

Het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg

KETENKENNIS GEBUNDELD IN EEN GENERIEK TOEPASBAAR KWALITEITSMODEL

In de gezondheidszorg is ketensamenwerking een aanvaarde manier om meer integrale zorg te leveren. Vanuit het perspectief van de cliënt zijn dikwijls meerdere diensten of vormen van zorg nodig die door verschillende professionals uit verschillende organisaties geleverd worden. Maar hoe ketensamenwerking effectief kan worden georganiseerd en hoe een ketensamenwerkingsverband zich ontwikkelt, is ondanks de vele initiatieven nog lang niet uitgekristalliseerd. Om de aanwezige kennis hierover te bundelen en verdiepen, is een onderzoek uitgevoerd naar welke bouwstenen belangrijk zijn voor het realiseren van ketenzorg. Ook is onderzocht hoe ketens zich kunnen ontwikkelen in de tijd. De resultaten komen samen in een Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg, dat bestaat uit negen clusters en vier ontwikkelingsfasen. Dit model biedt handreikingen voor ketencoördinatoren, managers en professionals om ketenzorg te evalueren, te verbeteren en te ontwikkelen.



Drs. M.M.N. Minkman is programmeur Kwaliteit en Innovatie Ouderenzorg bij Vilans. Daarnaast verricht zij promotieonderzoek naar ketenzorg en ketenontwikkeling.

Prof. dr. ir. K. Ahaus is directeur van TNO Management Consultants en hoogleraar Healthcare Management aan de faculteit Economie en Bedrijfskunde, Rijksuniversiteit Groningen/Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG).

Prof. dr. R. Huijsman MBA is directeur Kenniscentrum, Centraal Indicatieorgaan Zorg en hoogleraar Integraal Zorgmanagement bij het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Inleiding

Ketensamenwerking, als een strategie om de kwaliteit van geleverde zorg te verbeteren, heeft de afgelopen tien jaar steeds meer aandacht gekregen van professionals, managers, beleidsmakers en onderzoekers in de zorg. Ketenzorg is te definiëren als een gecoördineerd zorgverleners- en organisatieoverstijgend zorgproces, gericht op (naadloze) samenhang, afgestemd op de behoeften van de cliënt (Raak et al., 2003). De belangstelling voor ketensamenwerking is een gevolg van de toegenomen fragmentatie en de vaak aanbodgedreven manier van zorgverlening. Een resultaat hiervan is vaak discontinuïteit, dubbel of inefficiënt werk en geen verantwoordelijke voor het gehele zorgproces van een cliënt. Vanuit het perspectief van de cliënt is dit onwenselijk; vooral kwetsbare ouderen en chronisch zieken hebben juist behoefte aan zorg die met hen om hen heen is georganiseerd en gecoördineerd. Deze groepen hebben vaak meerdere aandoeningen tegelijkertijd waardoor zij met veel zorgprofessionals te

maken hebben. Maar ook in de acute zorg, zoals bij cliënten die getroffen worden door een myocard infarct, is goede ketensamenwerking letterlijk van levensbelang.

Vanuit de literatuur blijkt dat er voldoende redenen zijn om aan te nemen dat goede ketensamenwerking leidt tot een hogere cliëntsatisfactie, kwaliteit van leven, efficiency en betere zorguitkomsten bij lagere of gelijke kosten (Reilly et al., 2003; Hébert et al., 2003; Hébert en Veil, 2004; Shortell et al., 2000). Toch is het realiseren van ketensamenwerking complex en constateert bijvoorbeeld de Inspectie voor de Gezondheidszorg dat ketensamenwerking traag van de grond komt (IGZ, 2003). Ketensamenwerking vraagt vaak om doorbreking van bestaande werkwijzen en vraagt bovenal om een andere blik. Het is moeilijk om het belang van de keten boven dat van de eigen organisatie te stellen. Er zijn verschillende rollen en belangen en niet eenduidig is wie knopen kan doorhakken. Afspraken maken over een snelle overname van cliënten kan voor de ene ketenpartner gunstig zijn maar voor een andere niet. Kortom, er zijn vele aspecten die van invloed zijn op ketensamenwerking. Hoewel er veel ketenprojecten zijn en het aantal studies over ketenzorg toeneemt – vaak ook *integrated care*, *disease management*, *transmurale zorg* of *coordinated care* genoemd – ontbreekt een systematisch inzicht in welke elementen van belang zijn. Ook is er nog weinig bekend over hoe ketens zich in de tijd kunnen ontwikkelen. Dit was de aanleiding voor onze studie, die zich richt op de volgende vraagstellingen:

1. *Wat zijn belangrijke elementen van ketenzorg en kunnen deze gegroepeerd worden in een generiek kwaliteitsmodel voor ketenzorg?*
2. *Hoe kan het ontwikkelproces van ketenzorg gekarakteriseerd worden?*
3. *Wat zijn belangrijke elementen in iedere fase van dit ontwikkelproces?*

In de volgende paragraaf geven we eerst een samenvatting van de relevante literatuur, eerst over kwaliteitsmodellen voor ketenzorg en vervolgens over de ontwikkeling van ketens en netwerken. Daarna beschrijven we de onderzoeksopzet, gevolgd door een presentatie van de empirische onderzoeksbevindingen in paragraaf 3. Vervolgens bediscussiëren wij de conclusies en plaatsen deze in het perspectief van de praktijk en literatuur. We sluiten af met het noemen van de beperkingen van het onderzoek en de implicaties voor de praktijk.

1. Theoretisch kader

ELEMENTEN VAN KETENZORG EN KWALITEITSMODELLEN

Zorgprofessionals, managers en ketencoördinatoren maken dagelijks keuzes over welke elementen voor goede ketenzorg zij aanpakken. Wanneer gaan betrokkenen aan de slag met het stroomlijnen van informatieoverdracht? Of met het integraal aanbieden van cliënteninformatie en bijvoorbeeld het inrichten van een frontoffice? Of kiest men ervoor om eerst de bestuurlijke

afspraken vast te leggen over te leveren kwaliteit en inzet van middelen? Ketenwerkers worstelen met de vraag welke elementen essentieel zijn voor het realiseren, verbeteren, innoveren en verduurzamen van ketensamenwerking. Literatuur hierover is vaak gericht op een specifieke setting (bijvoorbeeld de acute zorg) of een bepaalde cliëntengroep (bijvoorbeeld patiënten met een beroerte of dementiepatiënten). Een review van 31 disease-managementstudies bij astma- en diabetespatiënten liet zien dat vooral routinematig rapporteren, het organiseren van feedback loops, het gebruik van evidence-based richtlijnen, werken in integrale teams en metingen van processen en uitkomsten het meest toegepast worden (Steuten et al., 2006). Een andere review van ketenzorgprogramma's liet zien dat vooral support bij zelfmanagement, klinische follow-up, casemanagement, feedback, educatie en multidisciplinaire zorgteams en zorgpaden van belang zijn (Ouwens et al., 2005).

Het Chronic Care Model (CCM) beschrijft zes elementen die geassocieerd zijn met betere integrale zorg voor chronisch zieken. De elementen zijn de maatschappij, het gezondheidszorgsysteem, zelfmanagement, het zorgproces, beslisondersteuning en klinische informatiesystemen (Wagner et al., 2001). Het CCM is een van de weinige modellen dat kennis uit de wetenschap bundelt in een handzaam kwaliteitsmodel. Dergelijke modellen zijn behulpzaam om ketensamenwerking meer te richten en die elementen te implementeren die het meest bijdragen aan goede resultaten en kwaliteit van zorg. Een nadeel van het CCM is dat het zich alleen richt op zorg voor chronische cliëntgroepen. Naast het CCM zijn er nog enkele andere kwaliteitsmodellen te onderscheiden. Bijvoorbeeld de Normenstelsels Ketenkwaliteit van het HKZ (2007), het INK-ontwikkelingsmodel voor ketenmanagement (INK 2010) en het Kwaliteitskader Ketenzorg (TNO 2004). De overeenkomsten blijken tamelijk groot te zijn (Minkman, 2009). Het HKZ-normstelsel is vrij compleet, maar kent thans nog slechts verbijzonderingen naar multidisciplinaire eerstelijnsamenwerkingsverbanden en diabeteszorg. Wel is het het enige model dat expliciet bedoeld is voor certificatie. Het Kwaliteitskader Ketenzorg (dat is gebaseerd op het INK-model) en het CCM zijn heel geschikt voor een diagnose, evaluatie of audit. Het INK-ontwikkelingsmodel is eigenlijk meer een quick scan en niet verbijzonderd naar de gezondheidszorg. Alle andere modellen richten zich op de gezondheidszorg, en besteden daarbij aandacht aan het gehele zorgcontinuüm (preventie, vroegtijdige onderkenning, diagnose, behandeling, educatie, zelfmanagement, revalidatie, begeleiding en palliatie). Concluderend is te stellen dat sommige kwaliteitsmodellen als nadeel hebben dat ze zich thans tot specifieke cliëntgroepen of specifieke ketens beperken (HKZ, CCM) of eenzijdig door experts uit de praktijk tot stand zijn gebracht (HKZ, INK, Kwaliteitskader Ketenzorg). Een generiek model gericht op ketensamenwerking in de zorg, gebaseerd op wetenschap en praktijk, waarbij er ook aandacht is voor de ontwikkeling van ketens, ontbreekt voorslagnog.

KETEN- EN NETWERKONTWIKKELING

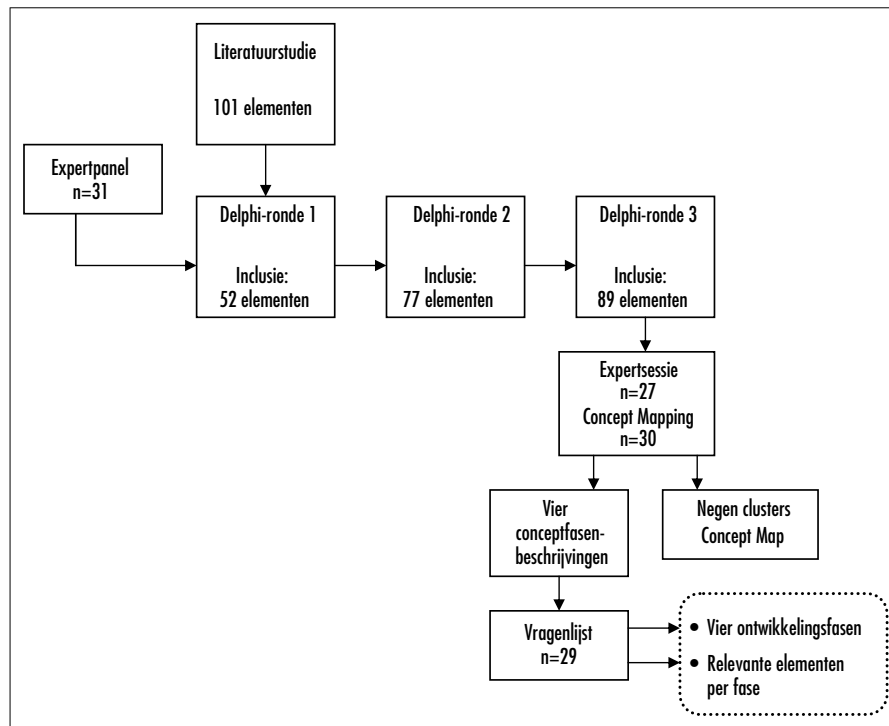
Wanneer we in de literatuur kijken naar wat bekend is over de ontwikkeling van ketens in vergelijking met de ontwikkeling van organisaties, valt op dat over laatstgenoemde verreweg meer publicaties voorhanden zijn. Al vanaf de jaren zestig beschrijven veel auteurs levenscycli of stadia, veelal drie tot vijf, die organisaties kunnen doormaken. Greiner (1972) was een van de eersten die zes groeifasen definieerde, waarbij iedere volgende fase na een crisis werd bereikt. De zes fasen kenmerken zich door groei door creativiteit (fase 1), groei door richting geven (fase 2), groei door delegeren (fase 3), groei door coördineren (fase 4) en groei door samenwerken (fase 5). De zesde, later door Greiner toegevoegde fase, is gericht op het aangaan van allianties, netwerken of fusies. D’Aunno en Zuckermann (1987) beschrijven een vierfasenmodel voor samenwerkingsverbanden in de zorg van ten minste twee organisaties. Deze fasen zijn ‘ontstaan van een coalitie’, ‘transitie naar een federatie’, ‘volwassenheid van de federatie’, en ‘kritische kruispunten’. Zij baseren hun model op een samenvoeging van eerdere levenscyclusmodellen, maar een empirische onderbouwing ontbreekt. Phelps (2007) benadrukt de beperkingen van levenscyclimodellen. Er is geen consensus over het aantal fasen, noch over de definities en de kenmerken van de fasen. Ook is een lineaire ontwikkeling twijfelachtig, een evolutionair of discontinu perspectief lijkt meer realistisch. Latere studies zijn meestal meer probleemgeoriënteerd en benoemen dominante managementproblemen als aanleiding voor overgangen in fasen. Ondanks deze kritiek en de beperkte evidentie van de diverse modellen, beschrijven veel auteurs fasen of stadia van ontwikkeling. Het lijkt erop dat deze modellen bruikbaar zijn in (conceptuele) discussies over ontwikkeling van organisaties en het zicht krijgen op veelvoorkomende patronen. Een interessante vraag is of ketensamenwerkingsverbanden ook ontwikkelingsfasen doormaken. Als we kijken welke van de eerdergenoemde ketenkwaliteitsmodellen iets over fasering zeggen, valt op dat alleen het HKZ-kader en het INK-ontwikkelingsmodel voor ketenmanagement dit doen. Het HKZ benoemt drie door te werken niveaus en het (niet zorgspecifieke) INK benoemt vijf fasen. Het CCM noemt wel vier stadia van implementatie (van weinig tot in hoge mate aanwezig), maar zegt niets over de gezamenlijke kenmerken van deze stadia (Bonomi et al., 2002).

Een ander gerelateerd vakgebied is de ontwikkeling van netwerken. Bij een netwerk is sprake van een min of meer stabiel patroon van sociale relaties tussen verschillende actoren (mensen, groepen of organisaties) die elkaar benutten om hun doel te halen zonder dat er een dominante actor is (Van Wijngaarden, 2006). De evidentie dat netwerken bijdragen aan betere uitkomsten van zorg is niet eenduidig. Waar sommige studies positieve effecten aangeven, vinden andere geen relaties. Echter, de logica om netwerken aan te gaan, ook in de zorg, is sterk en aansprekend. Een studie over netwerkorganisaties in het bedrijfsleven gaf aan dat vooral vertrouwen en gelijkheid van belang zijn in interorganisationale relaties (Smith Ring en Van de Ven, 1994). Dit toont de

complexiteit; samenwerkende organisaties hebben vaak verschillende belangen, invloeden en stakeholders. Ook al staat men positief ten opzichte van het samenwerkingsproces, dan nog kan het niveau van vertrouwen veranderen en ook afnemen in de tijd. Evident lijkt echter, dat netwerkorganisaties per definitie veranderen en zich ontwikkelen in de tijd. Over hoe dergelijke processen verlopen is nog weinig kennis aanwezig.

2. Onderzoeksmethode

Figuur 1.
Onderzoeksopzet



Het onderzoek is uitgevoerd in twee delen waarin meerdere methoden zijn ingezet (zie figuur 1). Om een set van elementen die van belang zijn voor het realiseren, verbeteren, innoveren en verduurzamen van ketensamenwerking te ontwikkelen, is gestart met een literatuurstudie. Een gestructureerde literatuurstudie is uitgevoerd (Pubmed, Cochrane) waarbij zo veel mogelijk bronnen (reviews, artikelen, thesen, rapporten en modellen) zijn geraadpleegd. Gebruikte zoektermen waren ‘integrated care’, ‘shared care’, ‘coordinated care’, ‘disease management’, ‘transmural care’, ‘comprehensive care’ of ‘intermediate care’ en ‘(quality) model’ (evenals Nederlandse vertalingen hiervan). Deze studie resulteerde in een set van 101 elementen van ketenzorg. Een element is gedefinieerd als een activiteit die gericht is op het ontwikkelen (realiseren, verbeteren, innoveren of verduurzamen) van ketenzorg, bijvoorbeeld ‘methoden die zelfmanagement bevorderen inzetten als een onderdeel van

ketenzorg'. Het onderzoeksteam reviewde de literatuurlijst en de lijst van elementen tot consensus en saturatie waren bereikt. Twee ervaren ketenprojectleiders toetsten de elementbeschrijvingen op duidelijkheid.

Vervolgens is een Delphi-studie uitgevoerd. In drie ronden beoordeelden 31 experts anoniem het belang van ieder element op een vierpunts-Likertschaal (van niet belangrijk tot zeer belangrijk). De experts hadden aantoonbare expertise in ketenzorg in de praktijk, onderzoek of beleid. Naast het beoordelen van de elementen kon men suggesties doen voor herformuleringen en nieuwe elementen voordragen. Geherformuleerde en nieuwe elementen werden in de volgende ronde voorgelegd aan de groep. Alle experts participeerden in de drie ronden (respons 100%). Uiteindelijk zijn 89 elementen door ten minste 80% van de experts beoordeeld als belangrijk en/of zeer belangrijk en hiermee geïnccludeerd in de uiteindelijke set.

Om de elementen op inhoudelijke samenhang te beoordelen en ordenen is vervolgens een Concept Mapping-studie uitgevoerd. Concept Mapping is een gestructureerde methode die sorteringen door experts combineert met multidimensional scaling en clusteranalyse (Trochim en Kane, 2005). In een sessie waaraan 27 van de experts deelnamen, groepeerde iedere expert individueel de 89 elementen (maximum van twaalf groepen) en gaf de groepen een label. Met behulp van het computerprogramma ARIADNE is vervolgens een puntmap berekend op basis van multidimensional scaling. De scalingprocedure positioneert elk element als een punt op de map. De coördinaten van de puntmap zijn vervolgens benut voor hiërarchische clusteranalyse, met als resultaat een map met negen clusters. Vervolgens bespraken negen subgroepen van experts ieder een cluster en deden een voorstel voor een clusternaam. De subgroepresultaten zijn daarna besproken in de hele groep experts.

Daarna is een vragenlijstonderzoek uitgevoerd bij hetzelfde expertpanel. In het eerste deel van de vragenlijst zijn vier conceptfasebeschrijvingen voorgelegd aan iedere expert. De vier beschrijvingen zijn vooraf ontwikkeld in een sessie met de experts. In een discussie met de experts over de onderzoeksvraag 'Hoe kan het ontwikkelproces van ketenzorg gekarakteriseerd worden?' was de conclusie dat verschillende ontwikkelingsfasen in ketensamenwerking te herkennen zijn in de praktijk. Vervolgens benoemden de experts tijdens de bijeenkomst in subgroepen aan de hand van een gestructureerde opdracht het aantal fasen en de kenmerken van iedere fase. Analyse van de subgroepresultaten resulteerde in een concept-vierfasenmodel. In de vragenlijst werden de beschrijvingen van de fasen voorgelegd en de vraag gesteld of men deze herkent in de praktijk (ja, nee, deels). Suggesties voor herformuleringen zijn verzameld en door het onderzoeksteam geanalyseerd. In het tweede deel van de vragenlijst reviewde iedere expert de 89 elementen in relatie tot de vier fasen. Experts gaven aan in welke fase men het element het meest aan de orde vond (gewicht score 3), en in welke andere fase(n) het eventueel eveneens aan de orde is (gewicht score 1). Deze keuze is gemaakt omdat elementen in meerdere fasen aan de orde kunnen zijn waarmee het uitsluitend moeten kiezen voor één

fase niet bruikbaar is. Descriptieve statistiek en frequentieanalyses zijn gebruikt bij analyse van de resultaten.

3. Resultaten en analyse

Literatuur

De literatuurstudie resulteerde in 101 elementen. De elementen lieten een focus zien van elementen die gericht zijn op organisationele aspecten van ketenzorg zoals afspraken over de logistiek van patiënten, het gebruik van protocollen, coördinatiemechanismen en het gebruik en overdragen van diverse soorten informatie in de keten.

Experts

Experts die gevraagd werden om deel te nemen aan de Delphi-studie en de expertbijeenkomst onderschreven het belang van de studie. Enkele kenmerken van de experts zijn: 58% vrouw, gemiddeld 44 jaar (SD 9.13), gemiddeld 8.89 jaar ervaring met ketenzorg (SD 5.48), 52% een zorginhoudelijke achtergrond, 48% een meer organisatiekundige of gezondheidskundige achtergrond. Experts waren verbonden aan universiteiten, kenniscentra, adviesbureaus, ketens in de praktijk of aan transmurale samenwerkingsverbanden. Opvallend was de goede respons in de studie. Geen van de experts is uitgevallen in de drie ronden van de Delphi-studie (respons 100%).

Delphi-studie en Concept Mapping

Bij iedere ronde van de Delphi-studie werd circa de helft van de gepresenteerde elementen geïnccludeerd (score >80% belangrijk/zeer belangrijk). Maar een klein percentage van de elementen (2 - 6%) werd beoordeeld als 'niet belangrijk'. Het aantal nieuw voorgestelde elementen en de suggesties voor herformuleringen daalden over de ronden (van gemiddeld 1.23 nieuwe elementen en 9.42 herformuleringen per expert in ronde 1, naar respectievelijk 0.10 en 1.29 in ronde 3). Uiteindelijk zijn 89 elementen geïnccludeerd in de definitieve set (Minkman et al., 2009). De Concept Mapping-studie resulteerde met behulp van hiërarchische clusteranalyse in een Concept Map met negen clusters. Nadere analyses toonden dat er geen significante verschillen waren in de manier van clustering tussen verschillende subgroepen van de experts (bijvoorbeeld rekening houdend met hun achtergrond of bron van expertise). De mate van overeenstemming in clustering tussen experts was hoog (range 0.64 - 0.87; gemiddeld 0.75, maximum 1).

Op basis van de set elementen die bij ieder cluster horen, zijn de namen voor de clusters bepaald. De negen clusternamen zijn: cliëntgerichtheid, ketenregie en logistiek, resultaatmanagement, optimale zorg, resultaatgericht leren, inter-professionele samenwerking voor doelgroepen, rol- en taakverdeling, ketencommitment en transparant ondernemerschap. In tabel 1 zijn de clusterschrijvingen weergegeven. De negen clusters bevatten tussen de drie en

achttien elementen. Op basis van de expertratings is van ieder element een prioriteitsscore (PS) berekend; deze varieert tussen 1.79 en 2.94 (maximumscore is 3). In de top 10 van elementen met de hoogste prioriteitsscores staan geen elementen afkomstig uit de clusters ‘ketencommitment’ en ‘resultaatgericht leren’.

Tabel 1. Clusters van het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg

Cluster 1: Cliëntgerichtheid (9 elementen, PS 2.23, SD 0.22)

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

Cluster 2: Ketenregie en logistiek (18 elementen, PS 2.26, SD 0.32)

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

Cluster 3: Resultaatsmanagement (16 elementen, PS 2.32, SD 0.14)

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

Cluster 4: Optimale zorg (5 elementen, PS 2.43, SD 0.20)

In het cluster optimale zorg gaat het om het ontwikkelen van een multidisciplinair zorgpad voor de keten gebaseerd op de behoeften van cliënten in de keten en op evidence-based richtlijnen of zorgstandaarden. Hiervoor zijn behoeften van de cliëntgroep inzichtelijk. Vertegenwoordigers van cliënten zijn betrokken bij het ontwikkelen, verbeteren en monitoren van de zorg.

Cluster 5: Resultaatgericht leren (12 elementen, PS 2.16, SD 0.13)

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

Cluster 6: Interprofessionele samenwerking voor doelgroepen (3 elementen, PS 2.30, SD 0.29)

Interprofessionele samenwerking voor doelgroepen bevat elementen zoals het omschrijven van de cliëntgroep waarop de ketensamenwerking zich richt en het werken in multidisciplinaire teams. Helder is wanneer professionals beschikbaar en toegankelijk zijn voor ketenpartners.

Cluster 7: Rol- en taakverdeling (8 elementen, PS 2.26, SD 0.20)

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

Cluster 8: Ketensamenwerking (11 elementen, PS 2.20, SD 0.18)

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

Cluster 9: Transparant ondernemerschap (7 elementen, PS 2.22, SD 0.19)

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

Vragenlijst ontwikkelingsfasen

De discussie met experts liet zien dat ketenontwikkeling in de praktijk wordt gezien als een meerjarig proces waarin verschillende fasen van ontwikkeling zijn te onderkennen. De negen subgroepen beschreven tussen de drie en vijf fasen. In de daaropvolgende discussie bereikten de experts consensus over een vierfasenmodel. De fasen zijn: de initiatief- en ontwerpfasen (fase 1); de experiment- en uitvoeringsfasen (fase 2); de uitbouw- en monitoringsfasen (fase 3) en de verduurzamings- en transformatiefasen (fase 4).

De concept-fasenbeschrijvingen zijn in de vragenlijst opnieuw voorgelegd aan de experts. De vraag was of men ze herkent in de praktijk en welke aanscherpingen in formulering te geven zijn. De respons op de vragenlijst was 94% (29 experts). De fasen werden in hoge mate door de experts geheel herkend: 86.2% bij fase 3, 82.8% bij fase 4, 79.3% bij fase 1 en 69.0% bij fase 2. Het percentage experts dat de fasen gedeeltelijk herkende was respectievelijk 13.8% (fase 3), 13.8% (fase 4), 20.7% (fase 1) en 31.0% (fase 2). Slechts één expert herkende één fase niet. De aanvullingen van experts zijn gebruikt voor het verbeteren van de fasenbeschrijvingen (zie tabel 2).

Tabel 2.
Ontwikkelingsfasen
van ketenzorg

Ontwikkelingsfasen van Ketenzorg

Fase 1: *Initiatief- en ontwerpfasen*

De ketensamenwerking is gestart of wordt geïntensiveerd. Er wordt gesproken over een gezamenlijk erkend probleem of een kans en de noodzaak en (on)mogelijkheden om hier gezamenlijk mee aan de slag te gaan. De doelgroep en het ketenproces zijn in kaart gebracht, evenals behoeften van klanten en diverse stakeholders. Het ambitieniveau, de motivatie van betrokkenen en de inzet van leiders bepalen de voortgang. Op basis van de ontstane ideeën en het aanwezige vertrouwen maakt een multidisciplinair team een ontwerp voor een experiment of een project en legt men de samenwerking eventueel vast in een samenwerkings- of intentieverklaring.

Fase 2: *Experiment- en uitvoeringsfasen*

Er worden projecten of experimenten uitgevoerd. De doelen en inhoud van de ketensamenwerking worden aangescherpt en vastgelegd in afspraken en zorgpaden. Er is afstemming tussen ketenpartners door middel van een ketenoverleg en het benoemen van een persoon met een coördinerende rol. Gegevens over werkwijzen, doelgroepen en kennis en kunde worden uitgewisseld. Resultaten worden geëvalueerd waarna bijstelling plaatsvindt. Randvoorwaarden voor projecten zijn afgewogen en middels gezamenlijke afspraken of middelen gedekt.

Fase 3: *Uitbouw- en monitoringsfasen*

De projecten zijn ingebed in of volgroeid tot een ketenprogramma. Afspraken over inhoud, taken en rollen en de organisatie van zorg zijn helder en liggen vast. Samenwerking is niet vrijblijvend. De resultaten worden systematisch gemonitord en verbeterpunten opgepakt. De bereikte populatie is in kaart gebracht. Er ontstaan meer initiatieven tot gezamenlijkheid zoals scholingsprogramma's. Financiering van de zorg op basis van structurele en reguliere middelen is het uitgangspunt. Er is een blijvend commitment aan de benodigde inzet en ambitie.

Fase 4: *Verduurzamings- en transformatiefasen*

De ketenzorg vormt de reguliere werkwijze en zorg. Een coördinatiepunt op ketenniveau is operationeel, informatie wordt gedeeld, overgedragen en teruggekoppeld. Organisatorische structuren transformeren of zijn nieuw ontworpen rondom de ketenzorg. Financiering is geregeld in integrale ketencontracten tussen aanbieder(s) en financiers. Er is sprake van continue verbetering en analyse van klant- en stakeholderbehoeften. Op succesvolle resultaten wordt verder gebouwd. Nieuwe samenwerkingsmogelijkheden worden verkend en gewogen. Een monitorings- en benchmarkstelsel laat periodiek zien waar resultaten geborgd zijn en waar verbetering mogelijk is.

Een volgende vraag is of alle elementen in alle fasen even belangrijk zijn. In het onderzoek is dat nagegaan door per element onderscheid te maken tussen ‘meest aan de orde’ (gewicht 3) en ‘eveneens aan de orde’ (gewicht 1). In tweede instantie zijn we nagegaan of het variëren met gewichten invloed heeft op de resultaten. In het algemeen bleek dat veel experts de elementen in meerdere fasen aan de orde vinden. 77 van de 89 elementen zijn ten minste door één expert gescoord als het ‘meest aan de orde’ in een van de vier fasen. De overige elementen werden beoordeeld door ten minste één expert als ‘meest aan de orde’ in drie fasen (11 elementen) of in twee fasen (1 element). De meeste ‘meest aan de orde’ scores die gegeven konden worden, scoorde men in fase 2 (812), daarna in fase 3 (781), fase 1 (675) en fase 4 (313). De meeste scores ‘eveneens aan de orde’ werden echter gegeven in fase 4 (1072), daarna in fase 2, 3 en 1. Analyses met andere scoregewichten (bijvoorbeeld 1 en 5 of 1 en 0) lieten geen significant andere resultaten zien. Bij fase 4 zien we dat de beschrijving door veel experts wordt herkend, maar dat de minste elementen specifiek zijn toegedicht aan die fase. Volgens de experts komt dit doordat fase 4, de verst ontwikkelde fase, nog het minst voorkomt in de huidige praktijk en hiermee het minst uitgekristalliseerd is.

Tabel 3.
Top 10 elementen
per fase

Fase 1: Initiatief- en ontwerpfasen		
Positie	Gewicht*	Element
1	65.83 %	Het vastleggen van de ambitie en doelen van de ketensamenwerking
2	65.49 %	De cliëntengroep omschrijven waarop de ketensamenwerking zich richt
3	52.46 %	Kenmerken van het gezamenlijke ‘ketenproduct’ benoemen en vaststellen
4	46.15 %	Zorg dragen voor commitment van de leidinggevenden van de deelnemende organisaties
5	45.08 %	Een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het eindresultaat afspreken
6	42.37 %	Afhankelijkheden tussen de ketenpartners benoemen
7	41.13 %	Omschrijven welke taken en bevoegdheden leiding, coördinator, bestuur en adviesraden in de keten hebben
8	40.87 %	Afspraken maken over verwijzing en overdracht van cliënten binnen de keten
9	40.83 %	De samenwerkingsafspraken tussen alle betrokken ketenpartners vastleggen
10	40.34 %	Afspraken maken over omgaan met en uitwisselen van cliëntgegevens

* Percentage van de totale score in deze fase (‘meest aan de orde’ gewicht 3, ‘eveneens aan de orde’ gewicht 1)

Tabel 3.
Top 10 elementen
per fase (vervolg)

Fase 2: Experiment- en uitvoeringsfase		
Positie	Gewicht	Element
1	52.76 %	Regulier direct contact tussen professionals in de keten realiseren
2	48.36 %	Gemeenschappelijke zorgplannen hanteren
3	47.90 %	Inzetten van gespecialiseerde verpleegkundigen die ketenbreed werkzaam zijn
4	46.92 %	Afstemming in de keten bereiken door wederzijds overleg tussen professionals
5	45.11 %	Gebruiken van evidence-based richtlijnen en standaarden
6	44.80 %	Monitoren van successen en resultaten gedurende de ontwikkeling van de keten
7	44.35 %	Afspraken maken over de ontslagplanning van cliënten
8	43.85 %	Werken in multidisciplinaire teams
9	42.86 %	Zorg dragen dat medewerkers in de keten zijn geïnformeerd over elkaars deskundigheid en taken
10	42.52 %	Informatie over de cliëntenstromen (aantallen, doorlooptijden) van de keten verzamelen

Fase 3: Uitbouw- en monitoringsfase		
Positie	Gewicht	Element
1	50.41 %	Een systematiek hanteren van periodieke toetsing en evaluatie van afspraken, aanpak en resultaten
2	49.14 %	Flexibiliteit in het aanpassen van de ketenzorg voor individuele cliënten inbouwen
3	47.20 %	Registreren en analyseren van (bijna)fouten in de keten
4	46.67 %	Afspraken maken over het introduceren en integreren van nieuwkomers in de keten
5	46.40 %	Gezamenlijke scholingsprogramma's en leeromgevingen in de keten gebruiken
6	45.38 %	Cliëntenvertegenwoordigers betrekken bij verbetertrajecten in de keten (bijvoorbeeld door middel van cliëntenpanels)
7	45.30 %	Aandacht voor cliënten met multi- of co-morbiditeit inbouwen
8	44.35 %	Gezamenlijk kennis opdoen om innovaties in de ketenzorg te ontwikkelen
9	43.97 %	Koppelingen ontwikkelen tussen databases van ketenpartners
10	43.90 %	Het zichtbaar maken van de effecten van de ketensamenwerking op de productie van de ketenpartners

Tabel 3.
Top 10 elementen
per fase (vervolg)

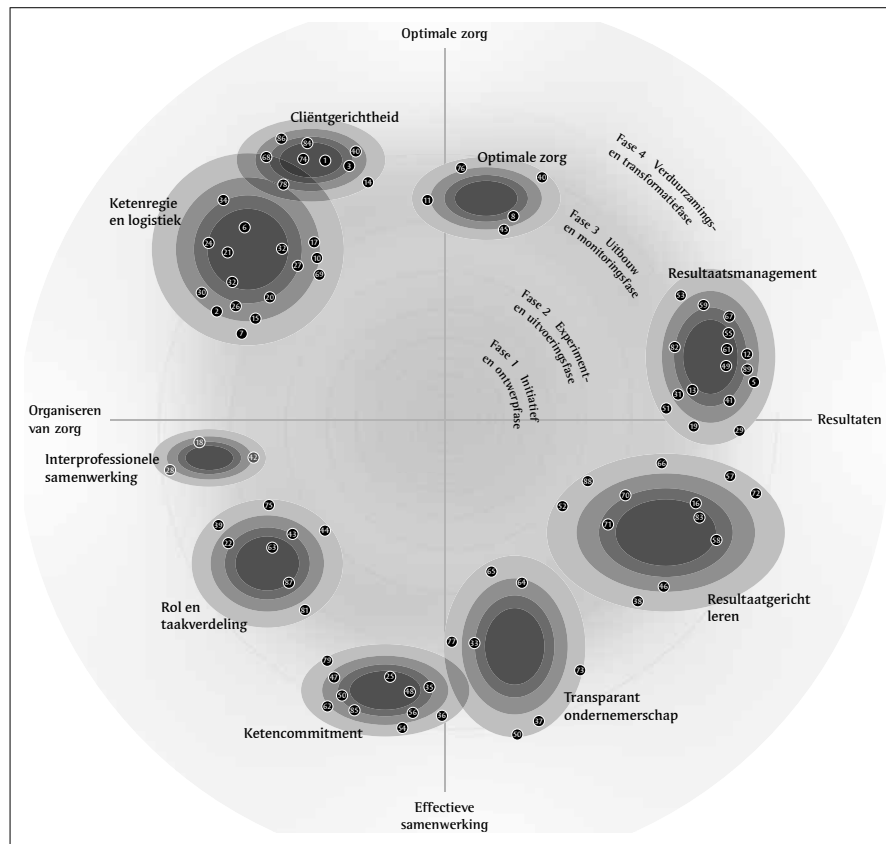
Fase 4: Verduurzamings- en transformatiefase		
Positie	Gewicht	Element
1	40.18 %	Het gezamenlijk aanbieden van een ketencontract aan de financiers
2	39.17 %	Consequenties verbinden aan het al dan niet behalen van ketendoelen
3	39.02 %	Incentives inbouwen die behaalde en afgesproken kwaliteit belonen
4	29.77 %	Regulier bestuurlijk overleg houden met externe partijen (gemeente, inspectie, zorgverzekeraar)
5	29.69 %	Kennis delen over het doelmatig opzetten, verankeren en onderhouden van ketens met de deelnemende organisaties in de ketens
6	28.80 %	Gezamenlijke scholingsprogramma's en leeromgevingen in de keten gebruiken
7	28.00 %	Registreren en analyseren van (bijna)fouten in de keten
8	27.27 %	Het ontwikkelen van specifieke zorgprogramma's voor subgroepen binnen de keten
9	27.27 %	Overeenstemming bereiken tussen ketenpartners over het loslaten van domeinen
10	27.20 %	Budgetafspraken maken over de organisatie van de ketenzorg

Voor het inzien van alle 89 elementen van het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg verwijzen wij naar onderstaande referentie of kan contact worden opgenomen met de eerste auteur (m.minkman@vilans.nl).

Minkman, M.M.N., C.T.B. Ahaus, I.N. Fabbriotti, U.W. Nabitz en R. Huijsman – A quality management model for integrated care: results of a Delphi and Concept Mapping study. – In: *International Journal for Quality in Health Care* 21 (2009), p. 66-75

De negen clusters met daarin de 89 elementen en de vier ontwikkelingsfasen vormen samen het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg. Visueel is dit model weergegeven in figuur 2.

Figuur 2.
Het Ontwikkelings-
model voor Ketenzorg



4. Discussie en conclusie

De combinatie van een literatuurstudie, een Concept Mapping-studie, een vragenlijstonderzoek en het intensief betrekken van experts bleek een bruikbare strategie om tot de basis voor een Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg te komen. De hoge respons en de strikt gevolgde procedures dragen bij aan de interne validiteit van het model. Veel elementen uit de literatuurstudie zijn bevestigd door de experts. Geëxcludeerde elementen waren vaak wat minder specifiek dan gerelateerde wel geïncludeerde elementen of behelsden de wat 'zachtere' aspecten in ketensamenwerking zoals de cultuur of gedeelde waarden in de keten.

Het is interessant om het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg te vergelijken met de andere in de inleiding genoemde kwaliteitsmodellen. Een aantal overeenkomsten valt op. De clusters 'management van processen' en 'management van medewerkers' van het EFQM/INK-model (en het daarop gebaseerde Kwaliteitsmodel Ketenzorg) en de clusters 'delivery system design' en 'clinical information systems' van het CCM overlappen met onze clusters 'ketenregie en logistiek', 'interprofessioneel teamwerk' en 'rollen en taken'. Ook besteden

deze modellen alle drie aandacht aan resultaten, hoewel het EFQM dit opsplijt in vier gebieden en ons model verschillende soorten resultaten samenpakt in één cluster ‘resultaatsmanagement’. Een opvallend verschil is wel dat ons model meer aandacht heeft voor leren en voor ondernemerschap. Het lerende aspect wordt door het EFQM wel benoemd om de organisatie te verbeteren, maar is geen eigenstandig cluster. Bij het CCM is dit aspect minder aan de orde en ligt de focus meer op het realiseren van productieve interacties tussen professionals en cliënten en de voorwaarden die hiervoor nodig zijn.

In ons model komt leiderschap aan de orde binnen verschillende clusters (rol-en taakverdeling, ketencommitment, transparant ondernemerschap), maar het is geen eigenstandig cluster zoals in het EFQM/INK. Er komen geen specifieke leiderschapsstijlen naar voren, naast het belang van gecommiteerd en betrokken zijn, afspraken maken en je daaraan houden. In het cluster ‘transparant ondernemerschap’ gaat het over het spanningsveld tussen samenwerken, concurreren en durven experimenteren. Dit is een actueel vraagstuk waar ook integrale financiering en contractering zoals keten-dbc’s en integrale bekostiging toe behoren. Dit kan de Nederlandse actualiteit weerspiegelen. Effectieve samenwerking (het uitspreken van commitment, het helder afspreken van rollen en taken van alle ketenpartners) en de meer voorwaardelijke kant om ketenzorg te realiseren (werkwijzen, ondernemerschap) hebben meer nadruk in ons model. Het is de kunst om de keten voor een bepaalde cliëntgroep goed te organiseren (cluster ‘optimale zorg’), bijvoorbeeld door gebruik te maken van een zorgpad waarin wel ruimte is om zorg specifiek op het individu toe te snijden (cluster ‘cliëntgerichtheid’).

Het aantal van vier ontwikkelingsfasen correspondeert met de studie van Phelps et al. (2007). Hoewel gericht op organisaties, vonden zij in 70% van de 33 gevonden fasemodellen drie tot vijf fasen en bij de meeste vier fasen. Quinn en Cameron (1983) ontwikkelden eveneens een model met vier fasen, gebaseerd op een analyse van negen levenscyclimodellen. In dat model karakteriseert de eerste fase zich eveneens door veel ideeën, opstartende activiteiten en nog weinig regie en formaliteit. De vierde fase overlapt eveneens met de onze, betreffende het veranderen van structuren van de samenwerking, het uitbreiden van domeinen en het invoeren van vernieuwende concepten. De tussenliggende fasen zijn vooral gericht op vasthouden, formalisatie en meer controle, terwijl onze studie laat zien dat er een constante dynamiek is in alle fasen, gelijk de literatuur over netwerken. De ketensamenwerking is voortdurend in beweging, verandert en vernieuwt in elke fase van de ontwikkeling.

De recente INK-brochure ‘Samen werken in de keten’ (INK, 2010) spreekt niet over fasen zoals in het oorspronkelijke INK-ontwikkelingsmodel, met daarin de fase ‘ketengerichtheid’. Ze beschrijft vijf typologieën van ketens, ook uit het bedrijfsleven, met verschillende ‘drivers’ om tot samenwerking te komen. De typologieën tonen dat de mate van integratie in ketens verschilt en daarmee de vrijblijvendheid en de gekozen vorm. De andere kwaliteitsmodellen, zoals het CCM en het HKZ, zijn minder uitgesproken over fasering. Het CCM defini-

eert vier stadia van ontwikkeling waarbij de mate van implementatie van de diverse elementen toeneemt per stadium. De stadia zelf zijn niet omschreven. Het CCM geeft hiermee aan dat alle elementen in alle stadia aan de orde zijn. In onze studie blijken eveneens veel elementen in meerdere fasen van toepassing, maar niet altijd in dezelfde mate. De top 10 van elementen die per fase de hoogste scores hebben, laat duidelijk een match zien met de kwalitatieve fasenbeschrijvingen. Hoewel veel elementen aan de orde blijven, verschilt het accent per fase. Het HKZ-normstelsel spreekt niet over fasen, maar benoemt drie niveaus. Niveau 1 stelt eisen aan de samenwerking in een keten wat betreft de directe zorg aan de cliënt. Op niveau 2 worden eisen gesteld aan de organisatie van ketenzorg. Het is duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is en wie de regie heeft. Als voldaan wordt aan de eisen op het derde niveau behaalt de keten een HKZ/ISO-certificaat (ISO 9001-2000).

De fasenbeschrijvingen in ons onderzoek zijn bedoeld als karakterisering van mogelijke stappen in de ontwikkeling van ketens en spreken geen oordeel uit. De experts gaven aan dat de fasen behulpzaam zijn om de praktijk te duiden, maar ze hebben geen voorspellende waarde. Dit verschilt van sommige fasenmodellen in de literatuur, die spreken van voorspelbare patronen die organisaties (zouden moeten) doormaken. Soms zijn fasen ook gericht op achteruitgang of het beëindigen van de organisatie of samenwerking. Interessant genoeg is dit in onze studie niet aan de orde gekomen, terwijl toch ook ketenzorgtrajecten niet altijd slagen of kampen met perioden van terugval doordat rollen en belangen veranderen, er nieuwe spelers of omstandigheden zijn of een ketencoördinator vertrekt.

5. Beperkingen en toekomstig onderzoek

Het onderzoek heeft enkele beperkingen. Ondanks de literatuurstudie en het bij het onderzoek betrekken van een groot aantal experts met een breed spectrum aan expertise, kan niet gegarandeerd worden dat geen elementen gemist zijn. We hebben dit zo veel mogelijk ondervangen door vooraanstaande experts erbij te betrekken met tevens internationale (onderzoeks)ervaring en niet ‘open’ in Delphi te starten maar als basis een literatuurstudie uit te voeren. In de Delphi-studie bestond tevens de mogelijkheid om nieuwe elementen in te brengen. In de laatste ronde zijn geen nieuwe elementen meer ingebracht, wat een punt van saturatie aangeeft. Toekomstig onderzoek kan gericht zijn op het verder aanvullen van de lijst met elementen uit nieuwe ontwikkelingen. Een tweede beperking is de setting. Hoewel de literatuurstudie internationaal van karakter is, zijn de experts Nederlands. De resultaten zullen daarom beïnvloed zijn door de Nederlandse context; het gezondheidszorgsysteem, de sociale waarden en de geschiedenis van keten- en kwaliteitsontwikkeling. Bekend is echter dat het vraagstuk van hoe integrale of ketenzorg te ontwikkelen in vele landen speelt. Wereldwijd hebben veel landen zorgstelsels waarin scheidingen zijn aangebracht tussen acute zorg, langdurende zorg en maat-

schappelijke ondersteuning. Een gezamenlijk vraagstuk is hoe deze zorg integraal aan te bieden, omdat veel cliënten juist zorg en ondersteuning nodig hebben uit de verschillende sectoren en van verschillende professionals. Wij denken dat de resultaten daarom ook internationaal interessant zijn, maar bevelen aan om deze studie ook in andere landen uit te voeren.

Een volgende aanbeveling, die dit jaar is opgepakt, is om het model te toetsen bij verschillende ketens in de praktijk om te bezien of het inderdaad generiek toepasbaar is. De eerste analyses bij in totaal meer dan tachtig beroerte-, dementie- en myocard-ketens laten een zeer hoge relevantie en toepasbaarheid zien.

Vervolgonderzoek naar de ontwikkelingsfasen is onze laatste aanbeveling. Hierbij denken wij aan onderzoek naar de relatie tussen de prestaties van een keten en de ontwikkelingsfase (presteren ver ontwikkelde ketens ook beter?) en aan onderzoek naar de competenties van ketenwerkers die in elke fase nodig zijn en wellicht per fase verschillen.

6. Implicaties voor de praktijk

Het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg, bestaande uit de negen clusters, 89 elementen en vier ontwikkelingsfasen, kent meerdere toepassingen in de praktijk. Het model laat zien wat belangrijke domeinen (clusters) en ‘ingrediënten’ (elementen) zijn bij het werken aan ketenzorg in de praktijk. Het model is bruikbaar als een framework voor evaluaties van ketenzorgprojecten of evaluatieonderzoek gericht op ketenzorg. Een toepassing waar momenteel al belangstelling voor bestaat, is het benutten van het model als basis voor een zelfevaluatietool voor ketens. Door het spiegelen van de eigen keten aan de 89 elementen en de ontwikkelingsfasen kan een ‘scan’ gemaakt worden van de huidige stand van zaken. De eigen fase-inschatting kan vergeleken worden met wat je volgens het model (de scores op de elementen) zou verwachten. Tevens kunnen er suggesties gedaan worden aan welke elementen de keten zou kunnen werken om de keten verder te ontwikkelen. De zelfevaluatie kan zo benut worden als ‘kwaliteitstool’ en input voor het maken van verbeterplannen voor de keten. Het model en de fasen zijn niet bedoeld of geschikt om ‘dwingend’ voor te schrijven welke acties ondernomen moeten worden, of om ontwikkelingen te voorspellen. Daarvoor is de werkelijkheid te pluriform en complex; het model helpt om te spiegelen en te inspireren.

Ketencoördinatoren van dementie-, beroerte- en myocard-ketens ervaren dat het scoren van elementen een inzichtgevende exercitie is die discussies op gang kan brengen. Het model zou tevens een basis kunnen zijn voor ketenvisitaties of -audits gericht op kwaliteitsverbetering van de keten. Het Landelijk CVA-netwerk Nederland beraadt zich hier momenteel op. Wanneer grote groepen ketens het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg benutten en de gegevens centraal samenkomen, kunnen ketens eveneens de eigen evaluatie spiegelen aan die van andere vergelijkbare ketens.

Literatuur

- Bonomi, A.E., E.H. Wagner, R.E. Glasgow, en M. VonKorff – Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. – In: *Health Services Research* 37 (2002), p. 791- 820
- D’Aunno, T.A., en H.S. Zuckermann – A life-Cycle Model of Organizational Federations: The Case of Hospitals. – In: *Academy of Management Review* 12 (1987), p. 534-545
- Greiner, L.E. – Evolution and Revolution as Organizations Grow. – In: *Harvard Business Review* 50 (1972), p. 37-46
- Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector. – Normstelsel Ketenkwaliteit in de diabeteszorg. – Utrecht : HKZ, 2007
- Hébert, R., P.J. Durand, N. Dubuc, en A. Tourigny – Prisma: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. – In: *International Journal of Integrated Care* 3 (2003)
- Hébert, R., en A. Veil – Monitoring the degree of implementation of an Integrated Delivery System. – In: *International Journal of Integrated Care* 4 (2004)
- Inspectie voor de Gezondheidszorg – Staat van de gezondheidszorg 2003, ketenzorg bij chronische ziekten. – Den Haag : IGZ, 2003
- Instituut Nederlandse Kwaliteit – *Samen werken in de keten*. – Utrecht : INK, 2010
- Minkman, M.M.N., K. Ahaus, en R. Huijsman – Modellen voor ketenkwaliteit. – In: Henk Rosendal (red.) – *Ketenzorg, praktijk in perspectief*, H26, p. 277-292. – Maarssen : Elsevier gezondheidszorg, 2009
- Minkman, M.M.N., C.T.B. Ahaus, I.N. Fabbriotti, U.W. Nabitz, en R. Huijsman – A quality management model for integrated care: results of a Delphi and Concept Mapping study. – In: *International Journal for Quality in Health Care* 21 (2009), p. 66-75
- Minkman, M.M.N., C.T.B. Ahaus, en R. Huijsman – A four phase development model for integrated care services in the Netherlands. – In: *BMC Health Services Research* 42 (2009), p. 1-11
- Ouwens, M., H. Wollersheim, R. Hermens, M. Hulscher, en R. Grol – Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. – In: *International Journal for Quality in Health Care* 17 (2005), p. 141-146
- Phelps, R., R. Adams, en J. Bessant – Life cycles of growing organizations: A review with implications for knowledge and learning. – In: *International Journal of Management Review* 9 (2007), p.1-30
- Quinn R.E., en K. Cameron – Organizational life cycles and shifting criteria of effectiveness: some preliminary evidence. – In: *Management Science* 29 (1983), p. 33-51
- Raak, A., I. Mur-Veeman, B. Hardy, M. Steenberg, en A. Paulus – *Integrated care in Europe. Description and comparison of integrated care in six EU countries*. – Maarssen : Elsevier Gezondheidszorg, 2003

- Reilly, S., D. Challis, A. Burns, en J. Hughes – Does integration really make a difference? A comparison of old age psychiatry services in England and Northern Ireland. – In: *International Journal of Geriatry & Psychiatry* 18 (2003), p. 887-93
- Shortell, S.M., R.R. Gillies, D.A. Anderson, L.M. Erickson, en J.B. Mitchell – Integrating health care delivery. – In: *Health Forum Journal* 43 (2000), p. 35-39
- Smith Ring P., en A.H. Van de Ven – Developmental processes of cooperative interorganizational relationships. – In: *Academy of Management Review* 19 (1994), p. 90-118
- Steuten, L.M.G, H.J.M. Vrijhoef, C. Spreeuwenberg, en G.G. Van Merode – Disease management within its organisational context. Review towards components and organisational context of disease management programmes throughout the world. – In: *Evaluation of disease management programmes for chronically ill*. – Maastricht : Maastricht University Press, 2006
- TNO, Preventie en Gezondheid & Zorgnetwerk Land van Cuijk en Noord-Limburg. – *Kwaliteitskader Ketenzorg*. – Leiden : TNO, 2004
- Trochim, W., en M. Kane – Concept mapping: an introduction to structured conceptualization in health care. – *International Journal of Quality in Health Care* 17 (2005), p. 187-91
- Wagner, E.H., B.T. Austin, C. Davis, M. Hindmarsh, J. Schaefer, en A. Bonomi – Improving chronic illness care: translating evidence into action. – In: *Health Affairs* 20 (2001), p. 64-78
- Wijngaarden. J.D. van, A. de Bont, en R. Huijsman – Learning to cross boundaries: the integration of a health network to deliver seamless care. – In: *Health Policy* 79 (2006), p. 203-213.