

Integrale ouderenzorg in de regio Maassluis, Vlaardingen en Schiedam

Een kwalitatief onderzoek naar interorganisatorische samenwerking voor
de verschuiving van silo's naar integratie.



Universiteit Utrecht

Naam: Nina van Rossem (5546141)

Studie: MSc Publiek Management

Eerste lezer: Dr. Erna Ruijer

Tweede lezer: Dr. Martijn van der Meulen

Datum: 24 augustus 2022

Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt het eindresultaat van mijn onderzoek waar ik eind maart 2022 mee begon; mijn masterthesis. Blij ben ik dat een onderwerp wat mij zo na het hart ligt – namelijk ouderenzorg – heb kunnen onderzoeken en hopelijk iets heb kunnen bijdragen aan het verbeteren van het organiseren ervan. Toen ik 6 jaar geleden begon met studeren, had ik nooit verwacht dat mijn interesse voor dit onderwerp zo groot zou zijn. Hiervoor moet ik ook mijn huidige werkgever Bartholomeus Gasthuis bedanken, waar ik gelijktijdig ben gaan werken in mijn studententijd. Het werken met ouderen heeft mij geraakt en tijdens de coronacrisis merkte ik nog meer hoe belangrijk goede zorg – in al haar facetten- is voor deze doelgroep. Ik heb de mogelijkheid gekregen om mijn onderzoek in samenwerking met DSW Zorgverzekeraar te doen. Hierdoor heb ik de kans gekregen om mij echt te verdiepen in de ouderenzorg in de regio Schiedam. Ik wil Soesja graag bedanken voor de tijd en energie die ze erin heeft gestoken om mij bekend te maken bij DSW, samen te sparren over de richting van mijn onderzoek, en een duwtje de goede richting op te geven met het werven van respondenten.

Mijn thesis staat niet zonder slag of stoot op papier. Na een periode van extra werk in de zomer maar vooral met heel veel steun van mijn omgeving heb ik deze thesis toch kunnen afronden. Hiervoor wil ik in het bijzonder een aantal mensen bedanken. Ten eerste Yiwan en Fleur die mijn tijd bij DSW Zorgverzekeraar een stuk gezelliger en aangenamer hebben gemaakt, maar er ook waren om te relativeren en me verder te helpen als ik vastliep. Ten tweede Annemijn, Christa, Sabrina, Veronique en Eva, vriendinnen die hebben meegelezen, meegedacht, maar mij vooral steunden. Ten derde mijn ouders, broertje en tante, die mij mentaal bij hebben gestaan toen ik er echt dacht dat mijn thesis er nooit ging komen. Ten vierde Renée, met wie ik eindeloze appgesprekken en biebssessies heb gehad over hoe zwaar een thesis schrijven is en vooral in de zomer, maar met wie ik wel tegelijkertijd mijn scriptie heb afgeschreven. Ten vijfde mijn begeleider Erna, die naast consequente inhoudelijke feedback ook begreep hoe zwaar dit proces mentaal voor mij was, en mij daarin altijd serieus heeft genomen, gesteund heeft, maar mij ook verzekerd heeft van mijn eigen kunnen. Ten slotte mijn vriend Jaap, die ruim vijf maanden elke dag een steun was en altijd in mij en mijn kunnen heeft geloofd, als ik er niet meer in geloofde. Daarvoor ben ik jullie voor altijd dankbaar.

Rest mij alleen nog te zeggen: ik wens u plezier met het lezen van mijn masterthesis!

Samenvatting

In het gefragmenteerde zorgstelsel van Nederland is er steeds meer behoefte aan het integreren van verschillende zorgdomeinen voor het leveren van integrale ouderenzorg. Naast medische zorg, is ook sociale zorg van belang. Ouderen zijn een steeds groter deel van de bevolking en maken over het algemeen gebruik van allerlei vormen van zorg. In dit onderzoek is in de context van regio Maassluis, Vlaardingen en Schiedam onderzocht welke factoren voor samenwerking kunnen bijdragen aan deze verschuiving van silo's naar integratie. De volgende onderzoeksvraag is beantwoord in dit onderzoek: *Hoe kan interorganisatorische samenwerking bijdragen aan de verschuiving van silo's naar integratie in de ouderenzorg in de regio Maassluis, Vlaardingen en Schiedam?*

Om dit te onderzoeken zijn 23 semigestructureerde interviews gehouden met managers, beleidsmedewerkers en professionals werkzaam in de medische en sociale ouderenzorg. De resultaten geven aan dat er voornamelijk behoefte is aan meer coördinatie en structuur voor de verschuiving naar integratie. Voor managers en beleidsmedewerkers is het daarnaast ook belangrijk dat zij elkaar en elkaars culturen beter leren kennen en een groter urgentiebesef voelen voor integratie. Daarnaast speelt de rol van financiering een belangrijke rol. Dit onderzoek draagt bij aan de bestaande theorie omdat factoren voor samenwerking nog niet eerder in Nederlandse context zijn getoetst op de verschuiving van silo's naar integratie. Hierbij wordt ook duidelijk dat de bovengenoemde factoren expliciet van belang zijn in de eerste fase van het proces van de verschuiving naar integratie. Vervolgonderzoek kan zich richten op het kwantificeerbaar maken van deze resultaten ter versterking van de gevonden resultaten, maar ook op het opzetten van gezamenlijke en gebundelde financiering voor integrale ouderenzorg.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting.....	3
Inhoudsopgave	4
Hoofdstuk 1: Inleiding.....	7
1.1. Aanleiding.....	7
1.2. Probleemstelling	8
1.3. Doelstelling.....	9
1.4. Onderzoeksvraag	10
1.5. Wetenschappelijke relevantie	10
1.6. Maatschappelijke relevantie	12
1.7. Onderzoeksopzet	12
Hoofdstuk 2: Theoretisch kader.....	13
2.1. Het bestaan van silo's en het overstijgen ervan	13
2.1.1. Ontstaan van silo's	13
2.1.2. Gevolgen van silo-structuur	14
2.1.3. Over de grenzen van silo's heen	15
2.1.4. Integrale zorg.....	16
2.2. Integratie van systemen.....	17
2.2.1. Integratie.....	17
2.2.2. Vormen van interacties	18
2.3. <i>Collaborative governance</i>	20
2.3.1. Definitie van <i>collaborative governance</i>	20
2.3.2. Samenwerking in de gezondheidszorg	21
2.4. Van silo's naar integratie: de belangrijkste samenwerkingsfactoren	21
2.4.1 Factoren voor het doorbreken van silo's naar integratie	22
2.4.2. Initiële factoren voor verbeteren van samenwerking	22
2.4.3. Procesfactoren voor het verbeteren van samenwerking.....	23
2.4.4. Factoren die bijdragen aan samenwerking vanuit de gezondheidszorgliteratuur.....	25
2.4.5. Naar een conceptueel model	26
Hoofdstuk 3: Methode	28

3.1. Type onderzoek	28
3.2. Methode en technieken.....	29
3.2.1. Semigestructureerde interviews	29
3.2.2. Respondentenwerving	30
3.3. Dataverzameling en verwerking.....	31
3.3.1. Omgang met de data.....	31
3.3.2. Ethiek en integriteit.....	31
3.4. Operationalisatie.....	32
3.4.1. Beantwoording empirische vragen.....	32
3.4.2. Indicatoren en operationalisatie	32
3.5. Betrouwbaarheid en validiteit.....	38
3.5.1. Betrouwbaarheid	38
3.5.2. Validiteit.....	38
Hoofstuk 4: Resultaten	40
4.1. Organisatie van ouderenzorg in Maassluis, Vlaardingen en Schiedam	40
4.1.1. Relaties.....	41
4.1.2. Problemen	42
4.1.3. Interne en externe gerichtheid.....	44
4.1.4. Deelconclusie deelvraag 1.....	44
4.2. Integratie	45
4.2.1. Mate van integratie	45
4.2.2. Vorm van interactie.....	45
4.2.3. Deelconclusie 2	47
4.3. Verschuiving van silo's naar integratie	47
4.3.1. Betrokkenheid van verschillende sectoren intensiveren	47
4.3.2. Bereidheid voor samenwerking	49
4.3.3. Noodzaak voor integratie	50
4.3.4. Onderlinge afhankelijkheid.....	50
4.3.5. Structurele inbedding door uitbouwen van relaties en netwerken	51
4.3.6. Coördinerende organisatie	52
4.3.7. Overeenstemming probleem.....	53
4.3.8. Conflict	54
4.3.9. Vertrouwen	54
4.3.10. Gezamenlijk doel.....	55
4.3.11 Financiële prikkels.....	55

4.3.12 Samenwerking structureler opzetten	56
4.3.13 Tijd geven en creëren	57
4.3.14. Deelconclusie 3	57
Hoofdstuk 5: Discussie	58
5.1. Het bestaan van silo's in het zorgsysteem	58
5.2. De professional en de manager	59
5.3. Managers mee krijgen in de transitie naar integratie.....	60
5.4. Bestuurlijke besluiten communiceren door de gehele organisatie.....	61
5.5. De rol van financiering.....	62
5.6. Inspelen op behoefte aan meer coördinatie en structuur	63
Hoofdstuk 6: Conclusie	65
6.1. Wetenschappelijke bijdrage	65
6.2.1. Maatschappelijke bijdrage	66
6.2.2. Praktische implicaties	67
6.3. Theoretische en methodologische implicaties	68
Appendix	82
A.1. Indicatoren aansluitend bij vragenlijst	82
A.2. Vragenlijst	84
A.3. Codeboom	86
A.4. Afkortingen.....	88

Hoofstuk 1: Inleiding

1.1. Aanleiding

Nederland wordt oud. Door vergrijzing zal de bevolkingssamenstelling in Nederland de komende jaren sterk veranderen. Het aandeel van ouderen op de totale bevolkingssomvang is gestegen en stijgt nog altijd verder. Dit heeft gevolgen voor de volksgezondheid en de houdbaarheid van het huidige zorgsysteem, hetgeen al onder druk staat door gevolgen van de coronacrisis, financiële druk en capaciteitstekort. Het aantal mensen met twee of meer chronische aandoeningen zal in 2040 stijgen naar 5,5 miljoen, waar dit in 2015 nog 4,3 miljoen was (VTV2018, 2018). In 2040 is de prognose dat ouderdomsziekten de meest voorkomende aandoeningen zijn en dementie de meeste ziektelast veroorzaakt (VTV2018, 2018). Om het tijt te keren zoeken gemeenten, welzijnsorganisaties, zorgaanbieders en andere actoren die actief zijn in de gezondheidszorg elkaar op, om samen te werken aan deze maatschappelijke opgave.

Samenwerking tussen organisaties wordt als de oplossing gezien voor ongewenste fragmentatie in een gezondheidssysteem (Goodwin, 2016; Vrijhoef, Baan, Nieburg, Batenburg, & Valentijn, 2017). Fragmentatie zorgt voor een ineffectieve manier van omgaan met schaarse middelen zoals geld en personeel. De zorgverzekeraar en zorgkantoor Delfland, Schieland, Westland (DSW) is actief in de regio Schiedam en werkt samen met verschillende partijen die betrokken zijn bij ouderenzorg. Er wordt onder andere samengewerkt met gemeenten en zorgaanbieders in de regio Westland, Schieland en Delfland onder het programma *Gezond en Wel Ouder worden (GWO)*. In deze samenwerking wordt gewerkt aan de opgave ouderenzorg met de intentie om een verandering te bewerkstelligen die bijdraagt aan het kunnen blijven leveren van kwalitatief goede en toegankelijke ouderenzorg (Gezond en Wel, n.d.). Het programma werkt in vier pijlers: intramurale capaciteit en nieuwe woonoplossingen, personeel, netwerkzorg en preventie. Onder elk thema worden mogelijkheden verkent om vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), welzijn en de Zorgverzekeringswet (Zvw) op een integrale manier zorg te kunnen aanbieden (Gezond en Wel, n.d.). Onder het thema preventie is vooral oog voor de behoefte van ouderen door het plegen van integrale interventies. Onder het thema netwerkzorg wordt aandacht geschonken aan het doorbreken van de schotten in het systeem, waardoor ouderen makkelijker door kunnen stromen, ook weer met oog op de behoefte voor de patiënt. Verandering in de ouderenzorg kan worden bewerkstelligd door een integrale zorgaanpak die wordt gedragen en uitgevoerd door de betrokken partijen over de grenzen van het bestaande

zorgsysteem heen. De (zorg)behoeften van ouderen op een integrale manier onderzoeken en hiernaar te handelen maakt het ontvangen van zorg prettig voor de ouderen doordat zij vaste gezichten zien, het waarborgt continuïteit van zorg en de behoeften en wensen van ouderen (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [RIVM], 2022).

1.2. Probleemstelling

DSW zoekt naar efficiënte samenwerking met de belangrijkste partners in de regio voor het leveren van goede ouderenzorg over de grenzen van het zorgstelsel heen. Het overstijgen van de grenzen van het zorgsysteem is noodzakelijk voor het effectiever besteden van hulpbronnen maar ook voor aanbieden van integrale zorg. Integrale zorg kan gedefinieerd worden als: “het in samenhang vormgeven van preventie, zorg en welzijn om de gezondheid en kwaliteit van zorg te verbeteren en de groei in kosten te verminderen” (Vrijhoef et al., 2017, p. 209). Ook de Nederlandse overheid richt zich op een integrale benadering van zorg. In het coalitieakkoord 2021-2025 “Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst” is passende zorg en een integraal aanbod over de domeinen heen één van de pijlers van de zorgopgave (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], 2022a). Het akkoord benadrukt dat onder andere samenwerking tussen zorgverleners, zorgaanbieders en zorgdomeinen noodzakelijk is voor het kunnen bieden van zorg aan de steeds groter wordende groep ouderen (VWS, 2022a). Ook zijn er onderhandelingen gaande over een integraal zorgakkoord waarbij er meer aandacht zal gaan naar samenwerking tussen het sociale domein, huisartsenzorg en GGZ, preventie en leefstijlgeneeskunde, waarde gedreven zorg met de patiënt, kwaliteit, uitkomstgerichte zorg en regionale samenwerking (VWS, 2022b).

Echter is het uitvoeren van een integrale zorgaanpak een uitdaging omdat verregaande specialisatie van aanbieders en gefragmenteerde financieringsregelingen binnen de gezondheidszorg heeft geresulteerd in fragmentatie van het zorgstelsel (Westra, Angeli, Caree, & Ruwaard, 2017). Fragmentatie leidt tot een ineffektieve manier van omgaan met schaarse middelen zoals geld en personeel. Deze fragmentatie uit zich in een silo of schotten structuur tussen de organisaties die zich begeven in het zorgstelsel. De silo's die zich in het zorgstelsel bevinden zijn in hoofdlijnen ontstaan door specialisatie en differentiatie van taken en rollen. Hierdoor bedienen verschillende organisaties specifieke zorgproblemen. Integratie van zorg wordt vaak belemmerd door deze organisatorische silo's omdat een gefragmenteerde structuur integratie per definitie moeilijk kan faciliteren (Mervyn, Amoo, & Malby, 2019). Het integreren van de verschillende diensten die deze partners aanbieden kan worden gerealiseerd door

samenwerking (Goodwin, 2016; Vrijhoef et al., 2017). Axelsson en Axelsson (2006) noemen interorganisatorische samenwerking dan ook een voorwaarde voor integratie in de gezondheidszorg. Interorganisatorische samenwerking is volgens Vangen, Hayes en Cornforth (2015) een vorm van *collaborative governance*.

Collaborative governance, wordt de laatste decennia als een oplossing gezien van de problemen die de inefficiënte bureaucratie met zich meebrengt (Ansell & Gash, 2008; Emerson, Nabatchi, & Balogh, 2012; Lægreid, Sarapuu, Rykkja, & Randma-Liiv, 2015). Spierenburg et al. (2016) en Lemmens, Drewes, Lette en Baan (2017) merken op dat nieuwe samenwerkingen rondom zorg tussen onder andere gemeenten, zorgverzekeraars, zorgaanbieders/professionals en burgers ontstaan. Gezondheidszorgsamenwerkingen kunnen het zorglandschap overzien en richting geven aan het coördineren van complexe zorgbehoeften binnen gemeenschappen om effectiever gezondheidsverbeteringen te bevorderen dan individuele organisaties (Hearld, Alexander, & Mittler, 2012). Daarom wordt er belang gehecht aan samenwerkingen tussen organisaties (Karam, Brault, Van Durme, & Macq, 2018). Ondanks dit bewustzijn is er nog steeds sprake van fragmentatie en duplicatie van zorg, zeker als dit door professionals uit verschillende organisaties wordt geleverd (Karam et al., 2018).

1.3. Doelstelling

Onderzoek over netwerksamenwerkingsverbanden gaan met name over de structuur, de processen en de uitkomsten van het werken binnen een samenwerkingsverband (Ansell & Gash, 2008; Emerson et al., 2012). Relatief weinig aandacht is er voor de voorwaarden of factoren voor het ontstaan van een netwerksamenwerking (Provan, Beagles, & Leischow, 2011). In gezondheidszorgliteratuur wordt er veel gesproken over het toewerken naar een integrale manier van zorg verlenen en onder welke condities dit mogelijk en wenselijk is (Brommelsiek, Graybill, & Gotham, 2019; Auschra, 2018; Embuldeniya, Kirst, Walker, & Wodchis, 2018; Pangborn, 2017). In de bestuurskundige literatuur zijn er een aantal onderzoeken gedaan naar factoren die invloed hebben op het vormen van een netwerk (Bryson, Crosby, & Middleton Stone, 2006; Axelsson & Axelsson, 2006; Kennedy, McKenzie, & Thomas, 2019).

Netwerksamenwerkingen worden de norm in het omgaan met publieke vraagstukken en vormt daarom een vruchtbaar en bovenal relevant uitgangspunt voor onderzoek. Daarnaast is integrale zorg een belangrijke nieuwe ontwikkeling in de gezondheidszorg. Zoals eerder benoemd is interorganisatorische samenwerking een voorwaarde voor integratie van zorg (Axelsson en Axelsson, 2006). Dit onderzoek poogt in de context van bestaande relaties tussen zorgnetwerk partijen in de regio Schiedam te onderzoeken welke factoren kunnen zorgen voor

een verandering in werken richting netwerksamenwerking om toekomstbestendig integrale ouderenzorg te kunnen blijven leveren.

1.4. Onderzoeksvraag

In dit onderzoek wordt de volgende onderzoeksvraag beantwoord:

Hoe kan interorganisatorische samenwerking bijdragen aan de verschuiving van silo's naar integratie in de ouderenzorg in de regio Maassluis, Vlaardingen en Schiedam?

Om deze vraag te beantwoorden zijn drie theoretische en drie empirische deelvragen opgesteld.

Theoretisch:

1. Wat zijn silo's en hoe zijn deze terug te zien in het gezondheidssysteem?
2. Wat is integratie?
3. Wat is interorganisatorische samenwerking en welke factoren kunnen bijdragen aan de verschuiving van silo's naar integratie?

Empirisch:

1. Op welke manier is de aanpak van integrale ouderenzorg nu georganiseerd en is er sprake van werken in silo's?
2. In welke mate is er sprake van integratie rondom de aanpak van ouderenzorg in Schiedam, Maassluis en Vlaardingen tussen de betrokken partijen?
3. Hoe kan interorganisatorische samenwerking de verschuiving van silo's naar integratie volgens respondenten versterken?

1.5. Wetenschappelijke relevantie

Onderzoek naar interorganisatorische samenwerking is wijdverbreid. Ook in literatuur over het managen van vraagstukken in de gezondheidszorg wordt vaak een verband onderzocht met interorganisatorische samenwerking. Er is voornamelijk veel onderzoek gedaan naar de functies van en structuur en relaties binnen interorganisatorische samenwerking in de gezondheidszorg (Wachhaus, 2021). Onderzoeken die gaan over factoren die een transitie van

werken in silo's naar integratie binnen de gezondheidszorg, zijn schaarser bedeed. Kennedy et al. (2019) onderzochten in een longitudinale studie welke praktijken behulpzaam zijn in het versterken van samenwerkingen binnen een netwerk voor het integreren van gezondheidszorg en sociale zorg in Schotland. Alhoewel onderzoeken over interorganisatorische samenwerking in integrale ouderenzorg in andere landen meer onderzocht is – zoals in Zweden en Engeland – is de Nederlandse context anders (Löfström, 2010; Karlsson, Garvare, Zingmark, & Nordström, 2020; Sullivan & Williams, 2012). Het Nederlandse zorgstelsel is niet hetzelfde ingericht als het Zweedse of Engelse, waardoor er een grote kans bestaat op andere uitkomsten. In Nederland zijn onderzoeken rondom integrale zorg gericht op preventie van obesitas (Seidell, Halberstadt, Noordam, & Niemer, 2012), zorg voor mensen met een lagere sociaaleconomische status (Van Wietmarschen, Staps, Meijer, Flinterman, & Jong, 2022; Storm, den Hertog, Van Oers, & Schuit, 2016), over dementiezorg (Minkman, Ligthart, & Huijsman, 2009) en over ziekenhuiszorg (Hartgerink, 2014). Er wordt dus wel onderzoek gedaan naar integrale zorg, maar er is nog een geringe hoeveelheid aan onderzoek gedaan naar interorganisatorische samenwerking voor integrale ouderenzorg.

Onderzoeken die wel gaan over samenwerken rondom integrale zorg voor ouderen in Nederland gaan over factoren die het samenwerken tussen professionals kunnen verbeteren (Lette et al., 2019), over belangrijkste elementen uit een bestaand integrale ouderenzorg programma (Hoedemakers et al., 2019), en over het doorbreken van klinische silo's (Hajek, 2013; Alves, & Meneses, 2018). Er is zover bekend nog geen onderzoek gedaan naar factoren van interorganisatorische samenwerking voor integrale ouderenzorg, waarbij silo's als start punt worden genomen en vervolgens de verschuiving naar integratie wordt onderzocht. Dit is een relevante invalshoek omdat factoren voor interorganisatorische samenwerking wellicht verschillend zijn wanneer er sprake is van een transitie van silo's naar integratie. Hierbij wordt literatuur gebruikt die het ontstaan van silo's beschrijft en de transitie naar integratie, maar ook literatuur rondom samenwerken. Literatuur voor samenwerking is toepasbaar omdat voor integratie een mate van samenwerking nodig is (Axelsson & Axelsson, 2006).

Ten slotte wordt is onderzoek over interorganisatorische samenwerking vaak gefocust op de bestuurlijke laag van organisaties (Ansell & Gash, 2008, Emerson et al., 2012, Bryson et al., 2006, Bryson et al., 2015). Er is minder onderzoek gedaan naar organisatorische lagen die hieronder acteren, terwijl dit wel belangrijk is voor het implementeren van samenwerking door de gehele organisatie. Voor professionals wordt vaak een ander model van samenwerking gebruikt, namelijk interprofessionele samenwerking (D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin Rodriguez, & Beaulieu, 2005). Dit onderzoek neemt een nieuwe invalshoek door de theorie van

interorganisationele samenwerking op niveaus lager dan de bestuurlijke laag van organisaties toe te passen.

1.6. Maatschappelijke relevantie

Het probleem van vergrijzing en druk op de zorg is nu al aan de orde en zal in de toekomst alleen nog maar groter zal worden, mits het een en ander verandert. Ouderen vormen een steeds groter aandeel van de Nederlandse bevolking waardoor er meer beroep wordt gedaan op verschillende onderdelen van de zorg. De verschillende onderdelen die in het huidige systeem niet goed op elkaar aansluiten, zorgen voor fragmentatie van zorg. Deze fragmentatie leidt tot hogere kosten, inefficiëntie en een gebrek aan focus op de behoeftes van ouderen. De nadelen van het gefragmenteerde zorgsysteem worden alleen maar zichtbaarder naar mate de druk op het systeem wordt verhoogd. Als er niets verandert krijgt Nederland met een zorgcrisis te maken. Om de reorganisatie in de vorm van meer integrale zorg te laten slagen is het van belang dat betrokken partners elkaar weten te vinden en samenwerking benutten; de samenwerking moet functioneel worden. Als duidelijk wordt wat de doorslaggevende factoren zijn voor een verschuiving naar integratie, kan er in bestaande netwerken óf nog te vormen netwerken, een meer functionele vorm van integratie ontstaan. De resultaten van dit onderzoek zijn ook deels toe te passen op andere Nederlandse regio's omdat er overal pogingen tot samenwerken worden gedaan of disfunctionele samenwerkingen bestaan tussen partners in de ouderenzorg.

1.7. Onderzoeksopzet

Om te onderzoeken welke factoren voor een verschuiving van silo's naar integratie belangrijk zijn in de aanpak van integrale ouderenzorg, zijn semigestructureerde interviews gehouden met medewerkers van betrokken partijen in de regio Maassluis, Vlaardingen en Schiedam. Dit zijn meerdere verpleeghuizen (Zonnehuisgroep, Argos Zorggroep, Frankelandgroep en Careyn), gemeenten (Schiedam, Vlaardingen, Maassluis), Wmo uitvoerder (Rogplus), welzijnsorganisaties (Seniorenwelzijn) en de zorgverzekeraar/zorgkantoor DSW. Alvorens de resultaten van deze interviews te presenteren wordt eerst een theoretische onderbouwing gegeven in hoofdstuk 2. In hoofdstuk 3 staat een beschrijving van de gebruikte methodologie. In hoofdstuk 4 worden de resultaten gepresenteerd en in hoofdstuk 5 worden in de discussie de resultaten geïnterpreteerd. Het onderzoek wordt afgesloten met een conclusie in hoofdstuk 6.

Hoofdstuk 2: Theoretisch kader

2.1. Het bestaan van silo's en het overstijgen ervan

2.1.1. Ontstaan van silo's

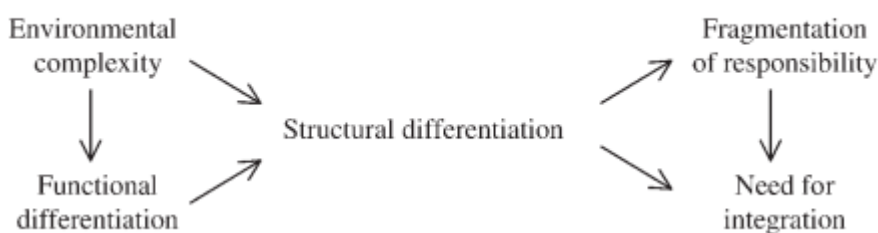
Schotten oftewel silo's zijn: "hiërarchische organisaties die verticale coördinatie trachten te maximaliseren ten koste van horizontale coördinatie, ze zijn naar binnen gericht, op zichzelf staand, en met name gericht op uitkomsten die specifiek betrekking hebben op eigen opgestelde doelen" (p. 20-21) (Scott & Gong, 2021). Ook worden silo's als metafoor gebruikt voor het onvermogen om informatie te delen en systeemactiviteiten te integreren (Roberts, 2011). Een silo structuur is ook vaak terug te zien tussen verschillende departementen binnen een organisatie. In dat geval wordt er over intraorganisatorische silo's gesproken (Vatanpour, Khorramnia, & Forutan, 2013; Axelsson & Axelsson, 2006). In dit onderzoek zal het concept silo's worden gedefinieerd volgens Scott en Gong (2021), omdat onderzoek wordt gedaan naar interorganisatorische silo's. Het ontstaan van een structuur of stelsel waarin interorganisatorische silo's voorkomen is een logisch gevolg van differentiatie en specialisatie van taken en organisaties. Dit fenomeen is karakteristiek voor een traditionele bureaucratie (De Bri & Bannister, 2010; Christensen & Lægreid, 2007; Axelsson & Axelsson, 2006). De Weberiaanse bureaucratie promoot een verdeling van werk op basis van functionele specialisatie, een hiërarchie van autoriteit, een systeem van regels met weinig ruimte voor afwijkingen, onpersoonlijkheid, een carrière gebaseerd op technische competenties en schriftelijke verslagen van activiteiten (Bannister, 2001). Alhoewel het bureaucratische gedachtegoed minder prominent aanwezig is en er steeds meer aandacht is voor integratie en waardegericht besturen (Bannister, 2001; Benington, 2009; Christensen & Lægreid, 2007), zijn de gevolgen van bureaucratie nog veel terug te zien in het functioneren van openbaar bestuur. Jarenlange focus op de eigen organisatie heeft geleid tot een silo-structuur die lastig te doorbreken blijft (Bannister, 2001).

Differentiatie begint vaak op functioneel niveau; om met de verschillende taken en rollen om te gaan die in een complexe context ontstaan, worden werkzaamheden en verantwoordelijkheden verdeeld. Dit leidt vervolgens tot structurele differentiatie van departementen en organisaties (Axelsson & Axelsson, 2006). Het neveneffect van differentiatie is een fragmentatie van verantwoordelijkheden. Fragmentatie is: "een staat van differentiatie zonder de integratie die nodig is om eenheid in inspanning te bereiken" (Axelsson & Axelsson, 2006, p.78). In de Nederlandse gezondheidszorg is dit fenomeen ook terug te zien. De gezondheidszorg kampt

vergeleken met andere sectoren met sterke schotten tussen de verschillende beroepsgroepen. Daarnaast kent de medische wereld een sterke belangen representatie door onder andere medische federatie die weerstand bieden tegen politieke en beleidsmatige verandering (Frankowski, 2019). Daardoor is ook een functionele differentiatie en daaropvolgend een structurele differentiatie te herkennen. De functionele differentiatie uit zich in de opdeling van primaire en secundaire zorg: grofweg huisartsen en ziekenhuizen, maar ook een opdeling tussen sociale zorg en primaire en secundaire zorg (Alders & Schut, 2019; Grol et al., 2021). Structurele differentiatie uit zich in de verscheidenheid aan verantwoordelijkheden en uitvoering van deze taken. Gemeentes zijn verantwoordelijk voor het uitvoeren van de Wet langdurige zorg (Wmo) en welzijn, ook wel sociale zorg. Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de Zorgverzekeringswet (Zvw) waaruit medische behandelingen en verpleging en verzorging thuis wordt gefinancierd. Ten slotte zijn zorgkantoren in elke regio verantwoordelijk voor de Wet langdurige zorg (Wlz) waaruit geïnstitutionaliseerde zorg en intensieve thuiszorg wordt bekostigd (Alders & Schut, 2019). Een lijst met afkortingen is ter referentie te vinden in de appendix. De functionele en structurele differentiatie kan verklaard worden door de complexiteit van de omgeving. Een voorbeeld hiervan is de veranderende behoefte van patiënten (Axelsson & Axelsson, 2006). De negatieve consequenties van de versnippering van verantwoordelijkheden en uitvoerders worden steeds zichtbaarder. Hierdoor is er inmiddels meer behoefte aan integratie in de gezondheidszorg. Silo's in de gezondheidszorg zijn dus ontstaan door complexiteit van de omgeving, waardoor er een functionele en structurele differentiatie is ontstaan met als gevolg fragmentatie van het systeem.

2.1.2. Gevolgen van silo-structuur

Het bestaan van silo's wordt vaak als problematisch omschreven doordat fragmentatie leidt tot efficiëntie en kwaliteitsproblemen; vertragingen in besluitvorming, het dubbel inzetten van bronnen, slechte dienstverlening door inconsistenties en discontinuïteiten van dienstverlening, en een gebrek aan het oplossen van bijvoorbeeld *wicked problems* (Scott & Gong, 2021; Trein & Ansell, 2020; De Brie & Bannister, 2010; Axelsson & Axelsson, 2006). Aan de andere kant heeft het werken in silo's ook positieve kanten; zo zijn silo's makkelijker te managen en zijn er minder bronnen vereist om diensten en producten te leveren (Bevc, Retrum, & Varda, 2015). In schema 1 is terug te zien hoe complexiteit van de omgeving zorgt voor functionele en structurele differentiatie, wat weer leidt tot een fragmentatie aan verantwoordelijkheid.



Schema 1. Ontstaan van silo's en gevolgen (Axelsson & Axelsson, 2006).

2.1.3. Over de grenzen van silo's heen

Silo's zijn van nature niet ingericht op samenwerking omdat het voortbestaan van een silo gegarandeerd wordt door de onafhankelijkheid van anderen. Toch ontstaat er vaak een vorm van interactie tussen silo's (Scott & Gong, 2021). O'Leary (2015) noemt meerdere verklaringen voor de verschuiving van het werken in silo's naar meer werken over de grenzen van de organisatie heen. Een praktische verklaring is dat publieke problemen vaak groter zijn dan één organisatie. Gezondheidszorg is hiervan een van de vele voorbeelden. Een andere praktische verklaring is het verlangen om nieuwe manieren van dienstverlening te organiseren, om de effectiviteit en prestatie van bepaalde programma's te verbeteren. Een derde verklaring is dat technologie ervoor zorgt dat publieke organisaties en hun werknemers informatie kunnen delen op een manier die integratief en compatibel is. Ten slotte zijn burgers meer betrokken bij bestuurlijke ontwikkelingen, wat resulteert in nieuwe en andere vormen van gezamenlijke besluitvorming en probleemoplossingen (O'Leary, 2015). Op theoretisch vlak zijn er ook een aantal verklaringen voor dit fenomeen. Vanwege een afhankelijkheid van bronnen ontstaat er een uitwisselingsrelatie tussen organisaties. Dit zorgt weer voor het doorbreken van silo's en het werken over de grenzen van de eigen silo heen. (O'Leary, 2015; Scott & Gong, 2021). Daarnaast hebben organisaties een algemeen doel en gedeelde overtuigingen, die soms politiek zijn besloten (O'Leary, 2015; Scott & Gong, 2021). Ten slotte kunnen leiders binnen organisaties en/of netwerkleiders de meerwaarde voor werken over de grenzen van silo's erkennen en daardoor samenwerking nastreven (O'Leary, 2015).

Organisaties zijn tegenwoordig dus meer geneigd om over hun organisatorische grenzen heen te werken. Dit betekent echter niet direct dat organisaties contact leggen met organisaties die ongelijksoortig zijn. Hierdoor blijft een bepaalde mate van de silo-structuur bestaan. Deze structuur is niet altijd even goed zichtbaar maar blijkt vooral uit de contacten en interacties die organisaties met elkaar onderhouden (Bevc et al., 2015). In netwerken zoeken partners met

overeenkomsten elkaar op. Dit fenomeen wordt ook wel homofilie genoemd: “het principe dat contact tussen gelijksoortige organisaties op een hoger tempo voorkomt dan tussen ongelijksoortige organisaties” (p.230-231). De oplossing voor de problemen die het besturen in een silo-structuur met zich meebrengen is een integrale manier van werken (O’Leary, 2015; De Bri & Bannister, 2010; OECD, 2010; Roberts, 2011, Abernethy, 2016). Ook in de Nederlandse gezondheidszorg is de reactie op de fragmentatie van de gezondheidszorg het steeds vaker invoeren van een integrale manier van werken. Deze integrale manier van werken wordt ook wel integrale zorg genoemd.

2.1.4. Integrale zorg

De integratie van zorgsystemen houdt verband met de veranderende opvatting in de gezondheidszorg, waarbij er in plaats van parallelle zorg een transitie is ingezet naar het leveren van integrale zorg (Boon et al., 2004). Integrale zorg wordt door Deng et al. (2010) gedefinieerd als: “een toekomstige, op een relatie-gebaseerde, patiënt-gecentreerde, veelomvattende, en holistische gezondheidszorg, dat focust op prioriteiten van de patiënten voor het welzijn, evenals het voorkomen, managen, rehabiliteren, en verzachten van ziektes en verwondingen” (p.143). Leutz (1999) definieert integrale zorg als: “de zoektocht naar het verbinden van het zorgsysteem (acuut, primair en ouderenzorg) met andere voorzieningen (zoals lange- termijn zorg, onderwijs, werk- of woonvoorzieningen) om uitkomsten te verbeteren (klinisch, tevredenheid en efficiëntie)” (p.77-78). Deze twee definities laten duidelijk de twee kanten zien van integrale zorg; de ene richt zich meer op een praktische uitkomst terwijl de andere zich meer richt op een patiëntgerichte uitkomst (Kodner & Spreeuwenberg, 2002). Alhoewel er verschillende definities bestaan van integrale zorg, is de overeenkomst van deze definities dat integrale zorg het tegenovergestelde is van gefragmenteerde zorg (Simons, Goossensen, & Nies, 2022). Voor dit onderzoek zal de definitie van Leutz (1999) leidend zijn, omdat naast de focus op de patiënt ook de verbinding van het zorgsysteem met andere diensten belangrijk is en onderzocht wordt.

Het toepassen van een integrale zorg gaat hand in hand met domeinoverstijgend werken. Volgens de definitie van Leutz (1999) moet namelijk verbinding worden gemaakt binnen het zorgsysteem, dus het overstijgen van de verschillende zorgdomeinen. Domeinoverstijgende werken betekent dat de schotten (ofwel silo’s) die bestaan tussen de verschillende zorgwetten en uitvoerders hiervan, niet in de weg staan van een goede uitvoering van zorg (Van Aartsen, 2019). Zorg wordt dan op een integrale en efficiënte manier geleverd door een samenwerking van alle betrokken partijen (Van Aartsen, 2019). Het organiseren van integrale zorg is dus per definitie domeinoverstijgend. Het leveren van integrale zorg sluit aan bij de theorie dat

tegenover differentiatie van diensten integratie moet staan. Hoe hoger de mate van differentiatie, hoe hoger het niveau van integratie (Willumsen, Ahgren, & Ødegård, 2012). Dit betekent dat hoe uitgebreider de verdeling van taken en rollen tussen verschillende sectoren en domeinen is, hoe meer het van belang is om deze met elkaar te verbinden en dus te integreren.

2.2. Integratie van systemen

2.2.1. Integratie

In de praktijk hebben silo's veel met elkaar te maken (Scott & Gong, 2021). Axelsson en Axelsson (2006) noemen integratie als oplossing voor verkoking en de silostructuur. Volgens hen is integratie: "de kwaliteit van de staat van een samenwerking die bestaat tussen verschillende departementen die genoodzaakt zijn om eenheid in inspanning te bereiken vanuit vereisten door de omgeving" (p. 76). Deze definitie benadrukt ook het betrekken van verschillende departementen, die in dit onderzoek als domeinen zal worden beschreven. Ook bestaan er verschillende vormen van integratie. Deze verschillende vormen van integratie kunnen ingedeeld worden door een onderscheid te maken tussen verticale en horizontale integratie. Verticale integratie vindt plaats tussen organisaties of tussen organisatorische eenheden op verschillende niveaus in de hiërarchische structuur. Horizontale integratie vindt plaats tussen organisaties of organisatorische eenheden die dezelfde status hebben of op het hetzelfde hiërarchische niveau werken (Axelsson & Axelsson, 2006; Rumbold & Shaw, 2010). Deze tweedeling in integratie komt vanuit de klassieke organisatieleer. Hierin wordt de structuur van een organisatie geanalyseerd aan de hand van het verticale controlemechanisme over verschillende niveaus van de hiërarchie binnen de organisatie. Daarnaast wordt gekeken naar de horizontale verdeling van werk tussen werknemers en verschillende organisatorische afdelingen op hetzelfde niveau (Axelsson, 2002). Voor het analyseren van interorganisatorische samenwerking is het relevanter om op het horizontale aspect van integratie te focussen omdat verschillende organisaties niet vaak onderdeel zijn van een gezamenlijke hiërarchie (Axelsson, 2002). In de integrale gezondheidszorg gaat het om het integreren van gezondheidszorg en sociale zorg, waarbij partijen geen onderdeel zijn van een gezamenlijke hiërarchie (Axelsson & Axelsson, 2006; Rumbold & Shaw, 2010). Hieruit volgt dat de term domeinoverstijgend werken een onderdeel is van integreren van gezondheidszorg en sociale zorg. In figuur 1 staat een schematische weergave van de verschillende vormen van integratie.

		Horizontal integration	
		-	+
Vertical integration	+	Co-ordination	Co-operation
	-	Contracting	Collaboration

Figuur 1. Horizontale en verticale integratie met samenwerkingsvormen, overgenomen van Axelsson & Axelsson (2006).

2.2.2. Vormen van interacties

De verschillende mate van integratie hebben een uitwerking op de vorm van interactie tussen organisaties. Volgens Axelsson en Axelsson (2006) is coördinatie een vorm van integratie met een hoge mate van verticale integratie en een lage mate van horizontale integratie. Integratie gebeurt alleen door een hiërarchie in het management waarbij de hoogste manager beslissingen maakt over integratie in de gehele organisatie. Coöperatie is een vorm van integratie met een hoge mate van horizontale en verticale integratie. Integratie kan worden bereikt door een combinatie van beslissingen van het hoogste management en vrijwillige afspraken tussen de organisaties die betrokken zijn. Contracteren is een vorm van integratie met lage mate van verticale integratie en lage mate van horizontale integratie. Er is vaak geen sprake van integratie; organisaties concurreren met elkaar op de markt en dit leidt soms tot contractuele relaties. Samenwerken, ten slotte, gaat gepaard met een hoge mate van horizontale integratie en een lage mate van verticale integratie. Dit betekent dat integratie bereikt wordt door vrijwillige afspraken en gezamenlijk aanpassingen tussen de organisaties (Axelsson & Axelsson, 2006). Axelsson en Axelsson (2006) zien integratie als de kwaliteit van samenwerking. Echter kan er ook onderscheid gemaakt worden in de verschillende mate van integratie. Volledige integratie tussen verschillende organisaties is dan de hoogste vorm van samenwerking waarbij bronnen van verschillende organisatorische eenheden worden samengevoegd in een nieuwe organisatie (Ahgren & Axelsson, 2005; Willumsen et al., 2012).

Scott en Gong (2021) onderscheiden ook meerdere vormen van mogelijke interacties tussen organisaties. Dit zijn coöperatie, coördinatie en samenwerken. Coöperatie definiëren zij als een informele relatie zonder een gezamenlijke gedefinieerd missie, structuur of planning. De autoriteit blijft behouden bij de verschillende participerende organisaties, hoewel er wel informatie wordt gedeeld waarbij er soms beloftes zijn voor toekomstig nauwere banden. Coördinatie is een meer omvangrijke vorm van contact die wel gebaseerd is op een gezamenlijk gedefinieerd doel. Dit contact kan gestructureerd of ongestructureerd zijn, formeel of informeel,

geroutineerd of ad hoc, met soms al een gedeelde inzet van hulpbronnen, zonder verplichting voor gezamenlijke autoriteit of besluitvormingsmacht. Samenwerken, ten slotte, is de meest uitgebreide, gestructureerde, en geroutineerde vorm van contact tussen individuele organisaties. De relatie tussen twee of meer organisaties is wederzijds voordelig, goed gedefinieerd en duurzaam om gezamenlijke doelen te behalen. Er ontstaat een nieuwe structuur die volledig gecommiteerd is aan de gezamenlijke missie. Er bestaat een uitgebreide planning en gebundelde hulpbronnen. Autoriteit ligt bij de gezamenlijke structuur in plaats van bij de individuele partijen (Scott en Gong, 2021).

2.2.3. Classificatie voor vormen van interactie

In dit onderzoek zullen beide classificaties gebruikt worden om te achterhalen welke vorm van samenwerken te herkennen is. Hier is voor gekozen omdat de conceptualisering van Axelsson en Axelsson (2006) specifiek voor integratie over domeinen en sectoren heen bedoeld is. Aangezien integratie binnen dit onderzoek ook gaat over het werken over de domeinen heen, sluit dit framework goed aan. De conceptualisering van Scott en Gong (2021) is algemener als het gaat om integratie maar is wel gedetailleerder uitgewerkt op specifieke onderdelen van deze integratie. Beide artikelen geven de vormen van interactie wel een andere betekenis. Zo is coöperatie de laagste vorm van interactie van Scott en Gong (2021), terwijl contracteren dit voor Axelsson en Axelsson (2006) is. Coördinatie krijgt in beide artikelen dezelfde zwaarte toebedeeld. Samenwerken van Scott en Gong (2021) lijkt op samenwerken en coöperatie van Axelsson en Axelsson (2006). Samenwerken en coöperatie kunnen beiden effectieve vormen van interacties zijn in een hoog gedifferentieerde context. In dit onderzoek zullen de termen van Axelsson en Axelsson (2006) worden gehanteerd, met specificaties die Scott en Gong (2021) geven. In de methode wordt de operationalisatie schematisch verduidelijkt (schema 2). Figuur 2 laat het continuüm zien van de verschillende vormen van interacties, waarbij aan de linker kant de mate van integratie het laagst is en aan de rechterkant het hoogst.



Schema 2. Continuüm verschillende vormen van samenwerking gebaseerd op Axelsson en Axelsson (2006).

Weick (1995) stelt dat relaties tussen organisaties *loosely coupled* zijn in vergelijking met relaties binnen een organisatie. Dit betekent dat de relaties niet stevig zijn en makkelijker te

verbreken. Dit wordt veroorzaakt door het feit dat verschillende organisaties over het algemeen geen onderdeel zijn van een gemeenschappelijke managementhiërarchie. Het gevolg hiervan is dat traditionele vormen van integratie – die worden opgelegd door de managementhiërarchie – niet werkzaam zijn. Hiervoor in de plaats komt volgens Axelsson en Axelsson (2006) samenwerken of coöperatie. Zoals hierboven beschreven zijn deze twee vormen van interactie het meest gewenst om integratie te bewerkstelligen in een hoog gedifferentieerde context. Integratie gaat over de kwaliteit van de interactie. Echter, de kwaliteit van de interactie hangt samen met de structuur die bestaat waar integratie kan plaatsvinden. Om integratie van diensten te realiseren die door verschillende organisaties worden aangeboden is samenwerking tussen de organisaties noodzakelijk (Goodwin, 2016; Vrijhoef et al., 2017, Axelsson & Axelsson, 2006). Het is hier belangrijk om op te merken dat de term samenwerken als vorm van interactie een andere betekenis heeft dan de term samenwerken die samenhangt met het bestuurlijke paradigma *collaborative governance*. Samenwerken als vorm van interactie gaat over de mate van integratie, terwijl samenwerken als onderdeel van *collaborative governance* over de structuur gaat waarin samenwerking kan ontstaan.

2.3. *Collaborative governance*

2.3.1. Definitie van *collaborative governance*

Collaborative governance is sinds het begin van de eeuwwisseling niet meer weg te denken uit de literatuur over publiek management. *Collaborative governance* is ontstaan als een reactie op het falen van top-down implementatie van beleid en de daarbij gepaard gaande hoge kosten en onnodige politisering van regelgeving (Ansell & Gash, 2008). Ansell en Gash (2008) omschrijven *collaborative governance* als “een bestuursregeling waarbij één of meer publieke organisaties niet-statelijke belanghebbenden direct betrekken in een collectief besluitvormingsproces dat formeel is, consensus-gericht, en deliberatief en met het doel het maken of implementeren van publiek beleid of het managen van publieke programma’s of bezit” (p. 544). In deze definitie wordt de nadruk gelegd op het feit dat een publieke instantie of organisatie de initiator is van de samenwerking. Emerson et al. (2012) bouwen voort op deze definitie door een bredere definitie te geven en zich meer op het proces te richten dan op de samenstelling van de samenwerking. Hun definitie is “de processen en structuren van publieke beleid besluitvorming en management die constructief mensen betrekken over de grenzen van publieke organisaties, niveaus van overheid, en/of de publieke, private en civiele sferen om een publieke doel uit te voeren wat anders niet volbracht kan worden” (p.2).

Deze definitie benadrukt dat *collaborative governance* ook kan gaan over samenwerkingsverbanden tussen de staat, de private sector en de maatschappelijke partijen. De gemene deler in deze definities is dat er wordt gesproken over samenwerking tussen verschillende partijen om een gezamenlijk doel te behalen. *Collaborative governance* gaat dus voorbij aan de originele manier van werken en organiseren binnen de overheid; de bureaucratische organisatie (Agranoff & McGuire, 2003, p.24). In dit onderzoek wordt gekeken naar de benodigheden voor verschuiving van silo's naar integratie waarbij publieke partijen (gemeentes) en publieke organisaties (zorginstellingen/organisaties binnen de Wmo en welzijn) zijn betrokken. Dit betekent dat de definitie van Emerson et al. (2012) goed aansluit bij dit onderzoek omdat deze definitie het accent legt op een zo breed mogelijk scala aan betrokkenen om een publiek probleem op te lossen. Daarnaast ligt de focus van dit onderzoek op samenwerken tussen organisaties.

2.3.2. Samenwerking in de gezondheidszorg

Samenwerkingen in de gezondheidszorg zijn nauw verbonden met gezondheidsbeleid of institutionele ontwikkelingen. Van der Schors, Roos, Kemp en Varkevisser (2021) noemen als voorbeeld hiervan de bevordering van het leveren van integrale gezondheidszorg en de concentratie van complexe chirurgische ingrepen. Pirnejad, Bal, Stoop en Berg (2019) noemen het voorbeeld van communicatie netwerken voor het bevorderen van integrale gezondheidszorg. Samenwerkingen krijgt vaak de vorm van zorg partnerschappen in de wijk of gemeente, gezonde allianties of socio-ecologische aanpakken voor gezondheidspreventie (Axelsson & Axelsson, 2006; Foster-Fishman, Salem, Allen, & Fahrbach, 2001). Samenwerkingsnetwerken binnen de gezondheidszorg worden gezien als een effectief middel om richting te geven aan en voor het coördineren van complexe gezondheidsproblematiek waarbij veel verschillende actoren betrokken zijn (Hearld et al., 2012; Frankowski, 2019; Brewster, Yuan, Tan, Tangoren, & Curry, 2019). Meer samenhangende samenwerkingsnetwerken van gezondheidszorg en sociale diensten worden geassocieerd met lagere niveaus van potentieel vermijdbaar gebruik van gezondheidszorg (Brewster et al., 2019).

2.4. Van silo's naar integratie: de belangrijkste samenwerkingsfactoren

Er bestaan verschillende theoretische modellen die factoren beschrijven die nodig voor *collaborative governance*. In deze laatste theoretische deelvraag zal gekeken worden naar initiële factoren en proces factoren uit bestuurskundige modellen waarbij aanvullingen worden

gedaan door factoren die uit zorgmanagement literatuur bekend zijn. Eerst zullen de factoren voor verschuiving van silo's naar integratie uiteen worden gezet.

2.4.1 Factoren voor het doorbreken van silo's naar integratie

De literatuur rondom het doorbreken van silo's benoemt vaak dezelfde soort factoren als voor het opzetten en verbeteren van samenwerking. Echter geven Axelsson en Axelsson (2006) aan dat er drie factoren zijn die kunnen leiden tot een bepaalde mate van integratie en daarbij tot het doorbreken van de silo's die ontstaan zijn door structurele en functionele differentiatie. Dit zijn het belang van betrokkenheid van verschillende sectoren, de bereidheid om samen te werken en de noodzaak voor integratie. Deze drie factoren zullen gebruikt worden als factoren die nodig zijn voor het doorbreken van silo's. Deze factoren zijn gekozen om de factoren van samenwerking op te toetsen omdat er voor zover bekend geen andere theoretische modellen bestaan waarbij factoren voor expliciet de verschuiving van silo's naar integratie worden beschreven. Alhoewel Axelsson en Axelsson (2006) ook een stap verder gaan door een aantal factoren te destilleren die samenwerking kunnen bevorderen, zijn dit voornamelijk procesmatige factoren.

2.4.2. Initiële factoren voor verbeteren van samenwerking

Om van silo's naar integratie en een verbetering van samenwerking te komen in het publieke domein zijn er antecedenten, startcondities of initiële condities nodig (Bryson, Crosby, & Middleton Stone, 2015). Deze factoren worden door verschillende onderzoekers anders genoemd maar hebben allemaal dezelfde betekenis; initiële factoren die invloed hebben op de mate van het de samenwerking. Deze initiële factoren zijn een organisatie die de onderhandelingen leidt of coördineert, overeenstemming over het probleem, en de mate van structurele inbedding (Bryson et al., 2006; 2015). Voor het destilleren van initiële factoren is gekozen voor het conceptueel model van Bryson et al. (2006, 2015) omdat dit model in eerste instantie expliciet factoren beschrijven die toepasbaar zijn voor samenwerken over de domeinen heen. In hun werk uit 2015 leggen zij de meest relevante bestaande modellen naast elkaar – waaronder die van Ansell en Gash (2008) en Emerson et al. (2012) - en bepalen de meest relevante en belangrijke factoren voor samenwerking. Deze twee eigenschappen van de modellen van Bryson et al. (2006, 2015) hebben geleid tot de keuze hiervoor.

In 2015 voegen Bryson et al. ook erkende onderlinge afhankelijkheid aan het bestaande framework toe. Deze rol wordt uitvergroet als een belangrijke dimensie van overeenstemming van het probleem. De erkende onderlinge afhankelijkheid maakt namelijk dat er gemakkelijker overeenstemming over een probleem kan worden bereikt. De overeenstemming over het

probleem kan ervoor zorgen dat het duidelijk is welk belang elke partner heeft en in hoeverre een partner een andere partner nodig heeft om dit probleem op te lossen (Bryson et al., 2006). Structurele inbedding heeft te maken met de bestaande relaties of netwerken waarin partners (positieve) interacties met elkaar hebben. Structurele inbedding is belangrijk omdat partners vertrouwen in andere partners hierop baseren. Als deze relaties of netwerken niet bestaan zullen de samenwerkingen in kleine stapjes beginnen waarbij informele afspraken worden gemaakt waar nog niet veel vertrouwen voor nodig is (Bryson et al., 2006). De coördinerende partij kan zorgen voor het vormen van het netwerk. Dit kan een bemiddelende partij zijn of een coördinator die legitimiteit daarvoor heeft (Bryson et al., 2006).

In dit onderzoek zullen de initiële factoren die beschreven zijn door Bryson et al. (2006, 2005) als leidraad worden genomen omdat deze theorie zich richt op sector overstijgende samenwerking en dus specifiek toegespitst is op domeinoverstijgende samenwerkingen tussen organisaties (Bryson et al., 2006, 2015). Axelsson en Axelsson (2006) geven aan dat een teamleider nodig is om de samenwerking te bewerkstelligen en uiteindelijk ook te kunnen faciliteren en vormen. Volgens deze beredenering is een coördinerende actor of leider dus volgens Axelsson en Axelsson (2006) ook een initiële factor. Naast deze initiële factoren zijn er procesfactoren te onderscheiden die een samenwerking kunnen stimuleren.

2.4.3. Procesfactoren voor het verbeteren van samenwerking

Axelsson en Axelsson (2006) omschrijven vier procesmatige factoren die een samenwerking kunnen faciliteren. Hierbij wordt een belangrijke rol aan een leider gegeven die het gehele proces naar samenwerking faciliteert. De vier factoren waar een leider op moet inspelen zijn volgens hen het creëren van vertrouwen, het faciliteren van communicatie, het managen van conflicten, en het sturen op het behalen van doelen. Bryson et al. (2006;2015) en Kennedy et al. (2019) noemen ook factoren of praktijken die een samenwerking kunnen faciliteren. Een aantal van deze factoren overlapt met de factoren van Axelsson en Axelsson (2006). Factoren die Kennedy et al. (2019) beschrijven worden ook meegenomen omdat deze onderzocht zijn in een interorganisatorische samenwerking tussen gezondheidszorg en sociale zorg en dus aanvullend zijn op factoren die Bryson et al. (2006, 2015) en Axelsson en Axelsson (2006) onderschrijven.

Bryson et al. (2006) benoemen net als Axelsson en Axelsson (2006) ook het opbouwen van vertrouwen. Het is belangrijk om relaties op te bouwen tussen individuen van verschillende organisaties. Deze persoonlijke relaties zorgen uiteindelijk voor het vertrouwen tussen organisaties (Bryson et al., 2015; Kennedy et al., 2019). Partners delen informatie, kunnen competentie aantonen en goede bedoelingen laten zien waarbij zij ook doorzetten wat ze

beloven (Bryson et al., 2015). Kennedy et al. (2019) noemen het creëren van vertrouwen voor een nieuwe verandering en het kunnen werken met diversiteit en het opbouwen van vertrouwen. Axelsson en Axelsson (2006) en Kennedy et al. (2019) voegen hier ten slotte aan toe dat een leider kan zorgen voor een open stroom van informatie en een eerlijke verdeling van macht en beloningen en dat open en transparent leiderschap hierbij helpt.

Bryson et al. (2006) noemen leiderschap ook als een belangrijke procesfactor maar zien dit spontaan ontstaan in het proces richting samenwerking in plaats van als initiële factor zoals omschreven door Axelsson en Axelsson (2006). Kennedy et al. (2019) zien leiderschap ook als een procesmatige factor en voegen toe dat het hebben van moedige en systematische leider noodzakelijk is. Bryson et al. (2015) benoemen de aanwezigheid van bepaalde leiderschapsrollen. Hierin is het vooral belangrijk dat er een toegewijde leider is die graag verbindt en een samenwerkingsmentaliteit bezit. Dit kunnen *champions of sponsors* zijn. Daarnaast is het belangrijk dat een leider problemen op het een bepaalde manier framezet zodat verschillende partners het belang ervan begrijpen (Bryson et al., 2015). Andere eigenschappen van een leider zijn: het geloof dat een probleem aangepakt moet worden, relevante kwalificaties en leeftijd (Bryson et al., 2015).

Communicatie is een ander belangrijke factor die mediërend werkt in samenwerkingsverbanden. Communicatie is het complexe proces van betekenisgeving aan onderhandeling en constructie (Bryson et al., 2015). Beargumenteerd wordt dat communicatie een samenwerking kan creëren (Bryson et al., 2015). Axelsson en Axelsson (2006) en Bryson et al. (2006) geven aan dat het opbouwen van leiderschap belangrijk is voor het verstevigen van communicatie tussen de partijen. In later onderzoek van Bryson et al. (2015) wordt de rol van communicatie uitvergroet en wordt de nadruk gelegd op het belang van face-to-face communicatie tussen de verschillende partners als aanvulling op de communicatie die er al bestaat (Bryson et al., 2015)

In het proces van samenwerken kunnen conflicten ontstaan door machtsverhoudingen, verschillende doelen en controle (Bryson et al., 2006). Kennedy et al. (2019) benoemt dat deze conflicten gemanaged moeten worden door ze bespreekbaar te maken en Bryson et al. (2006) noemt dat het inzetten van bronnen en tactieken om partners op gelijke voet te zetten hier ook bij kan helpen (Bryson et al., 2006).

Axelsson en Axelsson (2006) geven niet aan dat planning een factor is die invloed heeft op samenwerking. Aan de andere kant zien Bryson et al. (2006, 2015) en Kennedy et al. (2019) hier

wel een rol voor. Het is belangrijk dat er een deliberatieve en formele planning of opkomende en dynamische (*emergent*) planning bestaat. Een *emergent* planning heeft de voorkeur als een samenwerking niet opgelegd wordt. De structuur ontstaat over tijd door middel van gesprekken tussen partners en individuen. Echter is het na verloop van tijd wel noodzakelijk om een formele planning te vormen omdat te veel *emergent* planning samenwerking juist weer kan formaliseren (Bryson et al., 2006, 2015; Kennedy et al., 2019).

2.4.4. Factoren die bijdragen aan samenwerking vanuit de gezondheidszorgliteratuur

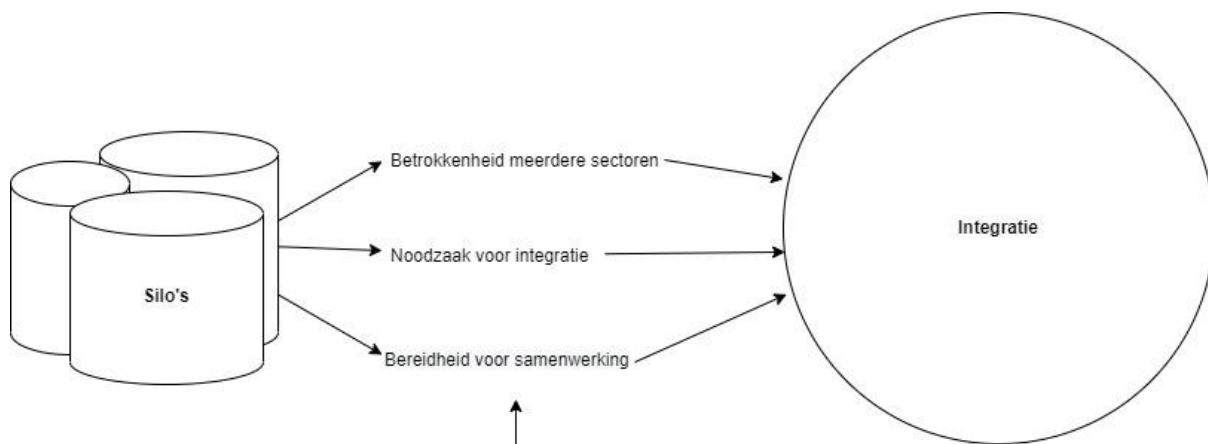
In literatuur binnen de gezondheidszorg zijn meerdere factoren onderzocht die voor een betere interorganisatorische samenwerking kunnen zorgen. Kümpers, Mur, Hardy, van Raak en Maarse (2007) onderzochten welke factoren problematisch zijn in integratieve dementienetwerken en vonden dat de capaciteit om conflicten te managen en veranderingen te kunnen doorvoeren belangrijk is en een gebrek aan communicatie problematisch bleek. Echter belangrijker nog is dat er tijd nodig is voor het ontwikkelen van bepaalde processen zoals een continuïteit van personeel, domeinen en verenigbaarheid van belangen (Kümpers et al., 2007). Pirnejad et al. (2017) onderzochten vanuit het feit dat goede communicatie noodzakelijk is voor integrale zorg, het opzetten van interorganisatorische communicatienetwerken voor integrale zorg. Belangrijke factoren zijn inzet voor het doel van verandering, financiële middelen, en het managen van organisatorische verandering. Van der Voort, de Beer, van Stijn en van der Meer (2020) noemen in hun onderzoek naar intensive care netwerken belangrijke factoren voor het opbouwen van deze netwerken. Dit zijn opbouwen van vertrouwen door middel van het goed leren kennen van de netwerkpartners en doelconsensus. Marafioti, Mariani en Martini (2014) onderzochten de impact van nationaal gezondheidsbeleid op de lokale context voor het integreren van dementiezorg. Dit onderzoek bevestigt het belang en de onderlinge verbondenheid voor continuïteit en vertrouwen die nodig zijn voor het ontwikkelen van formele of informele zorgnetwerken. Daarnaast zijn bestaande machtsverhoudingen tussen lokale partners sterk aanwezig. Een verandering in machtsverhoudingen kost tijd. Want organisatorische capaciteit moet worden ontwikkeld om macht te kunnen realiseren. Uit de beperkte literatuur over interorganisatorische samenwerkingen binnen het Nederlandse zorgstelsel blijkt dat het managen van conflicten, goede communicatie, vertrouwen, doelconsensus en tijd om dit proces te ontwikkelen de belangrijkste factoren zijn voor betere samenwerking. Deze bevindingen stroken grotendeels met de factoren die uit de bestuurskundige literatuur zijn gehaald. De dimensie van tijd krijgt een minder aanzienlijke rol. In tabel 4 wordt duidelijk welke factoren overlap hebben en welke factoren mee worden genomen in dit onderzoek.

Initiële factoren voor samenwerking	Procesmatige factoren voor samenwerking (bestuurskundig)	Factoren voor integrale zorg (zorgbeleid)
Coördinerende organisatie	Communicatie	Goede communicatie
Overeenstemming van het probleem	Gedeeld doel	Doelconsensus
Structurele inbedding	Conflicten managen	Conflict managen
Erkende onderlinge afhankelijkheid	Vertrouwen kweken	Vertrouwen
	Leiderschap laten ontstaan	
	Structuur	Tijd

Tabel 4: Overeenkomsten bestuurskundige factoren en zorgbeleid factoren.

2.4.5. Naar een conceptueel model

In het model staat de relatie getekend tussen een verschuiving van werken in silo's naar integratie zoals beschreven in het theoretisch kader. Het model is een schematische weergave van het onderzoek wat zicht richt op de problemen in de silo's en de factoren die tot integratie zouden kunnen leiden. Zoals eerder beschreven is het werken in silo's in de gezondheidszorg ontstaan door complexiteit en daaropvolgend differentiatie. Het gevolg hiervan is een fragmentatie van het zorgsysteem. In dit onderzoek werd onderzocht of er in silo's wordt gewerkt en welke problemen de verschillende silo's ervaren. Vervolgens wordt er onderzocht of er integratie van werkzaamheden is en in welke mate, waardoor de silo-structuur doorbroken kan worden. Ten slotte zal gevraagd worden hoe interorganisatorische samenwerking kan bijdragen aan de verschuiving naar integratie, waarbij initiële factoren en proces factoren voor samenwerking worden bevraagd. Hierbij is de verwachting dat de initiële factoren en grotere rol spelen bij lagere niveaus van integratie en procesfactoren een grotere rol bij hogere niveaus van integratie. Initiële factoren zijn van groter belang als de integratie namelijk nog niet ver gevorderd is, maar procesfactoren zijn van belang voor een verbetering van integratie.



Initiële factoren	Proces factoren
Coördinerende organisatie	Communicatie
Overeenstemming probleem	Gedeeld doel
Structurele inbedding	Vertrouwen
Ervaren afhankelijkheid	Leiderschap
	Conflict managen
	Ontstaan van structuur

Hoofdstuk 3: Methode

3.1. Type onderzoek

Om te onderzoeken hoe de transitie naar integratie kan worden bevorderd rondom integrale ouderenzorg is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd naar een enkele casus. Er is gekozen voor een kwalitatief onderzoek omdat dit onderzoek trachtte inhoudelijk diepgaande kennis op te doen over de benodigdheden voor de verschuiving naar integratie waarbij er ook oog is voor de context. Een kwalitatief onderzoek was meer op zijn plaats in deze context omdat er niet eerder factoren gedestilleerd zijn die bijdragen aan deze transitie. Hierdoor kunnen de diepgaandere resultaten uit dit onderzoek richting geven aan het verder onderzoek.

Er is gekozen voor een case study design omdat er een bijdrage aan de oplossing gewenst werd rondom het intensiveren van integrale ouderenzorg in de regio Schiedam. Een case study is ingezet om de unieke eigenschappen van de casus te onderzoeken (Bryman, 2016, p.60). Aangezien factoren voor samenwerking nog niet eerder onderzocht zijn voor de transitie naar integratie was het belangrijk om diepgaande en rijke kennis op te doen in een enkele casus. De casus in dit onderzoek is een representatieve of typisch casus; de casus is een praktijkvoorbeeld van een breder en veelvoorkomende context (Bryman, 2016, p.62). Dit blijkt uit het feit dat er landelijk veel momentum is voor het meer integreren van werkzaamheden tussen zorgorganisaties, welzijnsorganisaties en andere actoren. Integrale ouderenzorg is een landelijke doelstelling, echter heeft dit onderzoek gepoogd de specifieke partners in een regionaal samenwerkingsverband te ondervragen, om met concrete aanbevelingen voor een verschuiving van silo's naar integratie binnen het specifieke netwerk te komen. Doordat het Nederlandse zorgstelsel aan marktwerking onderhevig is zijn er in elke regio verschillende partijen betrokken. Daarnaast is de eindverantwoordelijkheid voor zorg per regio belegd bij een ander zorgkantoor. Ten slotte organiseert elke gemeente op een andere manier sociale zorg, ofwel de uitvoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Dit maakt dat de samenstelling van partners in een netwerk in elke regio anders is. Om toch rijke data te verzamelen in een hoog complexe context is het zinvoller om onderzoek te doen naar een enkele casus. De locus van dit onderzoek is de regio Schiedam en dan specifiek de gemeentes Maasluis, Vlaardingen en Schiedam. Deze regio is uitgekozen omdat het onderzoek zich richt op de verschuiving van silo's naar integratie en er in de regio Schiedam inmiddels veel aandacht en urgentie is voor de meerwaarde hiervan maar dit nog niet altijd tot uitwerking komt. Vanuit zorgverzekeraar DSW is er veel contact tussen en met verschillende partners, maar blijkt in de praktijk dat daadwerkelijke integratie nog niet overal gebeurt.

3.2. Methode en technieken

3.2.1. Semigestructureerde interviews

Voor dit onderzoek zijn een vijf oriënterende gesprekken gehouden en 23 kwalitatieve interviews afgenomen. Deze interviews waren semigestructureerd van aard en zijn afgenomen bij de betrokkenen in het domein van ouderenzorg van de gemeentes Maassluis, Vlaardingen en Schiedam. De betrokkenen zijn casemanagers van ouderen, medewerkers van verschillende verzorgingstehuizen en wijkverpleging, medewerkers van welzijnsorganisaties (Stichting Onder Een Dak, Rogplus, Frankenland, Zonnehuisgroep) en medewerkers van gemeenten Maassluis, Vlaardingen en Delft die de portefeuille WMO en gezondheidszorg hebben. De respondenten zijn ofwel werkzaam in de uitvoering van zorg, Wmo en welzijn, ofwel op management/beleidsniveau. Voor een specificatie van respondenten per gemeente is in tabel 5 een verdeling zichtbaar. Een aantal managers van zorginstellingen zijn achteraf nog na gebeld ter verrijking van de data, omdat specifiek deze respondentengroep geneigd was om te antwoorden binnen de grenzen van hun eigen domein. De respondenten zijn benaderd omdat zij allen werkzaam zijn in de organisaties die in meer of mindere mate samenwerken in de ouderenzorg waarbij integraliteit van ouderenzorg de focus krijgt. Om een zo breed mogelijk beeld te verkrijgen was het belangrijk dat informatie werd verkregen vanuit meerdere perspectieven binnen de organisatie. Dit heeft gezorgd voor een verrijking van informatie en het blootleggen van eventuele knelpunten.

De interviews zijn gehouden aan de hand van een vragenlijst waarbij expliciet werd doorgevraagd op belangrijke uitspraken. De keuze voor semigestructureerde interviews is gemaakt omdat er vooral interesse is in de ideeën, meningen en behoeftes van de specifieke geïnterviewden in relatie tot het grote geheel. Het doel van de interviews was om rijke, en gedetailleerde antwoorden te vergaren. Semigestructureerde interviews gaven de vrijheid aan geïnterviewden om uit te wijden over voor hen belangrijke en relevante onderwerpen (Bryman, 2016, p.468). Voor dit onderzoek was het belangrijk dat er ruimte is voor respondenten om dieper in te gaan op de vragen die gesteld worden uit de vragenlijst omdat op deze manier meer informatie vrijkomt. Daarom is het ook van belang dat er een mogelijkheid was om door te vragen. Door het gebruik van vragenlijst konden de belangrijkste thema's behandeld worden, die in het theoretisch kader naar boven zijn gekomen.

Schiedam	Vlaardingen	Maassluis	Overkoepelend
Beleidsmedewerker gemeente	Beleidsmedewerker gemeente	Beleidsmedewerker gemeente	Beleidsmedewerker DSW (2)
Manager VVT (2) Beleidsmedewerker VVT	Manager VVT (2)	Manager VVT (3)	Beleidsmedewerker Rogplus (1)
Uitvoerend VVT (1)	Uitvoerend VVT (2)	Uitvoerend VVT (1)	Manager VVT (2)
			Uitvoerend Wmo & welzijn (3)
			Beleidsmedewerker welzijn (1)

Tabel 5: Respondenten per gemeente/overkoepelende organisatie.

3.2.2. Respondentenwerving

Er is gebruik gemaakt van het reeds bestaande netwerk dat zorgverzekeraar DSW aan de hand van hun portefeuille domeinoverstijgend werken heeft opgebouwd om data te vergaren. Door middel van doelgerichte selectie zijn participanten strategisch benaderd zodat zij relevant zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag (Bryman, 2016, p.409). Specifiek is data door criteria selectie en de sneeuwbal methode vergaard. Criteria selectie is het selecteren van participanten die voldoen aan een bepaalde criteria; in dit geval participanten die uit verschillende lagen in organisaties en instanties werken, die zich actief begeven in het ouderenzorgdomein in de regio Schiedam, Maassluis en Vlaardingen (MVS). De sneeuwbal methode werd ingezet om participanten te bereiken die geen of een minder warme band met DSW zorgverzekeraar hebben. De sneeuwbal methode kan namelijk worden ingezet om vanuit een kleine groep relevante participanten, nieuwe relevante participanten in het onderzoek te betrekken (Bryman, 2016, p.415). In dit geval had DSW banden met de meeste grote partijen die actief zijn in de zorg, welzijn en Wmo in de MVS gemeenten. Alhoewel dit zou kunnen leiden tot een bevooroordeelde respondentenselectie is aan de respondenten gevraagd naar andere relevante respondenten. Op deze manier heeft DSW alleen gezorgd voor het eerste contact met vijf van de respondenten, en zijn de overige de respondenten vergaard via het netwerk waarin de organisaties zich begeven.

3.3. Dataverzameling en verwerking

3.3.1. Omgang met de data

Er zijn 23 interviews gehouden waarvan 13 fysiek en 10 online, met vertegenwoordigers van de partnerorganisaties. Omwille van krapte in tijd is in overleg met sommige participanten besloten online het interview af te nemen. Fysiek hebben de interviews plaatsgevonden op de locaties van de partnerorganisatie. Online is gebruik gemaakt van MS Teams en Google Meet. De interviews zijn opgenomen en zijn na afloop allemaal handmatig getranscribeerd. Ook zijn er aantekeningen genomen tijdens het interview om door te kunnen vragen op belangrijke uitspraken. De opnames en transcripten zijn op een veilige plek bewaard en de transcripten zijn gelijk geanonimiseerd. One Drive van de Universiteit Utrecht is gebruikt om de data veilig op te slaan. One Drive van Universiteit Utrecht is beschermd met 2 factor authenticatie waardoor de data beschermd is. De verzamelde data is thematisch geanalyseerd aan de hand van coderen in het computerprogramma NVivo 12. Het coderen heeft ervoor gezorgd dat de verzamelde data in componenten werd opgebroken die als potentieel theoretisch belangrijk of significant in de wereld van de geïnterviewden werd aangemerkt (Bryman, 2016, p.573). Ten eerste is de data open gecodeerd, waarbij de data geconceptualiseerd en gecategoriseerd werd. Daarna is een tweede keer gecodeerd maar dit keer aan de hand van axiaal coderen. Hierbij is de data op nieuwe manieren gecategoriseerd door steeds opnieuw heen en weer te gaan tussen de categorieën en de data om duidelijker te krijgen welke categorieën belangrijk zijn en welke verbanden er te vinden waren (Bryman, 2016, p.575). De vorm van coderen die is gebruikt was een thematische analyse. Hierbij zijn tijdens de analyse thema's gezocht die relateerden aan de data vergaard in het onderzoek. Deze vorm van analyse is gekozen omdat het onderzoek zich wijdt aan het vergroten van het begrip en het bijdragen aan de theorie over de verschuiving van silo's naar integratie (Bryman, 2016, p.584). Dit staat tegenover het doel van een narratieve analyse waarbij meer aandacht is voor de perceptie van geïnterviewden (Bryman, 2016, p. 589).

3.3.2. Ethiek en integriteit

In dit onderzoek is gewerkt met persoonlijke gegevens. Er zijn verschillende maatregelen getroffen om ervoor te zorgen dat deze persoonlijke gegevens beschermd zijn. De geïnterviewden zijn door middel van *informed consent* geïnformeerd over het onderzoek. Hierbij is hen ook verteld dat deelname vrijwillig is en zij ten alle tijden, zonder opgave van reden, zich kunnen terugtrekken uit het onderzoek. De participanten hebben alvorens de start van het interview een *informed consent* formulier toegestuurd gekregen waarbij toestemming wordt gevraagd voor het verzamelen en verwerken van gegevens. Ook is hen in het gesprek verteld dat de het interview werd opgenomen en dat de ruwe data na 3 maanden verwijderd

wordt. Daarnaast is de data die gebruikt is dusdanig geanonimiseerd dat uitspraken niet te herleiden zijn naar personen, aangezien respondenten elkaar kennen door de relaties die al bestaan in het netwerk.

3.4. Operationalisatie

3.4.1. Beantwoording empirische vragen

Om de eerste empirische deelvraag te beantwoorden over de huidige organisatie van ouderenzorg en eventuele silo's, is in de interviews gevraagd naar de relaties die de partners met elkaar hebben, welke problemen zich voordoen in de silo's en in welke hoedanigheid partners op zichzelf gericht zijn of op samenwerking buiten de domeinen heen zijn gericht (Axelsson & Axelsson, 2006; Scott & Gong, 2021). Om de tweede empirische deelvraag te beantwoorden in welke de mate er op dit moment integratie bestaat tussen de verschillende partijen rondom integrale ouderenzorg is in de interviews gevraagd naar de mate van integratie en de vorm van interactie (Axelsson & Axelsson, 2006, Scott & Gong, 2021). Om de derde empirische deelvraag te beantwoorden hoe interorganisatorische samenwerking de verschuiving van silo's naar integratie kan versterken zijn factoren bevroegd die door Bryson et al. (2006, 2015) en Axelsson en Axelsson (2006) worden genoemd als mechanismen die nodig zijn voor samenwerking en factoren die invloed hebben op de samenwerking. Respondenten zijn bevroegd hoe deze factoren kunnen bijdragen aan de verschuiving naar integratie. In tabel 1, 2 en 3 zijn per deelvraag de onderdelen van het conceptueel model geoperationaliseerd. In de appendix staat ter aanvulling van tabel 1, 2 en 3 een derde kolom die per indicator concreet maakt hoe de vragen op de vragenlijst zijn opgesteld.

3.4.2. Indicatoren en operationalisatie

In onderstaande tabellen zijn de indicatoren per concept geoperationaliseerd.

**DEELVRAAG 1:
INDICATOREN**

OPERATIONALISATIE

SILO	De organisatie is op naar binnen gericht, met name gericht op interne uitkomsten en interne doelen (Scott & Gong, 2021). De organisatie heeft het meeste contact met gelijksoortige organisaties (Bevc et al., 2015). De organisatie heeft een specifieke rol en taak en er bestaan andere organisaties met andere specifieke rollen en taken die in verschillende sectoren acteren (Axelsson & Axelsson, 2006).
-------------	--

Tabel 1. Indicatoren en operationalisatie deelvraag 1.

**DEELVRAAG 2:
INDICATOREN**

OPERATIONALISATIE

MATE VAN INTEGRATIE	Er kan sprake zijn van horizontale en verticale integratie, waarbij het meest aannemelijk is dat er geen verticale integratie bestaat doordat er verschillende sectoren betrokken zijn (Axelsson & Axelsson, 2006). Horizontale integratie vindt plaats tussen organisaties die op hetzelfde niveau werken. Verticale integratie vindt plaats tussen organisaties die zich bevinden in dezelfde hiërarchische structuur.
VORM VAN INTERACTIE	Interactie kan in verschillende vormen bestaan. Een onderscheid kan gemaakt worden tussen coördinatie, coöperatie, contracteren en samenwerking: <ul style="list-style-type: none">- Contracteren: Een gebrek aan integratie, competitie op de markt waardoor een soort van integratie ontstaat (Axelsson & Axelsson, 2006). Er bestaan informele relaties zonder gezamenlijk gedefinieerde missie, structuur of planning. Er wordt af en toe informatie gedeeld. Autoriteit ligt bij de individuele partijen (Scott & Gong, 2021).- Coördinatie: Integratie op basis van een gemeenschappelijke management hiërarchie. Besluitvorming over integratie vindt plaats in de bovenste laag van een hiërarchie en wordt top down geïmplementeerd (Axelsson & Axelsson, 2006). Formelere relatie met begrip voor een gezamenlijk gedefinieerd doel. Er wordt soms samen iets gepland, er is een verdeling van rollen en inzet van middelen, autoriteit ligt bij de individuele partijen (Scott & Gong, 2021).- Coöperatie: Integratie op basis van management hiërarchie gecombineerd met vrijwillige overeenkomsten en gezamenlijke aanpassingen tussen de betrokken organisaties (Axelsson &

Axelsson, 2006). Autoriteit en relaties zijn bepaald door een nieuwe structuur (Scott & Gong, 2021; Ahgren & Axelsson, 2005), waardoor een toewijding van de organisatie is, uitgebreide planning en gebundelde middelen (Scott & Gong; Ahgren & Axelsson, 2005).

- Samenwerken: Integratie op basis van vrijwillige overeenkomsten en gezamenlijke aanpassingen tussen de betrokken organisaties. Integratie gebaseerd op de bereidheid om samen te werken en wordt geïmplementeerd door intensief contact en communicatie tussen verschillende organisaties (Axelsson & Axelsson, 2006). Autoriteit en relaties zijn bepaald door een nieuwe structuur (Scott & Gong, 2021; Ahgren & Axelsson, 2005), waardoor een toewijding van de organisatie is, uitgebreide planning en gebundelde middelen (Scott & Gong; Ahgren & Axelsson, 2005).

Tabel 2. Indicatoren en operationalisatie deelvraag 2.

DEELVRAAG 3: OPERATIONALISATIE
INDICATOREN VOOR
VERSCHUIVING NAAR
INTEGRATIE

BETROKKENHEID VERSCHILLENDE SECTOREN	Welke sectoren en partijen betrokken zijn (Axelsson & Axelsson, 2006).
DE BEREIDHEID TOT SAMENWERKEN	De mate waarin alle betrokkenen willen samenwerken aan de hand van vrijwillige overeenkomsten tussen organisaties (Axelsson & Axelsson, 2006).
DE NOODZAAK VOOR INTEGRATIE	Voelen de betrokken partijen de noodzaak om met elkaar samen te werken rondom het probleem (Axelsson & Axelsson, 2006).

DEELVRAAG 3: OPERATIONALISATIE
INDICATOREN VOOR
INTERORGANISATORISCHE
SAMENWERKING

ERKENNING VAN HETZELFDE PROBLEEM	Erkennen de betrokkenen hetzelfde probleem en vinden zij dat verschillende organisaties elkaar nodig hebben en afhankelijk zijn van elkaar (Bryson et al., 2015).
STRUCTURELE INBEDDING	De mate van positieve interactie in het verleden tussen verschillende partners (Bryson et al., 2006)
ERKENDE ONDERLINGE AFHANKELIJKHEID	De mate van erkende onderlinge afhankelijkheid die partijen beschrijven. De erkende onderlinge kan zorgen voor het gemakkelijker vinden van overeenstemming over een probleem. De overeenstemming over het probleem kan ervoor zorgen dat het duidelijk is welk belang elke partner heeft en in hoeverre een partner een andere partner nodig heeft om dit probleem op te lossen (Bryson et al., 2006).
COÖRDINERENDE ORGANISATIE	De aanwezigheid van bepaalde leiderschapsrollen, belangrijk is een toegewijde leider die graag verbindt en een mentaliteit heeft van samenwerking, dit kunnen <i>champions</i> of <i>sponsors zijn</i> (Bryson et al., 2015). Daarnaast is het belangrijk dat een leider problemen gaat framen zodat verschillende partners het belang ervan begrijpen (Bryson et al., 2015). Andere eigenschappen van een leider zijn: het geloof dat een probleem aangepakt moet worden, relevante kwalificaties en leeftijd (Bryson et al., 2015).
COMMUNICATIE	Zien en spreken de partners elkaar en onderhouden zij contact. Belangrijk is ook dat er naast mail en bel contact ook face-to-face communicatie tussen de verschillende partners is (Bryson et al., 2015)
GEDEELD DOEL	De betrokken partijen kennen hetzelfde doel en willen dat doel behalen (Axelsson & Axelsson, 2006). Het gezamenlijk ontwikkelen van dit doel is noodzakelijk om verbondenheid te voelen met het doel (Kennedy et al., 2019).

VERTROUWEN	De mate van vertrouwen die de betrokken partijen hebben richting de andere partijen. Het is belangrijk om relaties op te bouwen tussen individuen. Partners delen informatie, kunnen competentie aantonen en goede bedoelingen laten zien waarbij zij ook doorzetten wat ze beloven (Bryson et al., 2015).
CONFLICT MANAGEN	Ontstaan van conflicten door machtsverhoudingen, verschillende doelen en controle (Bryson et al., 2006). Managen van conflicten door ze bespreekbaar te maken (Kennedy et al., 2019) en het inzetten van bronnen en tactieken om partners op gelijke voet te zetten (Bryson et al., 2006).
LEIDERSCHAP	Leiderschap ontstaat spontaan in het proces richting samenwerking (Bryson et al., 2006; Kennedy et al. (2019). Een leider moet moedig zijn (Kennedy et al., 2019). Volgens Bryson et al. (20015) moet de leider een toegewijde leider zijn die graag verbindt en een samenwerkingsmentaliteit bezit. Daarnaast is het belangrijk dat een leider problemen op het een bepaalde manier frameet zodat verschillende partners het belang ervan begrijpen (Bryson et al., 2015).
ONTSTAAN VAN STRUCTUUR	Het bestaan van een deliberatieve en een formele planning of opkomende planning. Een opkomende planning heeft de voorkeur als een samenwerking niet opgelegd wordt. De structuur ontstaat over tijd door middel van gesprekken tussen partners en individuen (Bryson et al., 2006;2015; Kennedy et al., 2019).
TIJD	Tijd is nodig om een netwerk te vormen, dit moet een incrementeel proces zijn (Kümpers et al., 2007; Kennedy et al., 2019).

Tabel 3. Indicatoren en operationalisatie deelvraag 3.

3.5. Betrouwbaarheid en validiteit

3.5.1. Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid van dit onderzoek is bewerkstelligd door op een consistente wijze de details van het onderzoek te documenteren in elke fase van het onderzoek, ook wel een *audit trail* genoemd (Bryman, 2016, p.384). In dit onderzoek is een heldere omschrijving gegeven van de selectie van respondenten, namelijk door gebruik te maken van het bestaande netwerk van de zorgverzekeraar DSW en het daaropvolgend gebruik van de sneeuwbal methode. De transcripten van de interviews zijn beschikbaar maar zijn alleen op aanvraag voor correcties teruggestuurd naar de respondenten. Om te voorkomen dat respondenten hun antwoorden wilden aanpassen naar sociaal gewenste antwoorden is besloten om de respondenten niet aan te bieden om hun interview terug te lezen en aan te passen. Ten slotte zijn de interviewvragen toegevoegd in de bijlage van dit onderzoek en is er een duidelijke omschrijving van de beslissingen genomen rondom de data analyse. Om hier inzicht in te geven zijn de codebomen bijgevoegd in dit onderzoek.

3.5.2. Validiteit

Om de validiteit van dit onderzoek te garanderen is een onderscheid gemaakt tussen interne en externe validiteit. Interne validiteit in kwalitatief onderzoek gaat over de geloofwaardigheid van het onderzoek (Bryman, 2016, p.384). Om interne validiteit te kunnen waarborgen is gebruik gemaakt van triangulatie. Door verschillende onderzoeken en daarbij behorende theorieën en methoden te combineren is zoveel mogelijk bewijs gezocht voor de gebruikte dataverzameling. Ook is dit onderzoek in met DWS zorgverzekeraar gedaan en zijn de interviewvragen en indicatoren getoetst bij de medewerkers die betrokken zijn bij dit onderzoek. Daarnaast zijn er een aantal oriënterende gesprekken gehouden waarbij de interviewvragen ook gebruikt zijn om te testen of deze vragen op de goede manier gesteld werden. Ten slotte is dit onderzoek onderworpen aan feedback en reflectie van studenten en docenten van de Universiteit Utrecht.

Het gebruik van een kwalitatieve methode binnen de case study veroorzaakt veel discussie over de externe validiteit, of de generaliseerbaarheid van een onderzoek (Bryman, 2016, p.384). Het is belangrijk om hier te vermelden dat dit onderzoek niet compleet generaliseerbaar is omdat het onderzoek context specifiek is. Pretenderen dat het onderzoek dus één op één kan worden overgenomen en toegepast op een andere casus zou misleidend zijn. Echter is een uitgebreide en rijke omschrijving van de gebruikte methode gegeven in dit methode hoofdstuk. Ook is de context zorgvuldig besproken zodat duidelijk is of het onderzoek herhaald kan worden in een

gelijksoortige context (Bryman, 2016, p.384). Dit heeft gezorgd voor overdraagbaarheid van het onderzoek.

Hoofstuk 4: Resultaten

In het eerst deel van de resultaten wordt aan de hand van de semigestructureerde interviews geschetst hoe de aanpak van ouderenzorg in de Maassluis, Vlaardingen en Schiedam regio (hierna MVS-regio) op dit moment georganiseerd is. Deze schets geeft ook de mogelijkheid om in kaart te brengen op welke plekken er sprake is van een silo-structuur. Hiermee kan de eerste deelvraag beantwoord worden of er sprake is van een silo-structuur en op welke manier dit gebeurd is. Hierna wordt de tweede deelvraag beantwoord over de mate van integratie en de vorm van interactie die nu te herkennen zijn op het gebied van ouderenzorg. Ten slotte wordt de laatste deelvraag beantwoord waarbij aan de hand van onderzochte factoren voor samenwerken wordt beschreven hoe interorganisatorische samenwerking volgens de respondenten kan bijdragen aan het verschuiving van het werken in silo's naar integratie van de verschillende organisaties.

4.1. Organisatie van ouderenzorg in Maassluis, Vlaardingen en Schiedam

In de Maassluis, Vlaardingen en Schiedam regio is een groot aantal organisaties actief op het gebied van ouderenzorg. Er kan hierbij een onderscheid worden gemaakt tussen organisaties die zorg leveren vanuit de Wlz en Zvw, en vanuit de Wmo. DSW zorgkantoor en zorgverzekeraar zijn de financiers van de Wlz en Zvw. Verpleeg- en Verzorgingstehuizen en Thuiszorg (hierna VVT-organisaties) die actief zijn binnen de Wlz en Zvw wetgeving zijn onder andere Frankenlandgroep, Zonnehuisgroep, Argosgroep. Deze organisaties bieden intramurale en extramurale ouderenzorg en vaak ook een vorm van dagbesteding. Frankenland groep heeft locaties in Schiedam en Vlaardingen, Zonnehuisgroep heeft locaties in Vlaardingen, Argos zorggroep in Schiedam, Vlaardingen en Maassluis. Careyn heeft in de MVS regio voor het grootste deel thuiszorg en heeft één locatie in Maassluis (R1, R16). Daarnaast zijn er verschillende huisartsen, een GGZ-instelling en een ziekenhuis die ook betrokken zijn op het gebied van ouderenzorg. De drie gemeenten zijn verantwoordelijk voor Wmo en welzijn. Gezamenlijk hebben zij door middel van een gemeenschappelijke regeling de Wmo uitbesteed aan uitvoeringsorganisatie Rogplus (R9, R17, R18). Rogplus zorgt voor de uitvoering van de gemeenschappelijke regeling door organisaties die huishoudelijke hulp, dagbesteding, woonaanpassingen en vervoer organiseren te contracteren en hen deze taken uit te laten voeren (R6, R9, R11, R15, R18). De invulling van welzijn daarentegen wordt door elke gemeente individueel uitgevoerd (R9, R12, R13, R14, R15, R16, R18). Elke gemeente heeft ook wijkteam(s) waarin consulenten van Rogplus vertegenwoordigd zijn en in sommige gevallen zijn er ook

welzijnsmedewerkers van de welzijnsorganisatie Seniorenwelzijn. Deze organisatie is de grootste welzijnsorganisatie op het gebied van ouderen in de regio. Sinds de overheveling van Wmo-taken naar de gemeentes in 2015 is deze verscheidenheid aan organisaties op het gebied van ouderenzorg alleen nog maar groter geworden. Er zijn nog veel meer kleine organisaties aanwezig die een rol vervullen op het gebied van ouderenzorg. Dit is bijvoorbeeld DOCK voor buurthuizen, vrijwilligersorganisaties, Minters voor mantelzorgers en voor de coördinatie van de wijkteams in gemeente Vlaardingen.

Alle hierboven genoemde organisaties zijn niet alleen maar gespecialiseerd op één taak maar hebben juist een verscheidenheid aan taken en verantwoordelijkheden. De Frankenlandgroep biedt verpleeghuiszorg die ofwel somatisch ofwel psychogeriatrisch is. Daarnaast is er mogelijkheid tot thuiszorg binnen de muren in zogenaamde zorgcentra. Hierbij huren bewoners een appartement van de Frankenlandgroep en nemen zij thuiszorg af. Ook is er een gespecialiseerde afdeling voor patiënten met Korsakov of Parkinson. Ten slotte is er nog een aparte thuiszorg tak die in de gemeente Schiedam en Vlaardingen actief is (R1, R2, Frankenlandgroep, 2021). Zonnehuisgroep biedt ook somatische en psychogeriatrische verpleeghuiszorg en dagbesteding aan, ook is er thuiszorg in Vlaardingen en Schiedam. Zonnehuisgroep is gespecialiseerd in CVA zorg (R1, R10). Argosgroep biedt somatische en psychogeriatrische verpleeghuiszorg, dagbesteding, dagbesteding en thuiszorg aan (R4, R5, R8). De verpleeghuiszorg is de grootste afdeling. Verdere specialisatie is op het gebied van jongdementerenden (R1, Argos Dagbesteding, 2021). Ten slotte biedt Careyn thuiszorg aan.

Om de bepalen of er sprake is van een silo-structuur is onderzocht welke relaties er bestaan tussen de genoemde organisaties, welke problemen de verschillende organisaties ondervinden, en of de organisaties intern of extern gericht zijn in het oplossen van deze problemen.

4.1.1. Relaties

Alle organisaties hebben in zekere mate relaties of contact met elkaar (R1, R2, R4, R5, R7, R8, R9, R10, R11, R12, R13, R14, R15, R16, R17, R18, R19, R20, R21, R22, R23). Gelijksortige organisaties zoals VVT-instellingen die allemaal ouderenzorg leveren zoeken elkaar sneller op voor overleggen, projecten en samenwerking dan ongelijksortige organisaties zoals VVT-organisaties en gemeentes. De VVT-organisaties zoeken elkaar vaak op en zitten in verschillende samenwerkingsverbanden zoals het palliatieve netwerk, casemanagementoverleg. Ook is er vaak samenwerking als het gaat om acute zorg en nachtzorg (R1, R2, R5, R7, R8, R10, R16, R19). De drie gemeenten geven aan contact te hebben met elkaar, met DSW zorgkantoor/zorgverzekeraar, en met Rogplus (R9, R15, R18). In mindere mate is er contact

met VVT-organisaties. Echter op het gebied van wonen is er tussen VVT-aanbieders Frankelandgroep, Argoszorggroep en de Zonnehuisgroep wel geregeld contact (R9, R15, R18, R19):

“De Zonnehuisgroep zien wij als gemeente Vlaardingen als een Vlaardings bedrijf, Vlaardingse zorgorganisatie. Het is belangrijk voor de stad, vanwege de werkgelegenheid. Veel Vlaardingers die straks oud worden gaan dan naar het Zonnehuis om de laatste dagen te slijten. Dus als het Zonnehuis aangeeft, wij hebben wel ernstig verouderde huisvesting; help ons bij het vinden van nieuwe huisvesting. We hebben niet een echte zorgrelaties met dat soort partijen” Respondent 9.

De welzijnsorganisatie Seniorenwelzijn heeft voornamelijk contact in het welzijns- en Wmo domein met de drie gemeentes, Rogplus en vrijwilligersorganisaties. In gemeente Schiedam bestaan de wijkondersteuningsteams naast Wmo-consulenten ook uit medewerkers van Seniorenwelzijn. Echter is er vanuit Seniorenwelzijn weinig contact met VVT-organisaties en ziekenhuizen. Ook is er een gat te herkennen in het contact met de huisartsen (R11, R12, R17) en met DSW zorgverzekeraar/zorgkantoor (R13, R14).

4.1.2. Problemen

Alle respondenten geven aan dat deze relaties in meer of mindere mate noodzakelijk zijn om problematiek rondom ouderenzorg het hoofd te kunnen bieden. De grootste problemen rondom het organiseren van de ouderenzorg voor ouderen die vanuit verschillende domeinen zorg krijgen zijn ten eerste een grote toestroom van nieuwe cliënten. Dit is zichtbaar in de thuiszorg, in de verpleeghuiszorg en binnen de Wmo diensten (R4, R5, R6, R7, R8). Ten tweede arbeidsmarktkrapte en de bijbehorende uitdaging om personeel te werven of binnen te houden (R1, R6, R7, R8, R9). Ten derde de schotten tussen verpleeghuiszorg, Wmo-zorg en welzijn die het leveren van zorg inefficiënt, tijdrovend en niet gericht op de behoefte van de oudere maakt (R4, R5, R6, R8, R11, R12, R13, R14, R15, R17, R18, R19, R20):

“Iemand met niveau 1 ging bij de klant schoonmaken. Die kwamen dan in overleg en zei nou het gaat niet goed bij die mevrouw want ze koopt geen nieuwe melk en er staat oude melk in de koelkast. Daar zat een wijkverpleegkundige bij en dan zei ik joh ga jij even kijken. Dan heb je zo'n signaal veel sneller. Daarmee kun je heel veel problemen voorkomen. En dat mis je nu want de wijkverpleging zit in de zorgverzekeringwet, de huishoudelijk hulp zit in de Wmo en wordt uitgevoerd, met alle respect, voor een zo'n laag mogelijk tarief” Respondent 11.

Opmerkelijk is dat sommige managers binnen VVT-organisaties deze schotten niet als problematisch ervaren voor het organiseren van de zorg binnen hun eigen organisatie doordat zij het niet als hun verantwoordelijkheid zien om buiten hun eigen domein te werken óf binnen de eigen organisatie in alle behoeften van ouderen kunnen voorzien (R7, R16, R19). Ook zijn er respondenten van VVT-organisaties die deze schotten wel als problematisch erkennen maar in de interviews de nadruk leggen op de schaarste van zorgpersoneel (R1, R4, R5). De overige respondenten zien deze problematiek tot uiting komen in het onvermogen om de behoefte van de oudere centraal te kunnen stellen. Een vaker gegeven voorbeeld hiervan is een oudere die van de Wmo naar de Wlz verschuift door een toegenomen zorgvraag, waarbij de huishoudelijke hulp die al een aantal jaar bij deze oudere over de vloer komt en gecontracteerd is in de Wmo, wordt vervangen door een andere huishoudelijke hulp die gecontracteerd is in de Wlz. Wisselingen van personeel in de thuissituatie en de band die opgebouwd wordt en weer verbroken, zijn vervelende consequenties voor de ouderen in deze situatie (R6, R11, R12, R17). Ook op het gebied van efficiëntie en financiering wordt vaker benadrukt dat de doorstroom van cliënten naar andere zorg veel tijd kost of dat er veel tijd verloren gaat bij het aanvragen (R5, R11, R14, R16, R19, R20):

“En dat kan je je afvragen, ik doe een indicatie voor iemand en die vraagt een verlenging aan en dan zeg ik ja, ik vind dat het een chronische situatie aan het worden is. Er is viermaal daags een zorgcontact voor de thuiszorg en de klant kan niet meer zelf alarmeren dus dat is Wlz. Dan moet de klant helemaal opnieuw beginnen met die aanvraag. Terwijl wij hem al kennen moet hij uitgebreid opnieuw gescreeend.” Respondent 11.

Een ander voorbeeld hiervan is dat er plaatsen over zijn binnen dagbesteding voor ouderen bij verzorgingstehuizen waar ouderen met een Wmo-indicatie naartoe kunnen terwijl dit juist gegeven de toenemende zorgvraag niet kloppend is (R1, R7, R16, R10). Alle geïnterviewden zien het intensiveren van contact tussen de verschillende organisaties als een manier om bovengenoemde problemen aan te vliegen (R1, R3 t/m R23). Ook vinden veel geïnterviewden dat het contact en de samenwerking verbeterd moet worden en uitgebreid moet worden tussen meerdere organisaties op het gebied van ouderenzorg. Hierin moet er ook meer ruimte gemaakt worden voor Wmo-zorg en welzijn:

“Maar we zullen misschien ook moeten investeren in het welkom heten van anders opgeleiden personen, veel meer met welzijnsmedewerkers, veel meer met gastvrouwen, gastheren, en anders geschoold personeel wat wellicht toch kiest voor onze sector en wel iets kan betekenen om het

wonen en het leven hier te optimaliseren. En op een niveau te houden wat we met zijn allen acceptabel vinden.” Respondent 5.

4.1.3. Interne en externe gerichtheid

De geïnterviewden geven aan dat organisaties in eerste instantie veelal intern gericht zijn op de eigen bedrijfsvoering, eigen organisatie en eigen politieke belangen rondom ouderenzorg en in de tweede plaats extern gericht zijn op samenwerkingsdoelen en brede maatschappelijke uitkomsten met betrekking tot ouderenzorg (R1, R2, R5, R6, R7, R8, R9, R14, R15, R18). Hierbij wordt vaak de kanttekening gemaakt dat dit ook logisch en noodzakelijk is:

“En ik denk dat organisaties toch ook wel intern gericht zijn en dat dat ook de samenwerking belemmert. Dat komt met name omdat er gewoon echt heel veel moet gebeuren. Dan denk ik echt aan wet- en regelgeving, maar ook intern in de organisatie dat alles goed blijft lopen. Nou daar hebben we onze handen eigenlijk wel vol aan. En dan merk je dat je focus ligt op wat moet nu écht, in plaats van wat willen we en wat is nog meer belangrijk.” Respondent 7.

De verklaring hiervoor is de verschillende belangen die elke betrokken partij nastreeft. VVT-organisaties zijn veelal gepreoccupeerd met de schaarste van geschoold zorgpersoneel (R1, R3, R4, R5, R7, R8). Voor veel managers is dit een urgent probleem wat hen vaker directer en op meer korte termijn treft. De drie gemeente zijn bezig met wat er in hun eigen gemeente de meeste aandacht nodig heeft en deze punten door de gemeenteraad te krijgen (R9, R15, R18). Zo is er in Maassluis ook veel aandacht voor wonen en zorgen voor doelgroepen en speelt de gedachte dat er voor ouderen al heel veel gedaan wordt (R18). Daarnaast geven de respondenten aan altijd rekening te moeten houden met de politieke voorkeur van de raad, om bepaalde punten goedgekeurd te krijgen. Aangezien deze drie raden per gemeente verschillen is politieke kleur kunnen de belangen ook anders liggen:

“Het is ook gewoon politiek hè. En dat betekent dat het soms gewoon moeizaam is en soms hartstikke veel tijd vraagt. Als mijn wethouder risico loopt om iets aan de raad voor te leggen dat hij de laan uitgestuurd wordt, dan doet hij dat niet.” Respondent 9.

4.1.4. Deelconclusie deelvraag 1

Ondanks de samenwerkingsverbanden en relaties die bestaan tussen verschillende organisaties is er een zekere mate van de silo structuur op meerdere niveaus te ontdekken. De grootste

schotten zitten tussen VVT-organisaties en gemeentes, Wmo en welzijnsorganisaties. Ten tweede zijn VVT-organisaties en ziekenhuizen in hogere mate bezig met het goed functionerend houden van hun eigen organisatie en hebben daarbij verschillende visies over het oplossen van externe doelen (R1, R2, R8). Hierdoor is er ook nog sprake van silo's in de Wlz op zichzelf. In het geval van de gemeentes wordt er in eerste instantie focus gelegd op nastreven van politieke belangen binnen de eigen gemeente. De silo's zorgen ervoor dat de integratie op sommige punten stopt waardoor dit consequenties heeft voor de ouderen zelf. Nu zal de tweede deelvraag beantwoord worden waaruit zal blijken in welke mate, op welk niveau en in welke vorm integratie in MVS-verband plaatsvindt.

4.2. Integratie

4.2.1. Mate van integratie

De mate van integratie verschilt tussen de verschillende lagen. De mate van integratie is hoger tussen bestuurders dan tussen managers en beleidsmedewerkers en professionals. Er is sprake van horizontale integratie tussen bestuurders en professionals; partijen op deze niveaus zoeken elkaar geregeld op over de domeinen heen (R3, R8, R9, R11, R12, R14, R15, R17, R18, R20, R21, R22, R23), echter is er op tussen managers en beleidsmedewerkers nauwelijks sprake van horizontale integratie (R1, R4, R5, R6, R7, R10, R16, R19). De mate van verticale integratie is laag over de domeinen heen omdat er geen sprake is van een gezamenlijke hiërarchie. Binnen de eigen domeinen is de mate van verticale integratie iets hoger. Dit kan verklaard worden door dat bestuurders en financiers regelmatig contact hebben binnen hun eigen domein met de verschillende lagen van de organisatie dan dat zij contact hebben met verschillende lagen buiten hun domein. Daarbij is ook noemenswaardig dat binnen de domeinen verticale integratie ook niet van een hoog niveau is. Op gemeentelijk niveau wordt aangegeven dat de uitvoeringsorganisatie Rogplus en welzijnsorganisatie soms de regie missen vanuit de gemeente (R6, R13). Binnen VVT-instellingen is er op management niveau vaak weinig tot niets bekend over de Regionale Aanpak Ouderenzorg die door hun bestuurders is ondertekend (R1, R4, R5, R7, R10). Dit betekent dat binnen de domeinen weinig verticale integratie bestaat, noch over de domeinen heen.

4.2.2. Vorm van interactie

De vorm van interactie binnen MVS-verband kan getypeerd worden als coördinatie. Vanuit de bestuurlijke overeenkomst is namelijk contact gebaseerd op een gezamenlijk gedefinieerd doel: samen kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg en ondersteuning bieden aan

(kwetsbare) ouderen zodat zij zo lang mogelijk, met behoud van kwaliteit van leven en veiligheid in hun vertrouwde thuissituatie kunnen blijven wonen (R14, Gezond en Wel Ouder worden, n.d.). Het contact op bestuurlijk niveau is formeel, gestructureerd en routinematig (R3, R6, R8, R9, R14). De VVT-organisaties werken samen met gemeenten in de MVS-regio, de Zorgorganisatie Eerste Lijn en het Franciscus Vlietland ziekenhuis in de Regionale Aanpak Ouderenzorg. Seniorenwelzijn of andere welzijnspartijen zijn hierbij niet betrokken. Dit samenwerkingsverband is op bestuurlijk niveau gesloten waarbij DSW de kartrekker is van de samenwerking (R3, R8, R9, R14). In deze samenwerking is geen aparte entiteit opgezet waar alle partijen aan verbonden zijn, maar er is wel een programmamanagement aangesteld die wordt gefinancierd door alle partijen (R3, R9, R14). Ook is er door alle partijen een overeenkomst getekend en een visie gevormd (R3, R8). Daarnaast is tussen elke individuele gemeente en het zorgkantoor/zorgverzekeraar een convenant 2021-2022 Wonen en Zorg (R9, R14, R15, R18). Echter is er op MVS gebied geen aparte bestuurlijke samenwerking gevormd.

De vorm van interactie tussen managers en beleidsmedewerkers zou getypeerd kunnen worden als contracteren; organisaties komen elkaar soms tegen en maken dan eerder contractuele afspraken. Managers en beleidsmedewerkers geven aan dat er geen sprake is van gedeelde inzet van geld en personeel voor projecten of een gezamenlijke besluitvormingsmacht of autoriteit (R4, R5, R6, R7, R9, R10, R14, R15, R18, R19). Tussen managers en beleidsmedewerkers bestaat één geformaliseerd samenwerkingsverband tussen de VVT-organisaties, het ziekenhuis, DSW, MBO Albeda en gemeente Vlaarding, gemeente Schiedam en gemeente Maassluis. Deze samenwerking is specifiek gericht op het toe leiden van studenten naar de zorg om de arbeidsmarktkrapte en vergrijzing op te kunnen vangen, maar richt zich op dit moment nog niet op het leveren van integrale ouderenzorg (R2, R9).

Professionals geven ook aan dat er geen sprake is van gedeelde inzet van geld en personeel voor projecten of een gezamenlijke besluitvormingsmacht of autoriteit (R10, R11, R12, R17, R20, R21, R22, R23). Interactie tussen professionals hangt ook van toevalligheden af, maar gebeurt desondanks structureler omdat mensen in het belang van de ouderen contact opzoeken voor het regelen van verschillende voorzieningen. Ook professionals binnen VVT-organisaties weten elkaar te vinden in het doorverwijzen naar elkaar voor cliënten met bepaalde specialisaties (R1, R10). Er vindt enige vorm van interactie plaats op het gebied van doorverwijzen van ouderen met een Wmo-indicatie naar de Wlz waarbij de consulenten van Rogplus en welzijnsmedewerkers op het gebied van thuiszorg en dagbesteding een belangrijke signalerings- en verwijzingsfunctie vervullen (R10, R11, R17, R20). Ten slotte verloopt het contact tussen Wmo en welzijn ook via informele contacten en doorverwijzingen.

Alle geïnterviewden geven aan dat zij regelmatig op projectmatige basis elkaar opzoeken in de regio MVS, echter zijn deze samenwerkingen niet met alle partijen, maar bijvoorbeeld tussen zorgverzekeraar en VVT-organisaties, tussen VVT-organisaties en ziekenhuizen, tussen zorgverzekeraar en gemeenten, of tussen huisartsen en wijkteams. Dit zijn informele samenwerkingen die op kleine schaal worden geïmplementeerd.

“Nou bijvoorbeeld in zo’n project als de Zonneburcht, daar wordt wel druk samengewerkt met allerlei partijen. Daar zit thuiszorg in, maar ook welzijn in. In een dagprogramma wordt gekeken naar een regioondersteuner die gaat kijken naar hoe kunnen mensen nou zo lang mogelijk thuisblijven met behoud van, zonder dat ze de WLZ ingaan, maar gewoon binnen de Wmo in hun eigen woonomgeving kunnen acteren” Respondent 5.

4.2.3. Deelconclusie 2

Integratie, ofwel de kwaliteit van samenwerking, is op horizontaal niveau hoger dan op verticaal niveau. Echter ook horizontale integratie is beperkt en ook niet op alle horizontale niveaus terug te zien, waarbij de minste integratie te vinden is tussen managers en beleidsmedewerkers ligt. Managers en beleidsmedewerkers en professionals geven aan dat er geen formele structuren te herkennen in de interacties die zij hebben. Interactie is ad hoc, informeel, zonder gezamenlijke inzet van geld en personeel, en zonder gezamenlijk autoriteit of besluitvormingsmacht.

4.3. Verschuiving van silo’s naar integratie

4.3.1. Betrokkenheid van verschillende sectoren intensiveren

De verschillende sectoren die betrokken zijn op het gebied van ouderenzorg zijn hierboven geschetst. Echter geven respondenten verschillende antwoorden over welke sectoren intensiever betrokken moeten worden. Hierdoor wordt duidelijk waar de respondenten de meeste meerwaarde zien in het aantrekken van de samenwerkingsbanden. De meeste respondenten gaven aan dat er een grotere rol voor Wmo en welzijn belegd moet worden in het leveren van ouderenzorg (R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10, R11, R12, R13, R14, R15, R16, R17, R18, R19). De kanttekening die hierbij geplaatst wordt is dat er ook financiële problematiek en tekorten zijn in de Wmo en welzijn (R8, R15, R18). Daarnaast zijn de managers binnen de VVT-organisaties veelal bezig met de samenwerking tussen de VVT-aanbieders (R1, R2, R3, R16) en

de Wmo-financiers met de samenwerking tussen de gemeenten, Rogplus en DSW zorgkantoor/zorgverzekeraar (R9, R15, R18). Ook wordt de grote rol van woningbouwcorporaties benadrukt (R4, R5, R9, R16, R17, R18, R19). De rol van onderwijs wordt ook door enkele respondenten genoemd (R2, R9) en de rol van huisartsen (R12, R14, R17, R20, R21, R22, R23). Deze verscheidenheid aan betrokken partijen laat zien dat er veel vanuit de eigen silo wordt gedacht naar mogelijkheden om de ouderenzorg integraler te organiseren.

Respondenten geven aan dat woningbouwcorporaties en welzijnspartijen geen ondertekenaars zijn van de Regionale Aanpak Ouderenzorg. Huisartsen daarentegen zijn wel gerepresenteerd in dit programma door de Zorgorganisatie Eerste Lijn. Huisartsen zijn vaak onbereikbaar en maken moeilijk tijd vrij voor dit soort projecten terwijl respondenten dit contact graag willen intensiveren:

“Ik moet wel zeggen dat het heel erg lastig is, en dat herken ik wel van een vorige gemeente waar ik heb gewerkt in [stad], om alle huisartsen daarbij aangehaakt te krijgen. Huisartsen hebben het druk, moeten ook simpelweg naar declarabele uren kijken. Al die netwerkbijeenkomsten, daar is het heel erg lastig om daar huisartsen enthousiast voor te krijgen.” Respondent 18.

Ook wordt benadrukt dat meer betrokkenheid van welzijnspartij Seniorenwelzijn van toegevoegde waarde is om daadwerkelijk integrale zorg te organiseren (R6, R13 & R14). Ook geven respondenten aan dat het welzijnsbudget alleen maar minder wordt en zelfs subsidies worden teruggedraaid (R9 & R19). Ten slotte zijn er respondenten die meer betrokkenheid van woningbouwcorporaties belangrijk vinden omdat integrale projecten rondom ouderenzorg nu vaak starten rondom seniorencomplexen met zorg (R4, R5, R12, R14, R19):

“Dan is zo'n project Zonneburcht in de Tweemaster een voorbeeld waar DSW gelukkig van wordt, maar ook zo'n woningbouwvereniging. Maar waar je ook als partij in feite op een efficiënte en toch goedkope manier mensen zo lang mogelijk laat wonen in de omgeving waar ze graag willen wonen.” Respondent 5.

Er kan gesteld worden dat er behoefte is aan het uitbreiden van de contacten over de domeinen heen, waarbij huisartsen, woningbouwcorporaties en welzijn het meest gemist worden.

4.3.2. Bereidheid voor samenwerking

De bereidheid voor samenwerking tussen de verschillende organisaties is relatief hoog (R1 t/m R23). Wel is er een onderscheid te maken tussen verschillende beroepsgroepen. Respondenten met een management- of beleidsfunctie laten blijken dat bereidheid minder hoog ligt dan respondenten met een uitvoerende functie. Alhoewel de meeste respondenten wel het belang inzien van samenwerken over de schotten heen (R1, R4, R5, R6, R9, R15, R18), loopt het op bereidheid soms vast. Dit begint al bij de bereidheid om samen te werken tussen VVT-organisaties op zich zelf. De VVT-organisaties zoeken elkaar geregeld op maar het doorvoeren van veranderingen op complexe problematiek komt vaak niet van de grond (R1, R2, R3, R6, R7, R8, R9, R10, R14, R15, R16). De verklaring hiervoor volgens VVT-instellingen is concurrentie als gevolg van marktwerking (R1, R3, R9, R4). Zo staan sommige instellingen meer open voor samenwerking vanuit een financieel slechtere positie dan instellingen die minder last hebben van financiële problemen:

“Maar als je het hebt over partijen als Frankenlandgroep, Zonnehuisgroep. Dan is iedereen druk doen met het wiel zelf uit te vinden en het is nog geen vanzelfsprekend automatisme dat we de koppen bij elkaar steken en in die markt van schaarste en innovatie, dat we zeggen nou we gaan eens bij elkaar zitten hoe we gezamenlijk dingen gaan organiseren” Respondent 5.

Voor gemeenten ligt de verklaring voor de bereidheid voor samenwerking meer in het veld van het hebben van verschillende belangen. Daarnaast wordt de bereidheid om samen te werken over de domeinen tussen managers en beleidsmedewerkers voornamelijk belemmerd door een gebrek aan urgentie en een terughoudendheid ingegeven door angst (R5, R6, R11, R13). Om vervolgens de bereidheid te vergroten is het volgens respondenten ook belangrijk dat duidelijker en concreter wordt wat er nodig is op het gebied van integrale zorg. Dit betekent het concretiseren van de opgave op projectniveau in plaats van de grote doelstelling die voor velen onbekend is en vanuit het regionale programma is vastgesteld (R17, R18, R19).

Professionals onderschrijven de bereidheid om samen te werken met de verschillende sectoren meer. Ouderen worden steeds meer getracht om thuis te wonen in plaats van binnen de muren van een verpleegtehuis. Hierdoor zijn automatisch meer organisaties betrokken bij de zorg rondom ouderen. Wijkverpleging, Wmo-consulenten, welzijnsmedewerkers, en huisartsen komen elkaar daardoor geregeld tegen (R4, R5, R7, R10, R11, R12, R13, R14, R17, R20, R21, R22, R23). Doordat zij elkaar vaak tegenkomen in casus-overleggen zien zij het belang in van werken over de schotten van het systeem heen. Enerzijds zien zij de meerwaarde van het betrekken van meerdere disciplines om op de behoefte van de oudere in te kunnen spelen. Een thuiswonende oudere heeft vaak naast zorg ook andere problematiek zoals eenzaamheid, het

missen van een netwerk, dagbesteding om bijvoorbeeld het thuisfront te ontlasten en armoedeproblematiek (R10, R11, R12, R14, R16, R17). Anderzijds zien zij de belemmering van de schotten in het vervullen van de behoefte van de ouderen:

“Officieel bestaan ze niet meer maar in Schiedam hebben we een verzorgingstehuis die een aantal woningen nog heeft die ze aanleunwoning noemen en dan kunnen ouderen daarin wonen. Maar dan moeten ze hulp die ze al 15 jaar van een andere organisatie hebben afzeggen omdat het hulp van die organisatie erin. Omdat ze dan geld verdienen aan die mevrouw die daar gaat wonen. En dat is natuurlijk heel krom.” Respondent 11.

4.3.3. Noodzaak voor integratie

Veel respondenten geven aan dat er een beperkte mate van noodzaak voor integratie over de domeinen heen gevoeld wordt. Respondenten leggen dit uit als urgentiebesef voor de problemen die nu op de ouderenzorg afkomen en dat integrale zorg hier een oplossing voor kan zijn (R4, R5, R6, R14). Echter zijn er ook respondenten die de urgentie van integrale zorg over niet altijd voelen (R3, R7, R15, R18). Respondenten geven aan dat dit urgentiebesef steeds meer begint in te dalen (R1, R3, R4, R5, R6, R9, R14). De belangrijkste reden die respondenten noemen voor het vergroten van het urgentiebesef voor integratie is dat gerealiseerd wordt hoe inefficiënt het huidige zorgsysteem is en de groei aan schaarste van middelen. Professionals noemen ook de inefficiëntie maar zijn ook duidelijk over de behoeften van ouderen die soms niet goed worden vervuld door het gebrek aan integratie. Respondenten geven weinig concrete voorbeelden voor het verhogen van het gevoel van urgentie. De urgentie en de bereidheid voor samenwerking liggen dicht bij elkaar en wordt door respondenten vaak in één adem genoemd. Zolang er weinig of geen noodzaak voor integratie wordt gevoeld is er ook minder bereidheid om samen te werken en vice versa.

4.3.4. Onderlinge afhankelijkheid

De meeste organisaties geven aan dat zij van elkaar afhankelijk zijn in de toekomst op het gebied van het anders en integraal organiseren van de zorg om ouderenzorg op een kwalitatief goede manier te kunnen blijven leveren. Deze afhankelijkheid heeft te maken met het gezamenlijk belang van het anders moeten gaan organiseren van zorg (R1 t/m R11, R13, R15, R19, R20, R21, R22). Niet alle respondenten geven aan afhankelijk te zijn van andere organisaties op het gebied van bronnen zoals personeel en bedden. De Frankenlandgroep en de Argosgroep hebben op dit moment de middelen en capaciteit om intern de problemen op te lossen die zij nu tegenkomen (R2, R8). De Zonnehuisgroep geeft wel aan een bepaalde mate van afhankelijkheid te ervaren door financiële problematiek en personeelstekorten (R1, R10).

Rogplus en Seniorenwelzijn ervaren afhankelijkheid als uitvoerder richting de gemeente in financieringsverband (R6, R13). Organisaties zijn zich wel bewust van deze afhankelijkheid maar acteren daar op dit moment nog niet op (R1, R3, R8):

“Ik denk dat er heel veel concurrentie is. Dus daarin wordt de urgentie nog niet voldoende gevoeld misschien, of de voordelen van samenwerken worden nog niet voldoende erkend, ja ik denk dat het daar mee te maken heeft. Ik denk ook dat er ook nog niet heel breed wordt gekeken, ik bedoel iedereen is vooral gefocust op nieuwe mensen aannemen en niet in het zorgproces veranderen”

Respondent 3.

Juist de ervaren afhankelijkheid rondom een gezamenlijk belang kan zorgen voor een verbetering van samenwerken, welke in een bepaalde mate wel aanwezig. Echter, bij partijen die er intern goed voorstaan is deze ervaren afhankelijkheid minder sterk.

4.3.5. Structurele inbedding door uitbouwen van relaties en netwerken

Over de domeinen heen geven professionals aan een hogere mate van structurele inbedding te hebben dan managers en beleidsmedewerkers. Respondenten met een management of beleidsfunctie geven aan dat er nauwelijks samenwerkingsverbanden bestaan of ooit hebben bestaan over de verschillende domeinen en dat er weinig contact bestaat over de domeinen heen (R6, R7, R8, R9, R13, R15, R15, R16, R18, R19). Er kan dus gesteld worden dat de mate van structurele inbedding tussen managers en beleidsmedewerkers laag is. Respondenten met een uitvoerende functie zoals Wmo-consulenten, welzijnsmedewerkers, casemanagers en wijkverpleegkundigen kennen elkaar doordat zij elkaar op casusniveau opzoeken om de juiste zorg voor een oudere te regelen (R6, R10, R11, R12, R16, R17, R20, R21, R22, R23).

Respondenten geven aan dat het goed zou zijn om elkaar vaker te zien, elkaar beter te leren kennen en de banden te intensiveren (R1, R3 t/m R23). Dit kan door middel van het organiseren van bijeenkomsten waarbij alle verschillende organisaties participeren. Meerdere respondenten geven aan dat het goed zou zijn om in deze bijeenkomsten met elkaar te brainstormen over andere manieren van organiseren en werken over de schotten van het zorgsysteem heen (R9, R13, R19). Vanuit het sociaal domein wordt geopperd dat er meer oog moet zijn voor de (cultuur)verschillen tussen de verschillende domeinen (R9, R13, R15, R19). Hieruit blijkt dat respondenten uit het sociaal domein het idee hebben vaak niet de erkenning te krijgen voor het werk dat zij leveren of voor het politieke en bureaucratische stelsel waaraan zij gebonden zijn:

“Nou wat ik merk is dat de partijen dan vinden dat de gemeente traag is of besluiteloos, of dat er iedere keer mitsen en maren komen. Maar het is gewoon bij ons iedere keer een afweging van een heleboel belangen en elementen.” Respondent 15.

Respondenten met een uitvoerende functie geven aan dat mensen elkaar kunnen vinden door middel van casus overleggen waardoor zij elkaar leren kennen, en er korte lijntjes ontstaan. Deze zijn volgens de respondenten nodig om snel te kunnen schakelen en elkaar via telefoontjes te kunnen bereiken (R7, R12, R17, R20, R21, R22, R23). Respondenten zien wel dat er binnen de Wmo en welzijn veel verloop is van personeel. Dit maakt het soms lastig om deze banden goed te onderhouden omdat mensen en daarmee kennis ook verdwijnt. Respondenten met management-en/of beleidsfuncties kennen mensen elkaar minder goed over de domeinen heen en is het contact ook niet intensief:

“Nou ja dat is al jaren wisselen. Dat is wel een beetje een gevoelig onderwerp wat je aankaart. Maar het contact met het hele sociale domein is gewoon heel wisselend. Er is veel verloop van vaste gezichten. Soms gaat het heel goed met Seniorenwelzijn maar ze zijn ook slecht vertegenwoordigd in de wijkondersteuningsteams.” Respondent 7.

4.3.6. Coördinerende organisatie

Respondenten geven aan dat er bestuurlijk een programma management is opgericht die de coördinatie draagt over de Regionale Aanpak Ouderenzorg (R3, R14). Tussen respondenten met een management- of beleidsfunctie bestaat er niet één organisatie die de samenwerkingen coördineert of een onafhankelijke partij die dit doet. In samenwerkingen binnen de domeinen staat er vaak ook een andere partij op die de coördinatie op zich neemt zoals met de coördinatie van urgente bedden (R1, R16). Professionals geven aan dat er geen coördinerende organisatie bestaat. Medewerkers van wijkteams zien zichzelf wel als de spil in het web omdat ze op allerlei vlakken contacten hebben, maar zijn geen coördinerende organisatie (R11, R12, R17).

Casemanagers en wijkverpleegkundigen zien zichzelf vaak ook als de spil in het web om dezelfde reden als medewerkers van wijkteams (R20, R21, R22, R23). Hieruit blijkt dat op veel medewerkers met een uitvoerende functie zich verantwoordelijk voelen voor het regelen van en organiseren van zorg voor ouderen.

Een meerderheid van de respondenten geeft aan dat zij het belangrijk vindt dat er een leidende rol of organisatie opkomt die de kartrekker kan zijn van de samenwerking. Hiervoor is geen nieuwe structuur nodig waaruit een afgevaardigde opstaat maar juist iemand die vanuit een participerende organisatie de verantwoordelijkheid neemt om mensen bij elkaar te brengen, de

verbinder is, en iemand is die iedereen kent. Er wordt waarde gehecht aan iemand die een leidende rol kan innemen. Respondenten geven aan dat er binnen het Regionale Programma Ouderenzorg iemand was die deze rol met verve op zich nam en de eigenschappen bezat waardoor dit programma in eerste instantie van de grond is gekomen (R8, R15).

Respondenten met een management- of beleidsfunctie opperen dat de coördinerende persoon dit iemand kan zijn die vanuit een deelnemende organisatie de leiding pakt en er wordt gekeken naar DSW of gemeentes die deze rol kan vertolken (R2, R3, R4, R5, R6, R9, R13, R14, R18, R19). Ook wordt duidelijk dat partijen de regie vanuit gemeentes missen (R6, R13). Deze coördinerende rol wordt vaak toeschreven aan deze partijen omdat zij de financiers zijn van de zorg. Ook wordt DSW gezien als een partij met redelijk veel macht en aanzien waarbij partijen wel komen opdraven als dit van hen verwacht wordt:

“Wat ik wel altijd merk is dat een speler als DSW, die heeft veel meer bekendheid in de regio en op de een of andere manier ook een soort – tussen aanhalingstekens – macht. Op het moment dat DSW iets organiseert, zie je dat er best wel een grote interesse getoond wordt.” R6.

Professionals hechten belang aan iemand of meerdere mensen die deze rol op informele manier op zich neemt (R6, R10, R11, R12, R17, R20, R21). Een nieuw orgaan of organisatie die dat moet regelen wordt als inefficiënt en tijdrovend gezien in de weinige tijd die er nu al beschikbaar is. Interessant is dat respondenten op dit niveau vaak zichzelf een coördinerende rol toebedelen of vinden dat huisartsen deze coördinerende rol meer op zich zouden kunnen.

Wijkverpleegkundigen vinden dat zij daar de verantwoordelijkheid in hebben, casemanagers vinden dat zij de verantwoordelijkheid hebben en wijkteammedewerkers vinden dat zij de verantwoordelijkheid hebben (R12, R17, R20, R21, R22, R23). Allen noemen zij dat zij deze rol goed zouden kunnen vervullen en dat ook soms al doen omdat zij vanuit hun functie met meerdere organisaties en personen contact hebben over de hele breedte van het zorgsysteem (R11, R12, R17, R20, R21, R22, R23).

Respondenten geven dus aan dat er coördinatie mist en dat dit verbeterd moet worden om samenwerking van de grond te krijgen.

4.3.7. Overeenstemming probleem

Zoals beschreven in de eerste deelvraag over de problemen die de betrokken organisaties ervaren wordt duidelijk dat organisaties allemaal erkennen dat het organiseren van de ouderenzorg steeds problematischer en complexer wordt (R1 t/m R23). Echter blijkt dat de

focus van dit probleem toch verschillend is per domein. VVT-organisaties leggen de focus van dit probleem op de schaarste aan personeel en de toenemende vraag (R1, R2, R4, R5, R7, R8, R10, R16). Aan de andere kant leggen gemeentes, de Wmo-uitvoerder en welzijnspartijen de focus meer op het probleem van de grote groep ouderen die gehuisvest en voorzien moet worden in al hun behoeftes, waarbij thema's als preventie en positieve gezondheid als oplossingen worden gezien (R6, R9, R11, R12, R13, R15, R17, R18). Hieruit blijkt dat de overeenstemming over het probleem niet concreet is en verduidelijkt moet worden om samenwerking te kunnen verbeteren.

4.3.8. Conflict

Meerdere respondenten geven aan dat er geen sprake van conflictsituaties maar dat er soms bepaalde zaken niet worden uitgesproken, met name tussen de VVT-organisaties, dus binnen het domein (R1, R3, R7, R9, R10, R11, R15). Gemeenten geven aan dat meningsverschillen wel besproken worden met bijvoorbeeld DSW om de lucht te klaren en geven ook aan dit belangrijk te vinden om de samenwerking voort te kunnen zetten (R9, R15, R18). Over de domeinen heen geven de respondenten aan (nog) geen conflicten te ervaren (R1, R4, R5, R6, R7, R9, R10, R15, R16, R18). Dit kan verklaard worden doordat er nog heel weinig over de domeinen heen gewerkt wordt. De enige vorm waarop nu de eerste vorm van integratie is te herkennen, is de combinatie van wonen en zorg voor ouderen (R4, R5, R9, R15, R18, R19). Hierbij hebben gemeente geen zorgrelatie met zorgaanbieders maar is het contact voornamelijk in de vorm van bouwplannen en huisvesting. Echter is er wel momentum om elkaar beter te leren kennen. Het opbouwen en intensiveren van relaties wordt dus als belangrijk ervaren, en dan met name het leren kennen van elkaar en elkaars organisatiecultuur. (R9, R15, R23).

4.3.9. Vertrouwen

Respondenten met een managementfunctie geven aan dat er niet altijd evenveel vertrouwen in elkaar is tussen VVT-instellingen. Dit uit zich voornamelijk in organisaties die zich op het laatste moment terugtrekken als er daadwerkelijk een voorstel wordt gedaan om iets te veranderen in de manier van werken. Om meer vertrouwen op te bouwen tussen partners worden oplossingen geopperd zoals het maken van afspraken (R2, R3, R6, R10, R11). Respondenten wijten het gebrek aan integratie niet zo zeer aan een gebrek aan vertrouwen maar eerder aan het elkaar niet goed kennen en de noodzaak niet voelen (R4, R6, R15, R13, R14, R15, R18, R19). Vertrouwen is dus niet de voornaamste reden dat de samenwerking niet van de grond komt.

Respondenten met een uitvoerende functie geven aan dat vertrouwen tussen de samenwerkingspartijen vaak wel goed is. Er wordt samenwerking gezocht tussen partijen die bekend zijn bij elkaar. Nieuwe partijen, waar de banden nog niet stevig mee zijn worden minder vaak benaderd door onbekendheid en de angst dat deze partijen bijvoorbeeld frauduleus zijn (R12, R17). Daarom is volgens de respondenten de rol van warme banden en korte lijnen belangrijk in het creëren van vertrouwen (R11, R12, R17, R20, R21, R22, R23).

4.3.10. Gezamenlijk doel

Respondenten geven aan dat er een gezamenlijk doel is geformuleerd in de Regionale Aanpak Ouderenzorg die de VVT-organisaties, gemeenten in MVS en Rogplus hebben ondertekend (R2, R3, R6, R8, R9). Respondenten met een management- of beleidsfunctie geven aan dat er alleen op projectbasis doelconsensus ontstaat wanneer deelnemende partijen bijvoorbeeld een intentieverklaring ondertekenen (R4, R5, R7, R10). De kanttekening die hierbij gemaakt wordt is dat deze projecten vaak nog niet gefocust zijn op integratie over de domeinen heen. Projecten over de domeinen heen komen nog weinig van de grond waaruit blijkt dat er nog geen gezamenlijke doelen op project niveau zijn gesteld maar er alleen in abstracte termen over de gezamenlijke opgave wordt nagedacht. Respondenten met een uitvoerende functie geven ook aan dat er geen gezamenlijk doel is opgesteld waar iedereen ten alle tijden naar streeft, maar hier is ook weinig behoefte aan omdat respondenten er vanuit gaan dat iedereen hetzelfde belang voor ogen heeft; namelijk te allen tijde in de behoefte van de cliënt te voorzien (R1, R11, R13, R20, R21, R22, R23). Respondenten met een uitvoerende functie geven dus aan dat het gezamenlijk formuleren van een doel niet nodig is om deze reden.

4.3.11 Financiële prikkels

Veel respondenten geven aan dat financiële prikkels ook kunnen zorgen voor het bevorderen van integratie (R1, R9, R15, R16, R19). Hiervoor leggen ze de verantwoordelijkheid vaak bij de financiers DSW en gemeentes. Door de vele financieringsstromen is het lastig om door de schotten heen iets te regelen. Respondenten geven aan dat de samenwerking bevordert kan worden door een meer integrale vorm van bekostiging waarbij er minder cliënt gecentreerd gefinancierd wordt maar meer projectmatig. Respondent 19 zegt hier over:

“Maar volgens mij moet je veel meer kijken; we willen 20 Wlz-woningen realiseren, ga eerst een plan maken en daarna de financiering erbij zoeken en dat zie je natuurlijk vaak dat dat belemmert wordt omdat heel veel financiering op cliënt niveau is. De insteek zou nog meer moeten zijn: je maakt met zijn allen een plan en daarna ga je de financiering erbij zoeken.”

En respondent 5 zegt hierover:

“Je hebt voor dit soort projecten een zorgkantoor nodig die als het ware als voorfinancier zegt: ‘nou wij geloven erin, we gaan het gewoon doen. We gaan daarna kijken hoe we in feite al die partijen hetzelfde tegemoet laten komen we recht op hebben, die zorg te kunnen leveren.’”

Opvallend is dat voor de verandering in financiële prikkels ook weer benadrukt wordt dat een coördinerende organisatie belangrijk is om dit op te zetten en door te voeren.

4.3.12 Samenwerking structureler opzetten

De samenwerking tussen bestuurders heeft al een structurele vorm die beschreven zoals beschreven in paragraaf 4.3.2. Managers en beleidsmedewerkers geven aan dat het contact met organisaties moeizaam verloopt en dat er meer baat zou zijn bij een structurele vorm van samenwerking tussen verschillende organisaties (R1, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10, R14, R15, R18, R19). Meer structuur betekent voor de respondenten voornamelijk elkaar vaker zien in vaststaande overleggen op projectbasis (R1, R4, R5, R6, R10, R14, R15, R18, R19):

“Ik zou het veel liever zien op specifieke onderwerpen waarbij we merken dat het een belemmering is. Dus bijvoorbeeld de overgang dat iemand een Wlz-indicatie thuis krijgt waardoor zijn hele zorgomgeving verandert bij wijze van spreken omdat hij aanbieders heeft die niet gecontracteerd zijn door het zorgkantoor. Dat zou best een onderwerp zijn waarvan ik zeg daar moet je met gemeenten, zorgkantoor, zorgverzekeraar en aanbieders een keer aan tafel kunnen zitten.”

Respondenten 19.

Professionals geven voorkeur te hebben aan een structurelere vorm van overleg tussen partijen in plaats van op casusniveau en ad hoc basis. Respondenten zien deze structuur voor zich in de vorm van MDO's oftewel multidisciplinaire overleggen (R11, R12, R17, R20, R21). Deze structuur hoeft volgens respondenten niet geformaliseerd te worden. Ook is er geen behoefte aan het opstarten van een nieuwe organisatie die de deze samenwerking leidt (R10, R11, R12, R17, R20, R21, R22, R23):

“Om de zoveel tijd is daar gewoon een overleg en daar wordt gewoon casussen besproken en daar is iedereen wel heel erg over te spreken. Stel je zou dat groter in een gebied trekken zou dat wel mooi zijn.” Respondent 12.

Opvallend is dat de geïnterviewde wijkverpleegkundigen aangeven geen structurele overlegmomenten vast te willen leggen omdat zij dit ook als verspilling van tijd ervaren (R22 & R23). Zij gaan ervan uit dat men elkaar weet te vinden op het moment dat bepaalde zorg nodig is.

4.3.13 Tijd geven en creëren

Respondenten geven aan dat de vormen van samenwerking die op dit moment bewerkstelligt zijn veel tijd hebben gekost. Daarbij wordt ook gezegd dat een intensivering of verbreding van de samenwerking ook tijd nodig heeft en baat heeft bij een vooruitgang in kleine stappen ofwel een incrementeel proces (R3, R4, R6, R9, R12, R13, R14, R15, R17, R18). Daarnaast wordt voornamelijk vanuit gemeentes de nadruk gelegd op de beperkte tijd en manuren die beschikbaar zijn waardoor het erg lastig is overal bij te kunnen zijn en aan mee te kunnen werken (R9, R15, R18). Hierbij wordt aangegeven dat ook hier het belangrijk is dat alle deelnemende partijen begrip hebben voor de verschillende situaties waarin organisaties in verschillende domeinen zich bevinden.

4.3.14. Deelconclusie 3

Uit de beantwoording van de laatste deelconclusie wordt duidelijk dat er een redelijk groot verschil is op welke manier samenwerking volgens managers en beleidsmedewerkers of professionals voor een verbetering van de verschuiving naar integratie kan zorgen. Dit verschil is te verklaren doordat professionals binnen organisaties veel meer domeinoverstijgend werken en voor managers en beleidsmedewerkers dit nog erg nieuw is. Voor professionals kan de verschuiving naar integratie verbeterd worden door intensiever huisartsen te betrekken en elkaar structureler te zien in casus overleggen waarin iedereen deelneemt. Deze structuur zou de vorm van een MDO kunnen aannemen, waarbij huisartsen of het wijkteam de coördinerende partij is. Voor managers en beleidsmedewerkers kan de verschuiving naar integratie worden bewerkstelligd door welzijn, huisartsen en woningbouwcorporaties te betrekken, de relaties en netwerken uit te bouwen die er al zijn door elkaar fysiek te zien, elkaar beter te leren kennen en organisatorische verschillen duidelijk te maken. De bereidheid om samen te werken kan verbeterd worden door de urgentie van integrale zorg duidelijker te maken. Dit kan bijvoorbeeld door de opgave te concretiseren op projectniveau, of door financiële prikkels te gebruiken. Ten slotte kan meer structuur waarbij meerdere overlegmomenten gepland zijn in de vorm van projecten en meer coördinatie door DSW en/of gemeenten leiden tot een verbetering van samenwerking.

Hoofstuk 5: Discussie

De hierboven beschreven empirische resultaten worden in dit hoofdstuk geïnterpreteerd en aan de hand van literatuur verklaard. Hierbij wordt weer terug gegrepen op het theoretisch kader maar wordt er ook gebruik gemaakt van nieuwe relevante literatuur om uitkomsten te kunnen verklaren die buiten de verwachting van het onderzoek vallen. Na deze interpretatie van de resultaten zal antwoord worden gegeven op de hoofdvraag waarbij ook theoretische en praktische implicaties aanbod komen.

5.1. Het bestaan van silo's in het zorgsysteem

De resultaten laten zien dat er nog sprake is van een silo structuur en dat veel organisaties het lastig vinden om buiten hun eigen silo te denken. Deze silo's zijn zoals Axelsson en Axelsson (2006) beschreven een gevolg van de differentiatie van werkzaamheden en verantwoordelijkheden en de daaropvolgende differentiatie van organisaties. Alle zorg rondom ouderen is verdeeld onder verschillende organisaties; VVT-organisaties doen voornamelijk somatische en psychogeriatrische zorg intramuraal en vaak ook extramuraal, Rogplus doet de indicatiestelling voor Wmo-diensten, er bestaat een breed scala aan diensten die door verschillende organisaties wordt uitgevoerd zoals huishoudelijke hulp, dagbesteding, woonaanpassingen en vervoer. Ten slotte bestaan er nog welzijnspartijen die ouderenadviseurs in dienst hebben en activiteiten of bijeenkomsten organiseren voor ouderen. Ook wordt duidelijk dat gelijksoortige organisaties eerder geneigd zijn elkaar op te zoeken in samenwerkingsverbanden. VVT-instellingen werken op meerdere projecten al met elkaar samen en hetzelfde geldt voor gemeentes en Wmo- en welzijnsuitvoerders in bijvoorbeeld wijkteams. Dit bevestigt de theorie over homofilie in netwerken; gelijksoortige organisaties hebben meer contact met elkaar dan ongelijksoortige organisaties (Bevc et al., 2015). Tevens bevestigen de resultaten ook de theorie over interne gerichtheid van de organisaties. Alle organisaties nemen in eerste instantie hun eigen belangen en problemen in acht voor zij naar grotere externe problemen kijken (Scott & Gong, 2021). Dit blijkt ook uit de problemen die organisaties schetsen waarbij in eerste instantie voornamelijk interne problemen werden genoemd.

5.2. De professional en de manager

Uit de resultaten wordt duidelijk dat er een verschil bestaat in uitkomsten gegeven door respondenten met een uitvoerende functie ofwel professionals, of een functie als manager of beleidsmedewerker. De literatuur die gebruikt is in het theoretisch kader is niet ingegaan op deze verschillen omdat er niet verwacht werd een groot verschil te zien tussen de verschillende beroepsgroepen voor interorganisatorisch samenwerken. Hierdoor richten de gebruikte theoretische modellen zich niet op een onderscheid in deze verschillende lagen van integratie. Op het midden niveau van organisaties zijn managers van zorginstellingen en beleidsadviseurs of beleidsmedewerkers van gemeenten en sociale instanties geïnterviewd. Professionals die in dit onderzoek zijn geïnterviewd zijn Wmo-consulenten, welzijnsmedewerkers, casemanagers en wijkverpleegkundigen. Dit verschil in uitkomsten in verschillende niveaus kan verklaard worden door het bestaan van verschillende niveaus van integratie (Valentijn, Schepman, Opheij, & Bruijnzeels, 2013; Ahgren & Axelsson, 2005; Araujo de Carvalho et al., 2017). Valentijn et al. (2013) onderscheiden macroniveau, mesoniveau en microniveau integratie. Araujo de Carvalho et al. (2017) bouwen voort op de aanpak van de World Health Organization voor integrale zorg voor ouderen. Hierin wordt ook een onderscheid gemaakt tussen microniveau, mesoniveau en macroniveau integratie.

Macroniveau integratie gaat over integratie op het systeemniveau. Dit betekent integratie van het zorgsysteem (Valentijn et al., 2013; Araujo de Carvalho et al., 2017). Integratie van het zorgsysteem berust op een holistische aanpak waarbij de behoeften van de mens centraal staan. Mesoniveau integratie is terug te zien in organisatorische en professionele integratie. Organisatorische integratie gaat over de mate waarin diensten worden geproduceerd en geleverd op een gekoppelde wijze (Valentijn et al., 2013). Professionele integratie gaat over relaties tussen partners zowel binnen en tussen organisaties. Dit kan gedefinieerd worden als interprofessionele partnerschappen die gebaseerd zijn op gedeelde competenties, rollen, verantwoordelijkheden om een uitgebreid aanbod aan zorg te kunnen leveren aan een specifieke deel van de populatie (Valentijn et al., 2013). Microniveau integratie, oftewel klinische integratie gaat over de coherentie in het primaire proces van het leveren van zorg aan individuele patiënten. Dit gaat over de mate waarop zorgsystemen gecoördineerd worden tussen verschillende professionele, institutionele en sectorale grenzen in een systeem (Valentijn et al., 2013).

Het gevonden verschil kan dus verklaard worden door een onderscheid wat gemaakt kan worden in niveaus van integratie. Hierbij zijn managers en beleidsmedewerkers onderdeel van organisatorische integratie en professionals onderdeel van professionele integratie.

5.3. Managers mee krijgen in de transitie naar integratie

Uit de resultaten blijkt dat professionals meer domeinoverstijgend werken omdat op de behoefte van de cliënt wordt geacteerd. Ondanks dat managers niet direct aansturen op de verschuiving naar integratie nemen professionals wel de ruimte in om te samen werken en noemen zij dit vaak een vanzelfsprekend onderdeel van hun werk. Rämgard, Blomqvist en Petersson (2015) beamen dat rivaliteit tussen professionals in gezondheidszorg en sociale zorg ervoor kan zorgen professionals minder met elkaar samenwerken. Deze rivaliteit vermindert of verdwijnt wanneer professionals vanuit verschillende disciplines elkaar zien als complementair voor het leveren van zorg. Deze verandering in perceptie ontstaat wanneer professionals elkaar vaak tegenkomen in samenwerkingen op de werkvloer en begrip hebben voor elkaars professionele normen en waarden. Het gevolg hiervan is dat de aandacht van de professionals verschuift naar het leveren van de beste mogelijke zorg gebaseerd op de behoeften van de patiënt (Rämgard et al., 2015). Hiermee wordt een mogelijke verklaring gegeven voor het feit dat de professionals in dit onderzoek vaker contact hebben met elkaar en gericht zijn op de behoefte van de cliënten omdat zij elkaar goed hebben leren kennen.

Uit de resultaten blijkt dat managers en beleidsmedewerkers minder prioriteit en aandacht geven aan de transitie naar integratie, en dit is met name terug te zien bij het middenmanagement van zorg en Wmo-organisaties. Recentelijk is er onderzoek gedaan naar samenwerken tussen managers over de grenzen van sectorale, organisatorische of professionele silo's heen (Hujala, Taskinen, Laulainen, Klinga, & Schruijer, 2022). Om integrale zorg te implementeren moeten managers ook gecommitteerd zijn aan en in staat zijn om voorbij de structuur van hun eigen organisatie en eigen werkzaamheden te kijken. Hujala et al. (2022) zeggen dat factoren voor interorganisatorische samenwerking sterk overeenkomen met factoren die bekend zijn voor het bevorderen van interprofessionele samenwerking. Dit zijn bepaalde randvoorwaarden die samenwerken faciliteren en barrières die ontstaan door het werken met verschillende perspectieven, belangen en ideeën.

Een mogelijke verklaring voor managers die zich minder bezig houden met integratie is wat Bihari Axelsson en Axelson (2009) en Bate (2000) noemen territoriaal gedrag. Dit is een bekend fenomeen in allerlei soorten organisaties, maar het is met name te herkennen bij managers die de afdeling of het team waarvoor zij verantwoordelijkheid dragen als hun territorium beschouwen dat verdedigd moet worden. In plaats van het promoten van integratie gebruiken managers al hun energie en tijd om hun territoria te beschermen. Uit de organisatieliteratuur blijkt dat managers in professionele organisaties zoals VVT-instellingen en sociale diensten vooral grens overstijgende activiteiten moeten ondernemen. In professionele organisaties is er vaak spanning tussen professionele autonomie en management controle, aangezien professionals minder waarde hechten aan het afleggen van verantwoording aan management maar meer aan hun collega's (Johanson, 2000). Dit impliceert dat managers minder bezig hoeven te zijn met controleren en strategie, en meer met werken over de grenzen van hun eigen rol heen. Het is het belangrijk dat juist deze laag meer over de domeinen heen gaat denken en werken. Het feit dat professionals dit al meer doen betekent dat de mogelijkheid bestaat om het te doen.

5.4. Bestuurlijke besluiten communiceren door de gehele organisatie

Uit de resultaten blijkt dat de integratie op regionaal niveau zich beperkt tot coördinatie. Besluiten over integratie worden op het bovenste niveau van de organisatie gemaakt; door bestuurders en wethouders (Axelsson & Axelsson, 2006; Scott & Gong, 2021). Dit betekent dat de vorm van integratie die nu te herkennen is, ontoereikend is voor de hoog gedifferentieerde context die de gezondheidszorg is. Axelsson en Axelsson (2006) en Willumsen et al. (2012) beweren dat de mate van integratie hoger moet zijn voor een complexere en gedifferentieerdere context. Dit uit zich dan in een vorm van integratie die uit de theorie komt als samenwerken of coöperatie. Echter zijn er op andere hiërarchische niveaus in de organisatie geen afspraken of projecten. De besluiten op bestuurlijk niveau worden nog maar beperkt geïmplementeerd door de gehele organisatie. Dit blijkt uit resultaten waarin geïnterviewden met een management functie aangeven geen of beperkte weet te hebben van de Regionale Aanpak Ouderenzorg, waar hun bestuurders afspraken maken over integrale zorg. De literatuur uit het theoretisch kader geeft geen uitleg over samenwerken op verschillende lagen van organisatie, maar blijft behouden tot het bestuurlijke niveau.

Aangezien de transitie van silo's naar integratie en kennis hierover behouden blijft op het hoogste niveau van deelnemende organisaties, kan er gekeken worden naar de eigenschappen en vaardigheden die een leider moet hebben voor het communiceren van organisatieprocessen

en veranderingen. Communicatie is bewezen een belangrijk onderdeel van leiderschap (De Vries, Bakker-Pieper, & Oostenveld, 2009). De communicatie stijl van een leider kan gedefinieerd worden als: “een onderscheidende set van interpersoonlijke communicatieve gedragingen die gericht zijn op het optimaliseren van hiërarchische relaties om groepsdoelen en individuele doelen te behalen” (De Vries et al., 2009, p.368). Juist in charismatische en mensgericht leiderschap is communicatie een belangrijk onderdeel van de leiderschapsstijl vergeleken met taakgericht leiderschap. Communicatie stijlen die bij charismatisch en mensgericht leiderschap passen zijn steunende, betogend, nauwkeurig en niet-agressieve communicatie. Voornamelijk de steunende en nauwkeurige communicatiestijl heeft positieve effect op de vergaarde kennis van medewerkers (De Vries et al., 2009). Een verklaring voor het gebrek aan kennis van medewerkers binnen de organisaties kan dus zijn door communicatiestijlen van de bestuurder die niet gericht zijn op steun en nauwkeurigheid.

Alhoewel besluiten op bestuurlijk niveau gemaakt worden betekent het in het geval van de samenwerking in MVS-verband dat deze afspraken nog niet automatisch doorgevoerd worden of bekend zijn bij medewerkers. Aangezien deze medewerkers de nieuwe afspraken moeten gaan doorvoeren en uitvoeren is het van groot belang dat leiders van organisaties zich bewust zijn van de manier waarop zijn deze besluiten communiceren. Bepaalde manieren van leiderschapscommunicatie kunnen zorgen voor een vergrootte kennis van medewerkers binnen de organisatie.

5.5. De rol van financiering

Uit de resultaten blijkt ook dat managers en beleidsmedewerkers veel aandacht schonken aan de manier van financieren die een belemmering vormt voor integratie. Dit komt omdat de financieringsstromen hetzelfde zijn ingericht als de domeinen binnen de zorg; gezondheidszorg, langdurige zorg en Wmo en welzijn-zorg worden vanuit verschillende financiers en geldstromen betaald. Financiering wordt niet als een factor beschreven in de theoretische onderbouwing in dit onderzoek rondom de verschuiving naar integratie. Om een verklaring te kunnen geven voor de rol die respondenten toebedelen aan financiering kan twee kanten op worden geredeneerd. Enerzijds zeggen Hujala et al. (2022) dat dit een discours kan zijn wat voornamelijk managers gebruiken om niet samen te hoeven werken. Een meer passende verklaring in deze context is dat verschillende stromen van financiering gedeelde besluitvorming en gedeelde verantwoordelijkheid ingewikkelder maken (Thornicroft et al., 2019) en dat cofinanciering en gebundelde budgetten samenwerking bevordert (Hultberg,

Lönnroth, & Allebeck, 2003; Hultberg, Glendinning, Allebeck, & Lönnroth, 2005, Stokes et al., 2018, Struckmann, Quentin, Busse, & van Ginneken, 2017).

Deze verklaring is aannemelijker in de context van het onderzoek omdat beleidsmedewerkers van verschillende organisaties ook dit financiële argument gebruiken. Deze reden wordt niet alleen door zorgmanagers benoemd. Shand en Turner (2018) beschrijven dat financiële prikkels als belangrijkste barrière worden gezien in het aangaan van samenwerkingen omdat gescheiden financieringssystemen kunnen zorgen voor conflicterende beloningen. De oplossing hiervoor is dus cofinanciering of gebundelde financieringsstromen. Shand en Turner (2018) geven voorbeelden van landen zoals Australië, Canada, de Verenigde Staten en Zweden, waar projecten lopen met gebundelde budgetten voor het implementeren van integraal zorgmanagement en structurele integratie. Struckmann et al. (2017) bewijzen ook dat projecten in Europa waarbij integrale zorg voor mensen met multimorbiditeit, gebaat zijn bij financiële prikkels die aanbieders aanmoedigen om deze zorg te leveren of om de coördinatie en kwaliteitsverbetering hiervoor te bewerkstelligen.

De waarde die aan gebundelde financiering wordt gehecht is dus groot. Het is van belang dat de factor van financiering dus meegenomen wordt als een initiële factor van samenwerking voor de verschuiving naar integratie. Gebundelde financiering geeft partijen de prikkel en ook de veiligheid om samen te werken.

5.6. Inspelen op behoefte aan meer coördinatie en structuur

De factoren die bevraagd zijn voor het de verschuiving naar integratie laten ook zien dat de procesfactoren vertrouwen, gezamenlijk doel, communicatie, het managen van conflict, het ontstaan van structuur en tijd, minder uitgebreid beantwoord werden dan de initiële factoren van samenwerking. In lijn met de theorie over samenwerking blijkt dat deze factoren meer waarde krijgen en belangrijker worden in een later stadium van de samenwerking (Axelsson & Axelsson, 2006; Byrson et al., 2006, 2015). Aangezien de verschuiving van silo's naar integratie nog in de begin fase staat waarbij niet eens alle partners het belang inzien van integrale zorg en domein overstijgend werken wordt er meer belang gehecht aan de initiële factoren als de erkenning van hetzelfde probleem, de onderling ervaren afhankelijkheid en het bestaan van een coördinerende organisatie. Het conceptuele model waarbij factoren van samenwerking zijn omschreven die bij kunnen dragen aan de verschuiving van silo's naar integratie bevestigt dus voornamelijk het belang van coördinatie en structuur.

Axelsson en Axelsson (2006) en Bryson et al. (2015) geven aan dat deze factoren inderdaad een belangrijk component zijn voor het samenwerken. Echter worden deze twee factoren zodanig uitgelicht in de antwoorden van de respondenten dat er meer aandacht gegeven moet worden aan deze uitkomsten omdat ze zo op zich zelf staan. Alhoewel samenwerken juist gaat over het betrekken van zoveel mogelijk actoren waarbij er juist weinig mate van hiërarchische macht bestaat geven de respondenten aan dat er nog veel regie en structuur mist. Literatuur over samenwerking benadrukt een rol voor coördinatie en structuur, maar prioriteert deze factoren niet. Aangezien de rol van coördinatie en leiderschap groot lijkt te zijn kan literatuur voor het coördineren van samenwerkingen hier relevant zijn. Provan en Kenis (2008) onderscheiden drie vormen van netwerken waarbij een belangrijk onderscheidend karakter wordt belegd bij de vorm van coördinatie. Volgens hen is het belangrijk dat er bij grote netwerken met veel deelnemers ofwel een vorm van besturen nodig is volgens de *lead organization* of een *network administrative organization (NAO)*. Kenmerkend voor een *lead organization* is dat alle activiteiten die op netwerk niveau plaatsvinden en belangrijke besluiten gecoördineerd worden door een deelnemende organisatie die de rol van leidende organisatie op zich neemt (Provan & Kenis, 2008). Kenmerkende voor een NAO is dat er een aparte entiteit opgericht wordt voor het besturen van het netwerk en de activiteiten. De netwerkmakelaar speelt een belangrijke rol in het coördineren van en behouden van het netwerk (Provan & Kenis, 2008).

Aangezien de resultaten een duidelijk trend naar het verlangen voor meer coördinatie laten zien, kan een verklaring hiervoor worden gegeven aan het gebrek aan een coördinerende organisatie die dus volgens Provan en Kenis (2008) wel van belang is voor een effectieve samenwerking. Alhoewel uit het onderzoek blijkt dat er een officiële coördinerende organisatie is samengesteld; het programma management van de Regionale Aanpak Ouderenzorg, blijkt dat managers hier niet altijd vanaf weten en zich dus ook hier niet op richten voor coördinatie. Managers en beleidsmedewerkers zien coördinatie bij de zorgverzekeraar en gemeentes liggen.

Hoofstuk 6: Conclusie

In dit onderzoek is gepoogd de onderzoeksvraag te beantwoorden: *Hoe kan interorganisatorische samenwerking bijdragen aan de verschuiving van silo's naar integratie in de ouderenzorg in de regio Maassluis, Vlaardingen en Schiedam?*

Deze vraag is beantwoord door respondenten met een management- of beleidsfunctie of professionals van verschillende organisaties die zo breed mogelijk acteren op het gebied van ouderenzorg te interviewen. Uit het onderzoek werd duidelijk dat er door alle partijen nog veel in hun eigen silo of domein gedacht en gewerkt wordt. De samenwerking op regionaal niveau is dan wel bestuurlijk beklonken, maar dit betekent niet dat er op elk horizontaal niveau integratie van werkzaamheden bestaan. Professionals werken al wel meer over de grenzen van de domeinen heen in vergelijking met managers en beleidsmedewerkers maar er is nog geen sprake van integratie. Professionals hebben een hoge bereidheid tot samenwerking, voelen de noodzaak voor integratie en zijn er al veel verschillende partijen betrokken. Voor managers en beleidsmedewerkers is de verschuiving naar integratie minder ver ontwikkelt, alhoewel er wel bereidheid tot samenwerking is, wordt de noodzaak minder erkend en zijn er meer partijen die nog niet integraal betrokken zijn. De belangrijkste factoren die de professionals benoemen voor de verschuiving naar integratie is de behoefte aan meer coördinatie en meer structuur. Managers en beleidsmedewerkers benoemen deze twee factoren ook als belangrijk, maar wordt er ook veel waarde gehecht aan het beter leren kennen van elkaar en elkaars verschillende culturen en het creëren van urgentie voor het probleem.

6.1. Wetenschappelijke bijdrage

Dit onderzoek levert op een aantal punten een bijdrage aan het wetenschappelijke debat rondom de verschuiving van silo's naar integratie in integrale ouderenzorg. Ten eerste zijn factoren voor samenwerking die een verschuiving naar integratie kunnen bewerkstelligen niet eerder in Nederlandse context getoetst. Doordat de Nederlandse context verschilt van andere landen, en nog specifiek een Nederlandse regionale context, heeft dit onderzoek kunnen uitwijzen dat in deze context voornamelijk belang wordt gehecht aan het uitbreiden en verstevigen van contact, het belang van integrale zorg duidelijk te maken, een meer structurele vorm van overleg te plannen en meer coördinatie en regie te voeren voor de verschuiving naar

integratie. Ten tweede kan er een aanvulling op de literatuur gemaakt worden doordat uit de resultaten blijkt dat er voornamelijk behoefte aan coördinatie en structuur is. Literatuur over interorganisatorische samenwerking over de domeinen heen noemt deze factoren als belangrijk maar geeft hier niet meer belang of prioriteit aan dan andere factoren (Bryson et al., 2006, 2015). Axelsson en Axelsson (2006) geven wel het belang aan van een teamleider die door de leden van een multidisciplinair samenwerkingsverband is gekozen. Deze rol ontstaat dus pas als leden van organisaties elkaar al hebben gevonden en kennen. Echter vanuit dit onderzoek kan gesteld worden dat coördinatie en structuur in eerste instantie de belangrijkste factoren zijn voor de verschuiving naar integratie. Ten derde wordt duidelijk dat de rol van gezamenlijke financiering van belang is voor de verschuiving naar integratie. Axelsson en Axelsson (2006) noemen gezamenlijk financiering niet als een factor voor interorganisatorische samenwerking. Bryson et al. (2006, 2015) benoemen dat het belangrijk is dat er afhankelijkheid bestaat ten opzichte van elkaar aan de hand van bronnen, waarbij financiering niet expliciet genoemd wordt. Toch blijkt uit dit onderzoek dat juist een gezamenlijke financieringsstroom gewenst is voor het kunnen samenwerken. Hier kan de vraag worden opgeworpen wat eerst moet komen; meer integratie en dan een gezamenlijke financiering of andersom. Echter blijkt uit het onderzoek dat respondenten eerst de financiering geregeld willen hebben voordat zij bezig gaan met de transitie naar integratie. Hierbij kan een aanvulling worden gegeven op de literatuur over interorganisatorische samenwerking over domeinen heen; gedeelde of gebundelde financiering is een factor die invloed heeft op de mate van samenwerking.

De implicatie die deze bevindingen hebben voor het conceptueel model is dat de factor van financiering meegenomen dient te worden als initiële factor voor de verschuiving van silo's naar integratie. Voor het wetenschappelijke debat geldt dat de financiering, coördinatie en structuur als belangrijke factoren mee genomen moeten worden in de verschuiving van silo's naar integratie. Juist deze invalshoek zorgt voor een verduidelijking van het accent wat gelegd moet worden op factoren voor samenwerking voor deze verschuiving.

6.2. Maatschappelijke en praktische bijdrage

6.2.1. Maatschappelijke bijdrage

De resultaten uit dit onderzoek geven handvatten voor het verbeteren van de verschuiving van silo's naar integratie in de ouderenzorg. De (ouderen)zorg moet anders georganiseerd worden waarbij het van belang is dat de verschillende domeinen integraler werken. In de praktijk blijkt dat veel van de interactie zich nog binnen de eigen domeinen beperken. Om hierboven uit te stijgen zijn een aantal factoren belangrijk, voornamelijk in de eerste fase van de verschuiving

naar integratie. Door de organisatie van ouderenzorg meer rondom samenwerking te centreren kan de zorg efficiënter en dus kostenbesparend worden, maar ook met meer aandacht voor de behoefte en wensen van ouderen. Dit onderzoek heeft een aanzet gedaan om voor de regio Maassluis, Vlaardingen en Schiedam het netwerk in kaart te brengen en daarbij te factoren voor samenwerking te achterhalen voor de verschuiving van silo's naar integratie. De factoren voor samenwerking die bijdragen aan de verschuiving naar integratie binnen een specifieke regio kan ook worden gebruikt om lessen uit te trekken voor het breder implementeren van dit soort regionale samenwerkingsprojecten. Hierdoor is er meer kans op een bredere toepassing en erkenning van integrale ouderenzorg en de positieve uitkomsten die dit voor alle ouderen en Nederland kan brengen.

6.2.2. Praktische implicaties

De resultaten van dit onderzoek geven een aantal handvatten voor praktische aanbevelingen. Ten eerste laat dit onderzoek zien dat professionals in de zorg, op medisch en sociaal gebied elkaar sneller opzoeken omdat zij de behoefte van de ouderen op één stellen. Interacties over de domeinen heen bestaan al, alleen niet in een geformaliseerde vorm. Professionals kunnen goed vertellen wat belangrijk is voor ouderen en zouden goed ingezet kunnen worden om organisaties te informeren en enthousiasmeren over het belang van integrale zorg en de verantwoordelijkheid die zij voelen om daarin samen te werken. Er kunnen lessen getrokken worden uit het samenwerken tussen professionals, waar de urgentie het duidelijkst gevoeld wordt.

Ten tweede is er veel meer behoefte aan regie en coördinatie vanuit alle verschillende organisaties. Er wordt vaak naar DSW en de gemeentes gekeken om dit te organiseren en deze rol op zich te nemen. DSW zou een coördinator op verschillende projecten kunnen zetten of dit samen met gemeenten doen. Alhoewel er in de Regionale Aanpak Ouderenzorg natuurlijk al de eerste stappen zijn gezet om samen te werken en de coördinatie hiervan ook regelt is door een projectmanagement blijkt dit in de praktijk nog niet doordrongen in de haarvezels van de organisaties en gemeenten die meedoen. Veel respondenten weten niks of weinig van dit programma en verlangen vooralsnog meer coördinatie van DSW en gemeenten. Het feit dat deze rol gewenst wordt geeft legitimiteit om deze rol ook op te pakken.

Ten derde is een aanbeveling om de opgave van integrale ouderenzorg concreter te maken. Uit dit onderzoek blijkt dat veel respondenten in eerste instantie nog veel denken in hun eigen domein. Ook op het gebied van integratie kijken ze vooral naar het integreren van werkzaamheden binnen hun eigen domein: respondenten uit verpleeghuizen praten over

samenwerking met verpleeghuizen, respondenten binnen gemeenten en uitvoerders van gemeenten spreken over samenwerking met andere gemeenten en welzijnsdiensten. Integrale zorg wordt nog niet herkend als iets waar verschillende actoren elkaar voor nodig hebben, juist over de domeinen heen. Domeinoverstijgend werken is voor veel respondenten met aan management- of beleidsfunctie nog niet aan de orde, en eerder een *buzzword* dan dat zij daadwerkelijk hier iets aan doen. Beter communiceren van het belang van integrale zorg en domeinoverstijgend werken, en voorbeelden van integrale zorg aan partijen in de gehele breedte laten zien kan hier bij helpen. Partijen noemen het woon-zorg pact als een vorm van een integraal project waarbij de behoefte van ouderen vooropstaan. De contacten en manier van werken die in dit woon-zorg pact kunnen als aanzet en voorbeeld dienen voor een uitbreiding van samenwerken voor integrale ouderenzorg.

Ten vierde is de focus van VVT-organisaties met name gericht op de voor hen meest urgente problematiek; personeelstekort. Integrale zorg is een onderwerp waar nog weinig aandacht voor is. Oplossing voor personeelstekort wordt door de meeste respondenten gezocht in het uitwisselen van personeel tussen ziekenhuizen en VVT-organisaties. Een aanbeveling is om ervoor te zorgen dat de samenwerkingsprojecten en verbanden die nu opgericht worden rondom het uitwisselen van personeel te verstevigen en functioneel te krijgen. Als dit probleem iets meer onder controle is, is er hoogstwaarschijnlijk meer ruimte om te kijken naar het verschuiven naar integratie binnen de ouderenzorg.

Ten vijfde is het voor professionals belangrijk dat de kennis en de contacten die zij bezitten niet alleen maar berusten op het informele netwerk wat zij hebben opgebouwd en waaruit zij putten. Juist door het verloop van personeel en de persoonlijke band die hieraan te grondslag ligt maakt dat deze contacten niet altijd stabiel zijn. Veelal worden MDO's genoemd als mogelijkheden om met alle verschillende partijen aan tafel te zitten en cases te bespreken. Het uitbreiden en standaardiseren van het houden van MDO's zou een mooie manier zijn om elkaar structureel te spreken en nieuwe mensen te leren kennen op het moment dat er personeelwisselingen zijn.

6.3. Theoretische en methodologische implicaties

Uit de beschouwing van de resultaten blijkt dat er beperkingen van het onderzoek zijn terug te vinden. De theoretische onderbouwing is beperkt doordat er geen literatuur meegenomen is die

het onderscheid tussen de verschillende lagen binnen een organisatie maakt. Hierdoor zijn de verschillende antwoorden op de verschillende niveaus minder goed te duiden.

Op methodologisch vlak zijn niet alle betrokken partijen geïnterviewd, een gemis is voornamelijk de huisartsen en woningbouwcorporatie die volgens respondenten een grote rol hebben in het aanbieden van integrale zorg. Daarnaast zou de respondentenpoel ook verder uitgebreid moeten worden binnen de geïnterviewde organisaties; niet van elke partij is op elk niveau in de organisatie een respondent geïnterviewd. De keuze rondom respondentselectie is omwille van tijd gemaakt. Daarnaast is ook opgemerkt dat een aantal respondenten moeite hadden met domeinoverstijgend denken waardoor een aantal interviews niet in zijn geheel bruikbaar was. Antwoorden waren gericht op verschuiving naar integratie binnen het eigen domein en sommige respondenten gaven ook aan dat ze niet wisten hoe de verschuiving naar integratie over de domeinen heen eruit moest zien.

In de beperkingen die geschetst zijn liggen veel mogelijkheden voor vervolgonderzoek. Met deze kwalitatieve benadering is een eerste richting gegeven voor factoren die de verschuiving naar integratie over domeinen heen kunnen verbeteren. Een kwantitatief onderzoek onder een grote groep managers en beleidsmedewerkers of adviseurs en een kwantitatief onderzoek onder professionals over alle domeinen heen kan steviger bewijs geven voor de resultaten die in dit onderzoek naar boven gekomen zijn. Daarnaast is het toevoegen van literatuur over interprofessioneel samenwerken binnen integrale zorg relevant omdat dit een duidelijker kader geeft voor samenwerken tussen professionals in verschillende domeinen.

Voor toekomstig onderzoek zijn er een aantal aanbevelingen die aan de hand van dit onderzoek gegeven kunnen worden. Ten eerste kan onderzoek gedaan worden naar wat er nodig is om over de grenzen van financieringsstromen heen projecten op te zetten waarbij deze financieringsstromen geen belemmering meer vormen. De focus ligt dan op het interviewen van respondenten die verantwoordelijk zijn voor deze financieringsstromen binnen de zorgverzekeraar, het zorgkantoor en de gemeenten. Ook is het interessant meer onderzoek te doen naar zorgmanagers en de manieren om hen te motiveren meer buiten hun eigen werkzaamheden om te denken. Dit onderzoek zal meer moeten gaan over persoonlijke kenmerken of vaardigheden die een zorgmanager nodig heeft om buiten het eigen domein of eigen verantwoordelijkheid te denken. Ten slotte is toekomstig onderzoek over samenwerkingen rondom personeelstekorten in de zorg belangrijk. Veel zorginstellingen prioriteren de schaarste van personeel over elk ander probleem in de (ouderen)zorg sinds de coronacrisis. Respondenten geven aan dat samenwerking op personeelsproblematiek nog niet goed genoeg van de grond komt. Voor dit onderzoek moeten interviews gehouden worden

onder alle soorten zorginstellingen waar verzorgende, verpleegkundigen en artsen werken binnen een bepaalde regio.

Echter voor de omvang van dit onderzoek, is al een begin gemaakt met het destilleren van factoren van samenwerking die kunnen bijdragen aan de verschuiving van silo's naar integratie in de regio Maassluis, Vlaardingen en Schiedam. Met deze uitkomsten kan in deze regio hopelijk een verschil worden gemaakt in het integraal organiseren van ouderenzorg.

Bronnen

- Abernethy, P. (2016) Bridging conceptual “silos”: bringing together health promotion and sustainability governance for practitioners at the landscape scale, *Local Environment*, 21(4), 451-475. DOI: 10.1080/13549839.2014.968841
- Agranoff, R., & McGuire, A. (2003). *Collaborative Public Management: New Strategies for Local Governments*. Washington DC: Georgetown University Press.
- Ahgren, B., Axelsson, R. (2005). Evaluating integrated healthcare: a model for measurement. *International journal of integrated care*, 5, 1-9. DOI: 10.5334/ijic.134
- Alders, P., & Schut, F. T. (2019). The 2015 long-term care reform in the Netherlands: Getting the financial incentives right? *Health Policy*, 123(3), 312-316.
DOI: 10.1016/j.healthpol.2018.10.010
- Ansell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543-571.
<https://doi.org/10.1093/jopart/mum032>
- Araujo de Carvalho, I. A., Epping-Jordan, J., Pot, A. M., Kelley, E., Toro, N., Thiyagarajan, J. A., & Beard, J. R. (2017). Organizing integrated health-care services to meet older people’s needs. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(11), 756.
DOI: 10.2471/BLT.16.187617
- Auschra, C. (2018). Barriers to the integration of care in inter-organisational settings: a literature review. *International Journal of Integrated Care*, 18(1), 1-14. [10.5334/ijic.3068](https://doi.org/10.5334/ijic.3068)
- Axelsson, R. (2002). Institutional developments in the Russian system of social security: organizational and interorganizational aspects. *Social Policy & Administration*, 36(2), 142-155. DOI: 10.1111/1467-9515.00276
- Axelsson, R. and Axelsson, S.B. (2006), Integration and collaboration in public health—a

conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management*, 21(1), 75-88. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1002/hpm.826>

Bannister, F. (2001). Dismantling the silos: extracting new value from IT investments in public administration. *Information Systems Journal*, 11(1), 65-84. DOI: 10.1046/j.1365-2575.2001.00094.x

Benington, J. (2009). Creating the Public In Order To Create Public Value? *International Journal of Public Administration*, 32(3-4), 232-249. DOI: 10.1080/01900690902749578

Bevc, C. A., H. Retrum, J., & M. Varda, D. (2015). New perspectives on the “silo effect”: initial comparisons of network structures across public health collaboratives. *American journal of public health*, 105(S2), S230-S235. DOI: 10.2105/AJPH.2014.302256

Bihari Axelsson, S., & Axelsson, R. (2009). From territoriality to altruism in interprofessional collaboration and leadership. *Journal of Interprofessional Care*, 23(4), 320-330. DOI: 10.1080/13561820902921811.

Boon, H., Verhoef, M., O'Hara, D., & Findlay, B. (2004). From parallel practice to integrative health care: a conceptual framework. *BMC health services research*, 4(1), 1-5. DOI: 10.1186/1472-6963-4-15

Brewster, A., Yuan, C.T., Tan, A. X., Tangoren, C.G., Curry, L.A. (2019). Collaboration in Health Care and Social Service Networks for Older Adults. *Medical Care*, 57(5), 327-333. doi: 10.1097/MLR.0000000000001097

Brommelsiek, M, Graybill, T.L., & Gotham, H.J. (2019). Improving communication, teamwork and situation awareness in nurse-led primary care clinics of a rural healthcare system. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 16, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2019.100268>

Bryman, A. (2016). *Social Research Methods*. London: Oxford University Press.

Bryson, J.M., Crosby, B.C., & Middleton Stone, M. (2006). *The Design and Implementation of*

Cross-Sector Collaborations: Propositions from the Literature. *Public Administration Review*, 66(1), 44-55. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1111/j.1540-6210.2006.00665.x>

Bryson, J.M., Crosby, B.C., & Middleton Stone, M. (2015). The Design and Implementation of Cross-Sector Collaborations: Needed *and* Challenging. *Public Administration Review*, 75(5), 647-663. DOI: 10.1111/puar.12432.

Christensen, T., & Lægreid, P. (2007). The whole-of-government approach to public sector reform. *Public administration review*, 67(6), 1059-1066. DOI: 10.1111/j.1540-6210.2007.00797.x

D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M. D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of interprofessional care*, 19(sup1), 116-131. DOI: 10.1080/13561820500082529

Deng, G., Weber, W., Sood, A., & Kemper, K.J. (2010). Research on Integrative Healthcare: Context and Priorities. *Explore*, 6(3), 143-158. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2010.03.007>

De Bri, F. & Bannister, F. (2010). Whole-of-government: the continuing problem of eliminating silos. *Proceedings of the 10th European Conference on E-Government*, Limerick: mimeo: 122-133. Geraadpleegd via: [https://books.google.nl/books?hl=nl&lr=&id=dNIc6DoMowkC&oi=fnd&pg=PA122&dq=de+Bri,+F.+%26+Bannister,+F.+\(2010\).+Whole-of-government:+the+continuing+problem+of+eliminating+silos.+Proceedings+of+the+10th+European+Conference+on+E-Government,+Limerick:+mimeo:+122%E2%80%93133.&ots=JC13pQp GD&sig=6ktl7lBa4xTruo4RaMJ5xM6aSkk&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.nl/books?hl=nl&lr=&id=dNIc6DoMowkC&oi=fnd&pg=PA122&dq=de+Bri,+F.+%26+Bannister,+F.+(2010).+Whole-of-government:+the+continuing+problem+of+eliminating+silos.+Proceedings+of+the+10th+European+Conference+on+E-Government,+Limerick:+mimeo:+122%E2%80%93133.&ots=JC13pQp GD&sig=6ktl7lBa4xTruo4RaMJ5xM6aSkk&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

De Vries, R.E., Bakker-Pieper, A., & Oostenveld, W. (2009). Leadership = Communication? Relations of Leaders' Communication Styles with Leadership Styles, Knowledge Sharing and Leadership Outcomes. *Journal of Business and Psychology*, 25, 357-380. DOI 10.1007/s10869-009-9140-2

- Embudeniya, G., Kirst, M., Walker, K., & Wodchis, W.P. (2018). The generation of integration: the early experience of implementing bundled care in Ontario, Canada. *Milbank Quarterly*, 96 (4), 782-813. DOI: 10.1111/1468-0009.12357
- Emerson, K., Nabatchi, T., & Balogh, S. (2012). An Integrative Framework for Collaborative Governance. *Journal of Public Administration Research and Theorie*, 22(1), 1-29. <https://doi.org/10.1093/jopart/mur011>
- Foster-Fishman, P.G., Salem, D.A., Allen, N.A., & Fahrback, K. (2001). Facilitating Interorganizational Collaboration: The Contribution of Interorganizational Alliances. *American Journal of Community Psychology*, 29(6), 875-905. DOI: 10.1023/A:1012915631956
- Frankowski, A. (2019). Collaborative governance as a policy strategy in healthcare. *Journal of Health Organisation and Management*, 33(7/8), 791-808. DOI 10.1108/JHOM-10-2018-0313
- Gezond en Wel Ouder worden. (n.d.). Programma Regionale Aanpak Ouderenzorg. Geraadpleegd via <https://www.gezondenwel-wsd.nl/>
- Goodwin, N. (2016). Understanding integrated care. *International Journal of Integrated Care*, 16(4), 1-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.2530>
- Grol, S., Molleman, G., van Heumen, N., van den Muijsenbergh, M., Scherpbier-de Haan, N., & Schers, H. (2021). General practitioners' views on the influence of long-term care reforms on integrated elderly care in the Netherlands: a qualitative interview study. *Health policy*, 125(7), 930-940. DOI: 10.1016/j.healthpol.2021.04.011
- Hartgerink, J. M., Cramm, J. M., de Vos, A. J., Bakker, T. J., Steyerberg, E. W., Mackenbach, J. P., & Nieboer, A. P. (2014). Situational awareness, relational coordination and integrated care delivery to hospitalized elderly in The Netherlands: a comparison between hospitals. *BMC geriatrics*, 14(1), 1-11. DOI: 10.1186/1471-2318-14-3
- Hearld, L.R., Alexander, J.A., & Mittler, J.N. (2012). Fostering change within organizational participants of multisectoral health care alliances. *Health Care Manage Review*, 37(3), 267-279.

- Hoedemakers, M., Leijten, F. R. M., Looman, W., Czypionka, T., Kraus, M., Donkers, H., van den Hende-Wijnands, E., van den Broek, N.M.A., & Rutten-van Mólken, M. (2019). Integrated care for frail elderly: a qualitative study of a promising approach in the Netherlands. *International journal of integrated care*, 19(3), 1-11. DOI: 10.5334/ijic.4626
- Hujala, A., Taskinen, H., Laulainen, S., Klinga, C., & Schruijer, S. (2022). Discourses of middle managers' cross-boundary collaboration in health and social care. *Journal of Integrated Care*, 30(2), 203-215. DOI: 10.1108/JICA-10-2021-0054
- Hultberg, E. L., Glendinning, C., Allebeck, P., & Lönnroth, K. (2005). Using pooled budgets to integrate health and welfare services: a comparison of experiments in England and Sweden. *Health & social care in the community*, 13(6), 531-541. DOI: 10.1111/j.1365-2524.2005.00585.x
- Hultberg, E. L., Lönnroth, K., & Allebeck, P. (2003). Co-financing as a means to improve collaboration between primary health care, social insurance and social service in Sweden. A qualitative study of collaboration experiences among rehabilitation partners. *Health Policy*, 64(2), 143-152. [https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(02\)00145-8](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(02)00145-8)
- Johanson, J. (2000). Formal structure and intra-organisational networks. An analysis in a combined social and health organisation in Finland. *Scandinavian Journal of Management*, 16(3), 249-267. [https://doi.org/10.1016/S0956-5221\(99\)00027-5](https://doi.org/10.1016/S0956-5221(99)00027-5)
- Karam, M., Brault, I., Van Durme, T., & Macq, J. (2018). Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. *International Journal of Nursing Studies*, 79, 70-83. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2017.11.002
- Karlsson, M., Garvare, R., Zingmark, K., & Nordström, B. (2020). Organizing for sustainable inter-organizational collaboration in health care processes. *Journal of Interprofessional Care*, 34(2), 241-250. DOI: 10.1080/13561820.2019.1638760
- Kennedy J, McKenzie I, Thomas J. (2019). Developing Effective Collaborations: Learning from Our Practice. *Administrative Sciences*, 9(3), 1-13.

<https://doi.org/10.3390/admsci9030068>

- Kümpers, S., Mur, I., Hardy, B., van Raak, A., & Maarse, H. (2006). Integrating dementia care in England and The Netherlands: Four comparative local case studies. *Health & Place*, 12(4), 404-420. DOI: 10.1016/j.healthplace.2005.04.001
- Læg Reid, P., Sarapuu, K., Rykkja, L. H., & Randma-Liiv, T. (2015). New coordination challenges in the welfare state. *Public Management Review*, 17(7), 927-939. DOI: 10.1080/14719037.2015.1029344
- Lemmens, L. C., Drewes, H. W., Lette, M., & Baan, C. A. (2017). Een populatiegerichte aanpak voor verbinding van preventie, zorg en welzijn: De beweging in beeld. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 161, [D849]. <https://www.ntvg.nl/artikelen/populatiegerichte-aanpak-voor-verbinding-van-preventie-zorg-en-welzijn?destination=node/1265601>
- Lette, M., Boorsma, M., Lemmens, L., Stoop, A., Nijpels, G., Baan, C., & De Bruin, S. (2019). Unknown makes unloved – A case study on improving integrated health and social care in the Netherlands using participatory approach. *Health and Social Care in the Community*, 28, 670-680. DOI: 10.1111/hsc.12901
- Leutz WN. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly*, 77(1):77–110. DOI: 10.1111/1468-0009.00125
- Löfström, M. (2010). Inter-organizational collaboration projects in the public sector: a balance between integration and demarcation. *The International journal of health planning and management*, 25(2), 136-155. DOI: 10.1002/hpm.1003
- Marafioti, E., Mariani, L., & Martini, M. (2014). Exploring the effect of network governance models on health-care systems performance. *International Journal of Public Administration*, 37(13), 987-998. DOI: 10.1080/01900692.2014.944993
- Mervyn, K., Amoo, N.A., & Malby, R. (2019). Challenges and Insights in Inter-Organizational

Collaborative Healthcare Networks: An Empirical Case Study of a Place-Based Network. *International Journal of Organizational Analysis*, 27(4), 875-902. ISSN 1055-3185 DOI: <https://doi.org/10.1108/IJOA-05-2018-1415>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022a). Hoofdlijnenbrief VWS [kamerbrief].

Geraadpleegd via:

<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Mg1DYpf1dD0J:https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/kamerstukken/2022/03/04/kamerbrief-over-hoofdlijnenbrief-vws/kamerbrief-over-hoofdlijnenbrief-vws.pdf+&cd=5&hl=nl&ct=clnk&gl=nl>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022b). Voortgang Integraal Zorgakkoord [kamerbrief]. Geraadpleegd via:

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2022/05/10/kamerbrief-over-voortgang-integraal-zorgakkoord>

Minkman, M. M., Ligthart, S. A., & Huijsman, R. (2009). Integrated dementia care in The Netherlands: a multiple case study of case management programmes. *Health & social care in the community*, 17(5), 485-494. DOI: 10.1111/j.1365-2524.2009.00850.x

O'Leary, R. (2015). From silos to networks. *Public administration evolving: From foundations to the future*, 84-101.

https://books.google.nl/books?hl=nl&lr=&id=cP3qBgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA85&ots=TkfYqGJzZ8&sig=Utwa4qf_8XjMCWhAk0-GgNU9sVo#v=onepage&q&f=false

Pangborn, S.M. (2017). Reimagining interdisciplinary team communication in hospice care: disrupting routinization with narrative inspiration. *Journal of Applied Communication Research*, 45(5), 455-473. [10.1080/00909882.2017.1382710](https://doi.org/10.1080/00909882.2017.1382710)

Pirnejad, H., Bal, R., Stoop, A., & Berg, M. (2007). Inter-organisational communication networks in healthcare: centralised versus decentralised approaches. *International Journal of Integrated Care*, 7(6), 1-12. ISSN 1568-4156

Provan, K. G., & Kenis, P. (2008). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of public administration research and theory*, 18(2), 229-252. DOI: 10.1093/jopart/mum015

- Provan, K.G., Beagles, J.E., & Leischow, S.J. (2011). Network formation, governance, and evolution in public health: The North American Quitline Consortium case. *Health Care Management Review, 36*(4), 315-326. DOI: 10.1097/HMR.0b013e31820e1124
- Rämgård, M., Blomqvist, K., & Pia Petersson, P. (2015). Developing health and social care planning in collaboration. *Journal of Interprofessional Care, 29*(4), 354-358. DOI: 10.3109/13561820.2014.1003635
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2022). *Netwerken integrale ouderenzorg: hoe ervaren ouderen en mantelzorgers integrale ouderenzorg en wat vinden zij belangrijk?* [factsheet]
Geraadpleegd via <https://www.rivm.nl/documenten/netwerken-integrale-ouderenzorg>
- Roberts, N. C. (2011). Beyond smokestacks and silos: Open-source, web-enabled coordination in organizations and networks. *Public Administration Review, 71*(5), 677-693.
DOI: 10.1111/j.1540-6210.2011.02406.x
- Rumbold, B., & Shaw, S.E. (2010). Horizontal and Vertical Integration in the UK: Lessons from History. *Journal of Integrated Care, 18*(6), 45-52. DOI: 10.5042/jic.2010.0652
- Scott, I., Gong, T. (2021). Coordinating government silos: challenges and opportunities. *Global Public Policy and Governance, 1*, 20–38. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1007/s43508-021-00004-z>
- Seidell, J. C., Halberstadt, J., Noordam, H., & Niemer, S. (2012). An integrated health care standard for the management and prevention of obesity in The Netherlands. *Family practice, 29*(suppl_1), i153-i156. DOI: 10.1093/fampra/cmr057
- Shand, J., & Turner, S. (2018). System wide collaboration? Health and social care leaders' perspectives on working across boundaries. *Journal of Integrated Care, 27*(1), 83-94. DOI 10.1108/JICA-06-2018-0042
- Simons, M., Goossensen, A., & Nies, H. (2022). Interventions fostering interdisciplinary and

inter-organizational collaboration in health and social care; an integrative literature review. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 28, 1-8.
<https://doi.org/10.1016/j.xjep.2022.100515>

Spierenburg, M., Van de Schoot, R., Turnhout, S., Zonneveld, N., Pittens, C., & Minkman, M. (2016). *Governance tussen organisaties*. Geraadpleegd van <https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/hoewerktgovernance-tussenorganisaties.pdf>

Storm, I., den Hertog, F., Van Oers, H., & Schuit, A. J. (2016). How to improve collaboration between the public health sector and other policy sectors to reduce health inequalities?—A study in sixteen municipalities in the Netherlands. *International journal for equity in health*, 15(1), 1-14. DOI: 10.1186/s12939-016-0384-y

Stokes, J., Struckmann, V., Kristensen, S. R., Fuchs, S., van Ginneken, E., Tsiachristas, A., Rutten van Mólken, M., & Sutton, M. (2018). Towards incentivising integration: A typology of payments for integrated care. *Health Policy*, 122(9), 963-969.
DOI: 10.1016/j.healthpol.2018.07.003

Struckmann, V., Quentin, W., Busse, R., & van Ginneken, E. (2017). *How to strengthen financing mechanism to promote care for people with multimorbidity in Europe?* (Policy brief 24). ICARE4EU. 10.14279/depositonce-8828.

Sullivan, H., & Williams, P. (2012). Whose kettle? Exploring the role of objects in managing and mediating the boundaries of integration in health and social care. *Journal of Health Organization and Management*, 26(6), 697-712.. DOI: 10.1108/14777261211276970

Thornicroft, G., Ahuja, S., Barber, S., Chisholm, D., Collins, P. Y., Docrat, S., ... & Zhang, S. (2019). Integrated care for people with long-term mental and physical health conditions in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry*, 6(2), 174-186.
DOI: 10.1016/S2215-0366(18)30298-0

Trein, P., & Ansell, C.K. (2021). Countering fragmentation, taking back the state, or partisan agenda-setting? Explaining policy integration and administrative coordination reforms. *Governance*, 34, 1143– 1166. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1111/gove.12550>

- Valentijn, P.P., Schepman, S., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13, 1-12. doi: [10.5334/ijic.886](https://doi.org/10.5334/ijic.886)
- Van Aartsen, C. (2019). Zorg en welzijn met elkaar verbinden. *Zorgvisie*, 49, 58-62. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1007/s41187-019-0108-1>
- Van der Voort, P. H. J., de Beer, A. A., van Stijn, I., & van der Meer, B. J. M. (2020). Network governance of Dutch intensive care units: state of affairs after implementation of the Quality Standard. *Netherlands Journal of Critical Care*, 28(2), 84-88. ISSN: 1569-351
- Vangen, S., Hayes, J. P. & Cornforth, C. (2015). Governing cross-sector, inter-organizational collaborations. *Public Management Review*, 17(9), 1237-1260. DOI: 10.1080/14719037.2014.903658
- Van der Schors, W., Roos, A., Kemp, R., Varkevisser, M. (2021). Inter-organizational collaboration between healthcare providers. *Health Services Management Research*, 34(1), 34-46. <https://doi.org/10.1177/0951484820971456>
- Van Wietmarschen, H. A., Staps, S., Meijer, J., Flinterman, J. F., & Jong, M. C. (2022). The Use of the Bolk Model for Positive Health and Living Environment in the Development of an Integrated Health Promotion Approach: A Case Study in a Socioeconomically Deprived Neighborhood in The Netherlands. *International journal of environmental research and public health*, 19(4), 1-18. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042478>
- Vatanpour, H., Khorramnia, A., & Forutan, N. (2013). Silo Effect a Prominence Factor to Decrease Efficiency of Pharmaceutical Industry. *Iranian Journal of Pharmaceutical Research: IJPR*, 12(Suppl): 207-216. ISSN: 1735-0328
- Vrijhoef, H.J.M., Baan, C.A., Nieboer, A.P., Batenburg, R.S., & Valentijn, P.P. (2017). Integratie van zorg: Inzichten uit (onderzoeks)programma's tussen 2005-2017. *Tijdschrift gezondheidswetenschappen*, 95, 208-213. DOI 10.1007/s12508-017-0068-z
- VTV-2018. (2018). Ouderdomsziekten zorgen voor grote druk op de zorg. Geraadpleegd via

<https://www.vtv2018.nl/ouderdomsziekten>

Wachhaus, A. (2021). Assessing Collaboration in Local Healthcare Networks. *International Journal of Public Administration*, 1-12. DOI: 10.1080/01900692.2021.2001007

Westra, D., Angeli, F., Carree, M., & Ruwaard, D. (2017). Coopetition in health care: A multi-level analysis of its individual and organizational determinants. *Social Science & Medicine*, 186, 43-51. DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.05.051

Weick, K.E. (1995). *Sensemaking in Organizations*. London: Sage.

Willumsen, E., Ahgren, B., & Ødegård, A. (2012) A conceptual framework for assessing interorganizational integration and interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 26(3), 198-204. DOI: 10.3109/13561820.2011.645088

Appendix

A.1. Indicatoren aansluitend bij vragenlijst

Silo	<ul style="list-style-type: none">○ Organisatie is naar binnen of buiten gericht○ Organisatie is wel of niet toegewijd aan samenwerkingsdoelen○ Organisatie heeft contact met gelijksoortige of ongelijksoortige organisaties○ Organisatie is gespecialiseerd in taken en rollen
Mate van integratie	<ul style="list-style-type: none">○ Er bestaat horizontale en/of verticale integratie○ Horizontale integratie = integratie tussen verschillende organisaties op hetzelfde niveau○ Verticale integratie = integratie tussen verschillende organisaties in dezelfde hiërarchie
Vorm van interactie	<ul style="list-style-type: none">○ Integratie op basis van contracten, formele afspraken of vrijwillige overeenkomsten○ Autoriteit ligt bij een nieuwe structuur of bij afzonderlijke partijen○ Er bestaan gebundelde middelen○ Er bestaat een gezamenlijke planning
Betrokkenheid verschillende partijen	<ul style="list-style-type: none">○ Organisaties uit meerdere sectoren zijn betrokken
Bereidheid tot samenwerking	

Noodzaak voor integratie	<ul style="list-style-type: none"> ○ Organisaties voelen de bereidheid om samen te werken ○ Organisaties voelen de noodzaak voor integratie
Erkenning van hetzelfde probleem	<ul style="list-style-type: none"> ○ Organisaties erkennen hetzelfde probleem ○ Organisaties beseffen elkaar nodig te hebben ○ Organisaties voelen afhankelijkheid naar elkaar
Structurele inbedding	<ul style="list-style-type: none"> ○ Bestaande en vroegere relaties tussen organisaties ○ Positieve ervaring uit deze relaties
Erkende onderlinge afhankelijkheid	<ul style="list-style-type: none"> ○ Overeenstemming over problemen ○ Ervaren noodzaak voor inzetten andere partners
Coördinerende organisatie	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aanwezigheid van een bemiddelende partij of coördinator met legitimiteit ○ Taak om netwerk te vormen
Communicatie	<ul style="list-style-type: none"> ○ Organisaties kennen elkaar ○ Organisaties onderhouden contact ○ Mensen zien elkaar face-to-face
Gedeeld doel	<ul style="list-style-type: none"> ○ Organisaties beschrijven samen het doel ○ Organisaties kennen het doel ○ Organisaties voelen de noodzaak dit doel te behalen
Vertrouwen	<ul style="list-style-type: none"> ○ Het bestaan van diepgaande relaties ○ Organisaties delen informatie met elkaar ○ Organisaties laten goede bedoelingen zien ○ Organisaties doen wat ze beloven
Conflict managen	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ontstaan van conflicten ○ Conflicten bespreekbaar maken

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Conflicten oplossen door inzet van bronnen en tactieken
Leiderschap	<ul style="list-style-type: none"> ○ Leiderschap is spontaan ontstaan tijdens het samenwerken ○ Leider is moedig ○ Leider is toegeweid ○ Leider verbindt ○ Leider wil samenwerken ○ Leider frameet probleem zodat iedereen het belang ervan zit
Ontstaan van structuur	<ul style="list-style-type: none"> ○ Er bestaat een formele of opkomende planning ○ Voor opkomende planning: ontstaat met tijd ○ Voor opkomende planning: ontstaat door gesprekken
Tijd	<ul style="list-style-type: none"> ○ Samenwerking vormt langzaam en incrementeel

A.2. Vragenlijst

Topic lijst met vragen

Silo's

1. Wat is in het kort uw functie?
2. Welke diensten levert uw organisatie met betrekking tot ouderen?
3. Welke problemen ervaart u in het leveren van deze diensten?
4. Met welke andere organisaties heeft uw organisatie contact?
 - a. Hoe verloopt dit contact?
 - b. Zouden deze organisaties ingezet kunnen worden voor een betere samenwerking?
5. Heeft u het idee dat actief er met andere organisaties wordt samengewerkt of ligt de nadruk op het managen van de interne organisatie

6. Heeft u het idee dat externe doelen of samenwerkingsdoelen nagestreefd worden die niet perse van intern belang zijn?

Integratie

1. Is er op meerdere niveaus sprake van samenwerking?
 - a. Verduidelijking geven; klinisch, professional, organisatorisch, systeem
 - b. Op welke manier is dit terug te zien?
2. Wordt samenwerking met andere partijen op bestuurlijk niveau besloten of is dit ontstaan door vrijwillige overeenkomsten tussen partijen?
3. Is de samenwerking langzaam ontstaan of juist in één keer?
4. Is er een manager van de samenwerking?
5. Bestaat er een nieuwe organisatie waar uw organisatie aan verbonden is?
6. Worden de hulpbronnen zoals geld en personeel gebundeld?

Factoren voor betere samenwerking – en is dit nodig voor een betere samenwerking

Context

1. Op welke manier bent u of uw organisatie afhankelijk van andere partijen?
 - a. Is dit gebaseerd op een gezamenlijk belang of het delen van bronnen?
 - b. Is dit nodig voor meer samenwerking?
2. Is er een coördinerende organisatie of persoon en zo ja wat doet deze organisatie of persoon? Zo nee:
 - a. Op welke manier zou de samenwerking gecoördineerd moeten worden voor een betere samenwerking?
 - b. Welke eigenschappen zou een leider volgens u moeten hebben voor een betere samenwerking?
3. Welk probleem denkt u dat DE samenwerking zou kunnen helpen oplossen?
 - a. *Doorvragen over integrale zorg?*
 - b. Hoe ziet u een (betere) samenwerking voor zich?

Proces

4. Op welke manier verloopt de communicatie nu en hoe zou dit verbeterd kunnen worden?
 - a. Kan dit de samenwerking bevorderen?

5. Heeft u het idee dat er een gedeeld doel bestaat tussen de partners waar u mee samen werkt? En zo ja hoe is dit gedeelde doel ontstaan?
 - a. Zo nee, hoe zou een gedeeld doel kunnen ontstaan?
 - b. Is dit nodig voor de samenwerking?
6. Heeft u vertrouwen in andere partners?
 - a. Ja: hoe komt het dat u deze partners vertrouwt?
 - b. Nee: hoe zou vertrouwen kunnen worden versterkt?
 - c. Zou een leider hier een rol in kunnen spelen?
 - d. Is dit nodig voor samenwerking?
7. In welke mate zijn er conflicten in de samenwerking met de andere partners?
 - a. Wat zorgt voor deze conflicten? (Machtsverhoudingen, verschillende doelen)
 - b. Wat kan wat u betreft een oplossing zijn voor deze conflicten? (Bespreekbaar maken, inzetten van bronnen en tactieken om partners op gelijke voet te zetten)
 - c. Is dit nodig voor samenwerking?
8. Hoe ziet u de structuur van de samenwerking voor zich, is dit een formele structuur of een proces waarin zich dit vormt?
 - a. Wat denkt u over de snelheid van het proces?
 - b. Wat is hierin nodig voor een betere samenwerking?

A.3. Codeboom

Silo structuur:

- Relaties:
 - o Contact tussen gelijksoortige organisaties
 - o Contact tussen ongelijksoortige organisaties
- Problemen
 - o Grote toestroom nieuwe cliënten
 - o Personeel behouden en werven
 - o Schotten tussen Wmo, welzijn, Wlz en Zvw
 - Behoeftes ouderen niet centraal
 - Inefficiënt
 - Tijdrovend
 - Meer contact nodig over de domeinen heen
- Interne en externe gerichtheid

- Interne focus
- Bedrijfsvoering
 - Schaarste personeel
- Politieke belangen
- Tweede plaats externe gerichtheid

Samenwerking en integratie:

- Mate van integratie
 - Horizontale integratie
 - Verticale integratie
 - Binnen organisaties
 - Tussen organisaties
- Vorm samenwerking
 - Coördineren
 - Bestuurlijk
 - Gezamenlijk gedefinieerd doel
 - Formeel en gestructureerd contact

Verbeteren samenwerking:

- Initiële factoren
 - Betrokkenheid van verschillende sectoren
 - Wmo en welzijn
 - Vrijwillige sector
 - Commerciële sector
 - Woningbouwcorporaties
 - Huisartsen
 - Bereidheid tot samenwerking
 - Hoge bereidheid tussen professionals
 - Meerwaarde
 - Behoeftte ouderen
 - Lagere bereidheid tussen managers en beleidsmedewerkers
 - Concurrentie
 - Verschillende belangen
 - Concretisering van de opgave
 - Gebrek urgentie

- Terughoudendheid door angst
- Noodzaak voor integratie
 - Begint langzaam te komen
 - Samenwerking is nodig voor integrale zorg
 - Leren van elkaar
- Structurele inbedding
 - Casus overleggen
 - Korte lijstjes
 - Verloop personeel
 - Gebrek aan samenwerkingsverbanden
 - Contact verbeteren
 - Vaker zien
 - Brainstormen
 - Cultuurverschillen
- Onderlinge afhankelijkheid vergroten
- Coördinerende organisatie
- Overeenstemming probleem
- Financiële prikkels
- Conflicten
- Vertrouwen
- Gezamenlijk doel
- Samenwerking structureler
- Tijd geven en creëren

A.4. Afkortingen

Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wlz	Wet langdurige zorg
Zvw	Zorgverzekeringswet
DSW	Delfland, Schieland, Westland
MVS	Maassluis, Vlaardingen, Schiedam

VVT-organisaties	Verpleeg- en Verzorgingstehuizen en Thuiszorg
------------------	--