrated health*” AND (organization OR organisation OR administration))

PubMed:

Zoekstroom 1 in algemene bewoording: ‘integrale zorg voor kwetsbare ouderen met een chronische ziekte of die multi morbide zijn’.

Integrated care[tw] OR integrated care[ta] OR ((Integrat*[tw] OR coordinat*[tw]) AND care[tw] AND (health[tw] OR healthcare[tw]) AND (og[sh] OR services[tw] OR delivery[tw] OR management[tw] OR systems[tw] OR model[tw] OR organisational[tw] OR organizational[tw] OR quality[tw])) OR ((Disease management[tw] OR Case management[tw]) AND (care[tw] OR health[tw] OR healthcare[tw]) AND (og[sh] OR services[tw] OR delivery[tw] OR model[tw] OR quality[tw])))

AND

(frail elderly[mh] OR ((frail*[tiab] OR vulnerab*[ti]) AND (older[ti] OR elderly[ti] OR seniors[ti] OR aged[ti] OR geriatric*[ti] OR Gerontolog*[ti])))

OR

(Chronic disease[mh] OR (chronic*[ti] AND (disease[ti] OR care[ti] OR illness*[ti] OR condition*[ti])))

OR

(Comorbidity[mh] OR multimorbid*[ti] multi-morbid*[ti] OR comorbid*[ti] OR co-morbid*[ti])

Zoekstrook 2 in algemene bewoording: ‘integrale zorg met community care voor kwetsbare ouderen met een chronische ziekte of die multi morbide zijn’.

Integrated care[tw] OR integrated care[ta] OR ((Integrat*[tw] OR coordinat*[tw]) AND care[tw] AND (health[tw] OR healthcare[tw]) AND (og[sh] OR services[tw] OR delivery[tw] OR management[tw] OR systems[tw] OR model[tw] OR organisational[tw] OR organizational[tw] OR quality[tw])) OR ((Disease management[tw] OR Case management[tw]) AND (care[tw] OR health[tw] OR healthcare[tw]) AND (og[sh] OR services[tw] OR delivery[tw] OR model[tw] OR quality[tw])))

AND

(Community health services[mh:noexp] OR Primary health care[mh:noexp] OR Community health nursing[mh] OR Community health planning[mh] OR Community health centers[mh:noexp] OR Community-Institutional relations[mh] OR Home care services[mh:noexp] OR Home Care Services,

Hospital-Based[mh] OR Social work[mh:noexp] OR Community health workers[mh] OR Community networks[mh] OR Comprehensive health care[mh:noexp] OR Community Mental Health Services[mh] OR Primary care[tiab] OR primary health*[tiab] OR community health*[tiab] OR community care[tiab] OR comprehensive care[tiab] OR medical home[tiab] OR home care[tiab] OR home health*[tiab] OR home service*[tiab] OR home based[tiab] OR social service*[tiab] OR social care[tiab] OR social work*[tiab] OR community based[tiab] OR community service*[tiab] OR community mental health*[tiab] OR collaborative care[tiab])

AND

(frail elderly[mh] OR ((frail*[tiab] OR vulnerab*[ti]) AND (older[ti] OR elderly[ti] OR seniors[ti] OR aged[ti] OR geriatric*[ti] OR Gerontolog*[ti])))

OR

(Chronic disease[mh] OR (chronic*[ti] AND (disease[ti] OR care[ti] OR illness*[ti] OR condition*[ti])))

OR

(Comorbidity[mh] OR multimorbid*[ti] multi-morbid*[ti] OR comorbid*[ti] OR co-morbid*[ti])

Bijlage 4. Beknopte uiteenzetting geïnccludeerde artikelen

In het artikel van Leijten et al. (2018: 13) wordt integrale zorg(verlening) gedefinieerd als '*structured efforts to provide coordinated, pro-active, person-centred, multidisciplinary care by two or more well-communicating and collaborating care providers either within or across sectors*'. Het uitgevoerde onderzoek valt binnen het Europese gefinancierde Horizon2020 project 'Sustainable Integrated Care Models for Multi-Morbidity: Delivery, Financing and Performance' (SELFIE). SELFIE heft als doel om kennis aangaande integrale zorg(verlening) voor multimorbiditeit te vergroten. Derhalve is het artikel van Leijten et al. (2018) als zeer waardevol gebleken voor het identificeren van nieuwe elementen van integrale zorg(verlening). In de 77 elementen van integrale zorg(verlening) die worden benoemd, wordt er een onderscheid aangebracht tussen het macro, meso en micro niveau. In de analyse van alle geïdentificeerde elementen van integrale zorg(verlening) in de geïnccludeerde artikelen is dit onderscheid doorgevoerd.

Het artikel van Bunn et al. (2018) richt zich – in tegenstelling tot de meeste andere artikelen – specifiek op mensen met dementie als doelgroep. Er wordt vastgesteld dat verschillende diensten – in de context van het Verenigd Koninkrijk – momenteel niet voldoende geschikt zijn voor integrale zorg(verlening) voor mensen met dementie en comorbiditeit (Bunn et al. 2018: 1). Er wordt tevens benoemd dat verder onderzoek noodzakelijk is om interventies te ontwikkelen die passend zijn voor mensen met dementie en comorbiditeit. Het artikel van Jauregui et al. (2018) – uitgevoerd in het Baskenland – is een kwalitatieve evaluatie van de implementatie van het Integrated Care Delivery Model for Chronic Patients (ICDMCP). Jauregui et al. (2018) benoemd een aantal zogenoemde 'integrators' voor integrale zorg(verlening). Hierbij wordt benoemd dat er problemen worden geïdentificeerd met betrekking tot de implementatie van zorg(verlening) in de dagelijkse praktijk van het ICDMCP programma. Het artikel van Gustafsson et al. (2013) focust zich – eveneens als het artikel van Bunn et al. (2018) – op ouderen met multimorbiditeit en het ziektebeeld dementie. In het bijzonder wordt er onderzocht hoe modellen aangaande casemanagement (CM) verbeterd kunnen worden. Hierin wordt de rol van casemanagers uitvoerig besproken en benoemd als cruciaal om organisationele verbeteringen door te voeren in integrale zorg(verlening). Hieraan ten grondslag ligt het unieke perspectief wat een casemanager heeft: enerzijds vanuit het zorgsysteem en anderzijds vanuit de cliënt (Gustafsson et al. 2013: 13). Er wordt aanbevolen om meer onderzoek te verrichten naar de daadwerkelijk zorg(verlening) van casemanagement (CM) in de praktijk.

Het artikel van Hjelm et al. (2015a) gaat – in tegenstelling tot nagenoeg alle andere artikelen – in op de rol van familieleden en/of mantelzorgers in integrale zorg(verlening). In dit artikel wordt er geen definitie van integrale zorg(verlening) gegeven. Echter, casemanagement wordt beschreven als een belangrijk onderdeel van een samenhangend zorgaanbod rondom de cliënt. Uit het onderzoek blijkt dat er momenteel een gebrek aan kennis is over hoe integrale zorg(verlening) de positie van familieleden beïnvloedt (Hjelm et al. 2015a: 2). Derhalve wordt er gesuggereerd dat familieleden van (oudere) mensen met multimorbiditeit onderdeel dienen te zijn van interventies aangaande casemanagement. Hierdoor wordt er nadrukkelijker aandacht besteedt aan de positie en behoeften van familieleden van cliënten (Hjelm et al. 2015a: 9).

Het artikel van Briggs et al. (2018: 11-12) – een review van reviews – gaat in op het belang om interventies aangaande integrale zorg(verlening) te baseren op de integratie tussen verschillende domeinen. Hieraan ten grondslag ligt het idee om nauwkeuriger de behoeften van cliënten in kaart te kunnen brengen, waarbij een holistische benadering van ouderen centraal staat. Als een van de weinige artikelen wordt er een definitie gegeven van wat daadwerkelijk een 'element' van integrale zorg(verlening) is (Briggs et al. 2018: 2): een discreet onderdeel van een interventie aangaande integrale zorg(verlening). In de wetenschap wordt er veelvuldig aandacht besteed aan elementen van integrale zorg(verlening) voor ouderen op de integratie van processen op het klinische niveau (micro). Echter, volgens Briggs et al. (2018: 1) is er een gebrek aan kennis over elementen voor de integratie op het organisationele (meso) en systeemniveau (macro). Naast de inhoudelijk genoemde elementen/componenten van integrale zorg(verlening) heeft het artikel eveneens geholpen in het wetenschappelijk verantwoorden van gemaakte methodische keuzes. Het tweede geïncludeerde artikel van Hjelm et al. (2015b) gaat nader in op de ervaringen van ouderen aangaande casemanagers. Hierin wordt het belang benoemd voor een relatie tussen ouderen en casemanagers die is gebaseerd op vertrouwen. Op een hoger abstractieniveau worden een aantal concrete elementen in bestaande modellen aangaande integrale zorg(verlening) genoemd. Kernachtig omvatten deze elementen: *multidisciplinary team care, comprehensive assessment en casemanagement* (Hjelm et al. 2015b: X).

Het artikel van Jonker et al. (2015) geeft eveneens geen definitie van (elementen van) integrale zorg(verlening). Het onderzoek richt zich op kwetsbare ouderen in het Chronic Disease Self-management Program (CDSMP) en is het enigste Randomized Controlled Trial (RCT) artikel wat geïncludeerd is. Er wordt benoemd dat het startpunt voor het realiseren van integratie de mogelijkheden van cliënten dienen te zijn, waarbij eveneens de cognitieve en psychische conditie meegewogen dient te worden (Jonker et al. 2015: 9). Hierbij is het belangrijk om kwetsbare cliënten het gevoel te geven dat zij succesvol zijn, om vervolgens te stimuleren om de (eigen vastgestelde) doelen te behalen. Het artikel van Knowles et al. (2013) – net als het artikel van Bunn et al. (2018) gericht op de context in het Verenigd Koninkrijk – benoemd dat diverse zorgmodellen interprofessionele samenwerking als cruciaal onderdeel benoemen om zorg(verlening) te organiseren voor patiënten met meerdere chronische aandoeningen, zoals depressie en psychische gezondheidsproblemen. In tegenstelling tot de andere geïncludeerde artikelen worden eerstelijnsvoorzieningen als cruciaal omschreven om integrale zorg(verlening) te stimuleren voor deze doelgroep (Knowles et al. 2013: 7).

Het artikel van Van Duijn et al. (2018) past het Ontwikkelingsmodel Ketenzorg (OMK) – in het Engels Developmental Model for Integrated Care (DMIC) – toe als analytisch raamwerk om verschillende Europese interventies te analyseren aangaande integrale zorg(verlening). Van Duijn et al. (2018: 1) benoemd de volgende definitie van integratie: '*independent, yet interconnected sectors working together to better meet the needs of consumers and to improve the quality and effectiveness of service provision*'. Het artikel benoemd niet zozeer (nieuwe) elementen van integrale zorg(verlening), maar is waardevol gebleken vanwege de toepassing van het OMK voor de integratie van verschillende diensten in verschillende domeinen op Europees niveau. Het onderzoek heeft als

doel om de integratie van verschillende diensten in verschillende domeinen conceptueel te verhelderen (Van Duijn et al. 2018: 9). Opvallend is dat in de analyse verschillende clusters van het huidige OMK worden samengevoegd. Evenals bij het artikel van Knowles et al. (2013) richt het onderzoek in het artikel van Lee et al. (2015) zich op de integratie in eerstelijnsvoorzieningen. Er worden verschillende succesfactoren omschreven, waaronder het gebruik van interprofessionele teams en een actieve rol van een geriatrische specialist in de eerste lijn (Lee et al. 2015:148). Hoewel er geen definitie van integrale zorg(verlening) wordt genoemd, wordt 'chronic disease management (CDM)' op het niveau van de eerste lijn als een belangrijk initiatief omschreven (Lee et al. 2015: 150). Er wordt beargumenteerd dat systeemverbeteringen in de eerstelijnszorg noodzakelijk zijn om de zorgverlening voor ouderen met multimorbiditeit te verbeteren (Lee et al. 2015: 148).

Het artikel van De Bruin et al. (2013) richt zich op de Nederlandse context, waarbij verschillende zorggroepen worden onderzocht. Concluderend blijkt dat de onderzochte zorggroepen niet specifiek integrale zorginterventies aanbieden die gericht zijn op patiënten met comorbiditeit (De Bruin et al. 2013: 2). De analyse van het artikel leverde weinig expliciete elementen en/of dimensies van integrale zorg(verlening) op. De resultaten van het artikel van Li & McLaughlin (2012) wijzen op het belang van het effect van de overtuigingen van zorgverleners op de gezondheid van de zorgbehoefte. Ter toevoeging wordt het belang van '*self-efficacy on functional health*' onderstreept (Li & McLaughlin 2012: 9). Het artikel van Lo et al. (2016) richt zich meer op het medische perspectief aangaande integratie. Op macroniveau worden er elementen van kwalitatief hoogstaande zorgverlening benoemd en niet zozeer elementen gericht op integrale zorg(verlening). Er wordt hierom ook geen definitie van integrale zorg(verlening) weergegeven. Vanuit het medische perspectief wordt het wenselijk geacht dat verschillende medische voorzieningen (bijvoorbeeld diabetes- en nierzorg) geïntegreerd met elkaar worden (Lo et al. 2016: 1). Hierbij benoemen afdelingshoofden in het ziekenhuis het belang om kwaliteitsverbeteringen door te voeren, waarbij sterke communicatie tussen professies en een preventieve aanpak gezondheidsuitkomsten kunnen verbeteren van patiënten (Lo et al. 2016: 1).

Het artikel van Bunn et al. (2014) richt zich op mensen met dementie, refererend als '*people living with dementia*' (PLWD). Er wordt geconstateerd dat veel zorgmodellen gericht zijn op een enkele ziekte, in tegenstelling tot de aanwezigheid van multimorbiditeit bij patiënten en de behoeften van familieleden en mantelzorgers. Kortom: er is tot op heden beperkt onderzoek uitgevoerd gericht op de organisatie en zorgverlening van diensten voor mensen met dementie en de patiëntbeleving hierin. Het artikel van Muntinga et al. (2015) worden de resultaten gepresenteerd van een studie die de implementatie van het Geriatric Care Model (GCM) nader onderzocht. Het GCM heeft als doel om de eerstelijnszorg voor kwetsbare ouderen te herstructureren (Muntinga et al. 2015: 61). Hieruit voortvloeiend worden kernelementen benoemd van het interventieprogramma op het niveau van de professional (o.a. kwaliteitsmanagement en opleiding), het niveau van de patiënt (o.a. een geriatrische assessment en een zorgplan) en het niveau van de organisatie (o.a. multidisciplinaire team consultaties en community netwerken). Vanwege deze unieke indeling in de geïncorporeerde artikelen is het artikel als waardevol gebleken in de uiteindelijke thematisering van nieuwe elementen van integrale zorgverlening. Het artikel van Oliver (2012) – eveneens gericht op de context in het Verenigd

Koninkrijk – benoemd tien uitdagingen (zowel op macro, meso als microniveau) voor de organisatie van zorgverlening in de 21^e eeuw voor een toenemende ouderen populatie. Het artikel is geïncludeerd vanwege de abstracte scope waarmee naar uitdagingen in de zorgsector is gekeken. Hoewel er niet expliciet gerefereerd wordt naar integrale zorg(verlening), raken de uitdagingen in sterke mate aan de integratie van zorg(verlening) in verschillende domeinen. Evenals een aantal andere artikelen wordt het als belangrijk omschreven om te focussen op oudere mensen met multimorbiditeit en dient deze doelgroep centraal te staan in het (her)ontwerpen van passende diensten (Oliver 2012: 396).

Het artikel van Oni et al. (2014) presenteert de resultaten van een onderzoek gericht op het actualiseren van het Innovative Care for Chronic Conditions Framework (ICCC) van de World Health Organization (WHO). Er wordt geconcludeerd om het raamwerk aan te scherpen aan de huidige context, namelijk om toe te komen aan de behoeften van mensen met chronische ziekten. Concreet wordt er benoemd dat het wenselijk is om de betekenis van het begrip 'integratie' en het perspectief van de patiënt nadrukkelijker te betrekken in het model. Het ICCC raamwerk bestaat uit een aantal bouwstenen (WHO 2002): *chronic disease, delivery of health care, integrated, long-term care, public policy, consumer participation, intersectoral cooperation* en *evidence-based medicine*. Met name de bouwsteen 'build integrated health care' is als waardevol gebleken, omdat er verschillende elementen van integrale zorg(verlening) worden benoemd. Immers, integrale dienstverlening behelst positieve (zorg)uitkomsten, waaronder een verbeterde gezondheid, minder inefficiënte processen en minder gefrustreerde ervaringen van patiënten. Het artikel van Reeve et al. (2013) benoemd geen definitie van integratie en/of integrale zorg(verlening). Er wordt geconcludeerd dat de focus op organisationele integratie beperkt voordeel heeft voor individuele patiënten (Reeve et al. 2013: 2). Hieruit voortvloeiend ontstaat de uitdaging om op zorgsysteemniveau (macro) integrale zorgmodellen te ontwikkelen waarbij de behoefte van de persoon centraal staat, in tegenstelling tot solitair de behoefte van het zorgsysteem zelf.

Tot slot worden in het artikel van Struckmann et al. (2018) elementen van integrale zorg(verlening) geïdentificeerd en geclusterd volgens de World Health Organisation (WHO) '*health system building blocks*'. Hoewel de indeling niet overeenkomst met de macro, meso en micro clustering zoals toegepast door Leijten et al. (2018), is de indeling van Struckmann et al. (2018) als verrijkend te omschrijven. In het artikel wordt de volgende definitie van integrale zorg(verlening) weergegeven: '*integrated care refers to structured efforts to provide coordinated, pro-active, person-centred, multidisciplinary care by two or more communicating and collaborating care providers*' (Struckmann et al. 2018: 24). De meest elementen zijn toe te schrijven aan het cluster 'dienstverlening'. Een element wordt in dit artikel gedefinieerd als een component of concept om integrale zorg(verlening) te leveren, waarbij elementen een onderdeel van een model of programma kunnen zijn (Struckmann et al. 2018: 24). De vijf elementen waarnaar het meest naar werd gerefereerd zijn: *person-centred care (a shift from disease-centred care to a person-centred care approach, which takes individual preferences, perceptions and needs into account)*, *holistic or needs assessment (to determine which type of care is needed was also often referred to as an essential part of integrated care)*, *integration and coordination of care services and/or professionals*, *collaboration* en *self-management*.

Bijlage 5A. Format voor de bijeenkomst met experts

Tijdens de expertraadpleging zijn de voorlopige thema's voorgelegd aan de experts. Hierbij zijn zinsneden uit de geïnccludeerde artikelen voorgelegd die een onderscheidend element zouden kunnen zijn. De thema's zijn na de expertraadpleging aangepast.

Expertmeeting

Datum:

Doel:

Document:

Auteur:

Contactgegevens:

'Elementen van integrale zorg(verlening)'

Donderdag 14 juni van 14:00 tot 15:30

Validatie/aanscherping theoretische resultaten

Format voor aanwezige(n)

Oemar van der Woerd

o.vanderwoerd@vilans.nl

Welkom!

Beste deelnemende expert,

Hiervoor ligt het format voor tijdens de expertmeeting en is voor u bedoeld. Ter informatie zijn de verschillende analysestappen die in het Excel document zijn toegepast, hieronder weergegeven. Tevens zijn de voorlopige clusters van de 'nieuwe' elementen toegevoegd en een aantal spelregels.

Alvast hartelijk dank voor uw bijdrage.

Met vriendelijke groet,

Oemar van der Woerd

Voorlopige clustering 'nieuwe' elementen:

1. *Centralizing the patient holistically*
2. *Participating with the patient in it's context*
3. *Enhance patients with e-health applications*
4. *Integration with social and community services*
5. *Integration with primary care*
6. *Supporting preventive integration*
7. *Supporting integrated innovations*
8. *Others*

Spelregels:

1. Gelieve keuze te arceren op het format wat voor u ligt.
2. Gelieve overige opmerkingen en gedachten kernachtig te noteren.
3. 'Eens' betekent dat het element **WEL** voldoende nieuw is i.r.t. het OMK.
4. 'Oneens' betekent dat het element **NIET** voldoende nieuw is i.r.t. het OMK.
5. Wees a.u.b. kritisch.

1. Centralizing the patient holistically

Bronnen:

- Leijten et al. (2018), Struckmann et al. (2018), Oni et al. (2014), Bunn et al. (2014), Bunn et al. (2017) en Jauregui et al. (2016).

1.1 Stelling 1: **1.18**
A formal holistic assessment can be used as a means of determining the type of care needed and to help staff determine which resources (e.g. the level of coordination) are needed (Leijten et al. 2018).

Eens / Oneens / Opmerking:

1.2 Stelling 2: **1.7 en 1.8**
Flexibility in services to ensure they are sensitive to the changing needs of PLWD and their family carers over time (Bunn et al. 2017).

Eens / Oneens / Opmerking:

1.3 Stelling 3: **1.18**
Multimorbidity (..) requires a shift towards integrated generalist care, rather than the continued proliferation of specialist roles, because it means that patients are no longer dependent on a single clinical discipline, but now need to interact with several (Oni et al. 2014).

Eens / Oneens / Opmerking:

2. Participating with the patient in it's context

Bronnen:

- Leijten et al. (2018), Struckmann et al. (2018), Oliver (2012), Hjelm et al. (2015), Briggs et al. (2018), Jauregui et al. (2016) en Bunn et al. (2017).

2.2 Stelling 1: **2.18**
The importance of establishing trusting relationships between older persons and their case managers in order to truly provide assistance (Hjelm et al. 2015).

Eens / Oneens / Opmerking:

2.3 Stelling 2: **4.4 en 4.5**
The person with multi-morbidity and the informal caregiver should be empowered and engaged in becoming partners with shared responsibility in the decision-making and care process (Leijten et al. 2018).

Eens / Oneens / Opmerking:

3. Enhance patients with e-health applications

Bronnen:

- Bunn et al. (2017) en Leijten et al. (2018).

3.1 Stelling 1: **1.4**
E-health tools or telemedicine can contribute to the ability of persons with multi-morbidity to live an independent life in their own home with improved distant care facilities (Leijten et al. 2018).

Eens / Oneens / Opmerking:

3.2 Stelling 2: **3.4 en 3.5**

Information sharing with family carers is the default option while the patient still has the capacity to decide (Bunn et al. 2017).

Eens / Oneens / Opmerking:

4. Integration with social and community services

Bronnen:

- Briggs et al. (2018), Leijten et al. (2018), Struckmann et al. (2018), Oni et al. (2014), Jauregui et al. (2016) en Bunn et al. (2017).

4.1 Stelling 1: 8.6 en 8.11

Health and social care services need to take a collaborative approach that recognises patients and family carers as partners in their care (Bunn et al. 2017).

Eens / Oneens / Opmerking:

4.2 Stelling 2: 8.8

The need for health, social and community services to be linked (Leijten et al. 2018).

Eens / Oneens / Opmerking:

4.3 Stelling 3: 3.1 en 3.9

Develop indicators that are particularly relevant for the care of persons with multi-morbidity, (..) related to the level of integration between health and social care, continuity of care and polypharmacy (Leijten et al. 2018).

Eens / Oneens / Opmerking:

5. Integration with primary care

Bronnen:

- Oliver (2012), De Bruijn et al. (2013), Lee et al. (2015), Knowles et al. (2013) en Jauregui et al. (2016).

5.1 Stelling 1: 3.8

General practitioners for example stated that the generalist nature of their discipline makes them highly suited to provide integrated care (De Bruijn et al. 2013).

Eens / Oneens / Opmerking:

5.2 Stelling 2: 3.12

Development of the skills of primary care nurses for monitoring patients with multiple chronic diseases (Jauregui et al. 2016).

Eens / Oneens / Opmerking:

5.3 Stelling 3: 7.8

Collaboration among care providers integrated within the primary care practice (Lee et al. 2015).

Eens / Oneens / Opmerking:

6. Supporting preventive integration

Bronnen:

- Oni et al. (2014), Struckmann et al. (2018) en Lo et al. (2016).

6.1 Stelling 1:

5.8 en 5.9

It speaks to integrated chronic care including coordination of care from prevention to tertiary care to improve the continuum of care (Oni et al. 2014).

Eens / Oneens / Opmerking:

6.2 Stelling 2:

9.5

Health promotion/preventive actions/proactive prevention activities (Struckmann et al. 2018).

Eens / Oneens / Opmerking:

7. Supporting integrated innovations

Bronnen:

- Struckmann et al. (2018), Oliver (2012), Jauregui et al. (2016) en Leijten et al. (2018).

7.1 Stelling 1:

5.8 en 9.5

Telehealth and, for patients with LTC's, with anticipatory care, keeping patients well, independent and out of hospitals, or long term care (Oliver 2012).

Eens / Oneens / Opmerking:

7.2 Stelling 2:

5.8 en 9.5

A patient journey record in which early detection of adverse changes can prompt care and computerized algorithms that recommend care pathways (Leijten et al. 2018).

Eens / Oneens / Opmerking:

8. Others

Bronnen:

- Leijten et al. (2018), Struckmann et al. (2018), Reeve et al. (2013), Oni et al. (2014), Hjelm et al. (2015) en Jauregui et al. (2016).

8.1 Stelling 1:

5.11 en 6.3

Motivation, commitment and the taking on of responsibility among professionals (Jauregui et al. 2016).

Eens / Oneens / Opmerking:

8.2 Stelling 2:

2.18

In view of the fragmentation of our health system, we might have to consider that there is a need to provide case management services not only for older persons with multi-morbidity but also for their family members (Hjelm et al. 2015).

Eens / Oneens / Opmerking:

Bijlage 5B. Verslaglegging van de expertraadpleging

Voortvloeiend uit de expertmeeting blijkt allereerst dat een aantal thema's en (onderdelen van) elementen van integrale zorg(verlening) als onderscheidend worden benoemd door de aanwezige experts. Allereerst werd bediscussieerd in hoeverre een 'holistische integrale beoordeling' voldoende onderscheidend is ten opzichte van het huidige OMK. Er blijkt consensus te zijn over het belang om vooraf – op een zo holistisch mogelijke manier en/of methode – de behoeften van de persoon in kaart te brengen, zo blijkt uit het volgende citaat:

”Als zodanig staat de ‘holistic needs assessment’ niet in het huidige OMK, dus dat is voor mij nieuw en onderscheidend. Element 1.8 is meer gericht op complex denken en dat zit ook in het huidige cluster vier.” **RH**

Uit het citaat van RH blijkt eveneens dat er werd gekeken naar welke elementen in het huidige OMK raken en/of schuren aan nieuwe elementen (of een gedeelte hiervan). Echter, het vierde cluster in het huidige OMK, 'optimale zorg' genaamd, omvat volgens NZ deels een 'holistische integrale beoordeling'. MH benoemd dat een ziekte en/of beperking in principe altijd invloed heeft op verschillende levensdomeinen van een persoon. Hierom is het van belang om de verschillende domeinen in kaart te brengen, waarbij MH het huidige element 1.8 ('Aandacht voor complexe cliënten waarbij meerdere (al dan niet met elkaar te maken hebbende) aandoeningen/ziekten of problemen tegelijk spelen inbouwen') eveneens onvoldoende toereikend vindt in het huidige OMK. Als sterk onderscheidend ten opzichte van het huidige OMK wordt door MH het gebrek aan relationele focus benoemd. Hiermee wordt bedoeld dat een vertrouwensrelatie met een persoon in de zorg(verlening) als belangrijk wordt omschreven. Ter toevoeging benoemd MH dat indien men het over integrale persoonsgerichte zorg(verlening) heeft, relationele aspecten niet kunnen ontbreken en derhalve opgenomen dienen te worden in het geactualiseerde OMK. Echter, er treed hierbij een kanttekening op, zo blijkt uit het volgende citaat van MH:

“Een vertrouwensrelatie is super belangrijk, maar hoe ga je dat meten? Je wilt het liever in gedrag terugzien. (..) Het nakomen van afspraken, bereikbaarheid, de tijd nemen. Nu is het te algemeen.” **MH**

Onderbouwend aan het hierboven vermelde citaat werd door MH benoemd dat bijvoorbeeld professionals in de zorg(verlening) al snel zullen beamen dat er aan een vertrouwensrelatie

wordt gewerkt. Echter, het concreet maken van hoe deze vertrouwensrelatie dan daadwerkelijk wordt geoperationaliseerd (e.g. welke concrete activiteiten er worden ondernomen) en gemeten wordt als belangrijk omschreven.

Een tweede bevinding uit de expertmeeting is de ontstane discussie in hoeverre elementen overlappend met elkaar kunnen zijn. NZ benoemd hierbij het voorbeeld dat een optelsom van verschillende elementen in het huidige OMK, zoals de elementen 1.6 ('Het ontwikkelen van specifieke zorgprogramma's voor subgroepen van cliënten binnen de keten'), 1.7 ('Flexibiliteit in het aanpassen van de ketenzorg voor individuele cliënten inbouwen') en 1.8 ('Aandacht voor complexe cliënten waarbij meerdere (al dan niet met elkaar te maken hebbende) aandoeningen/ziekten of problemen tegelijk spelen inbouwen') de lading kunnen dekken van een nieuw gevonden element, in dit geval een 'holistische integrale benadering'. Door NZ werd hierom afgevraagd in hoeverre er overlap mag zijn tussen de elementen, ondersteund door het volgende citaat van RH:

“Sommige elementen zitten er nu niet in, maar hoe doe je dat? Eén item erbij knutselen of moet het systematischer in meerdere clusters terugkomen?” **RH**

Uit het vermelde citaat van RH blijkt dat het toevoegen van nieuwe elementen van invloed kan zijn op elementen in andere clusters en/of de indeling van de geformuleerde clusters. Hieraan toevoegend benoemd MH dat bijvoorbeeld het huidige vierde cluster 'optimale zorg' meer op het niveau van de keten ingericht lijkt te zijn, terwijl andere elementen in het huidige OMK zich meer richten tot de cliënt. Hierbij benoemd MH dat haar persoonsgerichte visie sterk van invloed zou zijn op elementen aangaande de daadwerkelijke zorg(verlening). Voortvloeiend uit deze persoonsgerichte visie blijkt dat de experts het betrekken van naasten in de zorg(verlening) als sterk onderscheidend vinden voor het met betrekking tot het huidige OMK. Echter, uit het volgende citaat blijkt dat NZ zich afvraagt welke invloed de rol van naasten heeft op de inrichting van de elementen en clusters:

“Dat 'naasten' gedeelte zit momenteel niet in het OMK. (..) Ik zou het niet als los element toevoegen, maar het idee van 'naasten betrekken' verwerken in het gehele OMK.” **NZ**

Echter, NZ voegt hieraan toe dat het van belang is om een bepaalde afbakening te hanteren met betrekking tot het niveau van naasten. Immers, er kan afgevraagd worden of het betrekken van de buurt en/of gemeenschap eveneens raakt aan 'naasten'.

Een derde bevinding uit de expertmeeting is dat veelvuldig het belang werd benoemd om het huidige OMK te herformuleren. Hiermee wordt bedoeld dat de huidige 89 elementen qua woordkeuze en formulering aangepast dienen te worden aan de betekenis van integrale zorg(verlening). Een herformulering van het huidige OMK zou de betekenis van de elementen wat 'strakker' kunnen vormgeven, zo blijkt uit het volgende citaat:

“Element 1.6 gaat over specifieke zorgprogramma's, dat lijkt niet meer actueel. (..) 'Maatwerk' of een woord wat de behoefte van de persoon centraal stelt zou relevanter zijn.” **NZ**

Hieraan toevoegend wordt door NZ het belang benoemd om consistent in de formulering te zijn. Immers, het benoemen van de rol van mantelzorgers is verschillend in vergelijking met het benoemen van de rol van naasten. Hierop aansluitend benoemd RH het belang om geen rolspecificaties op te nemen in de actualisatie van het OMK, vanwege het generieke karakter en doel van het OMK, zo blijkt uit het volgende citaat:

“In het huidige OMK is bewust niet de casemanager benoemd, met de gedachte dat meerdere professionals een dergelijke coördinerende competentie dienen te hebben.” **RH**

Het bewust wegblijven uit rolspecificaties ontstaat eveneens het idee dat coördinerende werkzaamheden inherent zijn aan benodigde competenties van zorgprofessionals. Echter, RH benoemd de complexiteit in coördinatie voor personen met het ziektebeeld dementie. In vergelijking met andere ziektebeelden is het verloop onvoorspelbaar en tijdsintensief, vanwege het verloop voor een lange periode in het leven van een persoon. Een casemanager is hierom cruciaal, omdat er op verschillende niveaus in de zorg(verlening) behoefte is aan coördinatie. RH benoemd eveneens dat het huidige element 1.4 ('Methoden inzetten die het eigen vermogen en de zelfregie van een cliënt bevorderen als onderdeel van ketenzorg') in de totstandkoming van het OMK bewust algemeen op 'methoden' is geformuleerd en niet voor een concrete invulling qua formulering is gekozen.

Een vierde bevinding uit de expertmeeting is het belang voor bewustzijn dat verschillende niveaus van zorg(verlening) zijn vertegenwoordigd in het huidige OMK. De experts benoemen in consensus dat het principiële keuzes vraagt wat de scope van een element is. Hieraan toevoegend benoemd RH dat concreet een mantelzorger als hulpbron of als impliciet onderdeel in de zorg(verlening), zo blijkt uit het volgende citaat:

“Veel niveaus in het huidige OMK gaan door elkaar. (..) Is de mantelzorger een hulpbron of een impliciet onderdeel in de zorgverlening?” **RH**

Hieraan toevoegend benoemd RH dat verschillende achtergronden gekozen kunnen worden in de verwerking van onderscheidende thema's en elementen van integrale zorg(verlening). Immers, een 'systeembenadering' (waarbij naasten onderdeel zijn van de zorgverlening) vergt een andere vertaling van de verschillende niveaus dan met een 'resource benadering' (waarbij naasten als hulpbron beschouwd worden). MH benoemd dat het vanuit een persoonsgerichte visie van belang is om de cliënt als onderdeel van het systeem te zien, waarbij naasten eveneens bij horen:

“Zij mantelzorgers een hulpbron of zorgvragers? Volgens mij vervullen zij al die rollen. Ik zou het logisch vinden om het cliëntsysteem op te nemen in het gehele OMK.” **MH**

Vanuit de expertgroep blijkt dat persoonlijke ervaringen en achtergronden van invloed zijn op de keuze of preventieve en innovatieve elementen daadwerkelijk fundamenteel onderdeel zijn van integrale zorg(verlening). De achtergronden van expertises van de verschillende deelnemende experts is bepalend in de feedback die wordt gegeven. Immers, vanuit de expertise en onderzoekservaring van MH in de gehandicaptenzorg is de visie (en het gebruik van het woord als begrip) van 'cliëntsysteem' leidend. MH benoemd dat in de wetenschappelijke literatuur verschuivingen zichtbaar zijn in de samenwerking met andere partners dan zorginstellingen alleen, bijvoorbeeld rondom '*health promotion*', waarbij kennis en vaardigheden van belang zijn voor mensen om de eigen gezondheid positief te beïnvloeden. Kortom: het toerusten van de cliënt.

Een vijfde bevinding na de expertmeeting is op te merken dat de grenzendiscussie van integrale zorg(verlening) van invloed is op het actualiseren van het OMK. Er ontstond consensus over het belang om het OMK in sterke mate generiek te formuleren. Echter, bij het optreden van de grenzendiscussie aangaande integrale zorg(verlening) zijn er verschillende opvattingen. Er werd afgevraagd in hoeverre preventieve en innovatieve activiteiten binnen de kaders van integrale zorg(verlening) passen:

“Informatie delen zit momenteel in het OMK, maar niet expliciet IT. Moet je dat dan zo concreet toevoegen? (..) Is het écht specifiek voor integrale zorg of moet iedere organisatie willen innoveren?” **NZ**

Hierop aanvullend benoemde NZ het discussiepunt in hoeverre preventieve activiteiten (gericht op het voorkomen van ziekten) en innoverende activiteiten (het stimuleren van zorginnovaties) onderdeel dienen te zijn van integrale zorg(verlening). De achterliggende vraag van deze conceptuele discussie is in hoeverre preventieve en innovatieve activiteiten fundamenteel onderdeel zijn van integrale zorg(verlening) en derhalve opgenomen dienen te worden in het OMK. Immers, volgens RH zouden preventieve en innovatieve activiteiten als 'nevenactiviteiten' van integrale zorg(verlening) omschreven kunnen worden. Hiermee wordt bedoeld dat organisaties in eerste instantie verantwoordelijk zijn om preventie en innovatieve van zorg(verlening) te agenderen en vervolgens te implementeren in de daadwerkelijke zorg(verlening). Tot slot wordt MH gewezen op ontwikkelingen in de (recente) literatuur en de mogelijke invloed op het actualiseren van het OMK, zo blijkt uit het volgende citaat:

“Er wordt niet alleen gesproken over multidisciplinaire samenwerking, maar ook over inter- en transdisciplinaire samenwerking. (..) Over welke samenwerking in een keten hebben wij het?” **MH**

Uit het citaat is op te merken dat begrippen in recent verschenen literatuur mogelijk van invloed is op de afbakening (en formulering) van het OMK. Transdisciplinaire samenwerking gaat een stap verder in vergelijking met interdisciplinaire samenwerking (benaming van cluster zes in het huidige OMK). Immers, een te algemene bewoording van een activiteit zal mogelijk door professionals beaamd worden, zonder dat er daadwerkelijk concreet vorm aan wordt gegeven. Kortom: afbakening is noodzakelijk met betrekking tot de grenzendiscussie, maar eveneens voor recente ontwikkelingen in de wetenschappelijke literatuur die van invloed kunnen zijn op het OMK.

Bijlage 6A. Format voor de pilot met professionals

Tijdens de pilot met professionals zijn de concrete elementen/activiteiten van integrale zorg(verlening) voorgelegd aan professionals werkzaam in verschillende domeinen. Hierbij zijn concrete activiteiten van integrale zorg(verlening) – voortvloeiend uit de onderscheidende thema's – voorgelegd aan de deelnemers.

Integrale zorg(verlening) in een veranderende samenleving

Pilot met professionals uit verschillende domeinen



Datum:	Donderdag 12 juli 2018 van 14:00 tot 15:30
Locatie:	Vilans, rondezaal 3.3, Utrecht
Kader:	Actualisatie Ontwikkelingsmodel Ketenzorg (OMK)
Aanwezigen:	Mw. Hofman (Coördinator Autismenetwerk) Mw. Lilian Frijters (Dementieverpleegkundige/casemanager V&VN) Dhr. Lam (Ketenregisseur Midden-Brabant) Dhr. Zonneveld (Senior Adviseur Lokaal Organiseren bij Vilans) Dhr. Simons (Senior Adviseur bij Stimulansz)
Doelstelling:	Toetsing/validatie van geïdentificeerde elementen integrale zorg(verlening) in relatie tot het OMK en het delen van ervaringen aangaande 'integraliteit'

Beste deelnemer,

Allereerst hartelijk dank voor uw aanwezigheid bij deze bijeenkomst!

In deze bijeenkomst met professionals uit verschillende domeinen staan wij graag stil bij het containerbegrip 'integrale zorg(verlening)'. Het Ontwikkelingsmodel Ketenzorg (OMK) omvat 89 elementen van integrale zorg(verlening), maar is mogelijk niet meer actueel aan de huidige context (in 2012 is het reeds gepubliceerd). Wat omvat integrale zorg(verlening) anno 2018? Welke grenzen (of juist niet) dienen er gesteld te worden? Welke veranderingen in de samenleving zijn van invloed op integrale zorg(verlening) en hiermee het OMK? Kortom: een belangrijk vraagstuk om de zorg(verlening) voor cliënten nader in te richten.

Voor u ligt een praktisch format waarin ik graag de voorlopige resultaten van mijn onderzoek aan u voorleg. Mocht u eventuele vragen hebben, stelt u deze dan gerust. Ik beantwoord deze graag voor u.

Met hartelijke groet,

Oemar van der Woerd

E-mail: oemar.vanderwoerd@online.nl

o.vanderwoerd@vilans.nl

Twitter: @Oemar1



Doe mee op Twitter!
#OMK #integralezorg

Vijf onderscheidende thema's

Voortvloeiend uit de systematische literatuurstudie zijn er vijf onderscheidende thema's vastgesteld ten opzichte van het huidige OMK, zoals weergegeven in *figuur 1*. Hiermee wordt bedoeld dat uit de analyse deze thema's zijn geformuleerd die momenteel niet terugkomen in relatie tot het huidige OMK. Allereerst worden deze thema's geïntroduceerd, waarna concrete elementen/activiteiten van integrale zorg(verlening) worden omschreven verderop in het format. De formulering van deze elementen/activiteiten is gebaseerd op de (soms meerdere) geïnccludeerde artikelen, gebaseerd op het toegestuurde Excel document.

Figuur 1: overzicht van de onderscheidende thema's in relatie tot het huidige OMK

#	Onderscheidende thema's	Gebruikte geïnccludeerde artikelen
1	<i>Holistic view of the person</i>	Leijten et al. (2018); Struckmann et al. (2018); Oni et al. (2014); Bunn et al. (2014); Bunn et al. (2017); Jauregui et al. (2016).
2	<i>Composition of (network)partners</i>	Briggs et al. (2018); Struckmann et al. (2018); Oni et al. (2014); Jauregui et al. (2016); Bunn et al. (2017); Leijten et al. (2018); Oliver (2012); Knowles et al. (2013); Lee et al. (2015); De Bruijn et al. (2013).
3	<i>Collaborating with the person and their relatives</i>	Leijten et al. (2018); Struckmann et al. (2018); Oliver (2012); Hjelm et al. (2015); Briggs et al. (2018); Jauregui et al. (2016); Bunn et al. (2017).
4	<i>Stimulate the use of eHealth/technology</i>	Bunn et al. (2017); Leijten et al. (2018).
5	<i>Others</i>	Leijten et al. (2018); Struckmann et al. (2018); Reeve et al. (2013); Oni et al. (2014); Hjelm et al. (2015); Jauregui et al. (2016); Lo et al. (2016).

Thema 1: *holistic view of the person*

Het eerste thema '*holistic view of the person*' omvat een persoonsgerichte benadering van zorg(verlening), voortvloeiend uit de geïnccludeerde artikelen van Leijten et al. (2018), Struckmann et al. (2018) en Jauregui et al. (2016). In *figuur 2* zijn de geformuleerde elementen weergegeven met de gebruikte geïnccludeerde artikelen.

Figuur 2: overzicht van de geformuleerde elementen als activiteit van integrale zorg(verlening)

#	Geformuleerde elementen	Gebruikte geïnccludeerde artikelen
1	Het uitvoeren van een formele holistische beoordeling van de zorgbehoeften van de persoon om de juiste zorg(verlening) op elkaar af te stemmen.	Leijten et al. (2018); Struckmann et al. (2018).
2	Gebruik maken van persoonsgerichte zorgstandaarden met een generiek karakter, rekening houdend met multimorbiditeit.	Leijten et al. (2018); Jauregui et al. (2016).
3	De individuele voorkeuren van de persoon en naasten in kaart brengen, zoals persoonlijkheid, religie, cultuur, etniciteit, sociaal-financiële positie, scholingsachtergrond en ziekteperceptie.	Leijten et al. (2018); Struckmann et al. (2018); Jauregui et al. (2016).

Element 1

Het uitvoeren van een formele holistische beoordeling van de zorgbehoeften van de persoon om de juiste zorg(verlening) op elkaar af te stemmen.

Vindt u het element onderscheidend genoeg om tot het OMK toegevoegd te kunnen worden?

JA / NEE Waarom?

Element 2

Gebruik maken van persoonsgerichte zorgstandaarden met een generiek karakter, rekening houdend met multimorbiditeit.

Vindt u het element onderscheidend genoeg om tot het OMK toegevoegd te kunnen worden?

JA / NEE Waarom?

Element 3

De individuele voorkeuren van de persoon en naasten in kaart brengen, zoals persoonlijkheid, religie, cultuur, etniciteit, sociaal-financiële positie, scholingsachtergrond en ziekteperceptie.

Vindt u het element onderscheidend genoeg om tot het OMK toegevoegd te kunnen worden?

JA / NEE Waarom?

Thema 2: composition of (network)partners

Het tweede onderscheidende thema 'composition of (network)partners' omvat de samenstelling van verschillende partners in de zorg(verlening) in verschillende domeinen

rondom een persoon, op basis van de geïnccludeerde artikelen van Bunn et al. (2017), Briggs et al. (2018), Leijten et al. (2018), Struckmann et al. (2018) en Jauregui et al. (2016). In *figuur 3* zijn de geformuleerde elementen weergegeven met de gebruikte geïnccludeerde artikelen.

Figuur 3: overzicht van de geformuleerde elementen als activiteit van integrale zorg(verlening)

#	Geformuleerde elementen	Gebruikte geïnccludeerde artikelen
1	Het in kaart brengen welke relatie(s) de persoon in zijn of haar sociale netwerk/directe omgeving heeft.	Struckmann et al. (2018); Leijten et al. (2018).
2	Het actief betrekken van naasten als partners in de samenwerking om de zorg(verlening) van de persoon af te stemmen.	Bunn et al. (2017).
3	Samenhang creëren tussen de zorg(verlening) in verschillende domeinen, waarbij verbinding wordt nagestreefd tussen de persoon, naasten, professionals en organisaties.	Leijten et al. (2018); Briggs et al. (2018); Struckmann et al. (2018).
4	Het ontwikkelen van en gezamenlijk management plan voor de zorg(verlening) uit verschillende domeinen, in samenspraak met naasten en professionals.	Jauregui et al. (2016); Bunn et al. (2017).

Element 1

Het in kaart brengen welke relatie(s) de persoon in zijn of haar sociale netwerk/directe omgeving heeft.

Vindt u het element onderscheidend genoeg om tot het OMK toegevoegd te kunnen worden?

JA / NEE Waarom?

Element 2

Het actief betrekken van naasten als partners in de samenwerking om de zorg(verlening) van de persoon af te stemmen.

Vindt u het element onderscheidend genoeg om tot het OMK toegevoegd te kunnen worden?

JA / NEE Waarom?

Element 3

Samenhang creëren tussen de zorg(verlening) in verschillende domeinen, waarbij verbinding wordt nagestreefd tussen de persoon, naasten, professionals en organisaties.

Vindt u het element onderscheidend genoeg om tot het OMK toegevoegd te kunnen worden?

JA / NEE Waarom?

Element 4

Het ontwikkelen van en gezamenlijk management plan voor de zorg(verlening) uit verschillende domeinen, in samenspraak met naasten en professionals.

Vindt u het element onderscheidend genoeg om tot het OMK toegevoegd te kunnen worden?

JA / NEE Waarom?

Thema 3: *collaborating with the person and their relatives*

Het derde onderscheidende thema '*collaborating with the person and their relatives*' omvat de samenwerking met de persoon en zijn of haar naasten, op basis van de geïnccludeerde artikelen van Hjelm et al. (2015a), Struckmann et al. (2018), Leijten et al. (2018) en Jauregui et al. (2016). In *figuur 4* zijn de geformuleerde elementen weergegeven met de gebruikte geïnccludeerde artikelen.

Figuur 4: overzicht van de geformuleerde elementen als activiteit van integrale zorg(verlening)

#	Geformuleerde elementen	Gebruikte geïnccludeerde artikelen
1	De rol van naasten stimuleren door actief in het besluitvormingsproces verantwoordelijkheid te delen.	Leijten et al. (2018); Jauregui et al. (2016); Struckmann et al. (2018).
2	Het in kaart brengen van de beschikbaarheid van naasten om informele zorg(verlening) concreet vorm te geven voor de persoon.	Leijten et al. (2018).
3	De relatie tussen de persoon met naasten en professionals stimuleren door hier proactief initiatieven voor op te zetten.	Leijten et al. (2018); Hjelm et al. (2015a); Struckmann et al. (2018).

Element 1

De rol van naasten stimuleren door actief in het besluitvormingsproces verantwoordelijkheid te delen.

Vindt u het element onderscheidend genoeg om tot het OMK toegevoegd te kunnen worden?

JA / NEE Waarom?

Element 2

Het in kaart brengen van de beschikbaarheid van naasten om informele zorg(verlening) concreet vorm te geven voor de persoon.

Vindt u het element onderscheidend genoeg om tot het OMK toegevoegd te kunnen worden?

JA / NEE Waarom?

Element 3

De relatie tussen de persoon met naasten en professionals stimuleren door hier proactief initiatieven voor op te zetten.

Vindt u het element onderscheidend genoeg om tot het OMK toegevoegd te kunnen worden?

JA / NEE Waarom?

Thema 4: *stimulate the use of eHealth/technology*

Het vierde onderscheidende thema '*stimulate the use of eHealth/technology*' omvat het gebruik van elektronische (zorg)voorzieningen en digitale applicaties ten behoeve van de zorg(verlening) voor de persoon, op basis van de geïnccludeerde artikelen van Bunn et al. (2017) en Leijten et al. (2018). In *figuur 5* zijn de geformuleerde elementen weergegeven met de gebruikte geïnccludeerde artikelen.

Figuur 5: overzicht van de geformuleerde elementen als activiteit van integrale zorg(verlening)

#	Geformuleerde elementen	Gebruikte geïnccludeerde artikelen
1	Het actief delen van informatie met naasten van de persoon door middel van digitale applicaties.	Bunn et al. (2017); Leijten et al. (2018).
2	De mogelijkheden stimuleren om personen zo lang mogelijk onafhankelijk thuis te laten wonen, gebruikmakend van gebruiksvriendelijke 'zorg of afstand' technologieën.	Leijten et al. (2018).

Element 1

Het actief delen van informatie met naasten van de persoon door middel van digitale applicaties.

Vindt u het element onderscheidend genoeg om tot het OMK toegevoegd te kunnen worden?

JA / NEE Waarom?

Element 2

De mogelijkheden stimuleren om personen zo lang mogelijk onafhankelijk thuis te laten wonen, gebruikmakend van gebruiksvriendelijke 'zorg of afstand' technologieën.

Vindt u het element onderscheidend genoeg om tot het OMK toegevoegd te kunnen worden?

JA / NEE Waarom?

Thema 5: *others*

Het vijfde onderscheidende thema '*others*' is een restcategorie waarin elementen van integrale zorg(verlening) zijn gethematiseerd die voldoende onderscheidend zijn, maar niet als individueel thema zijn geformuleerd, op basis van de geïnccludeerde artikelen van Oni et al. (2014), Struckmann et al. (2018), Lo et al. (2016) en Jauregui et al. (2016). In *figuur 6* zijn de geformuleerde elementen weergegeven met de gebruikte geïnccludeerde artikelen.

Figuur 6: overzicht van de geformuleerde elementen als activiteit van integrale zorg(verlening)

#	Geformuleerde elementen	Gebruikte geïnccludeerde artikelen
1	Het proactief uitvoeren van preventieve activiteiten, waarbij de beleving van de persoon centraal staat.	Oni et al. (2014); Struckmann et al. (2018); Lo et al. (2016).
2	Bewustzijn creëren onder professionals voor de verantwoordelijke en motiverende rol in het zorgverleningsproces.	Jauregui et al. (2016).

Element 1

Het proactief uitvoeren van preventieve activiteiten, waarbij de beleving van de persoon centraal staat.

Vindt u het element onderscheidend genoeg om tot het OMK toegevoegd te kunnen worden?

JA / NEE Waarom?

Element 2

Bewustzijn creëren onder professionals voor de verantwoordelijke en motiverende rol in het zorgverleningsproces.

Vindt u het element onderscheidend genoeg om tot het OMK toegevoegd te kunnen worden?

JA / NEE Waarom?

Bijlage 6B. Verslaglegging van de pilot met professionals

Thema 1: holistic view of the person

Het eerste thema omvat een holistische benadering van de persoon, die verder reikt dan alleen de focus op het medische perspectief. Het eerste geformuleerde element (*'Het uitvoeren van een formele holistische beoordeling van de zorgbehoeften van de persoon om de juiste zorg(verlening) op elkaar af te stemmen'*) wordt door JL, LF, MS en NH als onderscheidend omschreven. JL benoemt dat het vooraf inzichtelijk maken wat de zorgbehoefte helpt in het ontwikkelen van vertrouwensband tussen betrokkenen. Het 'juist' vormgeven van de zorg(verlening) rondom de persoon wordt door LF als belangrijk omschreven, zo blijkt uit het volgende citaat:

'Per persoon is de zorgbehoefte verschillend en het afstemmen van de
zorgverlening gaat om het 'juist' te laten zijn.'

LF

Hierop aanvullend benoemt NH dat de focus op de leefwereld van de persoon centraal dient te staan en een concretere invulling is dan 'holistisch'. LF en NH vullen hierop aan dat 'systematische' een passender woord is dan 'formele'. Het element 4.1 in het huidige OMK ('De behoeften van cliënten systematisch inzichtelijk maken en vastleggen voor de keten') raakt aan het hierboven benoemde element, maar dekt volgens MS en LF niet de gehele lading. Immers, het 'vastleggen voor de keten' kan belemmerend zijn. MS vraagt zich hierin af in hoeverre de persoon zélf zijn of haar zorgbehoefte(n) kan formuleren. Tot slot is het element (op het woord 'holistisch' na) volgens NZ niet een extra toevoeging voor het huidige OMK. Kortom: er heerst consensus de toevoeging met betrekking tot het huidige element 4.1, omdat 'afstemmen' meer vrijheid karakteriseert dan het 'vastleggen'.

Het tweede geformuleerde element (*'Gebruik maken van persoonsgerichte zorgstandaarden met een generiek karakter, rekening houdend met multimorbiditeit'*) wordt verschillend beoordeeld. LF en NH zijn het eens, terwijl JL, MS en NZ het oneens zijn over de onderscheidenheid met betrekking tot het huidige OMK. JL omschrijft het element als een uitgangspunt en leidend principe in de samenwerking en hierom niet onderscheidend genoeg voor integrale zorg(verlening). NZ voegt hieraan toe dat er een tegenstrijdigheid in het element lijkt te zitten, namelijk het generieke karakter en multimorbiditeit. NH benoemt ter toevoeging het belang om ervaringen expliciet te benoemen, zo blijkt uit het volgende citaat:

'Naast 'evidence based' zou ik pleitten voor 'ervarings based' of experience
based.'

NH

Voortvloeiend uit het citaat benoemd MS het raakvlak met het element 3.16 in het huidige OMK ('Toetsen of de zorg overeenstemt met evidence based richtlijnen of professionele standaarden'). Echter, volgens LF is het persoonsgerichte karakter onderscheidend. Tevens lijkt het belang om rekening te houden met multimorbiditeit terug te komen in element 1.8 in het huidige OMK ('Aandacht voor complexe cliënten waarbij meerdere (al dan niet met elkaar te maken hebbende) aandoeningen/ziekten of problemen tegelijk spelen inbouwen').

Het derde geformuleerde element (*'De individuele voorkeuren van de persoon en naasten in kaart brengen, zoals persoonlijkheid, religie, cultuur, etniciteit, sociaal-financiële positie, scholingsachtergrond en ziekteperceptie'*) wordt door LF, MS, NH en NZ als positief beoordeeld. JL deelt deze visie niet, omdat het element toegeschreven kan worden aan enkelvoudige zorg(verlening) en niet specifiek van toepassing is voor ketenzorg. LF benoemd het belang om het gehele zorgproces in ogenschouw te nemen, zo blijkt uit het volgende citaat:

'Alleen de behoeften in kaart brengen gaat uit van het nu, terwijl de individuele behoeften belangrijk zijn tijdens het gehele traject.' **LF**

Hieruit voortvloeiend benoemd MS de voorwaarde dat de genoemde punten in het element relevant dienen te zijn voor de geformuleerde en/of geïndiceerde hulpvraag. Hierom zou het wenselijk zijn om 'leefwereld' expliciet te benoemen, in plaats van 'individuele voorkeuren'. NZ benoemd de meerwaarde om het element te vervangen voor het element 4.1 in het huidige OMK ('De behoeften van cliënten systematisch inzichtelijk maken en vastleggen voor de keten'). Tot slot heerst er consensus onder de professionals over hetgeen dat de geformuleerde elementen uit het eerste thema sterk instrumenteel geformuleerd zijn.

Thema 2: composition of (network)partners

Het tweede thema omvat de samenstelling van betrokkenen (naasten, organisaties en professionals) uit verschillende domeinen rondom de persoon. Het eerste geformuleerde element (*'Het in kaart brengen welke relatie(s) de persoon in zijn of haar sociale netwerk/directe omgeving heeft'*) wordt door JL, LF, NH en NZ positief beoordeeld. MS is hier als enigste niet mee eens. Er wordt volgens de professionals een leemte opgevuld in het huidige OMK. Echter, MS vindt het element een 'voorloper' voor het tweede element uit het tweede thema en pleit derhalve voor een samenvoeging. NH stipt ter aanvulling aan om een zogenaamde 'keyworker' in kaart te brengen, zo blijkt uit het volgende citaat:

‘Het is toevoegend aan het element van belang om in kaart te brengen wie
vervolgens de sleutelfiguur is.’ **NH**

Als context benoemd LF dat het in kaart brengen van dergelijke relaties van belang is in de huidige participatiemaatschappij, waarbij elk contact telt. Tot slot benoemd JL de mogelijke instrumentele werking van het element, bijvoorbeeld voor de werkzaamheden van de wijkverpleegkundige.

Het tweede geformuleerde element (*‘Het actief betrekken van naasten als partners in de samenwerking om de zorg(verlening) van de persoon af te stemmen’*) wordt door alle deelnemende professionals als positief beoordeeld. Als overkoepelende redenering benoemd JL dat er momenteel een te grote diversiteit heerst tussen verschillende zorgprofessionals in het betrekken van naasten. Hierop is het wenselijk dat het netwerk rondom (kwetsbare) personen actief wordt ingezet, zo benoemd MS in het volgende citaat:

‘Er zit een duidelijke meerwaarde in het gebruiken van het netwerk om de
zorgverlening te organiseren.’ **MS**

Hierop aanvullend benoemd NH het belang om daadwerkelijk actief te luisteren naar naasten. Als voorbeeld introduceert LF het belang om voor ouderen met dementie en mensen met multimorbiditeit het netwerk te gebruiken. Immers, zonder het actief betrekken van het netwerk zal bij het ziekteverloop van dementie het thuis blijven wonen problematisch worden. Tot slot wordt er aangestipt dat de eerste twee elementen uit het tweede thema mogelijk samengevoegd kunnen worden tot één nieuw onderscheidend element.

Het derde geformuleerde element (*‘Samenhang creëren tussen de zorg(verlening) in verschillende domeinen, waarbij verbinding wordt nagestreefd tussen de persoon, naasten, professionals en organisaties’*) wordt positief beoordeeld door JL, LF, MS en NZ. NH twijfelt over de mate van onderscheidenheid, omdat ‘samenhang creëren’ een sterk vrijblijvend karakter heeft. Eveneens wordt hierbij het belang onderstreept voor de rol van een sleutelfiguur. Echter, er heerst een sterke mate van consensus over het raakvlak tussen het element en integrale zorg(verlening), zo blijkt uit het volgende citaat van NZ:

‘Dit is nagenoeg de kern van integrale zorg. Wellicht is het voor de actualisatie
te abstract, maar het raakt de kern.’ **NZ**

Hierop aanvullend benoemd MS dat de verbinding tussen met name het zorg- en welzijnsdomein van belang is. Als nadere invulling van ‘samenhang’ benoemd LF het belang

voor 'shared decision making' (gezamenlijke besluitvorming, red.). Immers, indien men met elkaar in gesprek is dan ontstaan er nagenoeg automatisch onderlinge verbindingen. Kortom: professionals zijn het sterk eens met het belang voor samenhang, maar bediscussiëren in hoeverre het te abstract is voor een concreet element in de actualisatie van het OMK.

Het vierde geformuleerde element (*'Het ontwikkelen van en gezamenlijk management plan voor de zorg(verlening) uit verschillende domeinen, in samenspraak met naasten en professionals'*) wordt positief beoordeeld door LF, MS en NZ. JL twijfelt, omdat het element overlap heeft met het derde element uit het eerste onderscheidende cluster. Echter, MS daarentegen benoemt de mate van onderscheidenheid, zo blijkt uit het volgende citaat:

'Dit element is scherper dan het derde element uit dit thema, omdat het specifiek en duidelijker is dan alleen 'samenhang creëren'.' **MS**

Het is volgens LF van cruciaal belang om samenspraak met naasten én de persoon zelf te faciliteren. 'Gezamenlijk' is volgens NZ sterk onderscheidend in relatie tot het huidige OMK. Tot slot is NH oneens met de mate van onderscheidenheid, vanwege het eerder genoemde belang om een sleutelfiguur aan te wijzen. Kortom: het gedeelte 'in samenspraak met naasten en professionals' wordt als onderscheidend omschreven.

Thema 3: collaborating with the person and their relatives

Het derde thema omvat de samenwerking tussen de hulpbehoevende en zijn of haar naasten. Het eerste geformuleerde element (*'De rol van naasten stimuleren door actief in het besluitvormingsproces verantwoordelijkheid te delen'*) wordt door LF, MS, NH en NZ positief beoordeeld. JL is het ermee oneens, omdat het nadrukkelijker van toepassing is voor enkelvoudige zorg en niet zozeer specifiek relevant voor ketenzorg. LF benoemt het de uitdaging in het delen van verantwoordelijk, zo blijkt uit het volgende citaat:

'Verantwoordelijkheid delen is té zwaar. Bij medische beslissingen blijft de medicus eindverantwoordelijk. Het is meer 'shared decision making'.' **LF**

Hierop aansluitend vraagt MS zich af in hoeverre het delen van verantwoordelijkheid tot meer draagvlak en/of betere zorguitkomsten zal leiden. Hierom geeft NH aan dat het woord 'stimuleren' vervangen zou kunnen worden door '(h)erkennen'. Echter, er heerst consensus over de mate van onderscheidenheid over gezamenlijke besluitvorming in relatie tot het huidige OMK.

Het tweede geformuleerde element (*'Het in kaart brengen van de beschikbaarheid van naasten om informele zorg(verlening) concreet vorm te geven voor de persoon'*) wordt positief beoordeeld door LF, MS, NH en NZ. JL twijfelt sterk, zo blijkt uit het volgende citaat:

'Ik twijfel, omdat het element lijkt op element drie en vier van het tweede onderscheidende thema. (..) Er is overlap.' **JL**

NZ deelt het genoemde punt door JL, waarbij er mogelijke overlap is met het tweede thema. LF benoemd het belang voor de opname het element, omdat (kwetsbare) ouderen steeds ouder worden en langer thuis blijven wonen. Met alleen de professionele zorg kan dat onveilig worden of resulteren in een mindere kwaliteit van leven voor de persoon. NH benoemd dat het woord 'beschikbaarheid' vervangen kan worden door 'mogelijke inzet'.

Het derde geformuleerde element (*'De relatie tussen de persoon met naasten en professionals stimuleren door hier proactief initiatieven voor op te zetten'*) wordt positief beoordeeld door LF, NH en NZ. JL en MS zijn het oneens, zo blijkt uit het volgende citaat van JL:

'Je kan een relatie niet stimuleren, maar wel aandacht en belangstelling voor de persoon opbrengen, wat de relatie doet groeien.' **JL**

Hierop inhakend benoemd NH de relevantie om het woord 'stimuleren' te vervangen door 'ondersteunen'. Immers, hierin wordt door LF benoemd dat het voortdurend van belang is om te zoeken naar de samenwerking tussen formele en informele zorg(verlening). Een casemanager is bijvoorbeeld hierin faciliterend en sturend in. MS is het oneens, vanwege het lage generieke karakter. Immers, alleen in specifieke gevallen en scenario's kan het genoemde element tot betere zorg leiden en dient derhalve niet als algemeen element in het OMK opgenomen te worden. Kortom: er heerst consensus over de leemte in het huidige OMK wat betreft het aangaan van relevante relaties.

Thema 4: stimulate the use of eHealth/technology

Het vierde thema omvat het gebruik van digitale (zorg)applicaties. Het eerste geformuleerde element (*'Het actief delen van informatie met naasten van de persoon door middel van digitale applicaties'*) wordt positief beoordeeld door LF, MS en NH. JL en NZ zijn het hiermee oneens. Immers, het genoemde element geldt eveneens voor enkelvoudige ondersteuning en niet specifiek voor ketenzorg. LF benoemd dat naasten ook personen, cliënten, patiënten of inwoners kunnen zijn. Als technologie in opkomst zijn digitale applicaties van belang om in

de actualisatie van het OMK op te nemen. MS benoemd een aanvulling op het element, zo blijkt uit het volgende citaat:

‘Het actief delen van informatie door de persoon zélf zou ik toevoegen. (..) Niet alles is gebaseerd op de beslissing van de hulpverlener.’ **MS**

Hieraan toevoegend benoemd NH het belang om informatie van de cliënt en naasten te delen met de professionals. NZ omschrijft digitale applicaties als een methode en ziet hierom geen noodzaak om een nieuw element toe te voegen. Immers, het element 1.4 in het huidige OMK (‘Methoden inzetten die het eigen vermogen en de zelfregie van een cliënt bevorderen als onderdeel van ketenzorg’) voorziet hierin. Kortom: actief informatie delen met naasten wordt als onderscheidend omschreven.

Het tweede geformuleerde element (‘*De mogelijkheden stimuleren om personen zo lang mogelijk onafhankelijk thuis te laten wonen, gebruikmakend van gebruiksvriendelijke ‘zorg of afstand’ technologieën*’) wordt positief beoordeeld door LF, NZ en NH. Immers, het bewustzijn creëren dát er relevante digitale applicaties zijn is van belang. JL en MS vinden van niet, omdat het gebruik van dergelijke technologieën los staat van ketenzorg en het eveneens voor enkelvoudige ondersteuning van toepassing is. De twijfel van NZ blijkt uit het volgende citaat:

‘Ik twijfel, omdat ik mij afvraag in hoeverre het element raakt aan de daadwerkelijke essentie van integrale zorg.’ **NZ**

Hieraan toevoegend vindt MS het element te specifiek van aard en pleit hierom voor een algemeen element aangaande het gebruik van techniek in ketenzorg. LF is van mening dat het gebruik van dergelijke digitale applicaties (zoals een GPS systeem, red.) de veiligheid, vrijheid en kwaliteit van leven voor ouderen met dementie sterk kan bevorderen. Immers, een GPS systeem zou het mogelijk maken om zelfstandig een wandeling buiten te kunnen maken. Kortom: er is een conceptuele discussie over het element voor de actualisatie.

Thema 5: others

Het vijfde thema omvat de restcategorie met onderscheidende elementen die niet specifiek zijn onderverdeeld in de thema’s. Het eerste geformuleerde element (‘*Het proactief uitvoeren van preventieve activiteiten, waarbij de beleving van de persoon centraal staat*’) wordt beoordeeld positief beoordeeld door MS, NH, NZ en LF. JL is het oneens, vanwege het

eerder genoemde criterium dat het element voor enkelvoudige ondersteuning van toepassing is en niet zozeer expliciet voor ketenzorg, zo blijkt uit het volgende citaat:

‘Preventieve activiteiten zijn eveneens van toepassing voor enkelvoudige ondersteuning, dus niet expliciet onderscheidend voor ketenzorg.’ **JL**

Vanuit ervaring en expertise benoemd LF het belang preventie een nadrukkelijker plaats te geven in integrale zorg(verlening). Ter illustratie is het uitvoeren van preventieve activiteiten voor ouderen met dementie essentieel. Ter toevoeging geeft MS aan dat ‘in de signalering’ toegevoegd dient te worden aan het element. Tot slot benoemd NH dat het waardevol is om de ervaringsdeskundigheid mee te nemen in de actualisatie van het OMK.

Het tweede geformuleerde element (*‘Bewustzijn creëren onder professionals voor de verantwoordelijke en motiverende rol in het zorgverleningsproces’*) wordt positief beoordeeld door LF en NH. JL, MS en NZ zijn het hiermee oneens. Voortvloeiend uit het gehanteerde criterium door JL, wordt het element als een te algemeen uitgangspunt omschreven wat voor alle vormen van ondersteuning dient te gelden. Daarentegen vindt MS het een te specifiek element, waarbij wel het belang van ‘motivatie’ wordt onderschreven in de zorg(verlening) voor kwetsbare ouderen. Deze visie wordt eveneens door LF benoemd, zo blijkt uit het volgende citaat:

‘Een motiverende rol kan zelfs bemoeizorg zijn, maar alléén als doel om de kwaliteit van leven op de langere termijn te bevorderen.’ **LF**

Tot slot benoemd NZ de sterke mate van overlap met de taken, verantwoordelijkheden en empowerment uit het huidige OMK, rakend aan de element 8.3 (‘Benoemen welke ketenpartners van elkaar afhankelijk zijn en op welk vlak’), 8.5 (‘Zorgdragen voor commitment van de leidinggevenden van de deelnemende organisaties’), 8.6 (‘Het besef stimuleren dat medewerkers deel uit maken van ketenzorg’) en 8.10 (‘Activiteiten inzetten gericht op het ontwikkelen van vertrouwen tussen ketenpartners’).