



KETENSAMENWERKING IN DE DEMENTIEZORG

Factoren voor een succesvolle zorgketen

KETENSAMENWERKING IN DE DEMENTIEZORG

WELKE FACTOREN SPELEN EEN ROL IN HET SUCCES VAN EEN KETENSAMENWERKING?

Masterscriptie Bestuurskunde: Beleid & Politiek
Erasmus Universiteit Rotterdam
Elske Marijke Evelien Sommeling
1^e Lezer: Prof. Dr. Arwin van Buuren
2^e Lezer: Dr. Astrid Molenveld
Datum: 18-07-2019
Aantal woorden: 29477

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterthesis ten afronding van mijn master Bestuurskunde aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, en daarmee ook de afsluiting van mijn studententijd. Mijn studententijd begon bijna acht jaar geleden in Breda. Hier ging ik van start met vrijetijdsmanagement, probeerde ik vervolgens even bedrijfskunde uit, verhuisde ik toch maar naar internationale betrekkingen op de Universiteit Utrecht (waar ik overigens wel een diploma behaalde) om te eindigen bij de (pre)master Bestuurskunde aan de EUR. De weg naar mijn masterdiploma heb ik met ontzettend veel plezier belopen, maar wat ben ik blij dat de finish ein-de-lijk in zicht is!

Ik heb voor mijn masterthesis onderzoek uitgevoerd naar de succesfactoren van een ketensamenwerking in de dementiezorg. Deze interesse voor dementiezorg heb ik pas sinds kort in mijzelf ontdekt. Bijna een jaar geleden begon ik met een bijbaantje als receptioniste in een instelling voor ouderen met dementie. Hiervoor was ik nog nooit in aanraking gekomen met iemand met dementie, dus het was best even spannend aan het begin. Hoe ga je met de bewoners om? Hoe zorg je ervoor dat ze zich serieus genomen voelen? Wat kun je doen om hun verblijf net een beetje prettiger te maken? Deze vragen heb ik tijdens mijn werk gelukkig snel beantwoord gekregen. Een beetje TLC komt al een heel eind, ook bij mensen met zware aversie. Een kopje chocomel met ze drinken, even vragen hoe hun dag was, even met ze dansen tijdens de muziekmiddag. Het hoeft allemaal niet zo ingewikkeld te zijn. De organisatie die eromheen zit, is veel ingewikkelder. Zorgen dat de patiënten vanaf het eerste moment de juiste zorg op de juiste plaats krijgen, tot ervoor zorgen dat de familie en mantelzorgers tot aan het overlijden van de patiënt de juiste informatie en hulp kunnen krijgen. Het hele zorgpad van de patiënt, alle organisaties waar zij mee te maken krijgen, de hele keten van de dementiezorg. Dát is pas ingewikkeld. Vandaar dat ik graag mijn onderzoek daaraan wilde wijden. Deze scriptie is bestemd voor iedereen die in een zorgketen werkzaam is en eens vanuit andere ketens wil horen hoe zij het daar ervaren. Voor iedereen die in de dementiezorg werkt en benieuwd is naar de resultaten. Voor iedereen die de overtuiging heeft dat het welzijn van de patiënt het uitgangspunt moet zijn. Deze scriptie is voor iedereen die geïnteresseerd is.

Ik wil mijn scriptiebegeleider Arwin van Buuren van harte bedanken voor alle feedback die ik heb gekregen om dit onderzoek net dat stukje beter te maken. Ik wil ook mijn stagebegeleider Koos van Santen bedanken omdat hij mij er steeds aan herinnerde dat ik nog een scriptie te schrijven had (ik vond mijn stage *ietsje* leuker dan het schrijven van mijn onderzoek). Maar bovenal wil ik mijn ouders, Marijke Pronk en Frank Sommeling, en mijn broer, Costijn Sommeling, bedanken voor hun eeuwige steun bij dit oneindige traject dat studeren heet. Alle keren dat mijn moeder mijn essays heeft doorgelezen zodat ik net een hoger cijfer haalde, alle keren dat mijn vader honderden pagina's samenvattingen voor me printte zodat ik weer wat beter kon studeren voor een tentamen en alle keren dat mijn broer op alle mogelijke manieren de perfecte grote broer was. Bedankt. We hebben het gehaald.

Elske Sommeling

Delft, 11 juli 2019

Samenvatting

De zorg wordt steeds complexer. Je klopt als patiënt niet meer bij één instelling aan voor al je problemen, het is een heel traject van organisaties geworden. Zeker ook als patiënt met dementie is dit een ingewikkeld en langdurig traject, waarbij je als patiënt steeds meer regie verliest. De komende jaren zal het aantal patiënten met dementie in Nederland alleen maar toenemen. Het is daarom belangrijk om nu al na te denken over hoe dat complexe zorgpad ingericht moet worden. Ketensamenwerking in de dementiezorg is niet nieuw, maar het kan altijd beter. Het optimaliseren van de ketensamenwerking is het doel van dit onderzoek. Er is het afgelopen half jaar onderzoek gedaan naar welke variabelen van invloed zijn op het succes van de ketensamenwerking binnen de dementiezorg. Een succesvolle ketensamenwerking is als volgt gedefinieerd:

“In een succesvolle ketensamenwerking bundelen de verschillende partijen uit zorg- en dienstverlening hun krachten om de kwaliteit van leven van een groep cliënten in een bepaalde regio te verbeteren. Hierbij staat het cliëntperspectief centraal en wordt de zorg ingericht op bestaande richtlijnen en standaarden, zodat de juiste zorg op de juiste plaats door de juiste persoon kan worden geleverd.”

Om deze vraag te beantwoorden is ook gekeken naar welke factoren er al bekend waren voor het succes van de ketensamenwerking. Op basis van de wetenschappelijke literatuur en de eigen verwachtingen is een conceptueel model opgesteld met acht variabelen die van invloed zouden kunnen zijn op het succes van de ketensamenwerking: ketencommitment; patiëntgerichte zorg; kennisdeling; open communicatie; leiderschap; toegang tot de keten; vertrouwen en; gebruik van technologie. Vervolgens zijn er verschillende ketencoördinatoren geïnterviewd over de noodzaak van de aanwezigheid van deze factoren voor het succes van de ketensamenwerking. Ook zijn er zorgprofessionals benaderd via een vragenlijst om hen te bevragen over deze factoren.

Uit het onderzoek is gebleken dat patiëntgerichte zorg geen onafhankelijk variabel is dat van invloed is op het succes van de ketensamenwerking. Patiëntgerichte zorg is het uitgangspunt van de samenwerking. Een ketensamenwerking kan dus pas succesvol zijn als er de zorg patiëntgericht is. Verder bleek dat er vier variabelen echt noodzakelijk zijn voor een succesvolle ketensamenwerking: ketencommitment; kennisdeling; vertrouwen en; ketenregie.

Op basis van het onderzoeksresultaten zijn drie aanbevelingen gedaan:

1. Ontwikkel een gezamenlijk ICT-systeem waarbinnen de zorgprofessionals kunnen communiceren en patiëntendossiers kunnen beheren;
2. Zorg voor zichtbaarheid van de keten en de ketencoördinator, zowel intern als extern;
3. Geef alle relevante zorgprofessionals toegang tot het dossier van de patiënt, zodat er geen relevante informatie verloren gaat.

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING.....	1
1.1 Aanleiding.....	1
1.1.1 Persoonlijke Aanleiding	1
1.1.2 Complexe Zorgvragen	1
1.2 Relevantie.....	2
1.2.1 Ketenzorg	2
1.2.2 Persoonsgerichte Zorg	2
1.3 Vraagstelling.....	3
1.3.1 Hoofd- en Deelvragen	3
1.4 Doelstelling.....	4
1.4.1 Maatschappelijke Relevantie	4
1.5 Leeswijzer	4
2. THEORETISCH KADER	5
2.1 Ketensamenwerking.....	5
2.2 Collaborative Governance.....	6
2.3 Ontwikkelingsmodel voor ketenzorg	8
2.3.1 Bouwstenen	8
2.3.2 Ontwikkelingsfasen	9
2.4 Succesfactoren voor ketensamenwerking	11
2.5 Value based health care	13
2.5.1 Maximaliseren van de Zorgwaarde	13
2.5.2 Zes Succeselementen	13
2.6 Keteninformatisering	14
2.7 Elementen uit de modellen.....	14
2.7.1 Ketencolmitment	14
2.7.2 Patiëntgerichte zorg.....	15
2.7.3 Kennisdeling	15
2.7.4 Open Communicatie	15
2.8 Elementen uit de verwachtingen	15
2.8.1 Leiderschap	16
2.8.2 Toegang tot de Keten	16
2.8.3 Vertrouwen	16
2.8.4 Gebruik van technologie	17
2.9 Conceptueel Model	17
3. METHODOLOGIE	18

3.1 Onderzoeksmethode.....	18
3.1.1 Kwalitatief onderzoek	18
3.1.2 Dataverzameling	19
3.1.3 Desk research	20
3.1.4 Data-analyse.....	20
3.1.5 Triangulatie en Coder Bias	21
3.2 Operationalisering.....	21
3.3 Validiteit en Betrouwbaarheid	22
3.3.1 Validiteit	22
3.3.2 Betrouwbaarheid	23
4. Cases	23
4.1 Cases	23
4.1.1 Transmuraal Netwerk Midden-Holland	23
4.1.2 Netwerk Dementie VVT instellingen Bommelerwaard en 's-Hertogenbosch e.o.	24
4.1.3 Dementienetwerk Breda en omstreken.....	24
4.1.4 Dementienetwerk Haaglanden	25
4.1.5 Dementienetwerk Zuid-Holland Noord.....	25
4.2 De succesvolle ketensamenwerking	26
5. RESULTATEN.....	27
5.1 Resultaten	27
5.1.1 Ketencolmitment	27
5.1.2 Patiëntgerichte zorg	29
5.1.3 Kennisdeling	31
5.1.4 Open communicatie	33
5.1.5 Leiderschap	34
5.1.6 Toegang tot de keten	36
5.1.7 Vertrouwen	37
5.1.8 Gebruik van technologie	39
5.1.9 De succesvolle ketensamenwerking	40
5.2 Beoordeling.....	42
5.2.1 Transmuraal Netwerk Midden-Holland	42
5.2.2 Netwerk Dementie VVT instellingen Bommelerwaard en 's-Hertogenbosch e.o.	43
5.2.3 Dementienetwerk Breda en omstreken.....	44
5.2.4 Dementienetwerk Haaglanden	45
5.2.5 Dementienetwerk Zuid-Holland Noord.....	46
5.3 Analyse	47
5.3.1 Ketencolmitment	47

5.3.2 Patiëntgerichte zorg	47
5.3.3 Kennisdeling	47
5.3.4 Open communicatie	48
5.3.5 Leiderschap	48
5.3.6 Toegang tot de keten	48
5.3.7 Vertrouwen	49
5.3.8 Gebruik van technologie	49
5.3.9 De succesvolle ketensamenwerking	49
6. CONCEPTUEEL MODEL 2.0	51
6.1 Nieuw Conceptueel model	51
6.2 Toelichting.....	52
6.2.1 Ketencolmitment	52
6.2.2 Kennisdeling	52
6.2.3 Vertrouwen	52
6.2.4 Ketenregie	52
7. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	53
7.1 Conclusies.....	53
7.1.1 Patiëntgerichte zorg	54
7.1.2 Toegang tot de keten	54
7.1.3 Gebruik van technologie	55
7.2 Aanbevelingen.....	55
7.2.1 Gezamenlijk ICT-systeem	55
7.2.2 Wees zichtbaar.....	55
7.2.3 Kennisdeling voor iedereen.....	56
8. REFLECTIE	57
9. LITERATUUR	58

1. INLEIDING

“Goede zorg bestaat uit veel meer dan de feitelijke behandeling, hulp en begeleiding. [...] Een gelijkwaardige relatie en wederzijds respect dragen veel bij aan goede zorg. En daarmee aan de kwaliteit van leven van zowel uw zieke naaste als van u als mantelzorger” (Alzheimer Nederland, 2014).

1.1 AANLEIDING

1.1.1 PERSOONLIJKE AANLEIDING

Sinds de zomer van 2018 ben ik werkzaam als receptioniste bij een zorginstelling in Noord-Brabant. Deze zorginstelling richt zich op de zorg van dementerende ouderen, die niet meer zelfstandig kunnen wonen. De bewoners kunnen in het gebouw vrij rondlopen, maar de deuren naar de buitenwereld zijn voor hun eigen veiligheid gesloten. Dat is één van mijn taken: voorkomen dat de ouderen zelfstandig het pand verlaten. Voordat ik bij deze zorginstelling begon, was ik nog nooit in aanraking gekomen met dementerende ouderen. Ik wist daarom ook niet goed wat ik kon verwachten en had veel vragen over hoe ik het beste met de bewoners om kon gaan. Naar mate ik meer werkte en meer in contact kwam met de bewoners werd duidelijk: er is niet één manier van omgaan met dementerende ouderen. Het zijn allemaal unieke mensen, met unieke voorkeuren en benodigdheden. Deze dementerende ouderen hebben langdurige zorg nodig en komen waarschijnlijk in aanraking met allerlei verschillende zorginstellingen en verzorgenden.

1.1.2 COMPLEXE ZORGVRAGEN

De samenleving gaat er anders uitzien en daarmee ook de zorg. Patiënten met complexe en langdurige zorgvragen worden niet meer geholpen vanuit één professionele zorgorganisatie. Als organisatie kun je het simpelweg niet meer alleen aan, dat zou teniet doen aan de kwaliteit van de geboden zorg. Er zijn namelijk nog meer levensbehoeften van belang. Naast gezondheid hechten we waarde aan welzijn, deelname aan werk en het onderhouden van sociale contacten. Als je op al die gebieden hulp wilt kunnen bieden, moet je als organisaties samen kunnen werken. Die samenwerking leidt veelal tot hogere kwaliteit van de zorg, maar het maakt het tegelijkertijd ook efficiënter. Als je op de hoogte bent van de geschiedenis van een patiënt, kun je je behandelplan daar nu eenmaal op aanpassen. Dat voorkomt dubbele of overbodige zorgprocessen. Met een steeds groter aantal ouderen en chronisch zieken in Nederland, is het niet verrassend dat er een groeiende behoefte is aan meer zorg en bovenal meer persoonsgerichte zorg. Wanneer je ernstig ziek wordt moet je er vanuit kunnen gaan dat de verschillende partijen op jouw zorgpad in onderling contact staan met elkaar en relevante informatie en kennis met elkaar delen. Daarnaast moeten die partijen ook samenwerken, over de grenzen van hun eigen organisaties en instellingen heen. Ketensamenwerking is hiervoor in de zorg een veelgebruikte aanpak. De zorgketen zorgt ervoor dat de zorgaanbieders hun behandelingen op elkaar kunnen afstemmen en kan de patiënt zo hoogwaardig maatwerk aanbieden. Hoe realiseer je een geïntegreerde samenwerking waarbij alle belanghebbende partijen op de hoogte zijn van de voorkeuren en benodigdheden van de dementerende patiënt, om zo gericht maatwerk te realiseren?

Zo'n geïntegreerde samenwerking kan in de vorm van een ketensamenwerking ontstaan. Een ketensamenwerking vindt zijn naam in het idee dat er in een langdurig proces bepaalde afhankelijkheidsrelaties ontstaan (Bekkers, 2017). Die afhankelijkheden worden vergeleken met de schakels van een keten. De ketensamenwerking houdt in dat partijen opeenvolgend samenwerken aan een proces, wat ervoor zorgt dat de verschillende onderdelen van het proces op een logische en gebruikersvriendelijke volgorde worden geschakeld. “Zinnvolle ketensamenwerking moet bewerkstelligen dat een dienst of product op een zodanige manier tot stand komt dat de afnemers tevreden zijn en dat alle betrokkenen een bijdrage hebben kunnen leveren aan het resultaat” (Kroon, 2010). Een ketensamenwerking in de zorg wordt ook wel ketenzorg genoemd.

1.2 RELEVANTIE

Er is de afgelopen jaren al veel onderzoek uitgevoerd naar ketensamenwerking en naar samenwerking in de zorg. Het doel van dit onderzoek is om dit te combineren: onderzoek naar ketensamenwerking in de zorg. Hieronder wordt beschreven welke relevante onderzoeken al zijn uitgevoerd op dit gebied.

1.2.1 KETENZORG

Ketensamenwerking in de zorg is niet nieuw. Eén van de eerste onderzoeken op het gebied van samenwerken in de zorg stamt uit 1984. Können promoveerde op het onderzoek 'Ziekenhuissamenwerking, fusie en regionalisatie' (Können, 1984) en zet in zijn proefschrift verschillende vormen van samenwerking in de zorg naast elkaar. Hij stelt in zijn onderzoek vast dat netwerkvorming niet vanzelf gaat en wijst daarnaast op het belang van leiderschap. "De mogelijke rol van (charismatische) sleutelfiguren in de ontwikkelingsrichting van netwerken en stelsels verdient verder onderzoek" (Können, 1984). Ondanks het feit dat de eerste onderzoeken naar ketensamenwerking al in 1984 plaatsvonden, is er vandaag de dag nog steeds voldoende ruimte voor verbetering. Waar Können in 1984 al een suggestie deed voor verder onderzoek naar de rol van leiderschap in ketensamenwerking, mist dit element nog in de beschreven modellen van Ansell & Gash (Ansell & Gash, 2007), Minkman (Minkman, Vat, & Driessen, 2013), Morgens (Morgens, 2014) en Porter (Porter, 2006). Een recenter onderzoek naar ketensamenwerking in de zorg is dat van Fabbriotti, naar integratie en fragmentatie in de ontwikkeling van zorgketens (Fabbriotti, 2007). Volgens haar zijn samenwerking en gelijkgezindheid nodig voor integratie. Eén van haar conclusies is dat ketensamenwerking zorgt voor betere kwaliteit, efficiëntie en beheersbaarheid in de zorg.

Bij een ketenzorg bundelen alle belanghebbende partijen hun krachten met het doel om de levenskwaliteit van patiënten te verbeteren. Zorgverleners kijken verder dan de grenzen van hun eigen organisatie of instelling en zetten de behoeften van de patiënt voorop en passen de zorg daarop aan. De verschillende partijen werken samen in de organisatie en de uitvoering van de zorg en zorgen voor samenhang (Ketenzorg, 2018). Het voorop zetten van de behoeften van de patiënt wordt ook wel *Value Based Health Care* genoemd (Porter & Lee, *The Strategy That Will Fix Health Care*, 2013). VBHC gaat uit van het meten van de uitkomsten van zorg en de bijbehorende kosten. Het gehele zorgpad voor de behandeling van de patiënt wordt als uitgangspunt genomen, zodat de bijdrage van verschillende disciplines in kaart wordt gebracht. Zo ontstaat er een lerende omgeving die continu verbetert (Zorgvisie, 2019). Er is een aantal redenen waarom ketenzorg voordelig is voor de behoeften van de patiënt. Zo kennen de zorgverleners de voorgeschiedenis van de patiënt, dit is zeker bij dementerende ouderen een grote toegevoegde waarde: zij kunnen op een bepaald moment niet meer zelf aangeven waar hun voorkeuren liggen. Door de ketenzorg kunnen zorgverleners hun behandelingen op elkaar afstemmen en ernstiger gezondheidsproblemen voorkomen. Bovenal kan de ketenzorg maatwerk bieden en krijgt de patiënt de zorg en begeleiding die hij nodig heeft (Ketenzorg, 2018). Dit maakt een conceptueel model met factoren voor succesvolle ketensamenwerking binnen de dementiezorg van zulke grote toegevoegde waarde. Door een conceptueel model te ontwikkelen met factoren voor een succesvolle ketensamenwerking binnen de dementiezorg kunnen alle ketenpartners in de zorgketen de meest kwalitatief hoogstaande zorg bieden aan de patiënten met dementie.

1.2.2 PERSOONSGERICHTE ZORG

Ketensamenwerking in de zorg maakt persoonsgerichte zorg mogelijk, wat de kwaliteit van het zorgproces weer vergroot. Hoogwaardige kwaliteit voor de patiënt is één van de belangrijkste te behalen doelen binnen de ketensamenwerking. Persoonsgerichte zorg is zorg die is afgestemd op iemands persoonlijke behoeften, wensen en voorkeuren. De zorgverstrekker benadert de persoon dan niet als patiënt of cliënt, maar juist als mens. Gezondheid en geluk zijn de belangrijkste factoren binnen de persoonsgerichte zorgaanpak. (Zorg voor Beter, 2019). Persoonsgerichte zorg wordt verder omschreven aan de hand van vier elementen. Het eerste element is compassie: de patiënt ervaart nabijheid en heeft het gevoel dat hij voldoende aandacht krijgt van zijn

zorgverleners. Hij kan de zorgverlener vertrouwen en kan rekenen op begrip. Het tweede element is uniek zijn: de patiënt voelt dat hij als mens wordt behandeld, niet als EPD of nummer. Zijn eigen identiteit komt tot recht in de interactie met de zorgverlener. Het derde element is de autonomie: de eigen regie behouden over het leven is heel belangrijk in de persoonsgerichte zorg. Patiënten mogen aangeven als zij willen afwijken van bijvoorbeeld een standaard dinertijd. Het laatste element in de persoonsgerichte zorgaanpak zijn de zorgdoelen: elke patiënt heeft inspraak in de gestelde zorgdoelen en hierover worden duidelijke afspraken gemaakt met de patiënt of met zijn naasten (Zorg voor Beter, 2019). Door tijd te besteden aan de wensen en behoeften van de patiënt, kan duidelijk in kaart worden gebracht wat hij nodig heeft. Dit kan het werk van de dagelijkse zorgverleners makkelijker maken, omdat zij niet langer proberen een patiënt in een – voor de patiënt – onnatuurlijk ritme mee te laten bewegen. Persoonsgerichte zorg in de keten kan er zodoende voor zorgen dat de kwaliteit van de patiëntzorg omhoog gaat en maakt het proces tegelijkertijd efficiënter omdat er geen onnodige tijd meer wordt besteed aan onnatuurlijke bezigheden. Samenwerken in ketens wordt steeds belangrijker om patiënten de hoogwaardige zorg en ondersteuning te bieden die zij nodig hebben. Goede samenwerking tussen de belanghebbende partijen in de dementiezorg is noodzakelijk (Minkman, Vat, & Driessen, Tools voor ketens en netwerken - Praktijkvoorbeelden en instrumenten voor de zorg en ondersteuning, 2013), maar wat is daarvoor nodig?

1.3 VRAAGSTELLING

1.3.1 HOOFD- EN DEELVRAGEN

Ik richt me in mijn thésisonderzoek op welke factoren volgens bestuurders en zorgprofessionals essentieel zijn voor een succesvolle ketensamenwerking in de dementiezorg. Dit doe ik onder andere aan de hand van de modellen van Ansell & Gash (Ansell & Gash, 2007), Minkman (Minkman, 2012), Morgens (Morgens, 2014) en Porter (Porter & Lee, The Strategy That Will Fix Health Care, 2013). De modellen bieden een aantal principes en elementen die bij zouden dragen aan een succesvolle ketensamenwerking. Ik tracht een stap verder te gaan dan deze modellen door een conceptueel model expliciet voor ketenzorg binnen dementie te ontwerpen. Het verschil met de dementiezorg zijn de bijzondere wensen en benodigdheden van de behoevende patiënten. Er staan andere waarden voorop dan bijvoorbeeld bij een ketensamenwerking in de bouw.

De hoofdvraag van mijn thesis luidt als volgt: **welke factoren zijn van invloed op het succes van ketensamenwerking in de dementiezorg?**

Mijn hoofdvraag bestaat uit de volgende deelvragen:

1. **Welke factoren omtrent succesvolle ketensamenwerking kunnen geïdentificeerd worden in de wetenschappelijke literatuur?**
2. **In hoeverre zijn bestaande factoren omtrent succesvolle ketensamenwerking al terug te vinden in ketensamenwerking binnen de dementiezorg?**
3. **Welke factoren omtrent succesvolle ketensamenwerking ervaren de case-actoren als noodzakelijk?**

In mijn onderzoek verdiep ik me in de literatuur omtrent ketensamenwerking en in vijf cases van ketensamenwerking in de dementiezorg. Ik zorg voor voldoende onderscheid tussen de cases, bijvoorbeeld door een stadse regio en een meer provinciale regio te benaderen, of een onderscheid te vinden in een geformaliseerde versus een minder geformaliseerde ketensamenwerking. Bij deze vijf cases zal ik interviews uitvoeren met de bestuurders van deze ketensamenwerkingen en een vragenlijst verspreiden onder de zorgprofessionals uit die ketensamenwerkingen.

1.4 DOELSTELLING

Het uiteindelijke doel van dit onderzoek is het onderscheiden van essentiële elementen voor het opzetten van een succesvolle ketensamenwerking in de dementiezorg om zo de levenskwaliteit van patiënten met dementie te vergroten. De resultaten van dit onderzoek zal ik presenteren in een conceptueel model. Hierdoor kan de levenskwaliteit van de patiënten met dementie vergroot worden, omdat alle ketenpartners in hun zorgketen op de hoogte zijn van hun behoeften en voorkeuren. De ketensamenwerking maakt die informatie-uitwisseling mogelijk, daarom moet die ketensamenwerking zo functioneel en kwalitatief hoogstaand mogelijk verlopen. Dit onderzoek en het te ontwerpen conceptueel model kunnen hierbij helpen.

1.4.1 MAATSCHAPPELIJKE RELEVANTIE

Mirella Minkman (Vilans, 2017) is in 2012 gepromoveerd met haar onderzoek naar ketenzorg (Minkman, Developing Integrated Care, 2012), waarbij een deel van het onderzoek gewijd is aan case management in de dementiezorg. Case management in de dementiezorg behelst het toewijzen van een onafhankelijke begeleider aan mensen met dementie en hun naasten, om hen te ondersteunen en de juiste zorg te regelen (Alzheimer Nederland, 2015). Het proefschrift van Minkman bundelt de kennis over ketenzorg in een conceptueel model, het OntwikkelingsModel voor Ketenzorg (Minkman, Vat, & Driessen, 2013). Het conceptueel model vervat de belangrijkste bouwstenen om aan te werken om succesvolle ketensamenwerking op te zetten (Minkman, Vat, & Driessen, 2013). Ook adviesbureau Morgens heeft een onderzoek uitgebracht over de succesfactoren van ketensamenwerking (Morgens, 2014), waarin zij acht principes onderscheiden die essentieel zijn voor een succesvolle ketensamenwerking. Michael Porter heeft in de Verenigde Staten het *Value Based Health Care* model ontwikkeld, waarin hij zes elementen beschrijft die de transformatie van de zorg naar VBHC mogelijk maken (Porter & Lee, The Strategy That Will Fix Health Care, 2013). Een succesvolle ketensamenwerking in de dementiezorg is maatschappelijk ook zeer relevant. Door de vergrijzing neemt het aantal dementiepatiënten de komende jaren alleen maar toe (Alzheimer Nederland, 2014) en een goede ketensamenwerking kan bijdragen aan het omgaan met deze toename. Het vooropstellen van de behoeften van de patiënt is in het geval van dementiezorg van nog groter belang, omdat de patiënten met dementie dit op bepaalde momenten niet zelf meer kunnen doen. Dit moet dus vanuit een andere kant en met andere partners gerealiseerd worden. Tijdens het benaderen van bestuurders en medewerkers in de dementiezorg merk ik hoe enthousiast zij reageren op mijn onderzoek en hoe blij ze zijn dat ik hier aandacht aan besteed. Ik kan dit soort reacties natuurlijk niet generaliseren over een gehele doelgroep, maar het blijkt wel dat er voldoende vraag naar is. Dit maakt het nog eens extra relevant om dit onderzoek te doen en succesvol af te ronden.

1.5 LEESWIJZER

Mijn thesis is opgebouwd in een aantal hoofdstukken. Dit eerste hoofdstuk is de inleiding met daarin de probleemstelling en mijn hoofd- en deelvragen. Het tweede hoofdstuk bevat mijn theoretisch kader, waar ik de wetenschappelijke basis voor mijn onderzoek leg en mijn eerste deelvraag beantwoord. In het derde hoofdstuk beschrijf ik de methode die ik heb gebruikt bij de uitvoering van dit onderzoek. Hier presenteer ik het soort onderzoek dat ik heb gedaan, hoe ik de data heb verzameld en de wijze van de data-analyse. In het vierde hoofdstuk beschrijf ik de cases die ik heb onderzocht en welke bestuurders en coördinatoren ik heb geïnterviewd. Het vijfde hoofdstuk vervat de resultaten van mijn onderzoek, waarmee ik de tweede en derde deelvraag beantwoord. In het zesde hoofdstuk presenteer ik mijn aangepaste conceptueel model op basis van het onderzoek. In het zevende hoofdstuk behandel ik mijn conclusies vindt u mijn aanbevelingen. Ik sluit deze thesis af met een reflectie.

2. THEORETISCH KADER

Zoals benoemd in de inleiding zal ik voor dit onderzoek onder andere gebruik maken van een aantal modellen die zich richten op de 'ingrediënten' van een succesvolle ketensamenwerking. In dit theoretisch kader zal ik allereerst mijn afhankelijke variabele 'succesvolle ketensamenwerking' toelichten. Dit doe ik door middel van een aantal bestaande definities uit de literatuur. Op basis daarvan presenteer ik de definitie die ik zelf zal hanteren in dit onderzoek. Daarna zal ik de modellen uiteenzetten, waarin ik in ga op de factoren die de modellen benoemen en welke factoren ik relevant acht voor mijn eigen onderzoek. Vervolgens ga ik kort in op het begrip van keteninformatisering, een belangrijk begrip voor de informatie- en kennisdeling *tussen* organisaties en partijen. Daarna ga ik verder in op mijn verwachtingen omtrent dit onderzoek en als laatste presenteer ik mijn voorlopige conceptuele model. In dit voorlopige conceptuele model zitten vier elementen uit de bestaande modellen en vier elementen die ik zelf heb toegevoegd op basis van de literatuur en mijn eigen verwachtingen. Het doel van dit voorlopige conceptuele model is om deze in mijn onderzoek te toetsen aan de praktijk, om er zo achter te komen of mijn verwachtingen omtrent de factoren van een succesvolle ketensamenwerking binnen de dementiezorg correct zijn en zo inzicht te krijgen over dit onderwerp.

2.1 KETENSAMENWERKING

Ketensamenwerking draait om slim samenwerken tussen de verschillende schakels binnen een keten. Ketensamenwerking wordt gekenmerkt door een samenwerking waarbij de verschillende ketenpartners met elkaar 'meekijken' gedurende het gehele proces. Zo kunnen zij elkaars werk ondersteunen waar nodig en voorkomt het bovenal dat er dubbel werk wordt uitgevoerd. De samenwerking heeft als doel om betere uitkomsten te realiseren dan individueel haalbaar zou zijn. Ketensamenwerking vindt plaats binnen verschillende economische sectoren, waarbij het binnen de bouw en de zorg het meest gebruikelijk is. Integrale zorg en ketensamenwerking bieden de mogelijkheid om de zorgvraag van een cliënt centraal te stellen (In voor zorg!, 2016).

In de literatuur worden verschillende definities van een ketensamenwerking in de zorg beschreven. Zo heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in 2008 een rapport uitgebracht over ketenzorg dementie waarin de volgende definitie wordt gehanteerd:

"Ketenzorg is een samenhangend geheel van (zorg)inspanningen dat door verschillende zorgaanbieders onder een herkenbare regiefunctie wordt geleverd, waarbij het cliëntproces centraal staat (wat blijkt uit de geformaliseerde afspraken tussen betrokken zorgaanbieders over samenhang en continuïteit van de patiëntenzorg). Het cliëntperspectief staat centraal en de zorg wordt ingericht op basis van geldende richtlijnen en standaarden, zodat de juiste zorg op de juiste plaats door de juiste persoon wordt geleverd" (VWS, 2008).

Dorien Vonk biedt in haar rapport een andere definitie:

"Ketensamenwerking stelt structurele samenwerking in het proces van dienstverlening ten behoeve van de cliënt¹³ en/of om maatschappelijke prestaties te behalen centraal en is gericht op het verbinden van activiteiten uit de publieke en/of private sector. Bij ketensamenwerking is er sprake van een integrale benadering over de grenzen van organisaties heen, waarbij de keten wordt gevormd door schakels, die bestaan uit ten opzichte van elkaar zelfstandige, maar ook wederzijds afhankelijke partners. Deze schakels worden verbonden door taken, verantwoordelijkheden, bevoegdheden en rollen en leveren samen het product maatschappelijke dienstverlening. Ketensamenwerking heeft als doel om een groter resultaat te behalen, dan wanneer de organisaties naast elkaar werken: zonder ketensamenwerking wordt het resultaat niet behaald. Naast kwaliteitsverbetering van de dienstverlening en/of het maatschappelijk resultaat dat behaald wordt, kan ketensamenwerking ook als doel hebben efficiëntere en effectievere dienstverlening te kunnen leveren" (Vonc, 2012).

Een derde definitie van een zorgketen wordt in 2012 gegeven door Vilans, de landelijke kennisorganisatie voor langdurige zorg:

“Zorg- en hulpverlening waarbij verschillende partijen met verschillende doelstellingen hun krachten bundelen om de kwaliteit van leven van een groep cliënten te verbeteren uitgaande van een nieuwe, gezamenlijke doelstelling” (Vilans, 2012).

In de Zorgstandaard Dementie die in 2013 in een samenwerking door Alzheimer Nederland en Vilans werd uitgebracht, hanteren zij een soortgelijk definitie van ketenzorg:

“Bij ketenzorg bundelen de verschillende zorg- en dienstverleners met uiteenlopende doelstellingen hun krachten, met als gezamenlijk doel de kwaliteit van leven van een groep cliënten in een bepaalde regio te verbeteren” (Alzheimer Nederland & Vilans, 2013).

In dit onderzoek hanteer ik een combinatie van bovengenoemde definities. Ik vind namelijk dat in de definitie van het VWS een belangrijk aspect centraal staat: het cliëntenperspectief. Vonk legt de nadruk op structurele samenwerking en integratie. In de definities van Vilans en Alzheimer Nederland wordt gesproken over het bundelen van de krachten om het leven van een groep cliënten in de regio te verbeteren en naar mijns inziens is dit vooral uit het perspectief van de organisaties. Mijn onderzoek richt zich op de organisaties, maar met het doel om het cliëntenperspectief centraal te zetten en zo de juiste zorg op de juiste plaats te kunnen realiseren. Daarom mijn keuze om een combinatie van de definities te hanteren.

Definitie: **Succesvolle ketensamenwerking**

“In een succesvolle ketensamenwerking bundelen de verschillende partijen uit zorg- en dienstverlening hun krachten om de kwaliteit van leven van een groep cliënten in een bepaalde regio te verbeteren. Hierbij staat het cliëntperspectief centraal en wordt de zorg ingericht op bestaande richtlijnen en standaarden, zodat de juiste zorg op de juiste plaats door de juiste persoon kan worden geleverd.”

2.2 COLLABORATIVE GOVERNANCE

Het eerste model dat ik bespreek is het model van *Collaborative Governance*, ontwikkeld door Ansell & Gash in 2007 (Ansell & Gash, 2007). Dit model is naar mijn idee het meest relevant voor mijn onderzoek en ik zal veel aspecten uit het model gebruiken voor mijn eigen conceptuele model. Ik zal hieronder ook direct toelichten waar ik deze keuze op baseer om bepaalde factoren wel te gebruiken en andere factoren juist niet.

Collaborative governance is een manier van samenwerken die zowel private als publieke partijen betreft. De publieke en private partijen werken samen om een bepaald beleid op te stellen of een bepaalde gedeelde ambitie te realiseren (Ansell & Gash, 2007). De benadering van Ansell & Gash gaat er onder andere vanuit dat ze via de samenwerking meer kunnen bereiken dan welke partij dan ook alleen had kunnen bereiken. Het doel van *collaborative governance* is dus om samen meer te bereiken dan een sector zelfstandig zou kunnen bereiken. De samenwerking is daarnaast gebaseerd op consensus en een deliberatief proces. Het doel is uiteindelijk om een beleid te ontwikkelen en vervolgens te implementeren. De samenwerking is altijd gericht op de publieke sector. In hun artikel definiëren Ansell & Gash het begrip *collaborative governance* als volgt:

“A governing arrangement where one or more public agencies directly engage non-state stakeholders in a collective decision-making process that is formal, consensus-oriented, and deliberative and that aims to make or implement public policy or manage public programs or assets.” (Ansell & Gash, 2007).

Vervolgens benadrukken zij zes belangrijke criteria in de definitie van *collaborative governance* (Ansell & Gash, 2007). Deze zes kenmerken worden in de onderstaande model kort uiteengezet:

Zes belangrijke criteria in het opstarten van een <i>collaborative governance</i>	
1.	Het initiatief van de samenwerking wordt door de publieke partij gedaan.
2.	In de samenwerking doen ook private stakeholders mee.
3.	Alle deelnemers werken samen en dragen bij aan de uitkomst. Elke partij draagt verantwoordelijkheid.
4.	Het is een formeel ingerichte samenwerking.
5.	De partijen komen via consensus tot een besluitvorming.
6.	De samenwerking richt zich op de publieke sector.

Tabel 1. *Definition of Collaborative Governance* (Ansell & Gash, 2007).

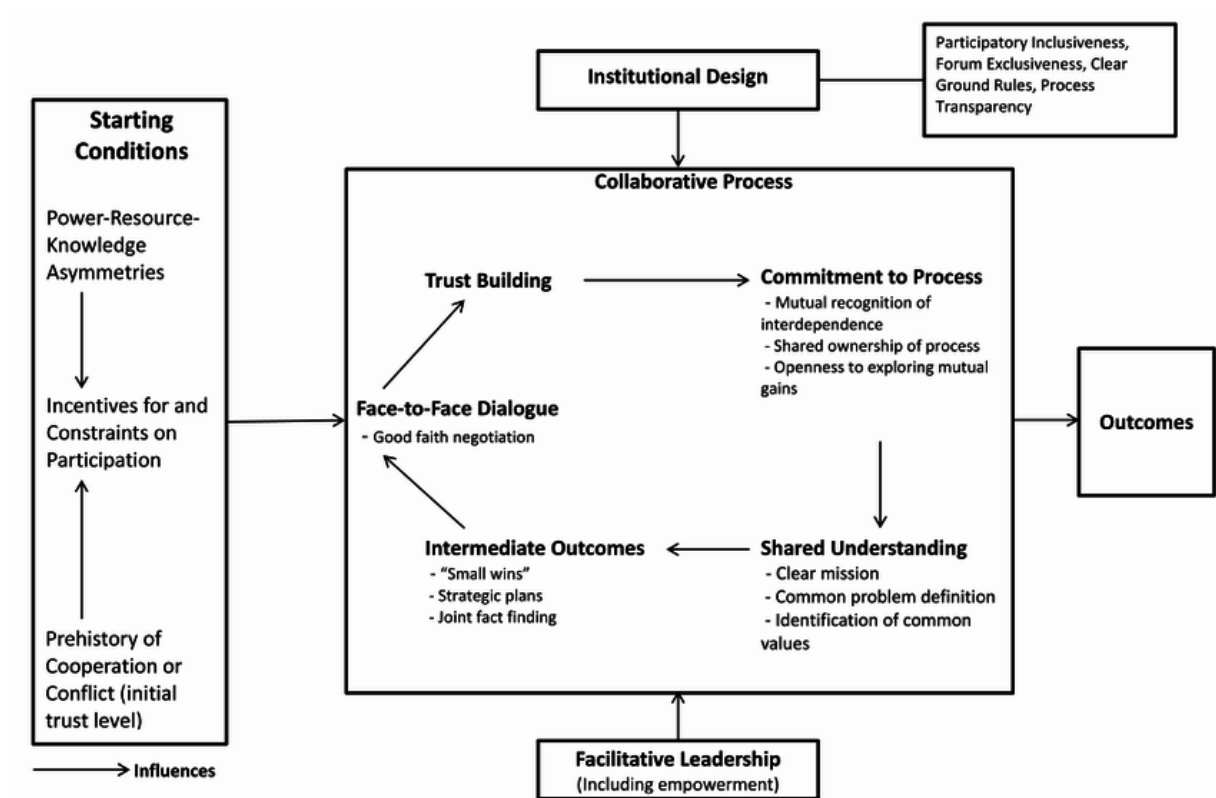
Ansell en Gash hebben onderzoek gedaan naar de omstandigheden die vereist zijn om een succesvolle samenwerking tot stand te brengen. Deze omstandigheden hebben zij samengevat in een conceptueel model, zoals hieronder in figuur 6 te zien is. In het uiteindelijk model staan vier variabelen centraal: 1) *starting conditions*; 2) *facilitative leadership*; 3) *institutional design*; en 4) *collaborative process*. Hoewel alle vier de variabelen interessant zijn voor het onderzoek van Ansell & Gash, richt ik me voor mijn onderzoek alleen op hun variabelen van het *collaborative process*. Het samenwerkingsproces zoals Ansell en Gash dat formuleren heeft vijf criteria: face-to-face dialoog; vertrouwen bouwen; commitment aan het proces; een gedeeld begrip van de situatie of het doel en; tussentijdse uitkomsten (successen vieren). In onderstaande tabel leg ik de vijf begrippen kort uit aan de hand van het artikel van Ansell & Gash (Ansell & Gash, 2007).

Criteria	Omschrijving
1. Face-to-face dialoog	Bij een intensieve samenwerking is het van groot belang om veel contact te hebben met elkaar. Face-to-face contact draagt onder andere bij aan het afbreken van stereotypes en het opbouwen van vertrouwen en wederzijds respect. Ook is er zo meer kans op een gedeeld begrip en een commitment aan het proces. Face-to-face contact is noodzakelijk voor <i>collaborative governance</i> , maar het is niet voldoende om de samenwerking tot een succes te maken.
2. Vertrouwen bouwen	Het is in veel situaties vaak het geval dat de verschillende stakeholders elkaar niet vertrouwen. Zonder wederzijds vertrouwen is het realiseren van een succesvolle samenwerking niet mogelijk.
3. Commitment aan het proces	Toewijding aan het proces draait om het geloof vanuit de partijen dat zij door middel van samenwerking en onderhandelen meer bereiken dan wanneer zij geen samenwerking aangaan. Duidelijke randvoorwaarden en spelregels kunnen bijdragen aan deze toewijding.
4. Gedeeld begrip	Gedurende het samenwerkingsproces ontstaat er een gedeeld begrip bij de stakeholders. Dit is onder andere op het gebied van de probleemdefinitie, de gewenste uitkomsten, de kernwaarden en visies. Het is onderdeel van een groter <i>collaborative learning process</i> .
5. Successen vieren	De kans op het ontstaan van een duurzame samenwerking is groter wanneer er concrete doelen gesteld worden en kleine tussentijdse successen mogelijk zijn en deze vervolgens ook gevierd worden. Door het steeds terugkeren van die kleine

overwinningen wordt er een cyclus van samenwerking en vertrouwen gecreëerd.

Tabel 2. Collaborative Process (Ansell & Gash, 2007).

De vijf criteria die Ansell & Gash noemen in hun artikel zijn erg relevant voor het onderzoek naar samenwerking. In mijn onderzoek naar ketensamenwerking in de dementiezorg zie ik hun conceptueel model over het collaborative process dan ook als zeer nuttig. Voornamelijk hun ideeën over vertrouwen opbouwen en de toewijding aan het proces acht ik als bruikbaar voor mijn conceptuele model. Ik zie dat deze factoren ook in andere relevante literatuur terugkomen en het is mijn eigen verwachting dat deze factoren een belangrijke rol spelen in het succes van de ketensamenwerking. Ook de face-to-face dialoog verwacht ik veel terug te zien tijdens mijn onderzoek, hoewel ik het niet zo letterlijk opneem in mijn conceptueel model. Ik spreek van een open communicatie en kennisdeling. Ik denk dat de face-to-face dialoog een grotere rol speelt bij het bouwen van vertrouwen zoals ik dat heb gedefinieerd in mijn onafhankelijke variabelen. Het concept van tussentijdse successen vieren zal ik niet opnemen in mijn conceptuele model. Niet omdat ik dit geen belangrijke factor acht, maar dit element komt alleen in het artikel van Ansell & Gash terug. Ook verwacht ik dat in het traject van dementiezorg niet veel aandacht wordt besteed aan het vieren van tussentijdse successen, omdat dit juist een langdurig traject is waarbij de lange termijn successen een veel grotere rol spelen.



Figuur 1. Collaborative Governance (Ansell & Gash, 2007)

2.3 ONTWIKKELINGSMODEL VOOR KETENZORG

2.3.1 BOUWSTENEN

Het tweede model dat ik bespreek is dat van Mirella Minkman, het OntwikkelingsModel voor Ketenzorg (OMK) (Minkman, 2012). Dit model omvat negen clusters, die je kunt zien als de belangrijkste bouwstenen om aan te

werken wanneer je aan ketenzorg wilt werken (Minkman, Vat, & Driessen, 2013). De negen clusters worden kort uiteengezet in onderstaande tabel.

Cluster	Omschrijving
Cluster 1: Cliëntgerichtheid	In dit cluster draait het om het afstemmen van zorg- en informatiestromen op de betreffende doelgroep. De informatie wordt aangeboden in gebruikelijke taal, samen met de ketenpartners. Belangrijk is om niet voorbij aan de individuele behoeften van de cliënt te gaan, stel die behoeften voorop.
Cluster 2: Ketenregie en logistiek	In dit cluster ligt de nadruk op het stroomlijnen van de zorg door de gehele keten. Kennisdeling en informatie-uitwisseling is hier essentieel. Laat de cliënt wederom leidend zijn.
Cluster 3: Resultaatsmanagement	Hier is het belangrijk om prestatie-indicatoren en -normen te bepalen en af te spreken. Ook evalueer je de resultaten van de keten hier. Vanuit hier kun je continue verbeteren.
Cluster 4: Optimale zorg	Dit cluster betreft het ontwikkelen van een multidisciplinair zorgprogramma voor de keten, gebaseerd op de behoeften van de cliënten.
Cluster 5: Resultaatgericht leren	Het ontwikkelen van een leerklimaat doe je hier. Je legt opnieuw de nadruk op continue verbeteren. Zorg dat betere prestaties ook beloond worden, dit werkt motiverend binnen de keten.
Cluster 6: Interprofessionele samenwerking	Omschrijf hier helder wie de doelgroep is waarop de ketensamenwerking zich richt en wat hun kenmerken zijn. Wees je ook bewust van welke professionals en expertises aanwezig zijn in je keten.
Cluster 7: Rol- en taakverdeling	Belangrijk om inzicht te hebben in elkaar expertises, taken en verantwoordelijkheden en bevoegdheden binnen de keten. Dit is van belang voor effectieve samenwerking op alle niveaus in de keten. Je kunt bijvoorbeeld een coördinator voor de keten aanstellen.
Cluster 8: Ketencommitment	Stel de gezamenlijke ambitie en doelen vast. Toewijding vanuit de leidinggevenden kan doorslaggevend zijn voor het succes.
Cluster 9: Transparant ondernemerschap	Spreek een gezamenlijke verantwoordelijkheid af om de doelen en resultaten te bereiken. Geef hierbij ruimte voor innovatie en experimenteren en hanteer een gemeenschappelijke taal in de keten.

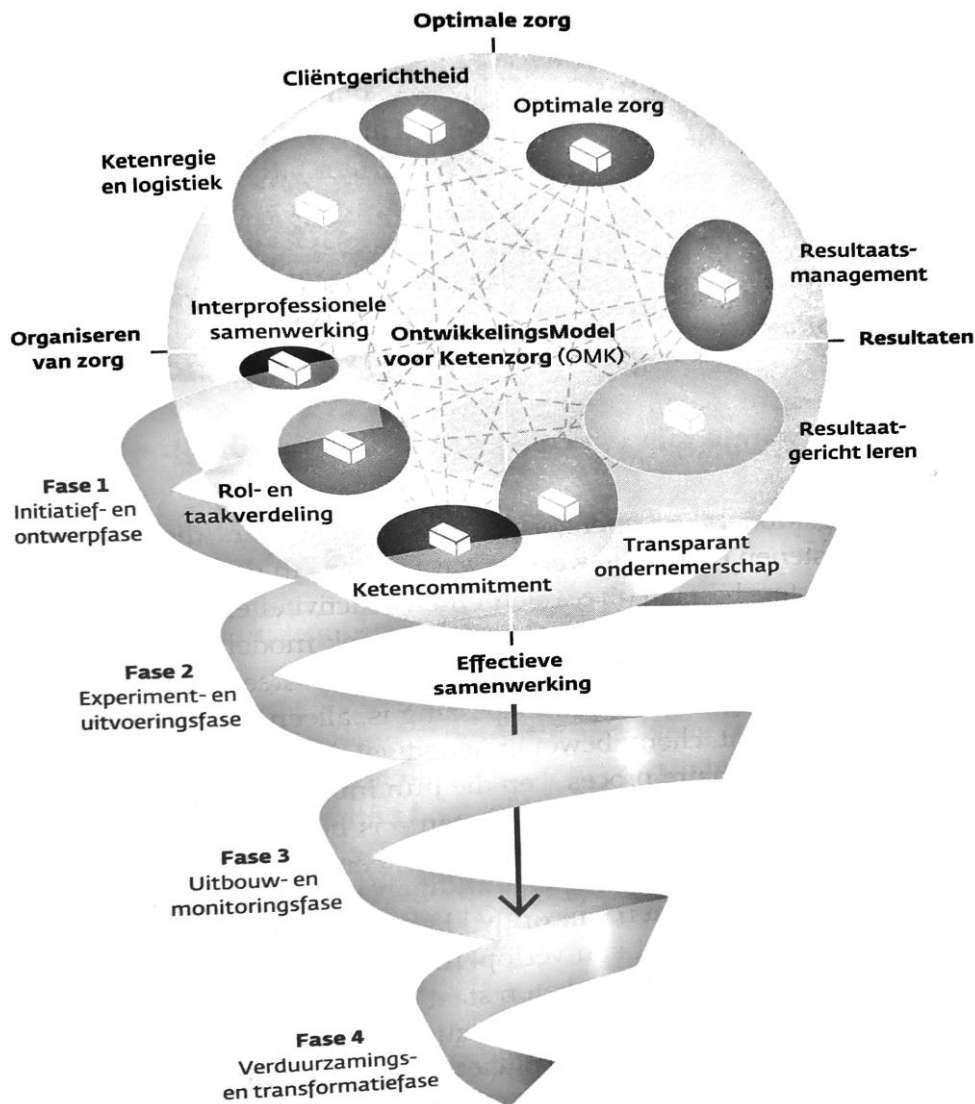
Tabel 3. Negen clusters OMK (Minkman, Vat, & Driessen, 2013)

2.3.2 ONTWIKKELINGSFASEN

Naast de negen clusters onderscheidt Minkman vier ontwikkelingsfasen (Minkman, Vat, & Driessen, 2013). Dit zijn fasen die de samenwerkingsverbanden kunnen doorlopen om zich goed te ontwikkelen. Hier draait het niet zozeer om wat de 'juiste fase is', maar om te reflecteren op waar je staat in de keten en wat dat betekent voor je volgende stap. Je kan de fasering gebruiken als een soort spiegel om te bekijken waar je keten zich bevindt

en welke acties het meest zinvol lijken. Het is bovenal van belang om binnen de ketenpartners consensus te bereiken over in welke fase de keten zich bevindt. De eerste ontwikkelingsfase is die van initiatief- en ontwerpen. Hier is de ketensamenwerking net opgestart of er wordt net intensiever samengewerkt. Er is erkenning van een gezamenlijk probleem, samen met de noodzaak om hier gezamenlijk iets aan te doen. Het ambitieniveau, de motivatie van de betrokkenen en de inzet van leiders bepalen de voortgang. De tweede ontwikkelingsfase is het experimenteren en uitvoeren. De doelen en de inhoud van de ketensamenwerking worden aangescherpt en vastgelegd in afspraken, ketenpartners bereiken afstemming door een ketenoverleg en het benoemen van een ketencoördinator. Bijstelling vindt nu al plaats door het evalueren van de resultaten. De derde ontwikkelingsfase is het uitbouwen en monitoren. De projecten zijn ingebed in of volgroeid tot een ketenprogramma. Afspraken over inhoud, taken en rollen en de organisatie van zorg zijn helder en zijn vastgelegd. De samenwerking is niet langer vrijblijvend, er ontstaat een gevoel van commitment. De resultaten worden systematisch gemonitord en geëvalueerd en bijgeschaafd waar nodig. De vierde en laatste ontwikkelingsfase draait om verduurzamen en transformeren. Hier is de ketenzorg regulier onderdeel van de dagelijkse gang van zaken. Het coördinatiepunt is operationeel, informatie wordt gedeeld, overgedragen en teruggekoppeld. Er wordt continue verbeterd door de resultaten te evalueren en hier vervolgens naar te handelen. Er worden al nieuwe samenwerkingsmogelijkheden verkend en overwogen.

Figuur 2 laat de negen clusters en vier ontwikkelingsfasen in een conceptueel model zien.



Figuur 2. OntwikkelingsModel voor Ketenzorg (OMK) (Minkman, Vat, & Driessen, 2013)

2.4 SUCCESFACTOREN VOOR KETENSAMENWERKING

Het tweede model is ontwikkeld door Morgens, een adviesbureau dat zich richt op Vooruitgangskracht voor hun klanten in de zorg, het onderwijs en de overheid. Het model behelst acht factoren die bijdragen aan een succesvolle ketensamenwerking. Het is het resultaat van een onderzoek naar ketensamenwerking binnen de overheid dat in 2014 is uitgevoerd door de consultants van Morgens. Volgens de auteurs is het toepassen van deze principes cruciaal voor het opzetten van een ketensamenwerking, maar ook bij een ketensamenwerking die al een tijdje loopt is het van toegevoegde waarde om aan de hand van dit model te evalueren.

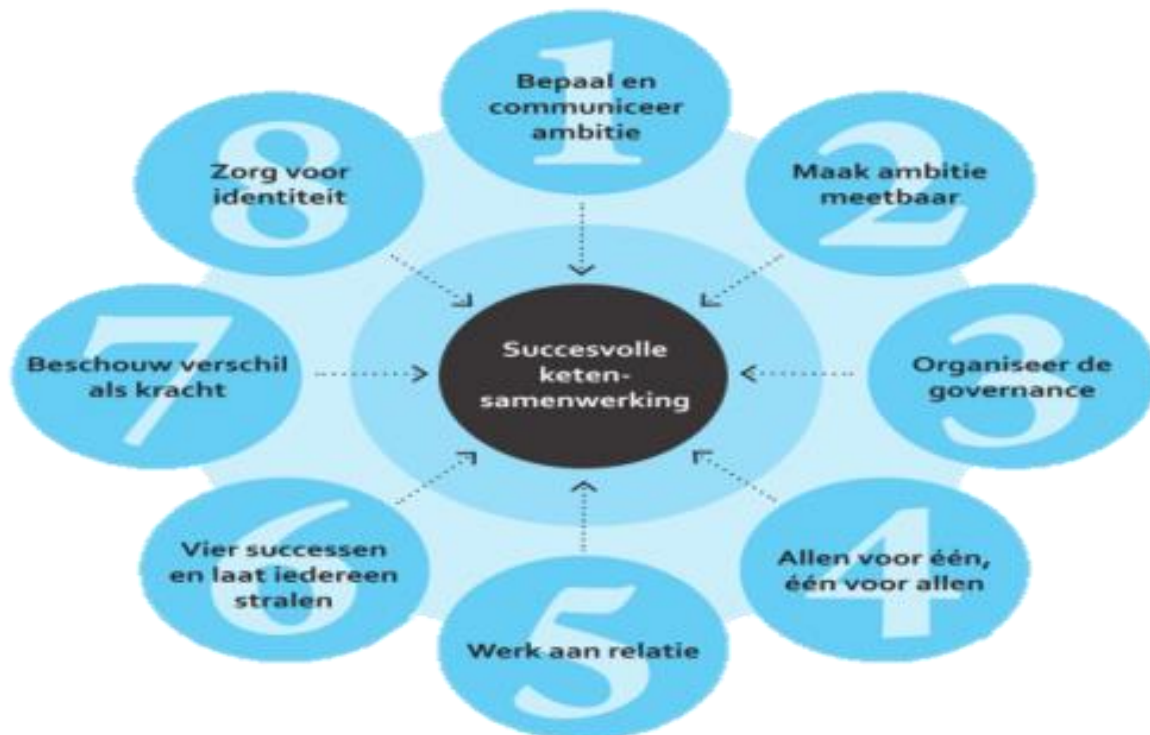
In de onderstaande tabel staan de acht principes volgens Morgens omschreven:

Succesfactor	Omschrijving
Principe 1: Bepaal en communiceer de gedeelde ambitie	“Ketensamenwerking staat en valt met de verbindende en richtende kracht van een gedeelde ambitie. Zonder een aansprekende en uitdagende ambitie ontstaat er geen gezamenlijk richtpunt en is de samenwerking wat ons betreft gedoemd te mislukken.”
Principe 2: Maak de gezamenlijke ambitie meetbaar	“De gezamenlijke ambitie vormt de basis voor tussentijdse evaluatie en bijsturing. Dit kan alleen als de ambitie meetbaar en concreet is gemaakt en inzicht geeft in de benefits van alle deelnemende organisaties.”
Principe 3: Zorg voor goede governance op alle niveaus	“Ketensamenwerking werkt alleen als de governance goed is georganiseerd op strategisch en tactisch / operationeel niveau. Op strategisch niveau door een ketenstuurgroep, waarin de verschillende organisaties zijn vertegenwoordigd door spelers van gelijkwaardig niveau. De stuurgroep beslist over kaders en geeft beleid en richting aan en legt die vast in een covenant of ketenplan. Op tactisch / operationeel niveau is het belangrijk dat een deskundige en gemandateerde vertegenwoordiging van elke organisatie met elkaar samenwerkt en in staat is om problemen op te lossen.”
Principe 4: Allen voor één, één voor allen	“In een ideale wereld haalt elke deelnemende organisatie evenveel voordeel uit ketensamenwerking. In de echte wereld is dat niet zo. Bovendien veranderen de voordelen in de tijd zo nu en dan. Ketensamenwerking kan ook voor de ene partij van groter belang zijn dan voor de andere. Het is daarom goed om voor elkaar te zorgen en te bewaken dat elke deelnemende partij voordelen kan realiseren.”
Principe 5: Werk aan de relatie	“Mijn moeder zei altijd: “aan een relatie moet je blijven werken”. Zeker bij een langer durende samenwerking moet je blijven investeren in de relatie. Daarvoor is geen recept, maar zeker is, dat het om meer gaat dan vergaderen en communiceren. Organiseer gemeenschappelijke borrels, sta stil bij wat er goed of slecht gaat in de onderlinge relaties, hou een kerstontbijt, ga met

	elkaar uit, etc. Kortom doe wat je met je vrouw, man, vriend of vriendin zou doen!”
Principe 6: Vier successen en laat een ieder stralen	“Mutual gains moeten niet alleen behaald worden, maar ook gecommuniceerd. Daarom is het goed de successen, maar ook status en voortgang van de ketensamenwerking op een structurele manier te rapporteren en communiceren. Richt je daarbij niet alleen op de feitelijke resultaten maar gebruik ook sappige casuïstiek, die levert vaak de meest beeldende communicatie op.”
Principe 7: Beschouw de verschillen tussen organisaties als een kracht en niet als een probleem	“Organisaties zijn verschillend en willen dat blijven. Erken dat en houd hier rekening mee in de ketensamenwerking. “Agree to disagree” kan hierbij een behulpzame oplossing zijn. Het is belangrijk om deze dialoog ook op de werkvloer te faciliteren.”
Principe 8: Geef de ketensamenwerking een herkenbaar gezicht	“Geef de samenwerking een gezicht! Een plek waar men samenkomt of samenwerkt, een aansprekende naam, een logo en eigen communicatie-uitingen. Desnoods een mascotte. Een eigen identiteit leidt tot cohesie en trots.”

Tabel 4. Acht succesfactoren voor ketensamenwerking (Morgens, 2014)

De acht succesfactoren zijn hieronder weergegeven in een conceptueel model.



Figuur 3. De acht succesfactoren voor ketensamenwerking (Morgens, 2014)

2.5 VALUE BASED HEALTH CARE

2.5.1 MAXIMALISEREN VAN DE ZORGWAARDE

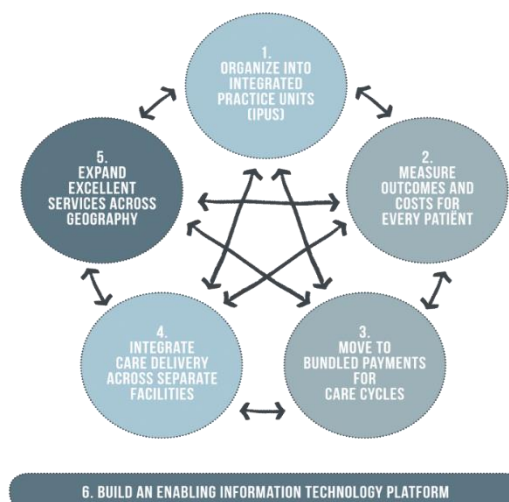
Het vierde model komt uit de Verenigde Staten en is ontwikkeld door Michael Porter. Het *Value Based Health Care* model is gericht op het maximaliseren van de zorgwaarde voor de patiënt terwijl de kosten gereduceerd worden. Dit kan onder andere gerealiseerd worden door in de zorgketen aan kennisdeling te doen tussen de relevante partijen. Het gehele zorgpad van de patiënt wordt in kaart gebracht, data worden verzameld en geanalyseerd en vervolgens wordt het proces bijgestuurd waar nodig. Deze vorm van continue verbeteren noemt Porter *evidence-based* (Porter, 2010), wat de kwaliteit van het proces naar zijn mening vergroot. Door je te baseren op de feiten uit de praktijk (de data), kan de patiëntwaarde gemaximaliseerd worden.

$$\text{Patiëntwaarde} = \frac{\text{patiënt uitkomsten van belang voor de patiënt}}{\text{kosten om de uitkomsten te leveren}}$$

Figuur 4. Patiëntwaarde volgens Porter (Porter, 2006)

2.5.2 ZES SUCCESELEMENTEN

Porter beschrijft zes elementen om de transformatie naar VBHC te bewerkstelligen. Deze elementen hangen onderling samen en hebben wederzijdse invloed op elkaar. Om transformatie tot een succes te maken moeten alle zes de elementen succesvol worden uitgevoerd (Porter, 2010). Het eerste element is het organiseren van zorg rondom helder gedefinieerde patiëntgroepen. Zo'n patiëntgroep kan in dit geval dementerende ouderen zijn. De dementerende patiënten hebben zoals gezegd allemaal hun eigen voorkeuren en behoeftes, maar ze zijn wel in één cluster onder te brengen in dit model. Het tweede element is het meten van de uitkomsten en kosten van iedere patiënt. VBHC legt de nadruk op het maximaliseren van de patiëntwaarde terwijl de kosten gereduceerd worden. Dit moet voor elke patiënt afzonderlijk berekend en geanalyseerd worden. Het derde element behelst ketenfinanciëring, een manier om zorg te financieren waarbij de uitkomst over een geheel zorgpad voor een specifieke aandoening centraal staat. Als vierde element noemt Porter de ketenzorg, het organiseren van zorg over de grenzen van de bemoeide instellingen heen. Daaropvolgend komt het uitbreiden van expertise over geografische locaties. Als er in instelling A een expert op een bepaald vakgebied zit, moet die ook in instelling B en C kennis kunnen delen: zo staan de behoeften van de patiënt voorop en worden kennissilo's vermeden. Het laatste element van Porter is het bewerkstelligen van de juiste technologische ondersteuning die VBHC mogelijk maakt. Data moet onderling gedeeld kunnen worden, de partijen moeten met elkaar kunnen communiceren en de relevante actoren moeten inzicht hebben in EPD's (Porter, 2006).



Figuur 5. Value Based Health Care (Porter, 2006)

2.6 KETENINFORMATISERING

Keteninformatisering richt zich op informatieproblemen *tussen* de verschillende partijen in de zorgketen, in tegenstelling tot een meer klassieke opvatting, waarbij de focus ligt op *interne* uitdagingen. Het succes van de ketensamenwerking hangt in grote mate ook af van in hoeverre er sprake is van een gedegen informatie- en kennisuitwisseling tussen de verschillende ketenpartners. Als de zorgpartners geen relevante informatie met elkaar uitwisselen over bijvoorbeeld hun rol- en taakverdeling, of informatie over patiënten, dan heeft de ketensamenwerking geen kans van slagen. Samenwerking tussen organisaties vraagt tegenwoordig om nieuwe eisen aan grensoverschrijdende informatisering. Ketenstructuren zijn complexer en besluitvorming loopt anders dan men gewend is in traditionele organisatieverbanden. Ook moeten de organisaties rekening houden met de nieuwe wetgeving omtrent persoonsgegevens. Een gemeenschappelijke informatie-infrastructuur kan in een keten oplossingen bieden voor dit soort uitdagingen, maar zoiets blijkt altijd nog moeilijk te realiseren. Keteninformatisering gaat zowel over de stroomlijning van de ketensamenwerking en communicatie in en tussen ketens, als over privacybescherming bij grootschalige informatie-uitwisseling (Grijpink, 2002). Het belang van keteninformatisering komt in verschillende artikelen terug. Zo zegt Barrat (Barrat, 2004) dat er teveel wordt vertrouwd op technologie bij het implementeren van ketensamenwerking. Volgens hem denken de betrokken actoren er te makkelijk over door het gebruik van computers, zij denken dat de ketensamenwerking dan vanzelf tot stand zal komen. Barrat beschrijft dat juist de menselijke input van essentieel belang is, zonder de toewijding van medewerkers zal een ketensamenwerking in de zorg nooit succesvol kunnen zijn. Lee et al. leggen in hun artikel juist de nadruk op het gebruik van technologische innovatie bij het opzetten van ketensamenwerking (Lee, Lee, & Schniederjans, 2011). Zij denken dat de technologie kan bijdragen aan een betere kwaliteit van zorg, omdat er een hogere kwaliteit producten geleverd kan worden en het uitwisselen van kennis eenvoudiger en veiliger wordt. Ondanks deze aanbevelingen speelt technologie in de bestaande modellen van Ansell & Gash, Minkman en Morgens geen duidelijke rol omtrent ketensamenwerking. Alleen Porter benoemt het belang van technologische ondersteuning. Het gebruik van technologie is om deze redenen een element dat ik toevoeg aan mijn conceptuele model om te toetsen welke rol dit speelt in de praktijk. Het draait hier dan voornamelijk om technologie op het gebied van communicatie, zodat de verschillende ketenpartners informatie en kennis met elkaar kunnen uitwisselen. Naar mijn verwachting zal het gebruik van technologie juist een grote rol spelen in ketensamenwerking in de dementiezorg, in de vorm van communicatie en digitalisering.

2.7 ELEMENTEN UIT DE MODELLEN

Mijn conceptueel model is een voorlopig model waarmee ik tijdens mijn onderzoek zal werken. Het idee is om dit conceptuele model te toetsen aan de werkelijkheid door in gesprek te gaan met bestuurders en medewerkers van bestaande ketensamenwerking in de dementiezorg. Aan de hand van die data kan ik vervolgens een finaal conceptueel model ontwerpen. In dit voorlopige conceptuele model zijn vier elementen opgenomen uit de bestaande modellen van Ansell & Gash, Minkman, Morgens en Porter. Dit zijn: ketencommitment; patiëntgerichte zorg; kennisdeling en; open communicatie. De reden dat ik deze vier elementen meeneem in mijn voorlopige conceptuele model is dat dit vier elementen zijn die in alle afzonderlijke modellen terugkomen. Ze worden niet in alle modellen even expliciet of met dezelfde term benoemd, maar in essentie komen ze allemaal terug. In de volgende subparagrafen onderbouw ik kort de keuze voor deze elementen.

2.7.1 KETENCOMMITMENT

Commitment wordt in de modellen benoemd als een belangrijk aspect voor het succes van ketensamenwerking. Commitment wordt beschreven als het vaststellen van de gezamenlijke ambitie en doelen (Minkman, Vat, & Driessen, 2013). Het idee hierachter is dat de actoren in de keten weten waar ze naartoe werken, dit zorgt voor een bepaalde mate van resultaatgerichtheid en bevestiging wanneer een taak goed volbracht is. Ook is toewijding vanuit leidinggevendens belangrijk voor commitment in de rest van de

organisatie, de bestuurders en coördinatoren in de keten hebben een bepaalde voorbeeldfunctie. Ze hoeven de kar niet in hun eentje te trekken, maar ze moeten de medewerkers wel betrokkenheid en een bepaalde mate van enthousiasme laten zien om het samen te volbrengen. Ook het inzien van de wederzijdse afhankelijkheid en een gedeeld eigenaarschap van het proces zijn van belang voor de ketencommitment (Ansell & Gash, 2007). Als de organisaties zich allemaal verantwoordelijk voelen, voelen zij zich meer betrokken bij het proces van de ketensamenwerking. Ook het vaststellen van de gedeelde voordelen zorgt voor extra commitment vanuit de organisaties en hun medewerkers (Ansell & Gash, 2007).

2.7.2 PATIËNTGERICHTE ZORG

Patiëntgerichte zorg is in de ketensamenwerking voor dementiezorg naar mijn idee van het extra groot belang. De patiënten verliezen steeds meer regie naar mate hun ziekte verloopt en er moet daarom vanuit de organisaties aandacht blijven voor hun individuele belangen (Minkman, Vat, & Driessen, 2013). De uitkomsten van de ketensamenwerking dragen ook bij aan het belang van de patiënt (Porter, 2010). Als ketencoördinator is het belangrijk om de zorg- en informatiestromen onderling af te stemmen op de doelgroep en de individuele patiënt hierbij voorop te zetten. Patiëntgerichte zorg komt er simpelweg op neer dat de behoeften van de patiënt voor andere (organisatie-)belangen komen. Het voorop zetten van de patiënt is een zeer belangrijk aspect binnen ketensamenwerking voor dementiezorg.

2.7.3 KENNISDELING

Om de ketensamenwerking tot een succes te maken is het onderling delen van kennis en informatie heel belangrijk. Dit is zowel informatie over de patiënt als informatie over de zorgprofessional zelf. Ook kennis en expertise moet onderling gedeeld worden. Als de organisaties geen overdrachten realiseren of als er geen gezamenlijk doel duidelijk is, zal de ketensamenwerking daar duidelijk last van hebben. Het is ook belangrijk om inzicht te krijgen in de onderlinge rol- en taakverdeling binnen de keten (Minkman, Vat, & Driessen, 2013). Dit is van belang voor effectieve samenwerking op alle niveaus in de keten. Een ketencoördinator kan hier een belangrijke rol in spelen.

2.7.4 OPEN COMMUNICATIE

Naast kennisdeling over patiëntgegevens en de rol- en taakverdeling binnen organisaties is open communicatie heel belangrijk voor het succes van de ketensamenwerking. Open communicatie gaat er voornamelijk om dat de organisaties onderling transparant zijn over hun taken en verantwoordelijkheden, de informatie die zij verkrijgen en de contacten die zij leggen (Minkman, Vat, & Driessen, 2013). Een open communicatie wordt verder gemotiveerd door te werken aan de onderlinge relatie, die verdergaat dan alleen samen vergaderen. Door bijvoorbeeld gemeenschappelijke borrels te organiseren of andere sociale activiteiten te ondernemen, durven en willen mensen eerder informatie met elkaar delen (Morgens, 2014). Face-to-face dialoog, elkaar zien en in de ogen kunnen kijken draagt bij aan de open communicatie van de ketensamenwerking (Ansell & Gash, 2007).

2.8 ELEMENTEN UIT DE VERWACHTINGEN

Naast de vier elementen uit de modellen – zoals hierboven toegelicht – heb ik zelf op basis van verwachtingen en de gelezen literatuur nog vier elementen aan mijn conceptueel model toegevoegd. Het element leiderschap komt weliswaar terug in het model van Ansell & Gash, maar ik geef hier zelf een ietwat andere invulling aan. De overige drie elementen komen niet direct terug in de modellen, maar ik ben van mening dat deze wel relevant zijn en van invloed kunnen zijn op het succes van de ketensamenwerking. Ik licht de elementen hieronder weer kort toe.

2.8.1 LEIDERSCHAP

Een element wat bij de modellen van Minkman, Morgens en Porter mist, naar mijn verbazing, is het element van goed leiderschap. Ansell & Gash noemen facilitair leiderschap als een vereiste ondersteuning van samenwerking. Ik verwacht zelf dat dit element terug zal komen tijdens mijn onderzoek, daarom is het opgenomen in het voorlopige conceptuele model. Naar mijn idee is het bestaan van een goede leider of bestuurder een essentieel element voor het bewerkstelligen van een succesvolle ketensamenwerking. Kaats en Opheij hebben uitgebreid onderzoek gedaan naar de betekenis van bestuurders in allianties en samenwerkingen (Kaats & Opheij, 2008). De beweegredenen van de bestuurders spelen volgens hen een grote rol: wat motiveert hen om samenwerkingsverbanden aan te gaan en wat is de aard van die motieven? Gaat het hier voornamelijk om institutionele overtuigingen of betreft het juist persoonlijke beweegredenen? Mogelijke beweegredenen die Kaats en Opheij noemen op basis van hun onderzoek zijn onder andere het reduceren van onzekerheden, het gebruikmaken van aanvullende competenties van partners in de waardeketen, het leren van partners door kennisdeling, het realiseren van ketenintegratie door coördinatie in de keten en het beseft dat echte grote vraagstukken – zoals zorg – door geen enkele organisatie alleen kunnen worden opgelost (Kaats & Opheij, 2008). Mijn aanname is dat op basis van mijn thesisonderzoek het element 'leiderschap' of 'bestuurder' een essentieel element zal blijken in de ketensamenwerking in de dementiezorg. Ik verwacht dan ook dat ik dit zal opnemen in het finale conceptuele model.

2.8.2 TOEGANG TOT DE KETEN

Een ander element waarvan ik verwacht dat het terugkomt in mijn conceptuele model voor succesvolle ketensamenwerking in de dementiezorg is de mate van toegang voor de patiënt. Zorginstellingen kunnen een geweldige ketenzorg realiseren, maar zolang het voor de patiënt niet duidelijk is waar hij moet aankloppen, zal het nooit tot een succesvolle ketensamenwerking uitharden. Maranus, Schipper en Meijboom beschrijven een methode om de toegang tot de keten te maximaliseren (Maranus, Schipper, & Meijboom, 2010). Ze ontwerpen een conceptueel model van *front office* en *back office* dat cliënten integrale toegang verschaft tot wonen, welzijn en zorg. Ze vinden de interactie met de klant een vereiste, dat contact is een kritische succesfactor voor dienstverlenende organisaties. Het centraliseren van contactpunten voor de cliënt is daarnaast ook een vereiste. Deze ontwikkelde methode geeft verder weinig concrete handvatten voor het verlenen van toegang tot de zorgketen. Om deze redenen wil ik gaan toetsen hoe de bestuurders en medewerkers van de zorgketen werken aan de toegang tot de keten voor patiënten.

2.8.3 VERTROUWEN

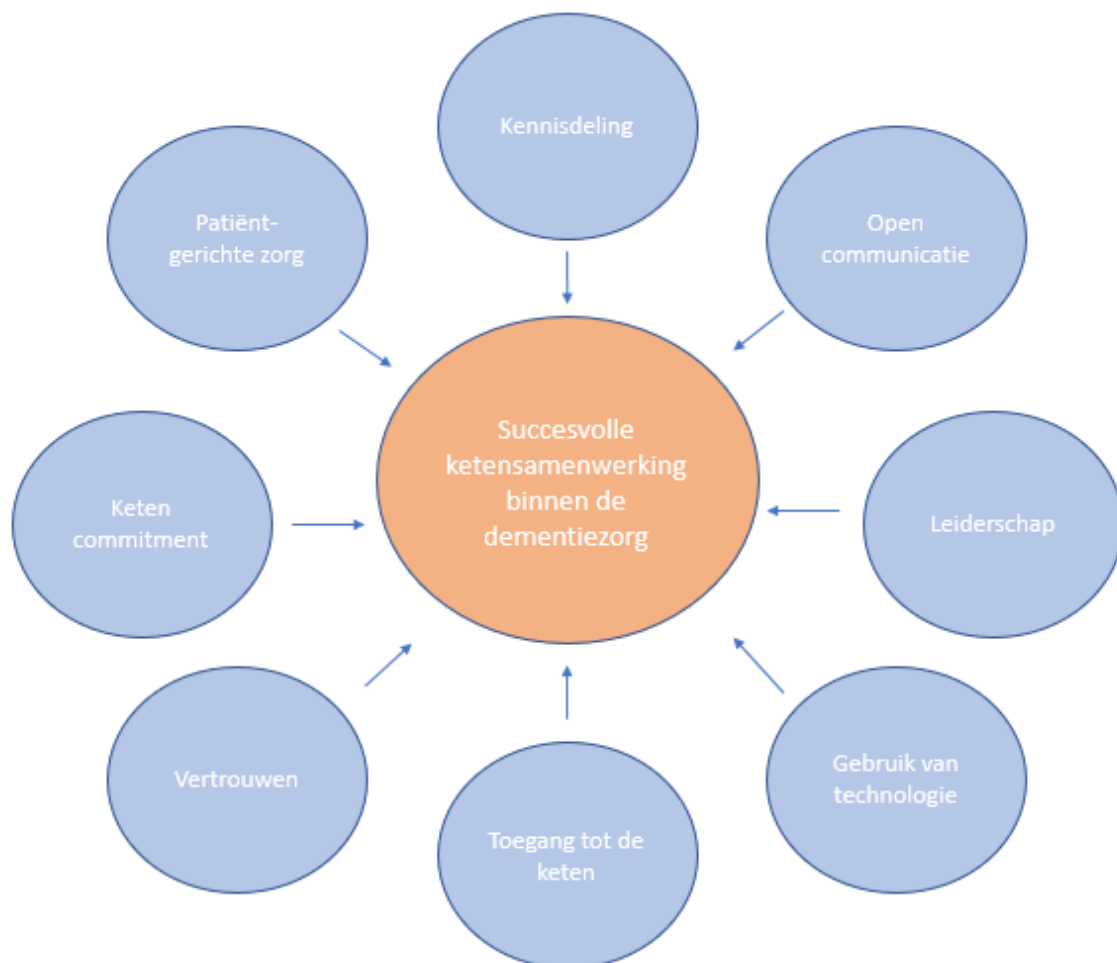
Barrat zegt in zijn artikel 'Understanding the meaning of collaboration in the supply chain' dat ketensamenwerking moeilijk te implementeren is omdat mensen het begrip samenwerken onvoldoende begrijpen. Hij zegt dat organisaties vaak onvoldoende kennis hebben over wanneer, met wie en hoe ze dan moeten samenwerken (Barrat, 2004). Ook ziet hij een algemeen gebrek aan wederzijds vertrouwen. Barrat stelt daarom voor om meer aandacht te besteden aan strategische en culturele elementen van ketensamenwerking. Voornamelijk de basis van Barrat's artikel is relevant voor mijn onderzoek: aandacht hebben voor de uitdagingen in ketensamenwerking. Als verschillende organisaties hun eigen taal en cultuur hebben zal het moeilijk zijn om dit te verenigen in een ketensamenwerking. Hier zal dan voldoende tijd en aandacht besteed moeten worden om vertrouwen op te bouwen tussen verschillende partners en organisaties. Je moet elkaar begrijpen om elkaar te kunnen vertrouwen. Ansell & Gash noemen als enige het belang van vertrouwen in een samenwerking, de andere modellen laten dit aspect liggen. Om deze reden heb ik ook het element vertrouwen opgenomen in mijn voorlopige conceptuele model en ik verwacht dat tijdens mijn onderzoek zal blijken dat dit element thuishoort in het uiteindelijke conceptuele model.

2.8.4 GEBRUIK VAN TECHNOLOGIE

Het laatste element dat ik op basis van de literatuur toevoeg aan mijn voorlopige conceptuele model is het gebruik van technologie om informatie op te slaan en uit te wisselen. Het gebruik van technologie speelt natuurlijk in alle ketensamenwerkingen een grote en belangrijke rol, maar ik mis dit element in de bestaande elementen. Het is te belangrijk om geen aandacht aan te besteden tijdens dit onderzoek, zeker met de opkomst van EPD's. Als de relevante informatie over patiënten met dementie op een innovatieve manier wordt opgeslagen zodat alle relevante partners er op elk moment bij kunnen, zal dit het proces een stuk makkelijker maken. Als de ketenpartners weten wat de patiënt nodig heeft zal dit de levenskwaliteit van de patiënt wederom vergroten. Daarom speelt technologie naar mijn idee ook een zeer belangrijke rol bij ketensamenwerking binnen de dementiezorg en ik verwacht het om die redenen terug in het uiteindelijke conceptuele model.

2.9 CONCEPTUEEL MODEL

De acht bovengenoemde elementen heb ik samengevoegd in een conceptueel model. Dit model gaat uit dat deze elementen de onafhankelijke variabelen zijn die van invloed zijn op het afhankelijke variabelen: het succes van de ketensamenwerking. Het succes van de ketensamenwerking binnen de dementiezorg hangt af van de acht onafhankelijke variabelen: leiderschap; gebruik van technologie; toegang tot de keten; vertrouwen; ketencommitment; patiëntgerichte zorg; kennisdeling en; open communicatie. Hieronder is een visuele weergave van de variabelen opgenomen.



Figuur 6. Conceptueel model

3. METHODOLOGIE

In dit hoofdstuk beschrijf ik welke methoden ik heb gebruikt om tot mijn onderzoeksresultaten te komen. Ik leg hier uit hoe mijn onderzoek is verlopen en onderbouw ik welke methoden ik heb toegepast om mijn conceptueel model te testen aan de praktijk. Ik beschrijf hier onder andere mijn onderzoeksmethode, de operationalisering en de validiteit en betrouwbaarheid van mijn onderzoek.

3.1 ONDERZOEKSMETHODE

3.1.1 KWALITATIEF ONDERZOEK

Mijn onderzoeksmethode is kwalitatief en deductief. Ik heb een voorlopig conceptueel model opgesteld aan de hand van een aantal bestaande modellen en verder aangevuld met relevante literatuur over ketensamenwerking. Dit model ga ik toetsen aan de werkelijkheid door in gesprek te gaan met bestuurders, ketencoördinatoren en managers en vervolgens vragenlijsten te verspreiden bij overige medewerkers. Voor mijn thesis heb ik verder gekozen voor een in-depth case onderzoek. Ik richt me op vijf ketensamenwerkingen in de dementiezorg en ga met verschillende partners vanuit verschillende ketens in gesprek. Ik heb mijn cases gevonden door contact te zoeken met de bestuurders en coördinatoren van dementienetwerken in Zuid-Holland en Noord-Brabant, met de vraag of ik hen kon interviewen om meer te leren over hun ketensamenwerking. Ik heb bij de ketens contact gezocht met de bestuurders en coördinatoren, omdat zij het meeste overzicht hebben van de werkzaamheden en organisatorische afspraken binnen de keten. Aan de hand van interviews met deze bestuurders en coördinatoren kon ik op een eenvoudige wijze zeer veel diepgaande informatie over de ketens en de samenwerkingen verzamelen. Ik heb per keten één à twee bestuurders en coördinatoren gesproken, omdat er in de meeste ketensamenwerkingen maar één of twee mensen aan de top van de samenwerking staan. Dit was ook voordelig voor de manier waarop ik mijn data heb verzameld, ik heb met zeven mensen diepgaande en langdurige interviews kunnen afnemen. De reden dat ik voor Zuid-Holland en Noord-Brabant heb gekozen is om verschillende soorten samenwerkingen te kunnen onderzoeken. In Zuid-Holland spreek ik meer grote steden, zoals Leiden en Gouda, met wijdverspreide regio's waar veel zorgaanbieders onder vallen, waarmee de samenwerking direct complexer wordt. In Noord-Brabant ben ik in gesprek gegaan met kleinere ketens in regio's, zoals Breda en Den Bosch, waar ook dorpen onderdeel vanuit maken. Door ketens in twee verschillende provincies te benaderen heb ik mezelf ervan verzekerd dat de ketens niet teveel op elkaar lijken en vooral dat de ketens los zijn van elkaar. Ik heb daarnaast ook aandacht gehad voor meer en minder geformaliseerde netwerken, om daar eventueel een onderscheid te kunnen maken op welke factoren zij als meest relevant achten. In de onderstaande tabel is per ketensamenwerking beschreven in welke regio de keten zich bevindt, wie ik daar heb geïnterviewd en wat haar of zijn functie is binnen de keten, met als laatste een korte omschrijving van de zorgketen.

Regio	Wie gesproken	Omschrijving zorgketen
Gouda	Lia Donkers Directeur van het Transmuraal Netwerk Midden-Holland	Transmuraal netwerk Midden-Holland is een samenwerkingsverband van zorg- en welzijnsaanbieders in Midden-Holland. Het is gericht op de regio Gouda.
Den Bosch	Ina Snier Teamleider Van Neynsel Academie en programmamanager van het Netwerk Dementie	Het Netwerk Dementie regio Bommelerwaard en 's-Hertogenbosch en omstreken bestaat uit Thuiszorgorganisaties die casemanagement dementie leveren. Het netwerk bestaat uit ouderenzorginstellingen die de zorg leveren, regelen en organiseren, met daaraan vast een beleidsnetwerk.
Breda	Dorien Vonk Ketencoördinator Dementienetwerk Breda e.o; Bas Voeten Manager	Het Dementienetwerk Breda e.o. is een samenwerkingsverband in de regio Noordwest Brabant. In het werkgebied zijn 18 zorgaanbieders in negen gemeenten die lid zijn van het netwerk.

	Thebe Oosterhout en Tilburg	
Den Haag	Mandy Los Programmaleider Netwerk Dementie Haaglanden; Derkje Andree Wiltens Projectleider Dementie & Palliatieve zorg	Het Dementienetwerk Haaglanden bestaat sinds 2008 en wordt gevormd door VVT-instellingen, ziekenhuizen, welzijnsinstellingen, informele zorgpartijen en GGZ-instellingen uit de omgeving Den Haag. Ook de gemeentes en Alzheimer Nederland nemen deel aan het netwerk Dementie Haaglanden.
Leiden	Joan Veldhuizen Programmaleider Netwerk Dementie Zuid-Holland Noord	Stichting Transmuralis in Leiden heeft de coördinerende rol over het dementienetwerk Zuid-Holland Noord. Transmuralis is het samenwerkingsverband tussen verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg, ziekenhuizen, revalidatiezorg en GGZ de regio Leiden.

Tabel 5. Cases

3.1.2 DATAVERZAMELING

Ik heb voor de dataverzameling gekozen voor twee verschillende methoden: diepte-interviews en vragenlijsten. Ik heb zeven interviews afgenomen bij vijf verschillende ketensamenwerkingen. Bij de ketensamenwerkingen in Gouda, Den Bosch en Leiden heb ik één bestuurder of coördinator gesproken, bij de ketensamenwerkingen in Breda en Den Haag heb ik zowel een coördinator als iemand met een meer manageriele rol gesproken. De bestuurders en ketencoördinatoren zijn heel waardevol voor mijn onderzoek, omdat zij een meer administratieve rol hebben en zich niet zozeer bezighouden met de dagelijkse uitvoering van de zorg. Ook hebben zij een beter overzicht van hoe de keten eruitziet en wat de keten doet voor de regio, en hebben zij een beter beeld van de lange termijn. Manageriele rollen zitten dicht op de zorgprofessionals en kunnen daardoor andere waardevolle input leveren voor het onderzoek. De interviews heb ik gedaan aan de hand van dezelfde vijftien vragen, met mogelijkheid op doorvragen. Het zijn daarmee dus semigestructureerde interviews. Ik heb bij de case-actoren geprobeerd te achterhalen hoe zij de ketensamenwerking binnen dementiezorg ervaren en welke factoren zij het meest belangrijk vinden voor het succes van de ketensamenwerking.

De echte zorgprofessionals, de mensen die dagelijks bezig zijn met de zorg en patiënten, heb ik benaderd via een vragenlijst. Deze vragenlijst heb ik gestuurd via de geïnterviewde bestuurders, zodat ik voornamelijk respondenten heb uit die ketensamenwerkingen. Door het gebruik van de vragenlijst kan ik meer mensen spreken, zo kan ik dus meer data verzamelen en zullen de uitkomsten van mijn onderzoek beter en breder onderbouwd zijn. Ik heb in totaal 126 reacties gehad op mijn vragenlijsten. In de onderstaande tabel is aangegeven hoe de verdeling van respondenten per regio is.

Regio	Percentage	Absolute aantallen
Gouda	17,6%	21
Den Bosch	18,3%	23
Breda	18,9%	25
Den Haag	18,3%	23
Leiden	20,6%	26
Overig	6,3%	8
Totaal	100%	126

Tabel 6. Verdeling respondenten per case

In de vragenlijsten heb ik ook gevraagd bij wat voor organisatie de respondenten werkzaam zijn en wat voor functie zij daar bekleeden. Deze gegevens zijn in onderstaande tabellen vervat.

Organisatie	Percentage	Absolute aantallen
Thuiszorg	49,2%	62
Verpleeghuis	28,6%	36
Ziekenhuis	11,9%	15
Overig	10,3%	13
Totaal	100%	126

Tabel 7. Verdeling respondenten per soort organisatie

Functie	Percentage	Absolute aantallen
Casemanager	28,6%	36
Verpleegkundige in verpleeghuis	23,8%	30
Wijkverpleegkundige	22,2%	28
Verpleegkundige in ziekenhuis	8,7%	11
Overig	16,7%	21
Totaal	100%	126

Tabel 8. Verdeling respondenten per functie

3.1.3 DESK RESEARCH

Mijn onderzoek is begonnen met deskresearch, hier heb ik relevante literatuur en modellen verzameld om mijn onderzoek verder op te baseren. Ik heb zowel Nederlandse als internationale literatuur gebruikt, maar alleen Nederlands of Engelstalig. De woorden die in elk geval terug kwamen in mijn zoekopdrachten en dus zo ook gebruikte literatuur waren ‘ketensamenwerking’ en ‘dementiezorg’. Ik heb hier af en toe in gevarieerd door ‘zorgketen’ te gebruiken. Ik heb bij de artikelen gekeken in welk tijdschrift ze zijn gepubliceerd: een publicatie in een vaktijdschrift met een tiental citaten geeft een bepaalde kwaliteit aan. Voor de gebruikte boeken heb ik dezelfde tactiek gebruikt.

3.1.4 DATA-ANALYSE

De data-analyse van mijn semigestructureerde interviews heb ik gedaan aan de hand van codering. Ik ben op zoek gegaan naar bepaalde thema’s of termen die regelmatig terugkwamen in de interviews en die een directe relatie hebben met mijn onderzoek. Deze thema’s en termen ben ik vervolgens gaan markeren in alle interviews, om zo een beeld te krijgen welke het meest terugkwamen en daarmee als het meest belangrijk geacht mogen worden. In onderstaande tabel heb ik kort beschreven welke thema’s en bijbehorende termen ik heb gebruikt tijdens mijn codering. De thema’s heb ik tijdens het coderen per kleur onderverdeeld, maar omdat dit in deze tabel weinig toegevoegde waarde heeft heb ik dit hier weggelaten.

Thema	Bijbehorende termen
Succes van de ketensamenwerking	Cliëntperspectief; samenwerking; standaarden; krachten bundelen; juiste zorg; juiste plaats
Toewijding	Ketencommitment; toewijding; convenant; afspraken
Patiëntgerichte zorg	Cliëntperspectief; patiëntgerichte zorg; zorgpad; mantelzorgers

Kennisdeling	Bijeenkomsten; MDO; face-to-face; afspreken
Leiderschap	Coördinatie; netwerk; keten; leidinggeven
Toegang tot de keten	Zichtbaarheid; aanspreekpunten; informatievoorziening
Vertrouwen	Vertrouwen; mensenwerk; samenbrengen; proces; face-to-face
Technologie	ICT; platform; communicatie; gedeelde dossiers
Ketenpartners	Zorgverzekeraars; gemeenten; zorginstellingen; VVT-aanbieders
Ketenfinanciëring	Financiën; bekostiging; subsidies; lidmaatschap; bijdrage
Regio	Regionaal versus landelijk; plaatsbenoeming
Voordelen algemeen	Interviewvraag
Nadelen algemeen	Interviewvraag

Tabel 9. Coderingsthema's

Deze thema's ben ik vervolgens ook bij de zorgprofessionals gaan bevragen door middel van de vragenlijst. In hoofdstuk vier ga ik verder in op deze resultaten en maak ik duidelijk welke thema's bij welke ketens het meest belangrijk zijn.

3.1.5 TRIANGULATIE EN CODER BIAS

Ik maak gebruik van triangulatie door verschillende methoden van dataverzameling: diepte-interviews, vragenlijsten en natuurlijk de wetenschappelijke literatuur. Ik gebruik een aantal verschillende theorieën en modellen om mijn hypothesen en dus conceptuele model op te baseren. Door verschillende methoden van dataverzameling te gebruiken wordt de betrouwbaarheid van het onderzoek groter. Ik tracht coder bias te voorkomen door de interviews en vragenlijsten geanonimiseerd te analyseren, zodat ik geen voorkeursuitspraken kan doen. Ook baseer ik mijn codering op mijn vooraf opgezette model en gebruik ik de relevante wetenschappelijke literatuur, hierdoor kan ik een bepaalde structuur aanhouden.

Alleen volledig ingevulde vragenlijsten worden meegenomen in dit onderzoek. De vragenlijsten zijn alleen afgenomen bij mensen die werkzaam zijn in een instelling binnen de dementiezorg. Wanneer de vragenlijsten onvolledig zijn ingevuld of wanneer de respondenten niet werkzaam zijn in een instelling binnen de dementiezorg worden de resultaten niet meegenomen in de analyse. Omdat er weinig eisen aan de respondenten gesteld worden, leg ik veel aandacht bij het juist verspreiden van de vragenlijsten. Dit gebeurt alleen intern, binnen de instellingen waar ik ook bestuurders en managers heb gesproken en waarvan ik zeker ben dat zij ervaring hebben met ketensamenwerking binnen de dementiezorg. Dit controleer ik door naar hun soort zorginstelling en functie te vragen, verder is de vragenlijst anoniem.

3.2 OPERATIONALISERING

Begrip	Definitie	Dimensie	Indicator
Succesvolle ketensamenwerking	In een succesvolle ketensamenwerking bundelen de verschillende partijen uit zorg- en dienstverlening hun krachten om de kwaliteit van leven van een groep cliënten in een bepaalde regio te verbeteren. Hierbij staat het cliëntperspectief centraal en wordt de zorg ingericht op bestaande richtlijnen en standaarden, zodat de juiste zorg op de juiste plaats door de juiste persoon kan worden geleverd.	De actoren binnen de keten bundelen de krachten en verbeteren de zorg binnen de regio.	<ul style="list-style-type: none"> - Samenwerking - Juiste zorg op de juiste plaats - Cliëntperspectief - Kwaliteit van leven - Richtlijnen - Standaarden
Toewijding	Permanente en volledige aandacht aan iets geven, loyaal zijn aan een project en bereid	De actoren binnen de keten steken tijd en	<ul style="list-style-type: none"> - Prioriteit leggen bij het ketenbelang

	zijn er veel tijd en energie in te steken met het oog op een groter, gezamenlijk doel. De afspraken en verwachtingen zijn vastgelegd in een contract of een samenwerkingsovereenkomst.	aandacht in het bereiken van een gezamenlijk doel.	<ul style="list-style-type: none"> - Tijd en aandacht - Afspraken - Convenant - Contract - Overeenkomst
Patiëntgerichte zorg	De ketenpartners zetten de zorg van de individuele patiënt voorop en daarmee behoeften en voorkeuren van eerdergenoemde patiënt. Deze behoeften en voorkeuren worden in kaart gebracht door middel van een klantreis of door een zorgpad uit te stippelen. De focus ligt op de persoon die op dat moment geholpen moet worden, eigen- en organisatiebelangen komen op de tweede plek.	De actoren binnen de keten leggen de focus bij de patiënt met dementie, niet bij zichzelf of hun eigen organisatie.	<ul style="list-style-type: none"> - Patiënt staat op nummer één - Patiënt als individu - Klantreis - Zorgpad - Maatwerk
Kennisdeling	Het uitwisselen van relevante informatie en kennis met relevante actoren en partijen. Zowel over de patiënt als over de eigen organisatie of zorgprofessional. Dit kan mondeling, schriftelijk of digitaal gebeuren. De privacywetgeving moet hierbij altijd in acht worden genomen.	Relevante kennis wordt onderling gedeeld zodat de zorg nog beter wordt.	<ul style="list-style-type: none"> - Kennis en informatie onderling uitwisselen - Middel voor communicatie - Overleg - Bijeenkomsten - Face-to-face
Open communicatie	De ketenpartners houden geen relevante informatie achter voor andere organisaties of instellingen en zij houden elkaar voortdurende op de hoogte van ontwikkelingen rondom patiënten met dementie. Ze werken transparant en niet opportunistisch.	De actoren binnen de keten communiceren vrijelijk met elkaar.	<ul style="list-style-type: none"> - Alle informatie delen - Geen opportunistisch gedrag - Geen voorkeursbehandelingen - Transparantie over rollen taakverdeling
Leiderschap	De eigenschap om leiding te kunnen geven aan een groep mensen of actoren. Er bestaan verschillende soorten leiderschap: transactioneel en transformationeel. Binnen de zorg zal de nadruk meer op transformationeel leiderschap liggen (Wart, 2012).	Eén of meerdere actoren binnen de keten heeft de rol van leidinggevende: de overige actoren accepteren deze rol.	<ul style="list-style-type: none"> - Coördinatie - Lange termijn doelen - Overzicht van de keten - Overige actoren accepteren de leidinggevende als zodanig
Toegang tot de keten	De patiënten met dementie en hun mantelzorgers zijn op de hoogte van de ketensamenwerking binnen hun regio. Zij worden juist en tijdig geïnformeerd en weten waar zij vervolgens terecht kunnen met vragen.	De patiënten met dementie weten de keten te vinden, er is voldoende zichtbaarheid.	<ul style="list-style-type: none"> - Zichtbaarheid keten - Voldoende en tijdige informatievoorziening - Duidelijk aanspreekpunt
Vertrouwen	Het ontbreken van opportunistisch gedrag, voordeel van de twijfel en vertrouwen gebaseerd op eerdere samenwerkingen. De regie uit handen durven geven omdat je weet dat de ander er geen misbruik van zal maken.	De actoren binnen de keten werken samen zonder angst of verraad.	<ul style="list-style-type: none"> - Actoren kennen elkaar - Durven eigen rol ter discussie te stellen - Durven regie uit handen te geven - Zorgprofessionals delen informatie met elkaar
Gebruik van technologie	De ketenpartners maken gebruik van technologie om overdrachten van patiëntdossiers snel en efficiënt te laten verlopen en zij kunnen ook met elkaar communiceren via dit systeem.	De actoren binnen de keten maken gebruik van technologie.	<ul style="list-style-type: none"> - ICT-systeem - Digitale overdrachten - Digitale communicatie - Werkafspraken

Tabel 10. Operationalisering

3.3 VALIDITEIT EN BETROUWBAARHEID

3.3.1 VALIDITEIT

Validiteit is de mate waarin wordt gemeten wat de onderzoeker daadwerkelijk wilde meten (Babbie, 2014). Bij het onderzoeken van de validiteit wordt gekeken naar de mate waarin de resultaten van het onderzoek en het te meten object met elkaar overeenkomen. Er wordt in de literatuur grofweg onderscheid gemaakt tussen

twee typen validiteit: interne en externe validiteit (Babbie, 2014). Interne validiteit wordt ook wel methodologische validiteit genoemd. Het legt de focus op de kwaliteit van je methode, dataverzameling en analyse. Als de interne validiteit van het onderzoek hoog is, moet de kwaliteit van de conclusies ook hoog zijn. Externe validiteit richt zich op de vraag of je de conclusies van je onderzoek kunt generaliseren. Dit betekent dat de resultaten toepasbaar zijn op een grotere groep of situatie dan wat je daadwerkelijk onderzocht hebt.

De interne validiteit in dit onderzoek is op niveau, omdat er veel tijd en aandacht wordt besteed aan de methode, dataverzameling en analyse. Ook de uitgebreide operationalisering speelt hierbij een rol: door de dimensies en indicatoren verzeker ik mij ervan dat ik daadwerkelijk meet wat ik wil meten. De methode is kwalitatief en ik ga met meerdere bestuurders in gesprek en via een vragenlijst hoor ik ook de ervaringen en ideeën van zo'n 125 medewerkers van zorginstellingen. De enige eisen die ik stel aan de respondenten zijn dat ze werkzaam moeten zijn in een zorginstelling en dat ze via die zorginstelling ervaring moeten hebben met ketensamenwerking in de dementiezorg. De analyse ga ik vervolgens doen door de interviews en resultaten van de vragenlijsten te coderen om regelmatigigheden te ontdekken. Die regelmatigheden verwerk ik vervolgens uit in een conceptueel model met factoren voor een succesvolle ketensamenwerking binnen de dementiezorg. De externe validiteit is in een kwalitatief onderzoek moeilijker te bewerkstelligen, omdat het hier veelal gaat over de ervaringen en voorkeuren van personen. De geïnterviewden zijn niet willekeurig gekozen en het zijn er ook te weinig om een steekproef uit te voeren. Ondanks een lage externe validiteit is dit onderzoek niet zinloos, het kan alleen niet eenvoudig naar een grotere populatie gegeneraliseerd worden.

3.3.2 BETROUWBAARHEID

De betrouwbaarheid van een onderzoek wordt bepaald door de nauwkeurigheid en consistentie waarmee variabelen worden gemeten (Thiel, 2015). Het is de mate waarin een onderzoek of meting vrij is van willekeurige of toevallige meetfouten. Een onderzoek met een hoge betrouwbaarheid zou, wanneer het onderzoek onder dezelfde condities nog eens werd uitgevoerd, tot dezelfde resultaten leiden. Omdat de interviews worden afgenomen aan de hand van dezelfde vragen en vervolgens volledig worden getranscribeerd en op dezelfde manier worden gecodeerd, wordt de betrouwbaarheid van dit onderzoek verhoogd. De betrouwbaarheid bij een kwalitatief onderzoek is lastiger te beargumenteren dan bij een kwantitatief onderzoek, omdat er geen statistische resultaten getoond kunnen worden. Door de opzet en uitvoering bij elk interview gelijk te houden, ontstaat er een structuur die de betrouwbaarheid vergroot. De resultaten van de vragenlijsten kunnen makkelijker betrouwbaar aangetoond worden, omdat ik deze eventueel kan omzetten in cijfermatige resultaten en bijbehorende grafieken en tabellen. De vragenlijst is kort en met gesloten antwoorden, waardoor het opnieuw afnemen van die vragenlijst een stuk eenvoudiger is dan het opnieuw afnemen van een open diepte-interview.

4. CASES

4.1 CASES

Voor mijn onderzoek naar ketensamenwerking in de dementiezorg heb ik een aantal bestuurders, ketencoördinatoren en managers in de regio Zuid-Holland en Noord-Brabant benaderd met de vraag of zij mee wilden werken aan dit onderzoek. In totaal heb ik bij vijf ketensamenwerkingen een interview af kunnen nemen. In de volgende paar paragrafen beschrijf ik kort de betrokken ketensamenwerkingen.

4.1.1 TRANSMURAAL NETWERK MIDDEN-HOLLAND

Transmuraal netwerk Midden-Holland is een samenwerkingsverband van zorg- en welzijnsaanbieders in Midden-Holland. Het netwerk werkt niet alleen samen met zorgaanbieders, maar ook met gemeenten en zorgverzekeraars. Het netwerk is voor de regio Gouda en omgeving en is in 1998 opgericht. De oprichting had grotendeels te maken met de verschuiving van de zorg van het ziekenhuis naar meer thuis. Het netwerk houdt

zich voornamelijk bezig met goede coördinatie (Donkers, 2019). De stichting faciliteert netwerkbijeenkomsten en startbijeenkomsten voor nieuwe onderwerpen. Het Transmuraal Netwerk brengt organisaties en professionals in de regio bij elkaar. “Het liefst doe je het gewoon bij afspreken. Het is een kwestie van elkaar regelmatig zien, veel voeden, successen vieren. Kennis delen is eigenlijk informatie delen over de patiënt maar je moet ook kennis van jezelf delen” (Donkers, 2019). Op de bijeenkomsten wordt een gezamenlijke samenwerkingsagenda bepaald, met een logisch en passend aanbod voor de inwoners van Midden-Holland (Transmuraal Netwerk, 2019). De directeur van Transmuraal Netwerk Midden-Holland, Lia Donkers, is ervan overtuigd dat wat je alleen kan, ook alleen moet doen. Je moet alleen samenwerken op thema’s waarbij je elkaar kan helpen en aanvullen. Het netwerk legt de focus op de juiste zorg op de juiste plaats (Donkers, 2019). De visie van Donkers ligt veelal bij de integratie van zorg en welzijn

Voor deze ketensamenwerking heb ik Lia Donkers geïnterviewd, de directeur van het Transmuraal Netwerk Midden-Holland. Mevrouw Donkers is arts Maatschappij & Gezondheid en is sinds 1999 directeur van het netwerk. Daarvoor werkte ze in de jeugdgezondheidszorg en als docent medische vakken. Haar expertises liggen in ketens en netwerken en regionale samenwerkingen. Mevrouw Donkers acht vertrouwen als één van de belangrijkste factoren voor het succes van een ketensamenwerking. “Vertrouwen is een proces waaraan je voortdurend moet werken. Vertrouwen is iets bijzonders. Het moet er zijn maar je kan het niet pakken. Het is net als met frisse lucht, als er tekort aan is merk je het pas.”

4.1.2 NETWERK DEMENTIE VVT INSTELLINGEN BOMMELERWAARD EN 'S-HERTOGENBOSCH E.O.

Het Netwerk Dementie regio Bommelerwaard en 's-Hertogenbosch en omstreken bestaat uit Thuiszorgorganisaties die casemanagement dementie leveren (Netwerk Dementie, 2019). Het netwerk is een netwerk met ouderenzorginstellingen die de zorg leveren, regelen en organiseren, met daaraan vast een beleidsnetwerk (Snier, 2019). In het beleidsoverleg zitten allerlei organisaties bij elkaar aan tafel die in de regio iets bieden aan mensen met dementie. Het netwerk dementie wil bijdragen aan de continuïteit en een duidelijk en deskundig aanspreekpunt voor de patiënten en hun sociale netwerk. “De juiste behandeling, hulp en begeleiding zijn van groot belang om het leven met dementie te verlichten. Gedurende het ziekteverloop krijgen de persoon met dementie en zijn/haar mantelzorgers te maken met verschillende zorgverleners. Soms gelijktijdig, soms opeenvolgend. Voor iemand met dementie en zijn naaste is het belangrijk dat de zorg goed op elkaar aansluit. Zo ontstaat er als het ware een netwerk van op elkaar afgestemde zorg” (Snier, 2019). Het netwerk regelt de inkoop van dementiezorg, het product zelf en de financiering daarvan. Dat zit allemaal bij de VVT-aanbieders. De ketenpartners komen regelmatig in overleg met elkaar om kennisoverdracht te faciliteren. In de toekomst ligt de focus op een betere samenwerking en ondersteuning vanuit gemeenten en zorgverzekeraars.

Bij deze ketensamenwerking heb ik gesproken met Ina Snier, teamleider bij Van Neynsel Academie in Den Bosch. De Van Neynsel Academie is één van de deelnemende zorgorganisaties van het Netwerk Dementie. Mevrouw Snier is tevens programmamanager bij het Netwerk Dementie. Zij omschrijft haar rol als “iemand die de lange termijn in de gaten houdt, ervoor zorgt dat we met alle partijen een moment samenkomen om te vergaderen, een aantal onderwerpen op de agenda hebben staan en een meerjarenbeleidsplan maken. Iemand die zegt: we hebben nog een aantal punten te doen” (Snier, 2019). Zij zou haar rol overigens niet als leider omschrijven, maar meer als coördinerende rol, iemand die coördineert en organiseert (Snier, 2019).

4.1.3 DEMENTIENETWERK BREDA EN OMSTREKEN

Het Dementienetwerk Breda e.o. is een samenwerkingsverband in de regio Noordwest Brabant. In het werkgebied zijn 18 zorgaanbieders in negen gemeenten die lid zijn van het netwerk. Die zorgaanbieders betalen een deel aan de samenwerking en de gemeenten betalen ook een deel. Daarnaast zijn er een paar welzijnsinstellingen bij het netwerk aangesloten. Het netwerk wordt gecoördineerd door een ketencoördinator. Zij houdt zich vooral bezig met het verbinden van de verschillende partijen. Het netwerk doet nu veel met

bewustwording omtrent dementie, ook in samenwerking met gemeenten. Ook besteden zij veel aandacht aan de mantelzorgers, daar willen ze goed voor zorgen. De doelstelling van de ketensamenwerking is het verbeteren van de ondersteuning aan mensen met dementie en hun betrokken mantelzorgers, vrijwilligers en professionals (Dementienetwerk Breda e.o., 2019).

Voor deze ketensamenwerking heb ik twee betrokkenen geïnterviewd: Dorien Vonk en Bas Voeten. Dorien Vonk is de ketencoördinator van het gehele netwerk, Bas Voeten is manager bij zorgaanbieder Thebe Oosterhout en Tilburg. Mevrouw Vonk omschrijft haar rol als coördinator als een diplomatieke rol, omdat ze geen feitelijke macht kan uitoefenen: “Formeel heb ik geen enkele macht. Ik heb geen lijnverantwoordelijkheid, maar volgens mij heb ik wel invloed. Het is absoluut een diplomatieke rol. Maar als je alleen maar diplomatiek bent, dan vind je niets. En ik vind ook dingen. Dus ik probeer daar medestanders voor te krijgen en vervolgens gaan we dat doen” (Vonk, Dementienetwerk Breda e.o., 2019).

4.1.4 DEMENTIENETWERK HAAGLANDEN

Het Dementienetwerk Haaglanden bestaat sinds 2008 en wordt gevormd door VVT-instellingen, ziekenhuizen, welzijnsinstellingen, informele zorgpartijen en GGZ-instellingen uit de omgeving Den Haag. Ook de gemeentes en Alzheimer Nederland nemen deel aan het netwerk Dementie Haaglanden. Het netwerk wordt gecoördineerd door de Stichting Transmurale Zorg. Zij zijn een objectieve facilitator, verbinder en aanjager. De stichting is een ondersteuningsorganisatie voor zorgaanbieders in de regio Haaglanden. Zij stimuleren efficiënte steun- en zorgnetwerken in de regio, werken aan zorg zonder merkbare schotten, zo dicht mogelijk bij de woonomgeving van de patiënt. De rol van Stichting Transmurale zorg is coördineren, faciliteren, signaleren (van knelpunten) en informeren. Communiceren en informeren tussen ketenpartners gaat via netwerkbijeenkomsten, die de stichting voor hen organiseert. Het netwerk wil in de toekomst meer focus op de mens met dementie en minder op de patiënt. Ze willen meer samenhang, continuïteit en kwaliteit in het zorgaanbod en hebben als doel om mensen langer en goed ondersteund thuis te laten wonen (Stichting Transmurale Zorg, 2019). Ze beogen zorg afgestemd op de behoefte van de patiënt en de mantelzorger, zodat de patiënt zoveel mogelijk de regio in handen heeft (Stichting Transmurale Zorg, 2019).

Bij de ketensamenwerking in de regio Haaglanden heb ik twee belanghebbenden gesproken: Mandy Los en Derkje Andréé Wiltens. Mandy Los is programmaleider voor het Dementienetwerk Haaglanden en doet dit via de Stichting Transmurale Zorg. Derkje Andréé Wiltens is projectleider Dementie & Palliatieve zorg bij Stichting Transmurale Zorg. Mevrouw Los omschrijft zichzelf als de officiële ketencoördinator. “Het is een soort dienend leiderschap wat je hebt” (Los, 2019).

4.1.5 DEMENTIENETWERK ZUID-HOLLAND NOORD

Stichting Transmuralis in Leiden heeft de coördinerende rol over het dementienetwerk Zuid-Holland Noord. Transmuralis is het samenwerkingsverband tussen verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg, ziekenhuizen, revalidatiezorg en GGZ de regio Leiden. Transmuralis bevordert de kwaliteit en regionale samenhang in de zorg en kijkt daarbij over grenzen van instellingen en praktijken heen (Transmuralis, 2019). Transmuralis heeft een meerjarenplan opgesteld met een aantal duidelijke doelen. Zo willen zij de klantreis van de patiënt in kaart brengen, betere mantelzorgondersteuning bieden, de wachttijden verminderen en goede data verzamelen zodat ze daarop in kunnen spelen (Veldhuizen, 2019). De rol van Transmuralis is hier om de ondersteuning aan het netwerk te bieden zodat zij deze doelen kunnen realiseren.

Ik heb de programmaleider van het netwerk dementie van Transmuralis hierover gesproken, Joan Veldhuizen. Mevrouw Veldhuizen werkt sinds half november bij Transmuralis en heeft hiervoor onder andere als wethouder en adviseur in de zorg gewerkt. “Wat mij opvalt is dat organisaties heel erg samen optrekken. Er ontstaat een soort kruisbestuiving. Mensen kijken heel erg buiten hun eigen organisatie en daar ben ik heel tevreden mee” (Veldhuizen, 2019).

4.2 DE SUCCESVOLLE KETENSAMENWERKING

Ik heb een succesvolle ketensamenwerking in dit onderzoek gedefinieerd als:

Definitie: Succesvolle ketensamenwerking

“In een succesvolle ketensamenwerking bundelen de verschillende partijen uit zorg- en dienstverlening hun krachten om de kwaliteit van leven van een groep cliënten in een bepaalde regio te verbeteren. Hierbij staat het cliëntperspectief centraal en wordt de zorg ingericht op bestaande richtlijnen en standaarden, zodat de juiste zorg op de juiste plaats door de juiste persoon kan worden geleverd.”

Ik heb in de interviews met de bestuurders en coördinatoren gevraagd of zij hun eigen ketensamenwerking als succesvol beschouwen, deze definitie in acht nemend. Ook in de surveys heb ik de respondenten gevraagd of zij hun ketensamenwerking als succesvol beschouwen, met de vraag daar direct toelichting op te geven. In het volgende hoofdstuk worden de resultaten hiervan uitgebreid besproken.

5. RESULTATEN

5.1 RESULTATEN

Op basis van de interviews en de rondgestuurde vragenlijsten heb ik data verzameld over de noodzakelijke factoren voor een succesvolle ketensamenwerking. In dit hoofdstuk bespreek ik de resultaten per variabel uit het conceptuele model. Aan het eind van elk variabel stel ik een schema op met de resultaten per casus. Deze schema's gebruik ik in de volgende paragraaf om vergelijkingen tussen de cases te maken en om patronen te duiden. Zo wordt duidelijk welke factoren meer of minder belangrijk geworden in welke keten. Zo kan ik uitspraken doen over de mate waarin er relaties aanwezig zijn tussen de verschillende cases en kan ik opvallende patronen presenteren. Als laatste bespreek ik het afhankelijke variabel, de succesvolle ketensamenwerking, op dezelfde wijze.

5.1.1 KETENCOMMITMENT

In de regio Gouda is er een samenwerkingsovereenkomst afgesloten. Zij zijn in de regio echt op elkaar aangewezen, omdat er geen andere organisaties zijn om mee samen te werken als er één wegvalt. Er is bijvoorbeeld maar één ziekenhuis in de omgeving. Volgens de ketencoördinator van de regio Gouda is veel praten en veel informele tijd met elkaar doorbrengen een belangrijk ingrediënt voor ketencommitment. "Dat is ook een kwestie van elkaar regelmatig zien, veel voeden, successen vieren" (Donkers, 2019). Zo bespreken zij niet alleen regelmatig de manier van samenwerken, maar ook of zij nog wel goed samenwerken. Er zijn ook een paar spelregels opgesteld. Zoals zij het ziet, zitten ze in de regio Gouda op een onbewoond eiland, ze moeten het echt met elkaar doen. Commitment is daarnaast veel meer dan alleen een contract afspreken, volgens mevrouw Donkers is dat eigenlijk het laatste. Volgens haar zou eerst de bezieling en dan pas een contract ideaal zijn (Donkers, 2019). In de regio Gouda kunnen zij vrij lang informeel samenwerken, omdat de organisaties en de mensen elkaar daar allemaal kennen. De respondenten op de vragenlijst uit de regio Gouda zijn het er over het algemeen mee eens dat ketencommitment nodig is omdat een vrijblijvend lidmaatschap de samenwerking anders te kwetsbaar maakt. 63,6% van de Goudse respondenten is het er (geheel) mee eens dat ketencommitment noodzakelijk is voor een succesvolle ketensamenwerking.

In de regio Den Bosch is er een convenant afgesproken tussen de verschillende organisaties. Ook moeten zij een verantwoording afleggen aan de zorgverzekeraar, de grootste financier van de keten. "Je tekent wel ergens voor en daarmee ben je ergens aan te houden" (Snier, 2019). Volgens mevrouw Snier zorgt het convenant voor een bepaalde uniformiteit, het is voor iedereen duidelijk waar ze voor staan als regio (Snier, 2019). Daarnaast volgt de keten in de regio Den Bosch de landelijke standaard Dementiezorg. Volgens mevrouw Snier zit de ketencommitment in de regio Den Bosch wel goed, voornamelijk omdat de partners zelf hebben gekozen om samen op te trekken. Dat is volgens haar al een teken van toewijding. Er is geen verplichting van bovenaf opgelegd, de organisaties zien zelf het grotere doel waarvoor zij samen willen werken en zetten daarmee het ketenbelang voorop. Van de 23 respondenten uit de regio Den Bosch zeggen er 14 dat ze het er (geheel) mee eens zijn dat ketencommitment nodig is voor een succesvolle ketensamenwerking. Wel benoemt één van de respondenten dat de nadruk in hun regio erg sterk bij de wijze van de financiering van de keten ligt, waardoor het moeilijk is om de keten sterker te maken. Het belang van de eigen organisatie staat nu vaak nog voorop (Enquête Ketensamenwerking in de dementiezorg, 2019).

Ook in de regio Breda is er een convenant met afspraken tussen de verschillende ketenpartners. Daarnaast is er sprake van een lidmaatschap, alle leden betalen een bijdragen. Daarom is er sprake van een financieel commitment. De hoogte van het bedrag is wisselend, omdat de omvang van de organisatie ook wisselend is (Voeten, 2019). Toch is een financieel commitment niet meteen een commitment om er te zijn en ook mee te doen, daar zijn andere stimuli voor nodig. "De manier om die toewijding te waarborgen ligt aan de manier van samenwerken en hoe je mensen aanspreekt op de verantwoordelijkheden die ze hebben" (Vonk, Dementienetwerk Breda e.o., 2019). In het convenant staat beschreven hoe de samenwerking wordt gezien en

wat de partners van elkaar verwachten, dat maakt het eenvoudiger om elkaar aan te spreken op verantwoordelijkheden. Toch blijft die toewijding lastig in de regio Breda. “Het is soms geen gebrek aan commitment maar ook gewoon de algemene druk die we met elkaar hebben. Of de vragen vanuit het dementienetwerk prioriteit hebben, dat weet ik niet” (Vonk, Dementienetwerk Breda e.o., 2019). De respondenten op de vragenlijst uit de regio Breda zijn iets minder gefocust op de ketencommitment, daar zegt de meerderheid – 14 van de 25 respondenten – dat zij neutraal of zelfs negatief tegen het belang van ketencommitment aankijken. Slechts één van de respondenten uit de regio Breda is van mening dat het essentieel is voor een succesvolle ketensamenwerking om te kunnen vertrouwen op elkaars inzet (Enquête Ketensamenwerking in de dementiezorg, 2019).

In de regio Den Haag is er ook sprake van een verplichting vanuit de zorgverzekeraar, net als in de regio Den Bosch. “De zorgverzekeraar verplicht de aanbieders van casemanagers om actief te zijn in een netwerk, dus dat is al een stok achter de deur” (Los, 2019). Daarnaast is er een formalisering van het netwerk door middel van een samenwerkingsovereenkomst. Voorheen werd de keten gefinancierd door de zorgverzekeraar en nu zit het tarief in de wijkverpleging, wat betekent dat de VVT-organisaties een eigen afdracht moeten doen naar de stichting Transmurale Zorg om het netwerk te financieren. Dit voelt volgens mevrouw Los ook als een soort commitment. De ketenpartners willen ook hier graag zien waar hun geld naartoe gaat en hebben daarom ook meer tijd en aandacht voor de keten. “Uiteindelijk betalen ze ervoor dus dan maken ze er ook wel gebruik van” (Wiltens, 2019). Die financiële commitment is zeker erg behulpzaam in de regio Den Haag om toewijding vanuit de ketenpartners te zien. De zorgprofessionals in de regio Haaglanden zijn niet zo bezig met het belang van hun ketencommitment, slechts negen van de respondenten geven aan dat zij het er (geheel) mee eens zijn. De overige respondenten zijn neutraal over het belang van ketencommitment voor het succes van de ketensamenwerking.

In Leiden en omgeving zit de toewijding volgens de ketencoördinator voornamelijk in het goed informeren van mensen, hun input vragen en daar vervolgens ook wat mee doen. Zo wordt de betrokkenheid bij de ketenpartners en hun medewerkers behouden. Daarnaast betalen de zorgorganisaties een lidmaatschap, dus dat kun je ook beschouwen als commitment. Toch wordt er in de regio Leiden voornamelijk aandacht besteed aan de zachtere kant van ketencommitment, mevrouw Veldhuizen besteedt veel tijd aan het betrekken van mensen bij het proces van de ketenzorg. De zorgprofessionals komen in de regio Leiden sinds kort in kleinere groepen bij elkaar, de regio is opgedeeld in drie subregio’s. “Voorheen werkten we alles op regionaal niveau en die groep werd steeds groter, maar de problematiek waar casemanagers in Leiden mee te maken hebben is soms anders dan de problematiek waarmee casemanagers in een dorp mee te maken hebben” (Veldhuizen, 2019). De casemanagers komen in veel kleinere groepen bij elkaar, dus dat zorgt ook weer voor meer betrokkenheid omdat mensen meer aan het woord komen en er meer wordt geluisterd naar elkaar. Het belang van ketencommitment in de regio Leiden komt ook terug uit de respondenten op de vragenlijsten. 69% van de respondenten uit de regio Leiden heeft aangegeven dat zij het er (geheel) mee eens zijn dat ketencommitment bijdraagt aan het succes van de ketensamenwerking. Eén van de respondenten benoemt ook dat ketenafspraken op zichzelf al een commitment zijn, er is volgens deze respondent helemaal niets vrijblijvends aan een ketensamenwerking (Enquête Ketensamenwerking in de dementiezorg, 2019).

Casus	Resultaten
Gouda	In de regio Gouda is er geen sprake van een geformaliseerde ketensamenwerking, maar de partners hebben wel een samenwerkingsovereenkomst gesloten, wat zorgt voor toewijding.
Den Bosch	In Den Bosch is een convenant afgesproken, wat ook voor commitment zorgt. De grootste toewijding komt omdat de keten een verantwoording heeft af te leggen aan de zorgverzekeraar, die de keten financiert.

Breda	In Breda is ook een convenant afgesproken. Daarnaast betalen de leden zelf een bijdrage aan de ketensamenwerking. Dit zorgt voor toewijding omdat de organisaties graag resultaten zien voor de uitgaven die zij doen.
Den Haag	In Den Haag is er sprake van verschillende soorten toewijding. De partners hebben een verplichting vanuit de zorgverzekeraar, er is een samenwerkingsovereenkomst en er wordt een eigen bijdrage betaald.
Leiden	In Leiden zit de toewijding voornamelijk in het informeren en betrekken van de organisaties en zorgprofessionals. De leden betalen in deze regio ook een lidmaatschap.

Tabel 11. Ketensamenwerking per case

5.1.2 PATIËNTGERICHTE ZORG

De regio Gouda zegt dat de ketensamenwerking draait om tevreden patiënten. Volgens mevrouw Donkers moet je hen betrekken bij het netwerk en het proces wat erbij hoort. Voor de regio Gouda is het van groot belang om goede lijnen te onderhouden met patiënten en cliëntenorganisaties. Zo hebben zij Alzheimer Nederland in het netwerk, zij dragen het belang van de patiënt uit. Ook worden er Alzheimer cafés georganiseerd en is er een sociale kaart van dementie ontworpen. Hierop staan alle activiteiten waar patiënten en mantelzorgers aan kunnen deelnemen. Ook organiseert het netwerk informatiebijeenkomsten voor mensen met dementie en hun naasten. Volgens mevrouw Donkers is de enige rode draad door de keten het pad van de cliënt (Donkers, 2019). Dat pad leer je kennen door met de cliënten in gesprek te gaan en ze te volgen tijdens hun zorgpad. In Gouda is er een project dat de Living Library wordt genoemd, daar kun je mensen ‘uitlenen’ voor bijvoorbeeld een vergadering of voor het ontwerpen van een gids. Het doel van de Living Library is om experts op het gebied van dementie(zorg) te betrekken. Volgens mevrouw Donkers is het uitgangspunt om altijd de cliënt of de patiënt te betrekken. Dat de cliënt op nummer één staat in de regio Gouda blijkt ook uit de respondenten op de vragenlijsten. Maar liefst 95,5% van de respondenten uit de regio Gouda geeft aan dat zij het er (geheel) mee eens zijn dat het welzijn van de patiënt altijd op nummer één moet staan. Eén opmerking van een respondent is wel dat je hiervoor een gezonde financiële positie voor nodig hebt, omdat dit anders niet haalbaar is. Ook wordt het belang van het welzijn van de familie van de patiënt genoemd, in de vorm van de mantelzorger in de eerste perioden van het ziekteverloop (Enquête Ketensamenwerking in de dementiezorg, 2019).

Ook in de regio Den Bosch streven ze altijd naar patiëntgerichte zorg. Volgens mevrouw Snier kan het bij mensen met dementie alleen maar maatwerk zijn. Ieder zorgpad verloopt anders en bij iedere patiënt moet er gekeken worden naar wat de behoefte is. De casemanager kan een algemene voorlichting geven over wat de patiënt kan verwachten, maar moet altijd inzoomen op de maatwerkvragen en de behoeftes van de persoon met dementie. Het streven naar maatwerk zorgt dat er aandacht is voor de individu. Volgens mevrouw Snier wordt er in haar regio heel erg gekeken naar wat de behoefte is van de patiënt en wanneer die patiënt behoefte heeft aan meer of wat vaker ondersteuning, moet dat geregeld kunnen worden met de casemanagers. Als casemanager kun je veel aan wanneer je een mix hebt van de fases waarin patiënten zich bevinden. “Maatgerichte zorg is waar we allemaal naartoe streven. Dus ja, patiëntgerichte zorg: altijd. Het gaat juist om die ene individu” (Snier, 2019). Daarnaast houden ze in de regio graag de regie bij de cliënt, die een onafhankelijke keus mag maken over welke casemanager hij het liefst in huis heeft. Dat wordt niet besloten vanuit de top, wat ook weer een extra zorg is richting de patiënt. Ook de respondenten uit de regio Den Bosch zijn het er mee eens dat het welzijn van de patiënt in een ketensamenwerking binnen dementiezorg voorop moet staan. 95,7% van de respondenten is het hier mee eens. Ook de respondenten in deze regio benoemen dat het – naast het welzijn van de patiënt – ook draait om het welzijn van de naaste familie en de mantelzorger van de patiënt met dementie (Enquête Ketensamenwerking in de dementiezorg, 2019).

Volgens de ketencoördinator in de regio Breda moeten de patiënt én de mantelzorgers centraal staan. Het doel van de samenwerking in Breda is om ervoor te zorgen dat mensen met dementie langer thuis kunnen wonen. Er is in Breda de meeste aandacht voor extramurale patiëntgerichte zorg, omdat mensen de grootste periode van hun ziekte nog gewoon thuis kunnen wonen. Ook willen ze in Breda de klantreis in kaart brengen: van begin tot eind het zorgpad duidelijk en vooral ook met welke instanties de patiënt tijdens het ziektepad te maken krijgt. De klant mag nergens last van hebben. In Breda is er wel sprake van een klein dilemma: “doen we echt wat goed is voor de klant of houden we ons aan de financieringsvoorschriften?” (Voeten, 2019). De geïnterviewden in Breda gaven aan dat zij het lastig vinden dat op het moment dat een patiënt in een zorginstelling gaat wonen, het contact met casemanager dan verbroken moet worden, terwijl zij al jaren over de vloer komt. Het gaat hier om vervelende financieringsschotten, waar bijna alle ketens last van hebben. “Geld is een vervelend machtsmiddel” (Voeten, 2019). Door de financieringsschotten kant de patiëntgerichte zorg nog niet optimaal gerealiseerd worden. De respondenten uit de regio Breda zijn het er 100% mee eens dat het welzijn van de patiënt altijd voorop moet staan. Eén van hen zegt zelfs: “logisch, dat is het uitgangspunt” (Enquête Ketensamenwerking in de dementiezorg, 2019).

In de regio Den Haag organiseert de stichting Transmurale Zorg focusgroepen voor mensen met dementie en hun mantelzorgers. Ook zijn zij organisatie-breed een panel aan het opzetten waar projecten aan getoetst kunnen worden en “in die zien neem je ook de patiënten mee” (Wiltens, 2019). Mensen met dementie kunnen tot op zekere hoogte heel goed aangeven wat zij nodig hebben en willen. Pas met behoorlijke aversie wordt het lastig, maar tot ver gevorderd kun je nog veel informatie verkrijgen. Daarnaast is Alzheimer Nederland een vaste ketenpartner in de regio Den Haag. Zij vertegenwoordigen het cliëntbelang. De stichting organiseert zelf geen alzheimercafés maar zorgt wel voor de verspreiding van de uitnodigingen. De geïnterviewden kunnen niet aangeven of deze cafés goed bezocht worden omdat ze er zelf nog nooit heen zijn gegaan. De zorgprofessionals die in de regio Haaglanden hebben gereageerd op de vragenlijst zijn het ook 100% eens dat het welzijn van de patiënt met dementie altijd voorop moet staan in de ketensamenwerking.

In Leiden is Transmuralis bezig met het opzetten van een klantreis. Een klantreis is een middel om de klantbeleving in kaart te brengen en ook te kijken met welke instanties de klant tijdens zijn reis te maken heeft. Het in kaart brengen van de klantreis is één van de huidige doelstellingen van Transmuralis. Het doel van de klantreis is om knelpunten uit het proces te halen en om de wachttijd te verkorten. Daarnaast is Alzheimer Nederland vertegenwoordigd in hun klankbordgroep, zij zitten bij elke vergadering van het netwerk om zo het cliëntbelang te vertegenwoordigen. Ook maakt de regio Leiden gebruik van de mantelzorg monitor, die is uitgevoerd door Nivel en Alzheimer Nederland (Dementie Monitor, 2018). Daarin staan aandachtspunten die mantelzorgers hebben aangegeven en die worden in de regio gebruikt voor verbeteracties. Transmuralis is gericht op professionals die binnen zorgorganisaties werken, van hen wordt verwacht dat zij cliëntgericht werken en het perspectief van de patiënt en de mantelzorgers voorop zetten. Transmuralis draagt daaraan bij door deskundigheidsbevordering. “Wij zetten echt in op de professional en kijken wat zij nodig hebben om weer aan te sluiten bij de klant” (Veldhuizen, 2019). Het draait bij dementie om persoonsgerichte zorg, dat kan niet anders. De respondenten in de regio Leiden hebben ook 100% beantwoord het (geheel) eens te zijn met de stelling dat de patiënt op nummer één moet staan. De respondenten hebben hier als toelichting onder andere gegeven dat dit het uitgangspunt van de ketensamenwerking is en dat cliënt altijd centraal moet staan (Enquête Ketensamenwerking in de dementiezorg, 2019).

Casus	Resultaten
Gouda	Patiëntgerichte zorg is het uitgangspunt. Alzheimer Nederland is onderdeel in de keten van de regio Gouda, zij dragen het cliëntperspectief uit. Het zorgpad van de cliënt is de enige rode draad door de keten volgens de coördinator. Er is wel een gezonde financiële positie voor nodig, anders is het niet haalbaar.
Den Bosch	Dementiezorg kan alleen maar maatwerk zijn volgens de coördinator. De behoeften van de individu moeten voorop staan.

Breda	Patiënt én mantelzorger moeten centraal staan. Ze willen in Breda ook de klantreis in kaart brengen. Hier wordt ook de moeite met financiering benoemd, er is sprake van veel financieringsschotten in de dementiezorg. De respondenten noemen het welzijn van de patiënt het uitgangspunt van de ketensamenwerking.
Den Haag	Alzheimer Nederland vertegenwoordigt in deze regio het cliëntenbelang. De coördinatoren lijken in deze regio minder betrokken met het cliëntenperspectief: ze zijn nog nooit bij een alzheimercafé geweest en kunnen niet aangeven of deze goed bezocht worden. De zorgprofessionals in de regio geven voor 100% aan dat het welzijn van de patiënt altijd op nummer één moet staan.
Leiden	De stichting is bezig met het opzetten van een klantreis, om in kaart te brengen wat een patiënt met dementie doormaakt in hun (gemiddeld) achtjarige zieketraject. Daarnaast is Alzheimer Nederland vertegenwoordigd in de klankbordgroep om het cliëntbelang uit te dragen.

Tabel 12. Patiëntgerichte zorg per case

5.1.3 KENNISDELING

De ketencoördinator in de regio Gouda geeft aan dat kennisdeling altijd via overdrachten en overleg tussen zorgprofessionals gaat. De stichting heeft daarin meer een coördinerende rol. Bij dementie is er voornamelijk behoefte aan overleg tussen casemanagers en andere multidisciplinaire overleggen. De stichting faciliteert deze overleggen. Er is regelmatig teamoverleg en er wordt gebruikt gemaakt van een transmuraal dossier. Mevrouw Donkers geeft aan dat het uitwisselen van informatie tussen aparte organisaties een gevoelig onderwerp blijft (Donkers, 2019). Ze geeft aan dat het informeel tijd met elkaar doorbrengen de kennisdeling bevordert, omdat de zorgprofessionals elkaar daardoor beter leren kennen en het vertrouwen groeit. Volgens mevrouw Donkers is er veel vertrouwen nodig voor kennisdeling, je moet elkaar in de ogen kunnen kijken. “Kennis delen is eigenlijk informatie delen over je patiënt, maar je moet ook informatie over jezelf delen” (Donkers, 2019). Twintig respondenten uit de regio Gouda hebben aangegeven dat een ketensamenwerking zonder kennisdeling niet succesvol kan zijn. Eén van de respondenten benoemt wel dat het delen van informatie soms lastig is met de nieuwe wet, omdat zij zich moeten houden aan strikte regelgeving omtrent persoonsgegevens. Een andere respondent geeft aan dat er bij kennisdeling wel goed moet worden gekeken naar wie de informatie écht nodig heeft. Een welzijnsorganisatie heeft volgens deze respondent bijvoorbeeld minder complexe medische gegevens nodig dan een casemanager of een huisarts (Enquête Ketensamenwerking in de dementiezorg, 2019).

Ook in Den Bosch gaat de kennisdeling via regelmatig overleg tussen de zorgprofessionals. De casemanagers hebben daar teamoverleg en een gezamenlijke scholing. Die scholing probeert het netwerk over domeinen heen te doen, dus niet alleen de VVT-instellingen maar ook met de POH, de huisarts en de wijkverpleging. Alles gaat in de regio Den Bosch via fysieke overleggen, de zorgprofessionals zien elkaar vaak face-to-face. De casemanagers hebben er onderling goed contact met elkaar, die horen ook gelijk van elkaar waar het schort. Ook het vertrouwen is er hoog volgens mevrouw Snier (Snier, 2019). 87% van de respondenten uit de regio Den Bosch is van mening dat een ketensamenwerking niet succesvol kan zijn zonder kennisdeling.

De ketencoördinator in Breda benoemt ook dat de kennisdeling tussen zorgprofessionals via multidisciplinaire overleggen gaat. Deze overleggen worden gefaciliteerd door het netwerk. Daarnaast is er een aantal keer per jaar een ketenoverleg en een casemanageroverleg. Mevrouw Vonk noemt dat het netwerk nog heel erg zoekende is over hoe ze rondom een klant moeten communiceren. “De communicatie binnen het netwerk is ingewikkeld en de communicatie rondom de klant ook, omdat bepaalde zorgprofessionals geen toegang hebben tot de systemen waarin we werken. We zijn daar wel stappen in aan het zetten, steeds meer professionals krijgen toegang tot het dossier en kunnen er dan ook iets inzetten” (Vonk, Dementienetwerk Breda e.o., 2019). Meneer Voeten benoemt dat het door de AVG bijna niet te doen is om een gezamenlijk dossier rondom een klant te hebben (Voeten, 2019). Van de respondenten uit de regio Breda geeft bijna 90%

aan dat een ketensamenwerking niet succesvol kan zijn zonder dat er onderling kennis wordt gedeeld met elkaar. Eén van de respondenten geeft hier als toelichting dat het inzicht zorgt voor wederzijds begrip (Enquête Ketensamenwerking in de dementiezorg, 2019).

In de regio Den Haag is de kennisdeling tussen organisaties nog lastiger, omdat de organisaties zich daardoor kwetsbaar voelen. Er was vroeger een centraal aanmeldpunt voor dementie, maar er is door het bestuur van het netwerk bepaald om daarmee te stoppen. Mevrouw Wiltens zegt dat kennisdeling tegelijkertijd heel erg kan bijdragen aan de dementiezorg (Wiltens, 2019). Er zijn geluiden vanuit de zorgprofessionals dat zij het aanmeldpunt missen. De kennisdeling gaat verder via netwerkbijeenkomsten voor casemanagers, waar veel informatie met elkaar wordt gedeeld. Volgens mevrouw Los staat het eigenbelang van de organisaties nog teveel voorop, dat maakt het proces van kennisdeling in de regio Den Haag erg ingewikkeld (Los, 2019). De stichting zelf houdt zich niet bezig met het delen van informatie over patiënten, zij proberen alleen het proces voor de zorgprofessionals te faciliteren. De zorgprofessionals uit de regio Den Haag die op de vragenlijst hebben gereageerd zijn het voor 100% eens met de stelling dat er zonder kennisdeling geen succesvolle ketensamenwerking gerealiseerd kan worden.

In de regio Leiden wordt er gebruik gemaakt van een casuïstiek overleg tussen de casemanagers. Zoals al genoemd bij het punt van ketencommitment is de regio Leiden opgedeeld in drie kleinere regio's, zodat de casemanagers in kleinere overleggen bij elkaar zitten. Hier is kennisdeling volgens mevrouw Veldhuizen dan ook eenvoudiger, omdat de professionals elkaar en de patiënten beter kennen (Veldhuizen, 2019). De zorgprofessionals kijken samen naar ervaringen en naar welke kennis ze met elkaar kunnen delen. De door de stichting georganiseerde netwerkbijeenkomsten dragen hier ook aan bij. Transmuralis zet de deskundigheid van de zorgprofessional in om kennis met elkaar uit te wisselen. De kennisdeling over patiënten gaat ook in de regio Leiden niet via de stichting, het draait alleen om de procesfacilitering. Ook in de regio Leiden zijn de zorgprofessionals het voor 100% eens met de stelling dat een succesvolle ketensamenwerking kennisdeling nodig heeft. Een toelichting die één van de respondenten hierop heeft gegeven is: "Kennis draagt bij aan de kwaliteit. Er dient goed gecommuniceerd en gedeeld te worden!" (Enquête Ketensamenwerking in de dementiezorg, 2019).

Casus	Resultaten
Gouda	Volgens de coördinator gaat de kennisdeling altijd via overdrachten en overleg tussen zorgprofessionals. De stichting heeft hier voornamelijk een faciliterende rol in.
Den Bosch	De kennisdeling gaat ook hier via overleg tussen zorgprofessionals. In deze regio is er voornamelijk sprake van fysieke overleggen. Bijna 90% van de respondenten noemt kennisdeling een noodzaak voor het succes van de ketensamenwerking.
Breda	Kennisdeling gaat in deze regio via multidisciplinaire overleggen, die gefaciliteerd worden door het netwerk. De communicatie in het netwerk is iets waar ze nog steeds zoekende naar zijn.
Den Haag	Kennisdeling is in deze regio heel lastig, omdat de organisaties zich kwetsbaar voelen en het eigenbelang staat vaak nog voorop. De stichting houdt zich alleen bezig met het faciliteren van het proces voor de zorgprofessionals. De professionals missen een centraal aanmeldpunt en geven voor 100% aan dat kennisdeling bijdraagt aan het succes van de ketensamenwerking.
Leiden	De stichting faciliteert het proces om de zorgprofessionals bij elkaar te brengen, zodat zij op gezamenlijke overleggen kennis met elkaar kunnen delen. De respondenten uit de regio Leiden geven ook voor 100% aan dat kennisdeling een noodzaak is voor het succes van de ketensamenwerking. Kennis zou bijdragen aan de kwaliteit.

Tabel 13. Kennisdeling per case

5.1.4 OPEN COMMUNICATIE

In de regio Gouda is er geen transmuraal platform voor dementie, dat is allemaal per organisatie geregeld. De casemanager is hier de verbindende factor die de boel aan elkaar draait (Donkers, 2019). Mevrouw Donkers heeft zelf geen inzicht op hoe vaak er overleg plaatsvindt tussen de casemanagers, maar ze gaat ervan uit dat er regelmatig overleg is. De stichting houdt zich meer bezig met de coördinatie van andere zaken. De respondenten uit de regio Gouda zijn het voor bijna 95% eens met de uitspraak dat open communicatie de kennis- en informatiedeling bevordert en daarmee ook het succes van de ketensamenwerking. Een respondent geeft hier als toelichting: “Als iedereen zijn eigen agenda en stokpaardjes houdt komen we niet verder” (Enquête Ketensamenwerking in de dementiezorg, 2019).

Mevrouw Snier van de regio Den Bosch geeft aan dat de onderlinge communicatie tussen organisaties één van de lastigste dingen van de zorgketen is. De organisaties hebben allemaal verschillende systemen, die moeilijk te integreren zijn. Het communiceren gaat – zoals ook benoemd bij het variabel kennisdeling – via face-to-face overleggen. In de regio Den Bosch geeft 91% van de respondenten aan dat een open communicatie bevorderlijk is voor het succes van de ketensamenwerking. Een respondent geeft aan dat je je belangen ook openlijk moet communiceren met elkaar, zodat je van elkaar weet waar je aan toe bent (Enquête Ketensamenwerking in de dementiezorg, 2019).

In Breda is er behoefte aan een beter, digitaal platform. De communicatie tussen de ketenpartners gaat nu veelal via de mail of tijdens het ketenoverleg. Mevrouw Vonk vertelt dat er ooit een intranet was in de keten, maar dat dat beperkt werd gebruikt omdat mensen weer vergaten hoe dat moest (Vonk, Dementienetwerk Breda e.o., 2019). Zoals ook benoemd bij het variabel kennisdeling is de regio Breda nog zoekende naar de juiste manier van communiceren. In de regio Breda is 100% van de respondenten het er (geheel) mee eens dat een open communicatie bevorderlijk is voor het succes van de ketensamenwerking. Dit zorgt volgens een respondent voor duidelijkheid en dwingt het mensen om te doen wat ze zeggen (Enquête Ketensamenwerking in de dementiezorg, 2019).

In de regio Den Haag wordt er gecommuniceerd via de website en de nieuwsbrief, maar dit is een nogal eenzijdige manier van communiceren. Het is dan vooral de stichting die informatie deelt met de ketenpartners. Daarnaast heeft de stichting de organisatiestructuur, er verloopt veel communicatie vanuit en via het bestuur. Mevrouw Los en mevrouw Wiltens gaven bij het vorige variabel al aan dat zij zich als stichting niet bezig houden met de communicatie rondom de patiënt, dat gaat allemaal via de zorgprofessionals. Wel geven zij aan dat de diagnostische overdracht tussen zorgprofessionals beter kan (Los, 2019) (Wiltens, 2019). Er mist vaak nog belangrijke informatie omdat zij geen gebruik maken van een uniform formulier. De communicatie van de keten gaat verder via de mail of tijdens overleg. Wel zegt 100% van de respondenten uit de regio Den Haag dat zij een open communicatie als bevorderlijk zien voor het succes van hun ketensamenwerking.

De regio Leiden heeft een speciale applicatie waarop de zorgprofessionals met elkaar kunnen communiceren, de zorgapp (Zorgapp ZHN, 2019). De app is ontwikkeld zodat zorgprofessionals elkaar kunnen vinden en werkafspraken kunnen maken. Mevrouw Veldhuizen geeft aan dat de professionals hier erg enthousiast over zijn en dat zij aangeven dat het hen veel tijd scheelt (Veldhuizen, 2019). In de regio Leiden geeft ook 100% van de respondenten aan dat een open communicatie het succes van de ketensamenwerking ten goede komt. Een respondent geeft als toelichting dat kennis en kwaliteit verloren gaat zonder goede communicatie en daarmee ook eenduidig werken (Enquête Ketensamenwerking in de dementiezorg, 2019).

Casus	Resultaten
Gouda	De coördinator gaat ervan uit dat er regelmatig overleg is tussen casemanagers om relevante informatie met elkaar uit te wisselen. De stichting houdt zich meer bezig met de coördinatie van andere zaken en is dus niet goed op de hoogte van deze factor.

Den Bosch	Onderlinge communicatie tussen zorgorganisaties is erg lastig. Ze gebruiken allemaal verschillende systemen die moeilijk te integreren zijn. Meer dan 90% van de respondenten ziet open communicatie als een noodzaak voor een succesvolle ketensamenwerking.
Breda	Er is behoefte aan een beter middel voor communicatie. De keten is nog heel erg zoekende naar de juiste manier van communiceren. Een open communicatie draagt volgens de respondenten bij aan duidelijkheid en het gevoel van verantwoordelijkheid.
Den Haag	De communicatie vanuit de stichting is voornamelijk informeren. De communicatie rondom de patiënt verloopt via de zorgprofessionals. Deze diagnostische overdracht kan een stuk beter, omdat er vaak belangrijke informatie mist door het gebrek van uniformiteit.
Leiden	Onderling communiceren gaat in de regio Leiden een stuk beter omdat zij gebruik maken van een door hen ontwikkelde zorgapp. Deze zorgapp zorgt dat zorgprofessionals elkaar gemakkelijk kunnen vinden en werkafspraken kunnen maken. Volgens de respondenten gaat kennis en kwaliteit verloren als er niet goed gecommuniceerd wordt.

Tabel 14. Open communicatie per case

5.1.5 LEIDERSCHAP

Mevrouw Donkers van de regio Gouda zegt dat er sprake is van goede coördinatie. Zij is veel tijd kwijt aan de financiering van het netwerk omdat het niet formeel geregeld is. Door het ontbreken van de formalisering noemt zij leiderschap nummer één van het succes van de keten. Maar het gaat om inspirerende leiders, de zachte kant van leiderschap is nodig (Donkers, 2019). “Leiderschap, de boel bij elkaar houden in de regio, steeds inspireren, steeds voelen. Ja leiderschap is nodig” (Donkers, 2019). De coördinator is de leider, maar zonder macht. Mevrouw Donkers heeft alleen invloed en gezag. Het netwerk moet zichzelf bewijzen en dat is mensenwerk. De coördinator moet de samenwerking in de keten stimuleren en inspireren. 73% van de respondenten in de regio Gouda acht duidelijk leiderschap in de ketensamenwerking noodzakelijk, maar wel met de kanttekeningen dat het leiderschap niet top-down mag zijn en dat het vooral in de vorm van overzicht moet zijn. Ook wordt de leider meer ‘de spil in het netwerk’ genoemd. De respondenten noemen verder dat vooral belangrijk is dat er goede afspraken worden gemaakt binnen het netwerk en dat iemand in de gaten houdt of deze afspraken ook worden nageleefd (Enquête Ketensamenwerking in de dementiezorg, 2019).

Ook in Den Bosch is er geen formele ketensamenwerking. De organisaties werken daar naast elkaar. Mevrouw Snier vertelt dat er een soort technisch leiderschap nodig is. “Iemand die organiseert en coördineert zal ik maar zeggen. Iemand die de lange termijn in de gaten houdt, ervoor zorgt dat we met alle partijen een moment samenkomen om te vergaderen, een aantal onderwerpen op de agenda hebben staan” (Snier, 2019). Mevrouw Snier zegt dat er in een netwerk zoals dat in Den Bosch niet echt leiderschap is, maar een meer coördinerende rol om alle organisatieleiders bij elkaar te houden. “In ons netwerk hebben we een soort belegd leiderschap en dat is ook echt meer die coördinatiefunctie” (Snier, 2019). Bijna 75% van de respondenten uit de regio Den Bosch zegt dat zichtbaar leiderschap noodzakelijk is voor een succesvolle ketensamenwerking. Eén van de respondenten benoemt wel dat het wel op de juiste manier ingevuld moet worden, zonder belangenverstrengeling. Een andere respondent vindt het vooral belangrijk dat er persoonlijk leiderschap voor alle deelnemers is (Enquête Ketensamenwerking in de dementiezorg, 2019).

Mevrouw Vonk van de regio Breda is de netwerkcoördinator en zij benoemt dat zij formeel geen enkele macht heeft (Vonk, Dementienetwerk Breda e.o., 2019). Zij heeft geen lijnverantwoordelijkheid, maar ze kan wel invloed uitoefenen. Het vertrouwen dat zij van de ketenpartners heeft gekregen noemt zij een soort van macht, maar absolute macht is er in die zin niet in de regio Breda. Meneer Voeten noemt haar rol meer diplomatiek (Voeten, 2019), maar mevrouw Vonk zegt dat “als je alleen maar diplomatiek bent, dan vind je

niets. Ik vind iets en daar probeer ik medestanders voor te krijgen en vervolgens gaan we dat doen” (Vonk, Dementienetwerk Breda e.o., 2019). Het hebben van een onafhankelijke rol is belangrijk voor een goede coördinatie van de keten. “Ik zeg altijd ik ben van niemand want ik ben van iedereen” (Vonk, Dementienetwerk Breda e.o., 2019). 70% van de respondenten uit de regio Breda geeft aan dat zichtbaar leiderschap noodzakelijk is voor een succesvolle ketensamenwerking. De respondenten geven daarbij wel aan dat het niet om traditioneel leiderschap gaat, maar er vooral behoefte is aan coördinatie en iemand die de regie in handen heeft.

De stichting Transmurale Zorg in Den Haag zorgt voor de coördinatie van de keten. Hun invloed is gelimiteerd en daarom zoeken zij naar alternatieve methoden (Los, 2019). De stichting ziet zich meer als de spil van het netwerk, niet perse de leider. Zij sturen op samenwerking binnen het netwerk en het delen van informatie tussen de partners. “We gaan heel erg uit van de autonomie van de organisatie zelf. We hebben eigenlijk vier rollen: coördineren, faciliteren, signaleren (van knelpunten) en informeren. En daarbinnen zit onze verantwoordelijkheid” (Los, 2019). De stichting bepaalt bijvoorbeeld niet zelf wat er in het meerjarenplan staat, maar zij zijn wel leidend in dat proces en dat het plan op een gegeven moment wordt goedgekeurd. De stichting heeft zo meer een soort dienend leiderschap. “We zijn een soort procesbegeleiders” (Wiltens, 2019). Ook in deze regio wordt het belang van een onafhankelijke tussenpersoon als zeer belangrijk benoemd, iemand die net even met een andere bril naar het proces kan kijken. 63% van de respondenten in de regio Haaglanden vindt zichtbaar leiderschap noodzakelijk voor het succes van de ketensamenwerking, 37% is hier neutraal over.

In Leiden heeft stichting Transmuralis de coördinatie, de regie over de keten. Mevrouw Veldhuizen noemt het een verbindende schakel tussen de organisaties (Veldhuizen, 2019). Zij zitten meer op een overstijgend niveau. Het faciliteren van het proces en de regie is de belangrijkste rol van de stichting. Daarnaast bieden zij ondersteuning aan het netwerk: “de rol van Transmuralis hier is de ondersteuning vanuit het netwerk aan de gemeente geven, op het gebied van dementievriendelijkheid. Dat kan gaan over deskundigheidsbevordering of over de ondersteuning van mantelzorgers of hoe je de omgeving dementievriendelijk maakt” (Veldhuizen, 2019). 88% van de respondenten in de regio Leiden acht zichtbaar leiderschap als een noodzaak voor het succes van de ketensamenwerking. Een respondent zegt dat hierdoor een duidelijke taak- en rolverdeling wordt geschept en dat je hierdoor een aanspreekpunt hebt in de keten (Enquête Ketensamenwerking in de dementiezorg, 2019).

Casus	Resultaten
Gouda	Er is in deze keten veel leiderschap nodig, door het gebrek aan formalisering. Het gaat niet om traditioneel leiderschap, maar om inspirerend leiderschap. De respondenten geven aan dat het geen top-down leiderschap mag zijn.
Den Bosch	Hier is technisch leiderschap nodig, iemand die organiseert en coördineert. De respondenten vinden het belangrijk dat er een leider is die zonder belangenverstremgeling tussen de organisaties kan staan.
Breda	De coördinator heeft geen macht en lijnverantwoordelijkheid, alleen het vertrouwen wat ze van de partners heeft gekregen. Het hebben van een onafhankelijke rol is essentieel voor het voortbestaan van de keten. De respondenten willen geen traditioneel leiderschap.
Den Haag	De invloed van de stichting is gelimiteerd, het gaat echt om de coördinatie van de keten. Ze zijn meer de spil van het netwerk. Hier gaat het om dienend leiderschap, onafhankelijke procesbegeleiders.
Leiden	De stichting is de verbindende schakel tussen de organisaties, met de coördinatie over de keten. Een faciliterende rol voor het proces en het bieden van ondersteuning. De respondenten zien daarnaast graag een duidelijk aanspreekpunt in de keten.

Tabel 15. Leiderschap per case

5.1.6 TOEGANG TOT DE KETEN

Het Transmuraal Netwerk in Gouda werkt samen met Alzheimer cafés en zij hebben een goed bereik via de verpleegkundigen geriatrie. Via de diagnose in het ziekenhuis bereiken zij iedereen die in aanraking zou moeten komen met het netwerk. Mevrouw Donkers geeft aan dat niet iedereen daar meteen voor openstaat en dan is het volgens haar wel een probleem: “hoe bereik je ze op latere momenten” (Donkers, 2019). De stichting organiseert zelf ook dagen voor vrijwilligers of voor mensen met dementie. “Zo doen we dat. Ja, we hebben een hele lijst” (Donkers, 2019). Toch geeft slechts 30% van de respondenten uit de regio Gouda aan dat zij denken dat hun patiënten de keten weten te vinden. Ze geven daarbij aan dat er vaak hulp van een professional bij komt kijken en dat er zeker wat te winnen valt op dit gebied. Eén respondent zegt dat die zichtbaarheid wel het doel moet zijn en dat patiënt en familie vaak niet goed op de hoogte zijn van wie wat voor ze kan betekenen en bij wie ze daarvoor moeten zijn (Enquête Ketensamenwerking in de dementiezorg, 2019).

In Den Bosch is de toegang tot de keten gewaarborgd door het feit dat iedereen met dementie recht heeft op een casemanager. De cliënt krijgt toegang op het moment van diagnose. Volgens mevrouw Snier zijn er nog steeds mensen die niet van de keten afweten, maar daar zitten volgens haar verschillende redenen achter (Snier, 2019). “In principe heeft een cliënt toegang tot welke vorm van ketenzorg dan ook. We hebben voor mensen met dementie een behoorlijk systeem ingericht wat ik anderen ook had gegund” (Snier, 2019). De helft van de respondenten in de regio Den Bosch geeft aan dat hun patiënten de keten weten te vinden. Tegelijk is er in de toelichtingen te lezen dat ze die zichtbaarheid en toegankelijkheid niet perse als noodzakelijk zien. Ze vinden het belangrijker dat de naasten van de patiënt op de hoogte zijn van eventuele hulp die aangeboden kan worden (Enquête Ketensamenwerking in de dementiezorg, 2019).

De regio Breda heeft weinig te zeggen over het variabel toegang tot de keten: de ketencoördinator geeft aan dat al het contact met de cliënten gaat via de zorginstellingen waarin zij verblijven (Vonk, Dementienetwerk Breda e.o., 2019). Het netwerk speelt daarin geen rol. Bij de zorgprofessionals is meer dan de helft het ermee eens dat hun patiënten de keten kunnen vinden. Eén respondent geeft aan dat patiënten misschien niet altijd op de hoogte zijn van het bestaan van de keten, maar dat zij wel altijd weten waar hun aanspreekpunt is en bij wie ze met vragen kunnen komen (Enquête Ketensamenwerking in de dementiezorg, 2019).

Ook in de regio Den Haag gaat de toegang tot de keten via verschillende zorgverleners, daar hebben zij contact mee. Toegang tot de keten gaat volgens mevrouw Los via de huisarts, omdat de patiënt daar de diagnose dementie krijgt, of via de wijkverpleging als zij merken dat er iets niet goed gaat (Los, 2019). Daarnaast heeft de stichting een website en een folder, waar relevante informatie over de keten en hun taken en verantwoordelijkheden te vinden is. De stichting biedt alleen een overzicht van de zorg in de regio, zij hebben geen direct contact met de cliënten om bijvoorbeeld een casemanager voor ze te zoeken (Wiltens, 2019). In de regio Den Haag denkt slechts 13% dat hun patiënten de keten niet weten te vinden.

Stichting Transmuralis in Leiden heeft een informatieboekje geschreven dat zij onder alle ketenpartners verspreiden, zodat zij het weer onder hun cliënten en in de regio kunnen verspreiden (Veldhuizen, 2019). Daarnaast organiseert de stichting alzheimercafés in de regio. Mevrouw Veldhuizen vertelt dat zij sinds kort aan een project zijn begonnen dat de ‘warme overdracht’ heet. Het doel van dit project is het goed informeren van kwetsbare ouderen die uit het ziekenhuis ontslagen worden. Die informatie wordt zowel schriftelijk als verbaal overgedragen, zodat de cliënten weten waar zij moeten aankloppen wanneer zij hulp of zorg nodig hebben (Veldhuizen, 2019). 62% van de respondenten uit de regio Leiden denkt dat hun patiënten de keten kunnen vinden. Een aantal respondenten is wel van mening dat de weg in de keten complex is voor patiënten – soms zelfs voor andere zorgprofessionals – en dat zij daar dus hulp bij nodig hebben (Enquête Ketensamenwerking in de dementiezorg, 2019).

Casus	Resultaten
Gouda	De coördinator noemt een hele lijst om de zichtbaarheid van de keten te vergroten voor de patiënten. Toch noemt slechts 30% van de respondenten dat hun patiënten de keten goed weten te vinden. Zichtbaarheid van de keten is in de regio Gouda niet optimaal.
Den Bosch	De patiënt komt in aanraking met de keten op het moment van diagnose. De respondenten geven aan dat zij die zichtbaarheid niet altijd als noodzakelijk achten, zolang de patiënt maar kwalitatieve zorg ontvangt.
Breda	De coördinator speelt geen rol in de zichtbaarheid van de keten, dat gaat via de zorgprofessionals. De toegang tot de keten lijkt geen essentiële rol te spelen in de samenwerking.
Den Haag	Toegang tot de keten gaat via de zorgverleners, daar speelt de stichting zelf geen actieve rol in. De zorgprofessionals zijn tevreden over de zichtbaarheid van de keten: 85% denkt dat de patiënten de keten goed weten te vinden.
Leiden	De stichting in regio Leiden door veel aan informatievoorziening voor (eventuele) cliënten. De respondenten denken dat de keten goed is te vinden voor patiënten.

Tabel 16. Toegang tot de keten per case

5.1.7 VERTROUWEN

Mevrouw Donkers uit de regio Gouda noemt vertrouwen een proces waar je voortdurend aan moet werken. Zij zegt dat je het pas merkt als er een tekort aan vertrouwen is. Zij benoemt dat een samenwerking mensenwerk is en dat je elkaar daarvoor moet kennen. “Onbekend maakt onbemind” (Donkers, 2019). Het draait bij vertrouwen ook om wederzijds respect. Volgens mevrouw Donkers moet je mensen samenbrengen en er als netwerk voor zorgen dat de zorgprofessionals elkaar spreken zodat ze ook weet krijgen van elkaars werk. “Het is voortdurend voelen, je moet voortdurend water geven. Het is als een tuin, hij is ook nooit klaar. Hij kan heel mooi worden, soms zijn er ook wel een beetje dipjes, maar het is voortdurend voelen en dat wil een organisatie of een regio ook willen” (Donkers, 2019). 95,5% van de respondenten in de regio Gouda geeft aan dat zij de andere zorgprofessionals in hun regio vertrouwen, maar slechts 45% is van mening dat hier vanuit het netwerk voldoende aandacht aan wordt besteedt. Zo zegt een respondent dat een algemene zorgkaart van zorgprofessionals zou helpen met dit vertrouwen, omdat ze zo beter overzicht hebben van wie wat doet. (Enquête Ketensamenwerking in de dementiezorg, 2019).

In de regio Den Bosch is er sprake van vertrouwen omdat de zorgprofessionals elkaar over het algemeen al kennen. Zij werken in een klein, afgebakend gebied. Vertrouwen komt volgens mevrouw Snier ook door een gezamenlijk overleg rondom cliënten waar kennis en kunde worden ingebracht (Snier, 2019). Daarnaast is er natuurlijk sprake van de beroepsethiek: zorgprofessionals gaan ervan uit dat er zorgvuldig wordt omgegaan met de gedeelde informatie over patiënten. Daarom is het belangrijk dat iedereen kundig is. Als er nieuwe zorgprofessionals in het netwerk komen is het belangrijk om elkaar te leren kennen, zodat het vertrouwen ook daar kan groeien (Snier, 2019). 91% van de respondenten in de regio Den Bosch vertrouwt de andere zorgprofessionals waarmee zij samenwerken in de keten. 61% is ook van mening dat hun ketencoördinator voldoende tijd en aandacht besteedt aan het bouwen en onderhouden van dit onderlinge vertrouwen tussen de zorgprofessionals. Slechts drie respondenten zijn het oneens met die stelling, maar geven daar de toelichting bij dat zij niet op de hoogte zijn van dit fenomeen.

Volgens meneer Voeten kan het vertrouwen in de regio Breda nogal eens een hekel punt zijn, omdat je je afvraagt of de andere partij wel oprecht intenties heeft (Voeten, 2019). Daar spreken de verschillende partijen elkaar ook op aan. De coördinatoren benoemen dat vertrouwen wel een rol speelt in het netwerk, maar dat dit voornamelijk vanuit de organisaties gestuurd wordt. De ketencoördinator zelf is daar zelf niet dagelijks mee bezig, zij gaan ervan uit dat dit tussen de deskundige professionals onderling ontstaat. Ondanks dit, zegt 96%

van de respondenten uit de regio Breda dat zij de andere zorgprofessionals vertrouwen. Slechts twee respondenten hebben aangegeven het er geheel mee oneens te zijn dat hun coördinator voldoende tijd en aandacht besteedt aan het opbouwen van vertrouwen. Zij noemen daar onder andere bij dat het verloop van zorgprofessionals in sommige organisaties zeer hoog is en dat een goede, nieuwe introductie daar vaak uitblijft. Hierdoor kennen ze de zorgprofessionals in de andere organisaties simpelweg niet en dat maakt het vertrouwen moeilijker (Enquête Ketensamenwerking in de dementiezorg, 2019).

De stichting in Den Haag geeft aan dat de hoge mate van transparantie maakt dat organisaties zich kwetsbaar voelen. Vertrouwen kan hier ook nogal lastig zijn door het stuk marktwerking. Er zijn in de regio Den Haag veel kleine partijen en er bestaat een soort concurrentie onderling. Mevrouw Wiltens geeft verder aan dat het vertrouwen bij zorgprofessionals onderling wel hoog is, het vertrouwen mist meer op de hogere bestuurlijke managementlaag (Wiltens, 2019). Ondanks dat begint het vertrouwen wel meer te komen, de stichting ziet dat partijen vaker op eigen initiatief rond de tafel gaan zitten. De ketencoördinator faciliteert voornamelijk het proces van professionals bij elkaar brengen om zo vertrouwen te bouwen, zij houden zich daar verder niet expliciet mee bezig (Los, 2019). 86% van de zorgprofessionals heeft aangegeven dat zij elkaar vertrouwen, wat overeenkomt met het beeld dat de stichting heeft. Iets meer dan de helft van de respondenten zegt dat zij vinden dat hun coördinator voldoende tijd besteedt aan het onderhouden van het onderlinge vertrouwen tussen de zorgprofessionals.

Ook in de regio Leiden staat vertrouwen hoog in het vaandel. Volgens mevrouw Veldhuizen gaat het niet alleen om relevante kennis delen, maar ook om elkaar beter leren kennen (Veldhuizen, 2019). Zij geeft aan dat er bij besprekingen veel ingewikkelde cases worden besproken, daarop samenwerken gaat dan ook niet zonder vertrouwen. Het vertrouwen komt vanzelf als je elkaar vaker ziet en ingewikkelde dingen met elkaar bespreekt. Mevrouw Veldhuizen geeft aan dat het goed faciliteren van dit proces een belangrijke rol voor Transmuralis is en ook voor haar persoonlijk (Veldhuizen, 2019). 88% van de zorgprofessionals in de regio Leiden geeft aan dat zij elkaar vertrouwen en 73% zegt dat de coördinator voldoende tijd besteedt aan het bouwen en onderhouden van dit vertrouwen. Dit laatste komt vooral door het faciliteren van gestructureerd overleg, de coördinator denkt goed mee en komt de afspraken na (Enquête Ketensamenwerking in de dementiezorg, 2019).

Casus	Resultaten
Gouda	De grote meerderheid van de zorgprofessionals in de regio vertrouwt elkaar, maar bijna de helft vindt dat de coördinator een grotere rol zou mogen spelen in het bouwen en onderhouden van dit vertrouwen.
Den Bosch	Vertrouwen is er in de regio Den Bosch omdat de zorgprofessionals elkaar al kennen. Er zijn vaak overleggen waar ze elkaar zien. De coördinator noemt ook de beroepsethiek waar je als zorgprofessional mee te maken hebt.
Breda	De coördinator zegt dat vertrouwen wel een rol speelt in de keten, maar dat dit voornamelijk vanuit de organisaties gestuurd wordt. Toch vindt de meerderheid van zorgprofessionals dat de coördinator voldoende tijd besteedt aan het bouwen van vertrouwen.
Den Haag	Vertrouwen kan moeilijk zijn in deze regio door een stukje marktwerking. De organisaties voelen zich kwetsbaar door de hoge mate van transparantie. Het wantrouwen zit voornamelijk op bestuurslagen, de zorgprofessionals vertrouwen elkaar wel onderling.
Leiden	Het vertrouwen groeit omdat de zorgprofessionals op complexe vraagstukken met elkaar moeten samenwerken. De grote meerderheid van de zorgprofessionals geeft in de vragenlijst aan dat zij elkaar vertrouwen en dat ze vinden dat hun coördinator voldoende tijd en aandacht besteedt aan het bouwen en onderhouden van dit vertrouwen.

Tabel 17. Vertrouwen per case

5.1.8 GEBRUIK VAN TECHNOLOGIE

In de regio Gouda is er een wirwar van systemen en die zijn moeilijk te integreren om er een transmuraal systeem van te maken. Volgens mevrouw Donkers is er al eens geprobeerd om een uniform systeem te maken, maar zij geeft aan dat ze rekening moeten houden met bestaande partners en de inkoopkracht bij leveranciers (Donkers, 2019). Het is dan ook nog niet gelukt om regionaal iets op zetten. In de regio Gouda wachten ze op wat de markt gaat doen. Misschien gaat PGO de oplossing zijn. Een PGO is bij dementiezorg wel lastiger, doordat de patiënten gedurende hun ziektepad steeds meer regie verliezen. Hier moeten dan duidelijke afspraken over gemaakt worden, bijvoorbeeld door de mantelzorger op een bepaald moment te machtigen. 77% van de respondenten zegt dat een gezamenlijk ICT-systeem de communicatie en kennisdeling tussen de ketenpartners en zorgprofessionals zou bevorderen. Er wordt direct bij benoemd dat dit erg lastig te realiseren is door alle verschillende systemen die de organisaties gebruiken en omdat deze systemen moeilijk te integreren zijn. Ook noemt een respondent dat dit lastig is in het kader van privacy, maar dat er op een manier meer samenhang in de keten moet komen (Enquête Ketensamenwerking in de dementiezorg, 2019).

Ook in Den Bosch is het probleem dat elke organisatie een eigen rapportagesysteem heeft, dat is moeilijk te integreren. Mevrouw Snier zelf is een groot voorstander van een landelijk systeem waarin alle zorgaanbieders kunnen werken (Snier, 2019). Zij noemt ook de ontwikkelingen rondom PGO, ze komen steeds verder met het integreren van één zorgsysteem. Maar ook dit is nog niet rond. Daarnaast wordt er voor de zorg voor mensen met dementie nog niet veel technologie ingezet. Zorg op afstand via tablets of facetimen wordt niet veel toegepast. Mevrouw Snier benoemt wel dat dit de komende jaren kan veranderen, omdat de nieuwe generaties met dementie meer gewend zijn aan het gebruik van dit soort technologie (Snier, 2019). 96% van de respondenten zegt dat een ICT-systeem zou bijdragen aan het succes van de ketensamenwerking. Eén respondent noemt een programma dat ze in het verleden hebben gebruikt en hoe jammer het is dat ze dat nu niet meer hebben (Enquête Ketensamenwerking in de dementiezorg, 2019).

De ketencoördinator van de regio Breda geeft aan dat ze eigenlijk een beter, digitaal platform moeten hebben. Er is ooit geprobeerd een gezamenlijke dropbox te organiseren voor de casemanagers, maar dit bleek erg lastig door het feit dat niet iedereen bevoegd is om bepaalde dossiers in te zien (Voeten, 2019). Zij noemen het proces erg ingewikkeld. Er wordt landelijk al eindeloos nagedacht over een systeem, het zou zeker beter kunnen. Mevrouw Vonk geeft aan dat zij geen eigen systeem kunnen ontwikkelen, omdat ze daar te klein voor zijn. Zij achten een ICT-systeem dus zeker als een voordeel, maar wachten in dit geval ook op wat de markt gaat doen. Ook 96% van de respondenten uit de regio Breda zegt dat een gezamenlijk ICT-systeem voor communicatie en kennisoverdracht zou bijdragen aan het succes van de ketensamenwerking. Er worden een aantal voorbeelden genoemd van systemen die de keten in het verleden heeft gebruikt en dat er zeker behoefte naar is. Eén respondent uit de regio Breda zegt dat een dergelijk systeem niet noodzakelijk is, zolang er maar een goede connectie is tussen de zorgprofessionals uit verschillende organisaties (Enquête Ketensamenwerking in de dementiezorg, 2019).

Ook in de regio Den Haag was er vroeger al een applicatie voor de communicatie tussen zorgprofessionals, maar hier zijn ze mee gestopt omdat de organisaties zich te kwetsbaar voelden. Mevrouw Wiltens geeft aan dat zo'n dergelijk systeem wel gemist wordt. Zij benoemt een onderzoek waaruit blijkt dat op plekken waar wordt samengewerkt aan de hand van zo'n communicatiesysteem de zorg beter is georganiseerd (Wiltens, 2019). Er is vanuit de zorgprofessionals in de regio wel behoefte aan zo'n systeem. Het gebruik van technologie kan volgens de stichting echt bijdragen aan de ketensamenwerking, "mits het op de juiste manier gebruikt wordt en voldoende draagvlak heeft. Het moet op de juiste manier geïmplementeerd worden, want zomaar een systeem droppen en zeggen dat we het hiermee gaan doen werkt natuurlijk niet" (Los, 2019). 100% van de respondenten uit de regio Den Haag is van mening dat een gezamenlijk ICT-systeem zou bijdragen aan het succes van de ketensamenwerking, maar hebben helaas geen enkele toelichting gegeven op dit onderwerp.

De regio Leiden is op dit moment de enige ketensamenwerking die ik heb gesproken die gebruik maakt van een ICT-systeem om te communiceren en om informatie te delen. Sleutelnet heeft voor hen een zorgapp ontwikkeld, zoals ook benoemd bij het variabel open communicatie. Zij zitten nu in de beheerfase. Via de app kan goed worden overgedragen tussen de zorgprofessionals en dat draagt echt bij aan de zorg en de communicatie (Veldhuizen, 2019). 100% van de zorgprofessionals uit de regio Leiden geeft aan dat een ICT-systeem kan bijdragen aan de communicatie en kennisdeling binnen de ketensamenwerking. Eén van de respondenten noemt het zelfs de voorwaarde nummer 1. Een andere respondent zegt dat het de ruis vermindert omdat iedere samenwerkingspartner dezelfde info ontvangt (Enquête Ketensamenwerking in de dementiezorg, 2019).

Casus	Resultaten
Gouda	Er is een wirwar van systemen en het is tot nu toe niet gelukt om deze te integreren. Een grote meerderheid van de respondenten ziet de voordelen in van een gezamenlijk ICT-systeem, maar is zich bewust van de uitdagingen die zich met dit meebrengt.
Den Bosch	Ook in deze regio ligt de moeilijkheid bij de integratie van verschillende systemen. De respondenten zien de toegevoegde waarde van een gezamenlijk systeem en missen de systemen die vroeger gebruikt werden in de keten.
Breda	De keten wil graag een beter, digitaal platform hebben. Bijna 100% van de respondenten denkt dat een dergelijk systeem kan bijdragen aan het succes van de ketensamenwerking.
Den Haag	Er was vroeger een applicatie maar die wordt niet meer gebruikt, terwijl er vanuit de zorgprofessionals zeker vraag naar is.
Leiden	De regio maakt gebruik van een Zorgapp, waar zorgprofessionals elkaar kunnen vinden en onderlinge werkafspraken kunnen maken. 100% van de respondenten zegt dat een dergelijk systeem bijdraagt aan het succes van de ketensamenwerking.

Tabel 18. Gebruik van technologie per case

5.1.9 DE SUCCESVOLLE KETENSAMENWERKING

Mevrouw Donkers is van mening dat de ketensamenwerking in de regio Gouda inderdaad succesvol is. Volgens haar werken de verschillende partijen in de omgeving samen om betere zorg te realiseren, iets wat zij niet zo kunnen bereiken wanneer er niet wordt samengewerkt (Donkers, 2019). De samenwerking in deze regio houdt al twintig jaar stand, dus in die zin acht mevrouw Donkers het ook als succesvol. Iets wat naar haar idee beter kan is de financiering van de keten. Omdat het netwerk niet geformaliseerd is, is mevrouw Donkers zeer veel tijd kwijt aan het regelen van de subsidies en dergelijke. 77,3% van de respondenten uit de regio Gouda geeft aan dat zij hun ketensamenwerking als succesvol beschouwen. De patiënt staat volgens hen altijd op nummer één, er is aandacht voor het zorgpad van de cliënt, de zorgprofessionals weten elkaar te vinden en er is voldoende draagvlak voor de samenwerking (Enquête Ketensamenwerking in de dementiezorg, 2019). Toch is er ook volgens hen altijd ruimte voor verbetering: zo zou er een landelijke standaard gehanteerd moeten worden en zou een betere afstemming tussen de organisaties voor kortere wachlijsten kunnen zorgen (Enquête Ketensamenwerking in de dementiezorg, 2019).

Mevrouw Snier uit de regio Den Bosch geeft aan dat zij “hier binnen onze regio wel vraagtekens over de hele keten” (Snier, 2019) heeft. Zij vindt het netwerk goed functioneren en “Ik vind dat de inwoners met dementie in onze regio goede zorg ontvangen, daar geloof ik echt heilig in” (Snier, 2019). Mevrouw Snier is wel van mening dat er meer zou kunnen gebeuren in een betere samenwerking met en ondersteuning vanuit gemeenten en zorgverzekeraars. Ondanks dit, heeft 100% van de zorgprofessionals uit de regio Den Bosch aangegeven dat zij hun ketensamenwerking succesvol achten. De toelichtingen gaan veelal over het feit dat de

patiënt op nummer één staat in deze ketensamenwerking en dat de zorg hierdoor vooruit gaat (Enquête Ketensamenwerking in de dementiezorg, 2019). Ook geven zij aan dat ze de andere zorgprofessionals goed weten te vinden en dat er daardoor goede afstemming mogelijk is (Enquête Ketensamenwerking in de dementiezorg, 2019).

Ook in de regio Breda beschouwen de geïnterviewden hun ketensamenwerking als succesvol. Zij benoemen onder andere het samenwerken van de verschillende partijen om naar een groter doel te werken, dat hadden ze niet kunnen realiseren zonder die samenwerking. Meneer Voeten geeft aan dat hij het in eerste instantie wel lastig vond om zijn eigen organisatiebelang achter het ketenbelang te plaatsen. Mevrouw Vonk zegt dat het succes van de ketensamenwerking ook sterk afhankelijk is van de coördinator en hoe onafhankelijk die zichzelf kan opstellen. 96% van de respondenten uit de regio Breda geeft aan dat zij hun ketensamenwerking als succesvol beschouwen. De toelichtingen gaan voornamelijk over de patiëntgerichte zorg en hoe de patiënt en mantelzorgers beter worden van dit soort samenwerkingen. Eén respondent geeft aan dat ze beter volgens een landelijke standaard zouden kunnen werken. (Enquête Ketensamenwerking in de dementiezorg, 2019).

Mevrouw Wiltens in de regio Den Haag geeft aan dat zij de ketensamenwerking wel als een succes ziet, maar dat de regio heel ingewikkeld is, wat ook de ketensamenwerking weer ingewikkeld maakt. Er is in de regio Den Haag zoveel versnippering en er zijn zoveel verschillende VVT-organisaties, dat maakt het lastig (Wiltens, 2019). De zorg is de afgelopen jaren wel beter geworden, dus in die zin is de ketensamenwerking in de regio Den Haag succesvol. Het bundelen van de krachten kan nog verbeterd worden (Los, 2019). 90% van de respondenten uit de regio Den Haag zegt dat zij hun ketensamenwerking een succes vinden. Ook hier gaat alle toelichting over het feit dat de patiënt er beter van wordt, dat het belang van de patiënt op nummer één staat en dat de mantelzorgers en patiënten er veel baat bij hebben (Enquête Ketensamenwerking in de dementiezorg, 2019). De twee respondenten die aangaven dat zij hun ketensamenwerking geen succes vinden, leggen hiervoor de oorzaak bij het gebrek aan gedegen communicatie tussen de zorgprofessionals (Enquête Ketensamenwerking in de dementiezorg, 2019).

Mevrouw Veldhuizen uit de regio Leiden vindt haar ketensamenwerking ook een succes. Zij legt de nadruk veel op de betrokkenheid en de toewijding van alle ketenorganisaties en dat die organisaties veel samen optrekken (Veldhuizen, 2019). Zij ziet een soort kruisbestuiving tussen de organisaties plaatsvinden, wat een positief effect heeft op de samenwerking en dus de kwaliteit van de zorg. Mevrouw Veldhuizen geeft wel aan dat het een gemis is dat de gemeente Leiden niet betrokken is bij het project. “Ik denk wel dat het pas echt een succes is als we de gemeente erbij betrekken, dat vind ik wel echt een gemis” (Veldhuizen, 2019). 92% van de respondenten uit de regio Leiden beschouwt hun ketensamenwerking als een succes. Dit ligt volgens hen onder andere aan de goede coördinatie vanuit de stichting, het feit dat de zorgprofessionals elkaar kennen en dat ze het allemaal voor de patiënt doen (Enquête Ketensamenwerking in de dementiezorg, 2019).

Casus	Resultaten
Gouda	De ketensamenwerking is naar de definitie van het onderzoek succesvol, maar er is nog veel te behalen op het gebied van formaliseren en financieren. Ook is ‘slechts’ 77% van de respondenten tevreden met de ketensamenwerking. Er is vraag naar een landelijke standaard en betere afstemming tussen de organisaties.
Den Bosch	De coördinator geeft aan dat ze meer ondersteuning vanuit de gemeenten en zorgverzekeraars kan gebruiken. Er is de juiste zorg op de juiste plaats, maar ‘de krachten bundelen’ kan beter en uitgebreider in deze regio. 100% van de zorgprofessionals beschouwt hun ketensamenwerking als een succes, voornamelijk door de patiëntgerichte zorg die wordt gerealiseerd.
Breda	Het succes van de ketensamenwerking zou hier heel afhankelijk zijn van de rol van de ketencoördinator. De zorgprofessionals zijn tevreden over hun ketensamenwerking, doordat zij het welzijn van de patiënt en mantelzorger vergroten. Eén respondent geeft aan dat een landelijke standaard behulpzaam zou

	zijn, iets wat ook in de definitie van een succesvolle ketensamenwerking genoemd wordt.
Den Haag	Den Haag is een ingewikkelde regio door alle versnippering en een gevoel van concurrentie tussen de organisaties. Het bundelen van de krachten voor een gezamenlijk doel blijft hier daardoor lastig, omdat de organisaties zich kwetsbaar voelen. 90% van de respondenten is tevreden over de ketensamenwerking, door de patiëntgerichte zorg die is gerealiseerd.
Leiden	De ketensamenwerking hier is een succes door de betrokkenheid en de toewijding vanuit de partners, ook wordt de juiste zorg op de juiste plaats geleverd. Het betrekken van de gemeente zou het plaatje helemaal af maken. 92% van de respondenten beschouwt de samenwerking als een succes, met name door het leiderschap vanuit de stichting en door het realiseren van de patiëntgerichte zorg.

Tabel 19. Het succes van de ketensamenwerking per case

5.2 BEOORDELING

In deze paragraaf ga ik per case schematisch aangeven welke factoren zij als belangrijk achten voor het succes van de ketensamenwerking en welke factoren zij als minder belangrijk ervaren. Ik geef de variabelen eigen ontworpen scores tussen de 1 en de 5. Waar 1: helemaal niet noodzakelijk is en 5: zeer noodzakelijk. Ik deel deze scores uit op basis van de informatie die ik in de interviews heb verkregen en wat de respondenten in de vragenlijsten hebben ingevuld. Als uit de interviews bijvoorbeeld blijkt dat zij een bepaalde factor als zeer belangrijk achten, krijgt dit variabel een hoge score. Wanneer er amper woorden aan vuil worden gemaakt of er wordt expliciet genoemd dat dit niet hun taak is, krijgt dit variabel een lage score. De resultaten van de surveys zijn eenvoudiger: ik kijk naar de percentuele resultaten die per variabel zijn gegeven per ketensamenwerking. Wanneer dit percentage laag is, krijgt het variabel ook een lage score. Wanneer het percentage hoog is, krijgt het variabel een hoge score. Ik combineer de resultaten uit de interviews en de surveys als één score, omdat het in dit onderzoek echt op de ketensamenwerking gaat en niet om het onderscheid tussen de bestuurders en de zorgprofessionals. Ik neem in deze tabellen ook de uitkomsten mee over 'de succesvolle ketensamenwerking'. Zo ontstaat er een beeld van in hoeverre de actoren hun ketensamenwerking als succesvol beschouwen en welke factoren daar van invloed op zijn. In de volgende paragraaf bespreek ik de uiteindelijke scores per variabel.

5.2.1 TRANSMURAAL NETWERK MIDDEN-HOLLAND

Variabel	Duiding	Score
Ketencommitment	De regio maakt gebruik van een samenwerkingsovereenkomst. De coördinator geeft aan dat ze in de regio op een soort onbewoond eiland zitten en op elkaar zijn aangewezen. De coördinator heeft liever eerst bezieling en dan pas een formeel contract. De respondenten achten een ketencommitment ook belangrijk voor het succes van de samenwerking.	4
Patiëntgerichte zorg	Alles in de ketensamenwerking draait in om tevreden patiënten. De regio heeft Alzheimer Nederland in de keten om het cliëntperspectief uit te dragen. Het zorgpad van de patiënt is de enige rode draad in de keten.	5
Kennisdeling	Alle kennisdeling gaat via de zorgprofessionals en hun onderling overleg. Er is vertrouwen voor nodig. De zorgprofessionals geven in de vragenlijst aan dat kennisdeling een absolute noodzaak is voor het succes van de ketensamenwerking.	4
Open communicatie	Er is in de regio Gouda geen transmuraal platform waarop gecommuniceerd kan worden. Er is transparantie nodig tussen de organisaties en de zorgprofessionals om de samenwerking mogelijk te maken en te onderhouden.	3

Leiderschap	Er is een goede coördinatie nodig. De coördinator noemt leiderschap nummer één voor succes. De coördinator heeft in de keten alleen invloed en gezag. Gaat om stimulerend en inspirerend leiderschap. De spil van het netwerk. Er moeten goede afspraken gemaakt en nageleefd worden.	5
Toegang tot de keten	De patiënten komen in aanraking met de keten via alzheimer cafés en via de diagnose die ze van hun huisarts krijgen. De keten is niet altijd zichtbaar of duidelijk voor de patiënten.	3
Vertrouwen	Vertrouwen is een proces waar je voortdurend mee bezig moet zijn en aan moet blijven werken. Je merkt het pas als er een tekort. Volgens de coördinator zorgt vertrouwen ook voor wederzijds respect. Bij de zorgprofessionals is er onderling veel vertrouwen in de regio. Ze hebben daar wel behoefte aan een zorgkaart voor een beter overzicht van de zorgprofessionals.	5
Gebruik van technologie	De bestaande systemen zijn moeilijk te integreren. Er is wel behoefte aan een gezamenlijk ICT-systeem, maar het is lastig te realiseren. In de regio wachten ze op wat de markt gaat doen. Het zou wel kunnen bijdragen aan kennisdeling.	2
De succesvolle ketensamenwerking	De ketensamenwerking is succesvol op het gebied van goede zorg en samenwerking. Er valt nog veel te winnen op het gebied van formalisering en financiering. Ketencolmitment, leiderschap, kennisdeling en vertrouwen hebben in Gouda de meeste invloed op het succes van de ketensamenwerking. Het gebruik van technologie en de toegang tot de keten zijn het minste van belang voor het succes van de ketensamenwerking.	4

Tabel 20. Variabelenscore Transmuraal Netwerk Midden-Holland

5.2.2 NETWERK DEMENTIE VVT INSTELLINGEN BOMMELERWAARD EN 'S-HERTOGENBOSCH E.O.

Variabel	Duiding	Score
Ketencolmitment	De regio heeft met de ketenpartners een covenant afgesloten. Daarnaast hebben ze een verantwoording af te leggen aan de zorgverzekeraar. De regio volgt de landelijke standaard dementiezorg. Er ligt soms wel teveel nadruk op de financiering van de keten, in plaats van bij andere belangen.	3
Patiëntgerichte zorg	Dementiezorg kan alleen maar maatwerk zijn, je moet constant aandacht hebben voor de behoeften van de individu. Naast het welzijn van de patiënt met dementie moet er voldoende focus liggen bij het welzijn van de familie en de mantelzorger.	5
Kennisdeling	De kennisdeling gaat via de zorgprofessionals op bijeenkomsten en overleggen. Er is vertrouwen nodig om kennis en informatie met elkaar te delen. Volgens de zorgprofessionals is het noodzakelijk om kennis met elkaar te delen om een succesvolle ketensamenwerking te realiseren.	5
Open communicatie	Communicatie is lastig voor organisaties onderling, is nog geen goede oplossing voor gevonden in de regio. Het integreren van verschillende systemen is moeilijk. Het is belangrijk om naast informatie ook je belangen naar elkaar te communiceren.	4
Leiderschap	Er is in de regio meer sprake van technisch leiderschap. De keten heeft een coördinator die de lange termijn in de gaten houdt en het overzicht behoudt, niet iemand die bepaalt wat er gaat gebeuren. Er mag geen sprake zijn van belangenverstrengeling.	5

Toegang tot de keten	Iedereen met dementie heeft in Nederland recht op een casemanager, op die manier komen de patiënten in aanraking met de keten. Het gebeurt via de diagnose. Dat de patiënt de keten kent en begrijpt is niet noodzakelijk.	2
Vertrouwen	In de regio is veel vertrouwen tussen organisaties en zorgprofessionals. De zorgprofessionals kennen elkaar omdat ze samenwerken rond complexe dossiers. Daarnaast is er natuurlijk sprake van beroepsethiek in dit vak. Het is belangrijk dat iedereen kundig is, dan kun je je collega makkelijker vertrouwen.	4
Gebruik van technologie	Het is moeilijk om alle bestaande systemen tot één systeem te integreren. Misschien is de PGO in de toekomst de oplossing. Het zou wel kunnen bijdragen aan de samenwerking.	3
De succesvolle ketensamenwerking	De ketensamenwerking is hier volgens de coördinator en de zorgprofessionals een succes. Er is nog veel te behalen op de ondersteuning vanuit gemeenten en zorgverzekeraars. De krachten zijn dus nog niet optimaal gebundeld. Vertrouwen en kennisdeling zijn in de regio Den Bosch van het grootste belang voor het succes van de ketensamenwerking. Het gebruik van technologie is het minst van invloed op het succes.	4

Tabel 21. Variabelenscore Netwerk Dementie VVT instellingen Bommelerwaard en 's-Hertogenbosch e.o.

5.2.3 DEMENTIENETWERK BREDA EN OMSTREKEN

Variabel	Duiding	Score
Ketencommitment	Er is in de regio een convenant afgesproken, waarin de verwachtingen en verantwoordelijkheden van de partners staan opgenomen. Op basis daarvan kunnen de ketenpartners elkaar aanspreken. Daarnaast betalen de leden een bijdrage aan de keten. De keten krijgt in deze regio niet altijd de prioriteit en ook de respondenten vinden ketencommitment niet erg belangrijk.	4
Patiëntgerichte zorg	De regio gaat voor patiënt én mantelzorger. Ze willen graag de klantreis van de patiënt in kaart brengen. Er is wel een dilemma: doen ze wat het beste is voor de patiënt of houden ze zich aan de financieringsvoorschriften? Het welzijn van de patiënt is het uitgangspunt van de samenwerking.	4
Kennisdeling	De kennisdeling gaat via zorgprofessionals bij overleggen. De coördinator houdt zich niet bezig met deze factor, maar de respondenten noemen dit een noodzaak voor het succes van de ketensamenwerking.	4
Open communicatie	Er is in de regio Breda behoefte aan een beter, digitaal platform om te communiceren. Open communicatie en transparantie zorgt voor duidelijkheid en dat mensen doen wat ze zeggen.	3
Leiderschap	De leider van de keten heeft geen feitelijke macht, kan alleen invloed uitoefenen. Het is belangrijk dat het een onafhankelijke rol is. Er is geen sprake van traditioneel, top-down leiderschap. Het gaat om coördinatie en regie.	4
Toegang tot de keten	De patiënten nemen kennis van de keten via de zorginstellingen waarin ze verblijven. Het is belangrijker dat het duidelijk is wie hun aanspreekpunt is en waar ze naartoe kunnen met vragen.	2
Vertrouwen	Vertrouwen kan in de regio Breda een hekel punt zijn omdat de organisaties soms niet goed weten wat de ander gaat doen. Het vertrouwen zit meer binnen de organisaties, tussen de zorgprofessionals.	3

Gebruik van technologie	Er is dus behoefte aan een digitaal platform, maar het is moeilijk te realiseren. De regio wacht nu op wat de markt gaat doen, omdat ze zelf te klein zijn om iets te ontwikkelen. Het zou volgens de zorgprofessionals wel bijdragen aan de samenwerking.	3
De succesvolle ketensamenwerking	De bestuurders en zorgprofessionals achten de ketensamenwerking succesvol. De krachten zijn gebundeld en er wordt gewerkt aan de gezamenlijke doelen. De zorg van de patiënt is verbeterd. Leiderschap heeft hier de meeste invloed op het succes van de ketensamenwerking. Het gebruik van technologie is niet van invloed op het succes van de ketensamenwerking, hoewel er wel behoefte aan is. In hoeverre er toegang is tot de keten is ook niet essentieel voor het succes.	4

Tabel 22. Variabelenscore Dementienetwerk Breda en omstreken

5.2.4 DEMENTIENETWERK HAAGLANDEN

Variabel	Duiding	Score
Ketencommitment	De ketencommitment komt in deze regio onder andere uit de verplichting vanuit de zorgverzekeraar. Er is ook een samenwerkingsovereenkomst opgesteld. Daarnaast betalen de partners een eigen bijdragen, wat voor een financieel commitment zorgt.	4
Patiëntgerichte zorg	De stichting organiseert focusgroepen voor patiënten en familie om projecten aan te toetsen. Daarnaast is Alzheimer Nederland onderdeel van het netwerk om zo het cliëntperspectief uit te dragen.	3
Kennisdeling	Kennisdeling maakt de organisaties kwetsbaar in deze regio. De uitwisseling gaat via netwerkbijeenkomsten. De stichting houdt zich niet bezig met de daadwerkelijke kennisuitwisseling, zij faciliteren het proces alleen. Volgens de respondenten op de vragenlijst is kennisdeling wel een noodzaak voor het succes van de ketensamenwerking.	4
Open communicatie	De stichting is voornamelijk bezig met informeren, via de website en de nieuwsbrief. Alle communicatie gaat verder via de zorgprofessionals onderling. De respondenten geven voor 100% aan dat een open communicatie bijdraagt aan de kennisdeling.	4
Leiderschap	De stichting is alleen bezig met de coördinatie van de keten. Zij zijn de spil van het netwerk. Het is meer een soort dienend leiderschap dat zij bieden, zij bedenken niet zelf de richting van de keten maar doen dit in samenspraak met de partners. De leider moet een onafhankelijke tussenpersoon zijn.	3
Toegang tot de keten	De patiënt neemt kennis van de keten via de zorgverleners. Zij geven de informatie over de keten. De zorgprofessionals zijn in de regio overwegend positief over hoe goed hun patiënten op de hoogte zijn van de ketensamenwerking.	3
Vertrouwen	Transparantie zorgt voor kwetsbaarheid in de regio, omdat er een gevoel van concurrentie is. Het vertrouwen tussen de zorgprofessionals zelf is wel hoog. Het wantrouwen is een grotere uitdaging op het niveau van het bestuur en het management.	4
Gebruik van technologie	De organisaties voelen zich kwetsbaar door het gebruik van een gezamenlijk systeem, omdat ze zo alle informatie met elkaar moeten delen. Vanuit de zorgprofessionals is er wel behoefte aan.	2
De succesvolle ketensamenwerking	De zorgprofessionals zijn van mening dat het een succesvolle ketensamenwerking is in deze regio. Vanuit de bestuurders komen vooral geluiden over een ingewikkelde regio. Hierdoor is het moeilijk de krachten	4

	te bundelen. De patiëntgerichte zorg is wel gerealiseerd in deze regio. Ketencolmitment, kennisdeling en open communicatie zijn hier het belangrijkste voor het succes van de samenwerking. Ook vertrouwen is belangrijk, omdat er een gevoel van concurrentie bestaat tussen de organisaties. Leiderschap en de toegang tot de keten zijn in deze regio niet essentieel.	
--	---	--

Tabel 23. Variabelenscore Dementienetwerk Haaglanden

5.2.5 DEMENTIENETWERK ZUID-HOLLAND NOORD

Variabel	Duiding	Score
Ketencolmitment	In de regio is de coördinator veel bezig met mensen betrekken en de 'zachte' kant van colmitment. Daarnaast is er sprake van een financieel colmitment omdat de ketenpartners een bijdrage betalen. De samenwerking op zichzelf wordt als colmitment gezien hier, daar is niets vrijblijvends aan.	4
Patiëntgerichte zorg	De stichting is bezig om een klantreis op te zetten. Alzheimer Nederland is onderdeel van het netwerk en draagt zo het cliëntperspectief uit. De regio maakt gebruik van een mantelzorg monitor, waarmee de knelpunten die mantelzorgers tegenkomen uit de weg geruimd worden. Het kan niet anders dan patiëntgerichte zorg zijn bij dementiezorg, het is het uitgangspunt van de keten.	5
Kennisdeling	Kennisdeling gaat via overleg tussen de zorgprofessionals. De stichting faciliteert het proces alleen. Vanuit de zorgprofessionals wordt de noodzaak van kennisdeling benadrukt. Het is nodig om de kwaliteit van de zorg en de kwaliteit van de samenwerking te waarborgen.	4
Open communicatie	In de regio Leiden wordt gebruik gemaakt van een zorgapp. Hier kunnen zorgprofessionals met elkaar communiceren. Dit verhoogt de kennis en kwaliteit.	4
Leiderschap	De stichting heeft in de regio de coördinatie en de regie over de keten. Zij zijn een verbindende schakel tussen de verschillende organisaties. Daarnaast bieden zij een meer ondersteunende rol aan de zorginstellingen en zorgprofessionals, bijvoorbeeld om hun deskundigheid te verhogen.	3
Toegang tot de keten	De stichting heeft een informatieboekje geschreven over de ketensamenwerking in de regio. Dit boekje wordt verspreid onder ziekenhuizen, gemeenten en andere relevante organisaties. Volgens de respondenten weten veel patiënten te weinig af van de keten en kan het ook nog eens erg ingewikkeld zijn.	3
Vertrouwen	Vertrouwen krijg je door elkaar vaak te zien en elkaar te leren kennen. De stichting faciliteert dit proces. Bij de zorgprofessionals is er veel onderling vertrouwen.	4
Gebruik van technologie	Deze regio maakt gebruik van de zorgapp, voor kennisdeling en communicatie tussen zorgprofessionals. volgens één van de respondenten is zo'n ICT-systeem voorwaarde #1 voor het succes van de ketensamenwerking. Het vermindert ruis.	4
De succesvolle ketensamenwerking	Ketencolmitment en betrokkenheid zorgen in deze regio voor het succes van de ketensamenwerking. De krachten worden gebundeld en de juiste zorg wordt gerealiseerd. Kennisdeling en het gebruik van technologie staan hier ook hoog in het vaandel. De toegang tot de keten is hier niet essentieel voor het succes van de keten.	5

Tabel 24. Variabelenscore Dementienetwerk Zuid-Holland Noord

5.3 ANALYSE

In deze paragraaf vergelijk ik de resultaten van de cases per variabel. Als een variabel gemiddeld een 4 of hoger scoort, betekent dit dat het door de onderzochte cases als noodzakelijk wordt bevonden voor het succes van de ketensamenwerking. De variabelen met deze score zullen worden opgenomen in het conceptueel model 2.0.

5.3.1 KETENCOMMITMENT

Score	4,6
-------	-----

Bij de meeste ketens is sprake van een formeel soort ketencommitment, door middel van een samenwerkingsovereenkomst of convenant. Hierdoor voelen de ketenpartners al de benodigde toewijding, omdat zij nu eenmaal hebben afgesproken om samen te werken. In sommige regio's is er ook sprake van een financiële toewijding, daar bepalen de ketenpartners een bijdrage aan de keten. Daar zijn zij ook sneller geneigd om het belang van de keten voorop te zetten, omdat zij graag waar voor hun geld zien. Ook zijn er regio's met een verplichting vanuit de zorgverzekeraar. Alleen in de regio Leiden wordt gesproken over de zachte kant van commitment: mensen goed informeren en ook om hun input vragen. Ketencommitment uit zich onder andere in het vaststellen van gezamenlijke doelen en een toewijding vanuit de leidinggevenden. Alle coördinatoren zijn zeer betrokken bij het reilen en zeilen van het netwerk en ook de zorgprofessionals hebben in de vragenlijst aangegeven dat zij de samenwerking niet als iets vrijblijvends zien. Omdat ketencommitment in alle ketens een plek heeft en ook als zeer belangrijk wordt ervaren, zal dit variabel worden opgenomen in mijn conceptueel model 2.0.

5.3.2 PATIËNTGERICHTE ZORG

Score	4,4
-------	-----

Patiëntgerichte zorg komt in alle ketens nadrukkelijk terug. Alle geïnterviewden en respondenten geven aan dat het welzijn van de patiënt het uitgangspunt moet zijn van de samenwerking. In dit onderzoek is gekeken of patiëntgerichte zorg een vereiste is voor een succesvolle ketensamenwerking, maar ik moet op basis van de resultaten uit de interviews en de antwoorden van de respondenten op de vragenlijst concluderen dat patiëntgerichte zorg een doel op zich is in een ketensamenwerking. Ondanks de hoge score van deze factor, moet ik besluiten deze niet op te nemen in het conceptueel model 2.0. Deze factor heeft namelijk geen invloed op het succes van de ketensamenwerking, de ketensamenwerking is pas een succes als patiëntgerichte zorg wordt gerealiseerd.

5.3.3 KENNISDELING

Score	4,2
-------	-----

Het variabel kennisdeling blijkt uit het onderzoek voornamelijk tussen de zorgprofessionals zelf te liggen. De ketencoördinatoren hebben een kleinere rol in het faciliteren van het proces omtrent overleg en bijeenkomsten. Bijna 90% van alle respondenten heeft aangegeven dat zij kennisdeling een noodzakelijke factor vinden voor het succes van de ketensamenwerking. Het verhoogt de kwaliteit van de samenwerking omdat de zorgprofessionals onderling weten waar ze mee bezig zijn en ze kunnen op deze manier informatie over patiënten met elkaar delen. De hoge score op deze factor is vooral te danken aan de respondenten op de vragenlijst, omdat kennisdeling niet als zo belangrijk naar voren kwam uit de interviews met de

ketencoördinatoren. Dit variabel wordt in het conceptueel model 2.0 opgenomen, maar met een extra nadruk op het belang van transparantie.

5.3.4 OPEN COMMUNICATIE

Score	3,6
-------	-----

Met het variabel open communicatie wordt de onderlinge communicatie tussen organisaties bedoeld en dan voornamelijk transparantie over hun rol- en taakverdeling en de verantwoordelijkheden die zij dragen. Tijdens de interviews met de verschillende ketencoördinatoren heb ik gemerkt dat dit variabel eigenlijk niet los te zien is van kennisdeling. Open communicatie wordt door de respondenten van de vragenlijsten ook als een zeer belangrijk goed gezien, maar dan meer in de zin van informatie- en kennisdeling. Open communicatie en daarmee transparantie is van groot belang, maar het zal uiteindelijk samenvallen met het variabel kennisdeling omdat er geen groot of duidelijk onderscheid tussen de twee variabelen te zien is. Deze factor neem ik dan ook niet op deze manier op in mijn conceptueel model 2.0. Dit variabel wordt samengevoegd met de factor over kennisdeling, waarbij ik nog eens extra de nadruk leg op het belang van transparantie, omdat dat door de respondenten als zeer belangrijk is aangegeven.

5.3.5 LEIDERSCHAP

Score	4,0
-------	-----

Het variabel leiderschap komt in principe in alle interviews met ketencoördinatoren terug, maar alle gesproken ketencoördinatoren benoemen dat het meer om goede coördinatie of ketenregie gaat. De term leiderschap is daarom niet de juiste voor een ketensamenwerking, het draait meer om ketenregie. Dit komt onder andere omdat de coördinatoren geen formele macht hebben, zij kunnen alleen invloed uitoefenen en het proces coördineren. Ook de respondenten geven aan dat er behoefte is aan iemand die de keten kan sturen, het overzicht kan houden of als aanspreek punt kan functioneren, maar dat zij traditioneel leiderschap niet nodig achten. De factor leiderschap komt als zodanig niet terug in het conceptueel model 2.0. Er komt een nieuwe factor met de naam 'ketenregie'. Deze term is passender voor wat ik uiteindelijk heb bedoeld met 'leiderschap', namelijk het faciliteren en overzien van het ketenproces. De motieven en overtuigen van de bestuurder spelen een zeer kleine rol in leiderschap, omdat de coördinatoren zelf al aangeven dat ze bijna geen macht hebben en eigenlijk altijd een onafhankelijke rol dienen in te nemen.

5.3.6 TOEGANG TOT DE KETEN

Score	2,6
-------	-----

De variabele 'toegang tot de keten' gaat over de zichtbaarheid van de keten voor patiënten en mantelzorgers. Het draait erom of de cliënten weten waar ze moeten aankloppen tijdens hun zorgpad. Tijdens het onderzoek is gebleken dat de ketencoördinatoren deze rol niet zozeer zelf op zich nemen. De cliënt krijgt bij de diagnose in het ziekenhuis of bij de huisarts te horen over het bestaan van de keten, dit blijkt niet hoofdzakelijk de verantwoordelijkheid van de coördinatoren. Ook wordt benoemd dat het voor de patiënt niet van groot belang is om de keten te kennen, zolang zij maar weten waar ze heen moeten met hun vragen en de juiste zorg op de juiste plaats ontvangen. Ook de respondenten benoemen dat het niet het doel is dat de patiënt de keten kent, maar dat de patiënt goede zorg kan krijgen vanuit de ketenaanpak. Zolang de patiënt een aanspreekpunt heeft en kan vinden is dat voldoende. Deze factor heeft dus geen noodzakelijk effect op het succes van de ketensamenwerking en wordt daarom niet opgenomen in het conceptueel model 2.0.

5.3.7 VERTROUWEN

Score	4,0
-------	-----

De variable vertrouwen wordt door alle gesproken ketencoördinatoren als zeer belangrijk geacht. Zij stellen dat een samenwerking niet mogelijk is als er geen onderling vertrouwen is. De organisaties moeten kennis met elkaar delen en zich kwetsbaar opstellen in het netwerk en vertrouwen is hier – zoals verwacht – een vereiste voor. Ook de respondenten vinden vertrouwen belangrijk en over het algemeen vertrouwt 90% van de zorgprofessionals elkaar in de ketensamenwerking. Door het belang van vertrouwen voor het succes van de ketensamenwerking – en elke samenwerking – wordt dit variabel als zodanig meegenomen in het conceptueel model 2.0.

5.3.8 GEBRUIK VAN TECHNOLOGIE

Score	2,8
-------	-----

Het gebruik van technologie gaat in deze zin over een gezamenlijk ICT-systeem voor de gehele keten. De technologie moet zich richten op de communicatie tussen zorgprofessionals en het eenvoudig maar veilig delen van informatie over de patiënten. Uit het onderzoek blijkt dat verschillende ketens al geprobeerd hebben zo'n systeem op te zetten en dat er behoefte naar is vanuit de zorgprofessionals, maar dat het erg moeilijk is te realiseren. Alleen in de regio Leiden wordt er op dit moment gebruik gemaakt van een dergelijk communicatiesysteem. Uit het onderzoek blijkt dat de ketencoördinatoren en zorgprofessionals zeker behoefte hebben aan een dergelijk systeem. Voornamelijk de zorgprofessionals hebben aangegeven dat zo'n systeem kan bijdragen aan het succes van de ketensamenwerking. Ondanks deze grote behoefte gebruiken vier van de vijf samenwerkingen niet zo'n systeem en ervaren zij hun keten toch als succesvol. Daarom is het gebruik van technologie (nog) niet noodzakelijk voor een succesvolle ketensamenwerking en wordt dit variabel niet opgenomen in mijn conceptueel model 2.0.

5.3.9 DE SUCCESVOLLE KETENSAMENWERKING

Score	4,2
-------	-----

De succesvolle ketensamenwerking draait het om het bundelen van de krachten om de juiste zorg op de juiste plaats te kunnen realiseren. De acht factoren uit het eerste conceptuele model zijn hier deels van invloed op, sommige variabelen overduidelijk meer dan andere variabelen. In alle ketens blijkt dat patiëntgerichte zorg het uitgangspunt is, niet een variabel dat van invloed is op de samenwerking. De ketensamenwerking kan pas succesvol zijn als er patiëntgerichte zorg is gerealiseerd. Toewijding vanuit de partners is van zeer grote invloed op het succes van de samenwerking. De organisaties moeten loyaal zijn aan het ketenbelang, omdat er anders geen resultaten geboekt worden. Kennisdeling is ook essentieel voor het succes van de keten, als de organisaties onderling geen informatie en kennis met elkaar delen, is de ketensamenwerking voor niets. Dan blijft iedereen binnen hun eigen organisatie-eilandjes werken en kan de ketensamenwerking net zo goed opgedoekt worden. Leiderschap is van invloed op het succes van de ketensamenwerking in de zin van een ketenregisseur of -coördinator. Iemand moet het overzicht bewaren, de spil in het netwerk zijn, de onafhankelijke makelaar tussen verschillende organisaties. Die regisseur moet daarnaast ook de lange termijn in zicht houden en ervoor zorgen dat iedereen naar dezelfde doelen toewerkt. Bij het gemis van zo'n coördinator zou de samenwerking een rommeltje worden en zou er minder goede zorg gerealiseerd kunnen worden. Vertrouwen is als laatste zeer essentieel voor de ketensamenwerking en dit hangt ook deels samen met het variabel over kennisdeling. De organisaties en voornamelijk de mensen binnen die organisaties moeten elkaar kunnen vertrouwen met gevoelige informatie over patiënten. Daarnaast moeten zij erop kunnen

vertrouwen dat iedereen kundig is en zijn werk optimaal kan uitvoeren. Zonder onderling vertrouwen is het onmogelijk om de ketensamenwerking in stand te houden.

De variabelen die tijdens het onderzoek niet essentieel bleken voor het succes van de ketensamenwerking zijn: open communicatie, toegang tot de keten en het gebruik van technologie. Open communicatie is in die zin wel belangrijk voor het succes van de samenwerking, maar dit variabel had teveel overeenkomsten met het variabel kennisdeling en deze twee variabelen zijn daarom samengevoegd in het conceptueel model 2.0. Toegang tot de keten bleek niet noodzakelijk voor het succes van de ketensamenwerking. Het is belangrijker dat de juiste zorg op de juiste plaats wordt gerealiseerd omdat er achter de schermen optimaal wordt samengewerkt, dan dat de patiënt of mantelzorger op de hoogte is van deze bijzondere samenwerking. Ook het gebruik van technologie is niet van invloed op het succes van de ketensamenwerking. Slechts één van de vijf ketens gaf aan gebruik te maken van een speciaal ICT-systeem om te communiceren, maar alle vijf de ketensamenwerkingen beschouwen zichzelf als succesvol. Er is wel behoefte aan een speciaal ICT-systeem binnen de ketens, maar het is dus niet noodzakelijk voor het succes ervan.

6. CONCEPTUEEL MODEL 2.0

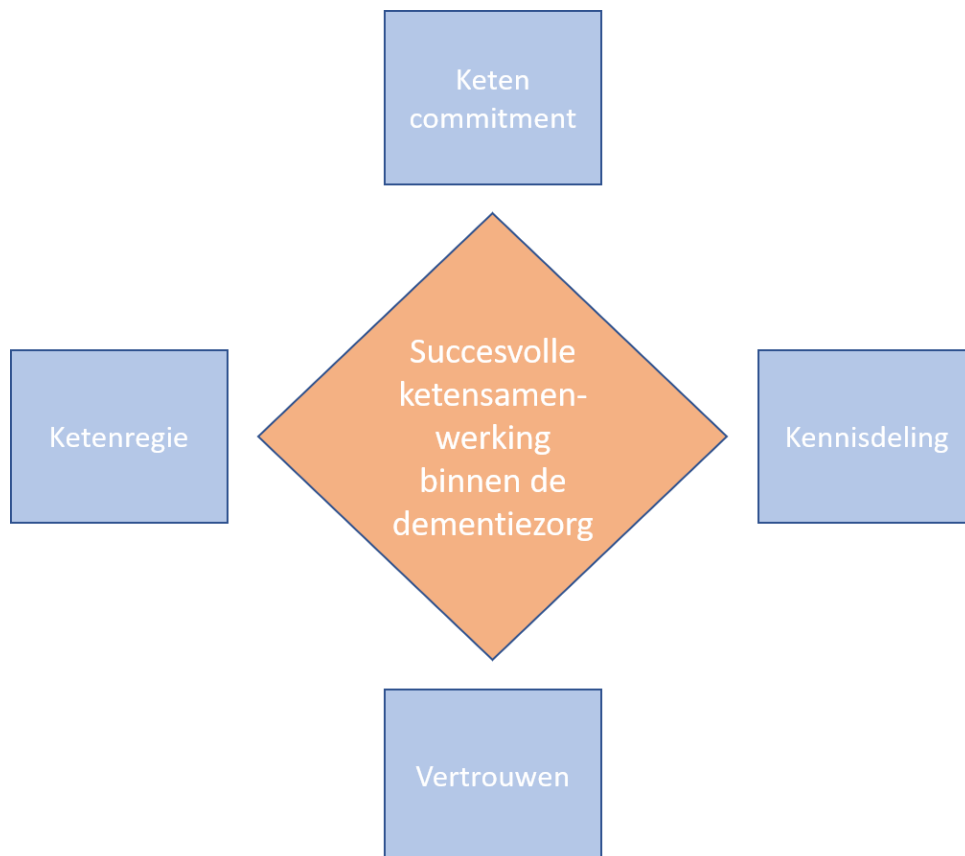
Het doel van dit onderzoek was het toetsen van mijn conceptuele model aan ketensamenwerking in de praktijk. In het eerste conceptuele model stonden acht variabelen die van invloed konden zijn op het succes van de ketensamenwerking. Tijdens het onderzoek bleek dat niet al die variabelen essentieel waren voor de samenwerking en dat er zelfs een aantal variabelen onbelangrijk waren voor het succes van de ketensamenwerking.

Op basis van de resultaten uit de interviews en de surveys heb ik de variabelen in het vorige hoofdstuk scores gegeven. Als het variabel een 4,0 of hoger scoorde, werd dit gezien als essentiële factor voor het succes van de ketensamenwerking en daarom opgenomen in het conceptueel model 2.0. In dit nieuwe model zijn dus een aantal variabelen uit het originele model weggelaten en zijn er een twee variabelen samengevoegd tot één variabel. Ook heb ik van één van de variabelen de naam aangepast, omdat deze term niet bleek te passen bij de werkzaamheden van de ketencoördinatoren. Het afhankelijke variabel in dit conceptueel model is nog steeds de succesvolle ketensamenwerking binnen de dementiezorg. Dit variabel heb ik in hoofdstuk twee gedefinieerd als:

“In een succesvolle ketensamenwerking bundelen de verschillende partijen uit zorg- en dienstverlening hun krachten om de kwaliteit van leven van een groep cliënten in een bepaalde regio te verbeteren. Hierbij staat het cliëntperspectief centraal en wordt de zorg ingericht op bestaande richtlijnen en standaarden, zodat de juiste zorg op de juiste plaats door de juiste persoon kan worden geleverd.”

Met veel trots presenter ik hieronder het conceptueel model 2.0 op basis van mijn onderzoeksresultaten en de analyse daarvan.

6.1 NIEUW CONCEPTUEEL MODEL



Figuur 7. Conceptueel model 2.0

6.2 TOELICHTING

Vier variabelen bleken van essentieel belang voor het succes van de ketensamenwerking. Ik licht de vier variabelen hieronder kort toe, met de bijbehorende definitie.

6.2.1 KETENCOMMITMENT

Ketencommitment houdt in dat de ketenpartners loyaal zijn aan het ketenbelang en hier tijd en aandacht aan besteden. De afspraken tussen de ketenpartners zijn vastgelegd in een convenant of samenwerkingsovereenkomst en zo werken zij samen naar een gezamenlijk doel. Ketencommitment is één van de variabelen die uit de modellen van onder andere Ansell & Gash en Minkman komt. In hun modellen praten zij over het vaststellen van gezamenlijke doelen en ambities, samen met duidelijke randvoorwaarden en regels. De ketensamenwerkingen die model hebben gestaan voor dit onderzoek hebben allemaal een bepaald soort overeenkomst afgesproken: een convenant, een samenwerkingsovereenkomst of zijn een financieel commitment aangegaan. De partijen hebben hun krachten gebundeld om de kwaliteit van leven voor patiënten in de regio te verbeteren.

6.2.2 KENNISDELING

Kennisdeling houdt in dat er informatie wordt uitgewisseld tussen de verschillende organisaties, over de patiënten maar ook over de rol- en taakverdelingen van de zorgprofessionals. Kennisdeling had in het eerste conceptuele model nog een zusje: open communicatie. Deze twee variabelen zijn nu toegevoegd tot één variabele: kennisdeling. Een belangrijke toevoeging die hier gedaan moet worden is het belang van transparantie bij kennisdeling. De zorgprofessionals, bestuurders, coördinatoren en alle overige ketenpartners moeten ervan uit kunnen gaan dat hun collega's niets achterhouden. Vertrouwen is hier doorslaggevend. 90,5% van de ondervraagde zorgprofessionals gaf aan dat kennisdeling noodzakelijk is voor het succes van de ketensamenwerking.

6.2.3 VERTROUWEN

Vertrouwen houdt in dat er geen opportunistisch gedrag vertoond wordt, de zorgprofessionals durven de regie uit handen te geven en het allerbelangrijkste is dat zij elkaar kennen. Vertrouwen is nodig zodat de verschillende ketenpartners kennis en informatie met elkaar durven en willen delen. Ansell & Gash noemden ook al het belang van vertrouwen bouwen. Naast elkaar vertrouwen met informatie, moeten de zorgprofessionals ook kunnen vertrouwen op de kundigheid van hun collega's. Zo kan de juiste zorg op de juiste plaats worden gerealiseerd.

6.2.4 KETENREGIE

In het eerste conceptuele model stond dit variabele nog als leiderschap. Leiderschap werd toen gedefinieerd als het leidinggeven aan een groep actoren, met de nadruk op transformationeel leiderschap. Tijdens het onderzoek is gebleken dat leiderschap niet de juiste term is, omdat de ketencoördinatoren geen formele macht hebben en omdat de partijen een platte structuur hanteren. De ketencoördinator heeft meer een regisserende rol en houdt het overzicht van de keten. Om deze redenen is in het conceptuele model 2.0 gekozen voor de term ketenregie. Het succes van de ketensamenwerking is afhankelijk van dit variabele omdat de ketenregisseur de partijen bij elkaar houdt, de doelen en ambities helder communiceert naar de ketenpartners en zij de standaarden en richtlijnen bewaakt zoals die zijn afgesproken in het convenant of de samenwerkingsovereenkomst.

7. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk worden de conclusies en aanbevelingen van dit onderzoek gepresenteerd. Hier zal eerst antwoord worden gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek. De conclusies hier worden gedaan op basis van de onderzoeksresultaten. Op basis van de onderzoeksresultaten en de conclusies worden in de volgende paragraaf de aanbevelingen gepresenteerd.

7.1 CONCLUSIES

De hoofdvraag waarmee dit onderzoek is begonnen luidt als volgt: **welke factoren zijn essentieel voor een succesvolle ketensamenwerking in de dementiezorg?**

De succesvolle ketensamenwerking is gedefinieerd als: **“In een succesvolle ketensamenwerking bundelen de verschillende partijen uit zorg- en dienstverlening hun krachten om de kwaliteit van leven van een groep cliënten in een bepaalde regio te verbeteren. Hierbij staat het cliëntperspectief centraal en wordt de zorg ingericht op bestaande richtlijnen en standaarden, zodat de juiste zorg op de juiste plaats door de juiste persoon kan worden geleverd.”**

Aan de hand van wetenschappelijke modellen en andere relevante literatuur is aan het begin van dit onderzoek een conceptueel model ontwikkeld met daarin acht mogelijk variabelen die van invloed zijn op het succes van de ketensamenwerking. Deze variabelen luiden als volgt: ketencommitment; patiëntgerichte zorg; kennisdeling; open communicatie; leiderschap; toegang tot de keten; vertrouwen en; gebruik van technologie.

Op basis van de resultaten van interviews met verschillende bestuurders en coördinatoren van ketensamenwerkingen in de dementiezorg en via vragenlijsten bij zorgprofessionals die werkzaam zijn in die ketensamenwerkingen kan een aantal conclusies worden gedaan over de essentiële factoren voor de samenwerking. In het conceptueel model 2.0 in hoofdstuk zes zijn deze factoren gepresenteerd. Dit zijn: ketencommitment; kennisdeling; ketenregie en; vertrouwen.

De toewijding aan de keten komt in de modellen letterlijk terug. Alle auteurs benoemen het belang van een gedeelde ambitie en het werken naar een gezamenlijk doel. Het is daarom niet verrassend dat tijdens het onderzoek bleek dat dit als erg belangrijk wordt geacht. De mate van ketencommitment is dus van invloed op het succes van de ketensamenwerking. Alleen als alle neuzen dezelfde kant opstaan en iedereen bereid is het ketenbelang voor het eigen organisatiebelang te zetten, kan de samenwerking tot een succes gemaakt worden.

Voorname Minkman (Minkman, 2012) benoemt het belang van kennisdeling. Het gaat hier dan niet alleen op het delen van relevante informatie over patiënten, maar ook zeker over het helder krijgen van de rol- en taakverdeling binnen verschillende organisaties. Zij benadrukt in haar model het belang van helderheid omtrent verantwoordelijkheden. Tijdens het onderzoek is gebleken dat voornamelijk zorgprofessionals soms te weinig op de hoogte zijn van wat hun collega's precies doen bij verschillende organisaties. Wanneer dit element beter is, wordt de ketensamenwerking ook beter. Er wordt bijvoorbeeld minder werk dubbel gedaan en er is minder tijdsverlies met het zoeken van de juiste personen.

Het begrip ketenregie wordt in bepaalde vorm benoemd in de modellen van Ansell & Gash (Ansell & Gash, 2007) en van Minkman (Minkman, 2012). Ansell & Gash hebben het over facilitair leiderschap, een term die in de interviews met de bestuurders ook meerdere malen terugkomt. Toch is het facilitair leiderschap niet geheel overtuigend, omdat er ook andere termen genoemd worden. De term ketenregie is daarom passender gebleken in dit onderzoek.

Vertrouwen wordt alleen in het model van Ansell & Gash benoemd als een essentiële factor voor samenwerking. Morgens (Morgens, 2014) spreekt wel over het bouwen van een relatie, maar benoemt niet duidelijk genoeg het belang van vertrouwen.

Uiteindelijk bleek het model van Ansell & Gash dus het meest compleet op het gebied van ketensamenwerking. Een aantal elementen uit hun model bleek in dit onderzoek ook zeer belangrijk te zijn voor het succes van ketensamenwerking in de dementiezorg. Toch is het model van Ansell & Gash naar mijns inziens teveel gericht op het besturen van een overheidsorgaan zoals een gemeente of een beleidsnetwerk. Hun elementen als tussentijdse successen vieren en de focus op uitkomsten is niet passend voor een delicaat proces als dementiezorg. Daar moet, zoals is gebleken uit het onderzoek, de focus 100% op de patiëntgerichte zorg liggen. Daar kan het niet alleen gaan om efficiency of het boeken van snelle en directe resultaten, daar gaat het om het welzijn van de patiënt met dementie en hun familie en naasten.

Uit de vier essentiële variabelen kan geconcludeerd worden dat een ketensamenwerking in de zorg echt om mensenwerk draait. Dit wordt ook door een aantal coördinatoren zo benoemd: het zijn de mensen binnen de organisaties die met elkaar samen moeten werken. De zorgprofessionals binnen de organisaties moeten elkaar kunnen vertrouwen met gevoelige informatie over hun patiënten en ze moeten erop aan kunnen dat hun collega's professioneel en deskundig zijn. Uiteindelijk zijn de zorgprofessionals binnen de keten de belangrijkste schakel in de samenwerking. Zij moeten loyaal zijn aan het ketenbelang boven hun organisatiebelang, zij moeten kennis met elkaar delen en elkaar vertrouwen. De coördinator komt op de laatste plek in deze vergelijking, omdat de coördinator dus meer een regisseur van het geheel is. Die regisseur is noodzakelijk, maar zonder de zorgprofessionals is er helemaal niets te regisseren.

Naast deze vier factoren is er nog een aantal interessante conclusies gedaan tijdens het onderzoek, die hieronder kort worden toegelicht.

7.1.1 PATIËNTGERICHTE ZORG

Patiëntgerichte zorg is in het eerste conceptuele model opgenomen als variabel dat van invloed is op het succes van de ketensamenwerking. De gedachte hierachter was in eerste instantie dat de mate van patiëntgerichte zorg het succes van de ketensamenwerking zou kunnen beïnvloeden, omdat het welzijn van de patiënt volgens een aantal modellen en wetenschappelijke artikelen op nummer één zou moeten staan. Tijdens het onderzoek is gebleken dat patiëntgerichte zorg een zeer relevante factor is in ketensamenwerking binnen de dementiezorg, maar niet als onafhankelijk variabel. Uit het onderzoek is gebleken dat patiëntgerichte zorg het absolute en ultieme doel is van de ketensamenwerking. Bij veel geïnterviewden en respondenten werd aangegeven dat patiëntgerichte zorg het uitgangspunt is van de samenwerking. Bij dementiezorg is alleen maar maatwerk mogelijk, omdat je per patiënt moet kijken wat zijn behoeften zijn. Tijdens de data-analyse is dan ook besloten om dit variabel niet op te nemen in het conceptueel model 2.0, maar toe te geven dat dit een verkeerde inschatting was aan het begin van het onderzoek. Patiëntgerichte zorg heeft in die zin geen invloed op het succes van de ketensamenwerking: de ketensamenwerking is pas succesvol als patiëntgerichte zorg wordt gerealiseerd.

7.1.2 TOEGANG TOT DE KETEN

In het eerste conceptuele model werd toegang tot de keten als een belangrijke factor geacht. Het idee hierachter was dat wanneer patiënten de keten niet konden vinden of niet op de hoogte waren van het bestaan van de keten, hiermee de ketensamenwerking zichzelf teniet deed. Uit het onderzoek is gebleken dat de toegang tot de keten en de zichtbaarheid van de ketensamenwerking niet erg hoog in het vaandel staat bij de ketencoördinatoren en andere zorgprofessionals. Waar zij juist naar streven is het bieden van de juiste zorg op de juiste plaats. De ketensamenwerking moet zorgen dat de zorg van hoge kwaliteit is, het is volgens de geïnterviewden en respondenten minder relevant of de patiënt de keten weet te vinden. Zolang de patiënt weet waar hij heen kan met zijn vragen en weet waar zijn aanspreekpunt, is dit voldoende voor de ketensamenwerking. Toegang tot de keten bleek dus niet van grote invloed te zijn op het succes van de ketensamenwerking.

7.1.3 GEBRUIK VAN TECHNOLOGIE

De grootste verrassing tijdens het onderzoek was het gebrek aan technologie in de ketensamenwerkingen. De overtuiging aan het begin aan het onderzoek was dat technologie en bijbehorende ICT-systemen een grote rol zouden spelen in de ketensamenwerkingen. Het idee was dat veel verschillende organisaties en zorgprofessionals met elkaar moesten communiceren. Met elkaar, maar ook over patiënten die zij wellicht deelden of van elkaar over moesten nemen. Slechts één van de onderzochte ketensamenwerkingen heeft zo'n ICT-systeem om met elkaar te communiceren. De overige vier gaven aan dat zij het vroeger wel geprobeerd hadden, maar dat dit nooit een succes bleek te zijn. De zorgprofessionals vonden het te lastig om mee te werken of de organisaties voelden zich te kwetsbaar. De bestuurders en zorgprofessionals geven wel allemaal aan dat ze behoefte hebben aan een dergelijk systeem. Het systeem is te moeilijk en te duur om zelf te ontwikkelen, daarom wachten alle ketens op wat er landelijk gaat gebeuren met de PGO.

7.2 AANBEVELINGEN

Op basis van het onderzoek en de resultaten zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd.

7.2.1 GEZAMENLIJK ICT-SYSTEEM

Uit het onderzoek is gebleken dat zowel de ketencoördinatoren als de zorgprofessionals behoefte hebben aan een gezamenlijk en geïntegreerd systeem waarop zij kunnen communiceren. Zo'n systeem kan een toevoeging zijn aan de kwaliteit van de samenwerking. Er kan informatie over patiënten gedeeld worden en er kunnen onderlinge werkafspraken gemaakt worden. Een gezamenlijk systeem zorgt voor uniformiteit van de keten, omdat alle actoren op dezelfde manier rapporteren en overdrachten af kunnen handelen.

De eerste aanbeveling op basis van dit onderzoek is aan de ketencoördinatoren om zo'n systeem te ontwikkelen binnen de keten. Dit systeem moet ervoor zorgen dat zorgprofessionals elkaar gemakkelijk kunnen vinden, weten wat hun rol- en taakverdeling is, met elkaar kunnen communiceren en ook overdrachten voor patiënten eenvoudig kunnen regelen. Een gezamenlijk systeem zorgt voor uniformiteit in de keten, alle administratie wordt op dezelfde manier gerapporteerd en dit zorgt voor helderheid en overzicht. Als de zorgprofessionals elkaar snel kunnen vinden en weten wie wat doet, kan dit de wachttijd voor de patiënten verminderen. Ook de werkdruk van de zorgprofessionals kan verlaagd worden omdat zij weten welke andere deskundigen er werkzaam zijn in hun regio. De keten in Leiden is succesvol geweest met het ontwikkelen van een dergelijke applicatie, wat laat zien dat dit een realistisch en haalbaar doel is.

7.2.2 WEES ZICHTBAAR

Deze aanbeveling is tweeledig: het gaat om de zichtbaarheid van de keten en om de zichtbaarheid van de ketencoördinator.

De zichtbaarheid van de keten kan voordelig zijn voor de familie en de mantelzorgers van de patiënt met dementie. Uit het onderzoek blijkt dat de zichtbaarheid van de keten niet de focus is van de ketencoördinatoren en de zorgprofessionals, maar dat het wel kan bijdragen voor de naasten van de patiënt, als zij weten waar ze terecht kunnen. Zulke zichtbaarheid kan in de vorm van informatieboekjes en flyers verspreiden, aanwezigheid bij alzheimercafés of door de zorgprofessionals beter te instrueren over de mogelijkheden van de keten.

De zichtbaarheid van de ketencoördinator kan bijdragen aan dat laatste punt. Sommige zorgprofessionals weten zelf al weinig af van de ketensamenwerking en zijn niet goed op de hoogte van de gestelde doelen of ambities. Zij achten zichtbaar leiderschap noodzakelijk, maar zijn vaak niet op de hoogte wie de ketencoördinator is. Dit kan beter. Als iedereen in elke organisatie door de gehele keten beter op de hoogte is van de doelen van de ketensamenwerking, werkt dit ook door naar de patiënten en (voornamelijk) hun

naasten. Dit kan de ketencoördinator realiseren door de zorgprofessionals uit te nodigen voor het ketenoverleg, of door zelf langs te gaan bij hun teamoverleggen. De ketencoördinator kan ook langs de organisaties gaan om zich voor te stellen aan de zorgprofessionals, of kan zich voorstellen tijdens een congres van de gehele keten. Het belangrijkste is dat de coördinator bekend is onder de zorgprofessionals, omdat de zorgprofessionals zichtbaar leiderschap belangrijk achten.

7.2.3 KENNISDELING VOOR IEDEREEN

Uit de resultaten van de surveys kwam naar voren dat er soms een onhandig onderscheid wordt gemaakt tussen zorgprofessionals en de rechten die zij hebben. Een verpleegkundige kan bijvoorbeeld het dossier van een patiënt inzien en aanpassen, terwijl iemand van de dagbesteding hier geen toegang tot heeft. De zorgprofessional van de dagbesteding brengt veel tijd door met de patiënt met dementie en kan wellicht interessante of belangrijke dingen zien en meemaken, die van groot belang zijn voor het zorgpad van de patiënt. Als zij dit niet in het dossier van de patiënt kunnen verwerken, gaat er kostbare informatie verloren.

De bestuurders van de keten en van de organisaties moeten alle relevante zorgprofessionals toegang geven tot het dossier van de patiënt en ze ook de rechten geven om in het dossier te werken. Zo mist de volgende zorgprofessional nooit relevante informatie over de patiënt met dementie.

8. REFLECTIE

De afgelopen zes maanden ben ik druk bezig geweest met het schrijven van deze thesis. Aan het begin van dit traject was ik nog heel erg zoekende wat ik nu precies wilde gaan onderzoeken. Ik ben nog drie keer van onderwerp gewisseld voordat ik uiteindelijk bij dit onderwerp eindigde. Dat heeft me veel tijd gekost, tijd die ik graag nuttiger had willen gebruiken. Dat is iets wat ik in de toekomst graag anders zou doen, door bijvoorbeeld eerder te beginnen met het vooronderzoek en eerder te beginnen met me inlezen op mogelijke onderwerpen. Toen het onderwerp en mijn hoofdvraag eenmaal geformuleerd waren, werd het gelukkig iets eenvoudiger.

Bij mijn theorie hebben de wetenschappelijke modellen die ik heb gebruikt me heel erg geholpen, voornamelijk de modellen van Ansell & Gash en Minkman. Aan de hand van de modellen heb ik een deel van mijn variabelen kunnen formuleren. De modellen hebben me in die zin de goede richting opgestuurd en hebben me geholpen structuur aan te brengen in mijn onderzoek. Wat moeilijker bleek tijdens het theoretische gedeelte was het vinden van relevante literatuur over ketensamenwerking in de dementiezorg. Veel van de literatuur die ik hierover heb gevonden is niet wetenschappelijk verantwoord, waardoor ik het liever niet wilde gebruiken voor mijn onderzoek. Het zoeken naar goede wetenschappelijke literatuur heeft me uiteindelijk veel tijd gekost.

Waar ik in mijn methodologische hoofdstuk erg tevreden over ben is het feit dat ik twee verschillende methoden van dataverzameling heb gebruikt. Door zowel de bestuurders te interviewen als de uitvoerende zorgprofessionals te ondervragen heb ik een breder en diepgaander beeld gekregen van de ketens. Ook de verschillende cases in verschillende provincies hebben een beter beeld gegeven van de dementieketens in Nederland. Waar ik minder tevreden over ben is de algehele betrouwbaarheid van mijn onderzoek, die is helaas niet optimaal. Omdat het semigestructureerde interviews waren met de mogelijkheid op doorvragen is het moeilijk om op een ander moment exact dezelfde resultaten te behalen. Ook de coder bias vond ik uiteindelijk lastig te voorkomen, omdat ik het onderzoek zelfstandig heb uitgevoerd en bij kwalitatief onderzoek zijn resultaten nu eenmaal op verschillende manieren te interpreteren.

De opbrengsten van mijn onderzoek hadden wellicht rijker kunnen zijn wanneer ik meer coördinatoren van meer verschillende ketens had geïnterviewd. Dan had ik bijvoorbeeld meer kunnen zeggen over ketensamenwerkingen in Nederland. De opbrengsten hadden ook rijker kunnen zijn als ik meer actoren uit één keten had geïnterviewd. Dan had ik ook diepte-interviews kunnen afnemen met de zorgprofessionals, in plaats van hen alleen te benaderen via een vragenlijst.

9. LITERATUUR

- Alzheimer Nederland. (2014). *Zorgstandaard dementie*. Amersfoort: Alzheimer Nederland.
- Alzheimer Nederland. (2015). Opgehaald van Casemanager dementie.nl: <https://dementie.nl/casemanager>
- Alzheimer Nederland, & Vilans. (2013). *Zorgstandaard Dementie*.
- Ansell, C., & Gash, A. (2007). Collaborative Governance in Theory and Practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 543-571.
- Babbie, E. (2014). *The Practice of Social Research*. Boston: Cengage Learning.
- Barrat, M. (2004). Understanding the meaning of collaboration in the supply chain. *Supply Chain Management: An International Journal*, 30-42.
- Bekkers, V. (2017). *Beleid in beweging*. Amsterdam: Boom.
- Brod, M., Stewart, A., Sands, L., & Walton, P. (1999). Conceptualization and Measurement of Quality of Life in Dementia: The Dementia Quality of Life Instrument (DQoL). *The Gerontological Society of America*, 25-35.
- Dementie Monitor*. (2018). Opgehaald van <https://www.alzheimer-nederland.nl/dementiemonitor>:
<https://www.alzheimer-nederland.nl/dementiemonitor>
- Dementienetwerk Breda e.o. (2019). Opgehaald van <https://www.dementiezorg.nl/onze-organisatie>
- Donkers, L. (2019, mei 2). Transmuraal Netwerk Midden-Holland. (E. Sommeling, Interviewer)
- Drechtzorg, S. (2018). *Ketenzorg Dementie*. Dordrecht: Stichting Drechtzorg.
- Enquête Ketensamenwerking in de dementiezorg. (2019). *Ketensamenwerking in de dementiezorg*.
- Fabbricotti, I. (2007). *Zorgen voor zorgketens*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Frie, M. (2015). *Ketensamenwerking vraagt om samenwerkingsgedrag*. Opgehaald van Twynstra Gudde: <https://www.twynstragudde.nl/expertises/expertises/gaming/ketensamenwerking-vraagt-om-samenwerkingsgedrag>
- Grijpink, J. (2002). *Informatiestrategie voor ketensamenwerking*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- In voor zorg! (2016). *Zorgketen Dementie Eindhoven e.o.* Opgehaald van In voor Zorg! : <http://www.invoorzorg.nl/informatie-Ketensamenwerking-verder-verbeteren.html>
- Kaats, E., & Opheij, W. (2008). *Bestuurders zijn van Betekenis*. Tilburg: Reed Business.
- Ketenzorg*. (2018). Opgehaald van Ketenzorg Friesland: <https://www.ketenzorgfriesland.nl/portal-losse-pagina-ketenzorg/ik-ben-patient>
- Ketenzorg Dementie Zaanstreek/Waterland*. (sd). Opgehaald van <http://dementiezw.nl/>
- Ketenzorg Dementie ZHE. (2012). *Ketenzorg Dementie ZHE*. Opgehaald van <http://www.ketenzorgdementie-zhe.nl/>
- Können, E. (1984). *Ziekenhuissamenwerking, fusie en regionalisatie*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

- Kroon, J.-J. C. (2010). Leve de revolutie van de 21e eeuw. In T. Hardjono, R. Van Brakel, & J.-J. Kroon, *Duurzaam werken in ketens en netwerken* (pp. 18-25). Leerdam: C3Group B.V.
- Lee, S. M., Lee, D., & Schniederjans, M. J. (2011). Supply chain innovation and organizational performance in the healthcare industry. *International Journal of Operations & Production Management*, 1193-1214.
- Los, M. (2019, mei 13). Dementienetwerk Haaglanden. (E. Sommeling, Interviewer)
- Maranus, A., Schipper, L., & Meijboom, B. (2010). Een nieuw model voor toegang tot de zorg. In T. Hardjono, R. Van Brakel, & J.-J. Kroon, *Duurzaam werken in ketens en netwerken* (pp. 170-181). C3Group B.V.
- McCrovitz, T. (2012). *Quality of Life Institute*. Opgehaald van Quality of Life Model: <https://qualityoflifeinstitute.org/work/quality-life-model/>
- Minkman, M. (2012, januari 19). Developing Integrated Care. *Towards a development model for integrated care*. Rotterdam, Zuid-Holland, Nederland: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Minkman, M., Vat, L., & Driessen, S. (2013). *Tools voor ketens en netwerken - Praktijkvoorbeelden en instrumenten voor de zorg en ondersteuning*. Den Haag: Kluwer.
- Morgens. (2014). *Hoe organiseer je succesvolle ketensamenwerking?* Leiden: Morgens.
- Netwerk Dementie. (2019). *Netwerk Dementie*. Opgehaald van Netwerkdementie-bwendb: <https://www.netwerkdementie-bwendb.nl/>
- Porter, M. (2006). *Redefining Health Care*. Boston: Harvard Business School Press.
- Porter, M. (2010). What Is Value in Health Care? . *The New England Journal of Medicine*, 2477-2481.
- Porter, M., & Lee, T. (2013). The Strategy That Will Fix Health Care. *Harvard Business Review*.
- praktijk, U. d. (2019).
- Samen in Zorg. (2015). *Ketenzorg Dementie*. Opgehaald van Samen in Zorg: <http://www.samenzorg.nu/index.php/ketens/ketenzorg-dementie/welkom-bij-ketenzorg-dementie-2/welkom-bij-ketenzorg-dementie.html>
- Snier, I. (2019, mei 8). Netwerk Dementie VVT Instellingen Bommelerwaard en s-Hertogenbosch e.o. (E. Sommeling, Interviewer)
- Stichting Transmurale Zorg. (2019). Opgehaald van https://transmuralezorg.nl/project_themas/dementie/
- Thiel, S. v. (2015). *Bestuurskundig onderzoek*. Bussum: Coutinho.
- Transmuraal Netwerk. (2019). *Verbindt organisaties en professionals*. Opgehaald van Transmuraal Netwerk Midden-Holland: <http://www.transmuraalnetwerk.nl/Over-ons/Het-Transmuraal-Netwerk/Verbindt-organisaties-en-professionals>
- Transmuralis. (2019). Opgehaald van <https://www.transmuralis.nl/over-transmuralis>
- Veldhuizen, J. (2019, mei 22). Dementienetwerk Zuid-Holland Noord. (E. Sommeling, Interviewer)
- Vierstroom. (2015). *Ketenzorg Dementie Zoetermeer*. Zoetermeer.

- Vilans. (2012). *Kenmerken van Ketenzorg*. Opgehaald van Vilans:
<http://www.vilans.nl/Pub/Informatiecentrum/Informatiecentrum-overig/Informatiecentrumoverig-Kenmerken-van-Ketenzorg.html>
- Vilans. (2017). Opgehaald van <https://www.vilans.nl/medewerkers/mirella-minkman>
- Voeten, B. (2019, mei 15). Dementienetwerk Breda e.o. (E. Sommeling, Interviewer)
- Vonk, D. (2012). *Ketenen of ontketenen? Onderzoek naar de (on)mogelijkheden van ketens in het maatschappelijk veld*. Dordrecht.
- Vonk, D. (2019, mei 15). Dementienetwerk Breda e.o. (E. Sommeling, Interviewer)
- VWS, M. (2008). *Leidraad Ketenzorg Dementie*. Den Haag : Rijksoverheid.
- Wart, M. v. (2012). *Leadership in Public Organizations*. Taylor & Francis Ltd.
- Wijk, A. v. (2011). Levenskwaliteit is een dynamisch concept. *NTVT*, pp. 126-128.
- Wiltens, D. A. (2019, mei 13). Dementienetwerk Haaglanden. (E. Sommeling, Interviewer)
- Wood, W., Fields, B., Rose, M., & McLure, M. (2017). Animal-Assisted Therapies and Dementia: A Systematic Mapping Review. *The American journal of occupational therapy*.
- Zorg voor Beter. (2019). *Persoonsgerichte zorg*. Opgehaald van Zorg voor Beter:
<https://www.zorgvoorbeter.nl/persoonsgerichte-zorg/wat-is-het>
- Zorgapp ZHN. (2019). Opgehaald van <https://sleutelnet.nl/diensten/zorgapp-zhn/>
- Zorgvisie. (2019). *Wat is value based healthcare?* Opgehaald van Zorvisie:
<https://www.zorgvisie.nl/thema/value-based-healthcare/>



Elske Sommeling
2019