

CELSUS
ACADEMIE VOOR
BETAALBARE
ZORG



TALMA
INSTITUTE

Talma uitgave: 'Geïntegreerde zorg'

Werkdocument / eerste
inhoudelijke verdieping
(mei 2016)

Auteurs booklet: D. Bannink, S. van
Duijn, A. Schonewille en F. Thomese
Reeks onder redactie van: D. Bannink, E.
van der Hijden, X. Koolman en S. Ybema
Talma Instituut, Vrije Universiteit
Amsterdam

Inhoud

1 Inleiding	p.2
1.1 Het Talma zorgprogramma en het thema 'Geïntegreerde zorg'	
1.2 Leeswijzer	
2 Casus: 16-jarige anorexiapatiënte	p.4
2.1 Beschrijving van de casus	
2.2 Analyse van de casus	
3 Kennisverdieping	p.7
3.1 Geïntegreerde zorg	
3.2 Drie sturingsvormen	
3.3 Conditie sturingsvormen	
3.4 Principaal-agentdilemma	
3.5 Betekenissenbenadering	
3.6 De werkvloer	
3.7 Samenwerking met informele zorg	
3.8 Proeftuinen en (sociale) wijkteams	
3.9 Groene en rode vlaggen	
4 Institutionele dilemma's en onderzoeksvoorstellen	p.22
4.1 Onbedoelde gevolgen	
4.2 Woorden- en belangenstrijd	
4.3 Vernieuwingsdrang en behoudzucht	
4.4 Botsing systeem- en leefwereldlogica	

1. Inleiding

1.1 Het Talma zorgprogramma en het thema 'Geïntegreerde zorg'

Het Talma Instituut doet multidisciplinair wetenschappelijk onderzoek naar institutionele barrières in de zorg en de sociale zekerheid. Het herkennen en helpen wegnemen van die barrières, dat maakt de zorg doelmatiger, en daarvoor is het Talma Zorgprogramma opgericht. Wat is doelmatige zorg? Zorg met een optimale verhouding tussen de publieke doelen van het zorgstelsel: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. De verhouding tussen deze doelen wordt vormgegeven in een complexe wereld van regulering en professionele routines, (markt)mechanismen, prikkels, stelsels en zorgorganisaties.

We spreken van een institutionele barrière als duidelijk is dat zorg met een betere verhouding tussen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid niet tot stand komt door de wijze waarop de zorg is georganiseerd. Een barrière is *niet* institutioneel wanneer een organisatie de barrière heeft weten te slechten en een andere niet.

Het Talma Zorgprogramma staat voor:

1. hoogstaand onderzoek gevoed door meerdere disciplines
2. dat wordt uitgevoerd i.s.m. met maatschappelijke partners
3. op thema's en vraagstukken die door onze partners zijn geprioriteerd
4. dat voor onze partners getuigt van inzicht in hun positie en rol in de zorg
5. met als doel kennisontwikkeling gericht op het wegnemen van belemmeringen voor optimale kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg.

Voor u ligt een eerste inhoudelijke verdieping van een van de vier (voorlopige) thema's van het Talma Zorgprogramma: 'Geïntegreerde zorg.' De andere drie thema's zijn 'De dynamiek van innovatie,' 'Inkopen met zorg' en 'Samen kiezen voor gepaste zorg' en zijn onderwerp van vergelijkbare uitgaven. Deze thema's vloeien voort uit de 32 onderwerpen die onze maatschappelijke partners naar voren brachten tijdens de inventarisatie van hindernissen die zij ervaren bij het optimaal dienen van patiënten, cliënten en verzekerden.

De vier thema-uitgaven samen dienen ieder ter voorbereiding voor de deelnemers van een van de verdiepende seminars over deze thema's in mei 2016. Tijdens deze seminars wordt er invulling gegeven aan de uitwerking van de onderzoeksthema's. De resultaten hiervan worden vervolgens in juni met de wetenschappelijke adviesraad (WAR) van het Talma Instituut besproken.

Het thema 'Geïntegreerde zorg' is er op gericht om vanuit de theorie en de praktijk de mogelijkheden en moeilijkheden te benoemen die typerend zijn voor verschillende partijen die betrokken zijn bij geïntegreerde zorg. Om daadwerkelijk een geïntegreerd zorgaanbod mogelijk te maken, is volgens velen 'ontschotting' nodig: het werk van zorgprofessionals, zorgorganisaties en financieringsstromen zou beter op elkaar moeten worden afgestemd. Een dergelijke integratie moet ertoe moeten leiden dat (specialistische) kennis bij elkaar komt en dat de verschillende belangen die daarmee

gemoeid zijn worden gericht op het gemeenschappelijke doel om een specifieke doelgroep of regio de best mogelijk zorg te bieden. Maar juist die specifieke kennis en belangen roepen fundamentele vragen op. Want hoe kunnen overheden, aanbieders, verzekeraars en burgers hun verantwoordelijkheid om goede, beschikbare, betaalbare en integrale zorg te leveren waarmaken? Welke mogelijkheden zijn er om zorg over de bestaande scheidslijnen, over de bestaande 'schotten', heen te organiseren en welke moeilijkheden doen zich voor?

Het doel van deze uitgave is niet om deze problemen op te lossen. Verkokering is een gegeven in een hoog gespecialiseerd en ontwikkeld zorgsysteem, dat vaak goede diensten bewijst. Het is wel mogelijk om groene en rode vlaggen te plaatsen, waardoor verzekeraars, zorgaanbieders en andere partijen in de zorg beter in staat zijn om afwegingen te maken die bijdragen aan doelmatige zorg. Een groene vlag staat voor een mogelijkheid, een rode voor een moeilijkheid. Welke sturingsvormen zijn bijvoorbeeld meer (groen) of minder (rood) geschikt voor verschillende manieren van integratie en samenwerking? Welke mogelijkheden en valkuilen zijn typerend voor die sturingsvormen?

1.2 Leeswijzer

Deze uitgave begint met een casus die de problematiek van zorgintegratie duidelijk maakt (Hoofdstuk 2). Daarna volgen enkele onderwerpen die bedoeld zijn om de kennis over het thema te verdiepen (Hoofdstuk 3). Het gaat daarin vooral over de mogelijkheden en moeilijkheden om tot integratie van zorg te komen. Paragraaf 3.9 geeft een overzicht van de te onderscheiden groene en rode vlaggen. Waarbij een groene vlag staat voor een mogelijkheid en een rode vlag voor een moeilijkheid. Het laatste hoofdstuk bevat een aantal onderzoeksvoorstellen voor verdiepend onderzoek (Hoofdstuk 4).

2. Casus: een zestienjarige anorexiapatiënte wordt niet op een specialistisch afdeling behandeld

2.1 Beschrijving van de casus

In de rubriek next.checkt gaan verslaggevers van *NRC Next* na of uitspraken die de week ervoor in de media waren wel of niet kloppen. Op 2 september 2015 verscheen in deze rubriek het artikel 'Meisje van 16 mag niet worden behandeld voor anorexia door AMC omdat ze geen 18 is.'¹ Het artikel was gebaseerd op uitspraken die de Vlaamse psychiater en filosoof Damiaan Denys deed in het tv-programma *Zomergasten*:

We zitten nu zover dat wij een prachtig ziekenhuis hebben, een hele afdeling waar we zorg kunnen aanbieden, maar dat dat niet mag, omdat er een regeltje niet is goedgekeurd, omdat de ziektekostenverzekering zegt: ja, sorry. We hebben nu bijvoorbeeld een meisje met anorexia, zestien jaar oud, bijna aan het sterven. We zouden die kunnen behandelen, maar dat mag niet, omdat ze jonger is dan achttien.²

Rueb onderzoekt de claim van Denys of het inderdaad zo is dat zestienjarige anorexiapatiënten geen zorg kunnen ontvangen van de 'PsychMed'-unit van het AMC. De verslaggever komt tot de conclusie dat dit inderdaad zo is.

Rueb legt uit: de afdeling waar Denys werkt 'is een specialistische afdeling die patiënten behandelt met zowel psychische als lichamelijke klachten. De behandelaren zijn psychiatrisch en somatisch geschoold (en dus ook relatief duur). Patiënten met anorexia zijn een voorbeeld van deze psycho-medische doelgroep: dit is namelijk een psychische aandoening die kan leiden tot een potentieel levensbedreigende fysieke situatie.' Echter, 'anorexia nervosa wordt in eerste instantie gezien als een psychische stoornis.'

Sinds de invoering van de Jeugdwet zijn gemeenten verantwoordelijk voor de psychische zorg voor minderjarigen. Zij moeten dan ook contracten afsluiten met ziekenhuizen. In de praktijk betekent dit dat gemeenten 'doorgaans met grote GGZ-instellingen' contracten sluiten en 'niet met een kleine, specialistische afdeling in een universitair ziekenhuis, zoals die van Damiaan Denys.'³ Omgekeerd, zo stelt Rueb, betekent dit dat 'een afdeling zoals die van Denys met alle 393 Nederlandse gemeenten individueel zou moeten onderhandelen om een zorgcontract af te sluiten om de minderjarige anorexiapatiënten te mogen behandelen. Ondoenlijk, alleen al qua administratieve manuren'. Een andere mogelijkheid is opname van de afdeling in het Landelijke Transitie Arrangement, 'dat is een soort contract dat VNG sluit namens alle Nederlandse gemeenten.'⁴ De afdeling van Denys heeft dat echter voor 2015 niet gedaan

¹ Rueb, T. (2015). 'Meisje van 16 mag niet worden behandeld voor anorexia door AMC omdat ze geen 18 is'. *NRC Next*, verkregen van: <http://www.nrc.nl/next/van/2015/september/02/meisje-van-16-mag-niet-worden-behandeld-voor-anor-1528268>

² Rueb, 2015

³ Rueb, 2015

⁴ Rueb, 2015

en dus klopt het volgens Rueb dat Denys de zestienjarige anorexiapatiënt niet kan behandelen, 'want wie gaat het vergoeden?'⁵

2.2 Analyse van de casus

De zorg in Nederland is voor een deel decentraal georganiseerd.⁶ Lokale overheden zijn verantwoordelijk voor de zorg in hun gebied. Uit de casus komt naar voren dat psychiater Denys suggereert dat een jeugdige anorexiapatiënt niet door zijn specialistische afdeling behandeld kan worden omdat er geen contract is afgesloten met de gemeente. Wat betekent dat vanuit zijn perspectief; wat zegt het over het gedecentraliseerde, Nederlandse systeem en welke kennis is nodig om meer inzicht te krijgen in geïntegreerde zorg en in de problematiek die in deze casus naar voren komt?

Psychiater Denys wil zijn vak zo goed mogelijk uitoefenen. Vanuit dat perspectief moet elke patiënt de best mogelijk zorg kunnen krijgen. Denys weet dat hij goede zorg kan bieden, maar kan die niet leveren doordat gemeente en verzekeraar niet meewerken en ze de patiënt geen vergoeding geven voor deze zorg.

Vanuit een bestuurskundig perspectief vallen andere zaken op. Er vallen altijd zaken 'tussen de kieren' van het systeem door. Wetten en procedures (die immers in algemene en abstracte termen zijn gesteld) kunnen nooit volledig de complexiteit en de uniciteit van alle mogelijke gevallen vatten (die specifiek en concreet zijn). Professionals in de betrokken organisaties en patiënten en burgers moeten hun specifieke geval zo goed mogelijk in de bestaande mogelijkheden inpassen.

Daarnaast moeten de actoren misschien het nieuwe systeem leren kennen. Heeft Denys de nieuwe regelgeving nog onvoldoende in de vingers? Misschien moeten gemeenten, verzekeraars en instellingen nog beter leren wat en hoe te contracteren. Zij kunnen manieren vinden om over grote aantallen contracten te onderhandelen, bijvoorbeeld met digitale instrumenten. De finesses van de wetgeving worden pas duidelijk in het gebruik. En zijn de grenzen tussen de verschillende wetten wel goed getrokken, in dit geval tussen de Jeugdwet en de Zorgverzekeringswet? Moet er worden voorzien in grensgevallen? Is er iets verkeerd gegaan in de vertaling van de wetten naar deze patiëntengroep of binnen deze gemeente? Is de Jeugdwet wel geschikt voor de complexe problematiek van de Geestelijke gezondheidszorg?

Tegelijk ligt het probleem nog elders. Partijen zullen altijd in enige mate proberen de mogelijkheden van een systeem naar hun hand te zetten. Er is personeel dat in dienst moet blijven of er zijn nog andere doelen die vanuit een organisatie moeten worden gediend. Mogelijk vraagt Denys niet alleen aandacht voor het trieste lot van het meisje dat niet de beste zorg kan krijgen, maar ook voor zijn eigen aanbod. Zijn afdeling biedt hooggespecialiseerde zorg die niet zonder meer voor iedereen beschikbaar zou moeten zijn (kosteneffectiviteit). De gemeente, die verantwoordelijk is voor geïntegreerde jeugdzorg, heeft geen contract met de afdeling afgesloten. Was de behandeling te duur, met al die specialisten in dienst? De gemeente heeft met de wetswijziging een forse

⁵ Rueb, 2015

⁶ Talma Instituut, 2015, p. 5

taakstelling gekregen. Mogelijk heeft ze selectief gecontracteerd om de kosten in de hand te houden. Intussen houdt de verzekering zich schijnbaar afzijdig; er is bij psychische problematiek immers geen zaak voor de Zorgverzekeringswet.

Het volgende hoofdstuk bevat kennis die relevant is om het thema geïntegreerde zorg te bestuderen en om de casus van de jeugdige anorexiapatiënte nader te begrijpen.

3. Kennisverdieping

Dit hoofdstuk bevat acht paragrafen met kennisclips waarin wetenschappelijke literatuur besproken wordt die relevant is voor het thema: geïntegreerde zorg. Tot slot worden in paragraaf 3.9 de in de inleiding genoemde 'groene en rode vlaggen' gepresenteerd.

3.1 Geïntegreerde zorg

Een belangrijk deel van de zorg in Nederland wordt decentraal en integraal verleend, waartoe meerdere partijen met elkaar samenwerken. Sinds kort is dat nadrukkelijk geregeld in een samenspel van vernieuwde wetgeving: de Zorgverzekeringswet, de Wet Langdurige Zorg, de Wet Publieke Zorg, de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en de Jeugdwet. Daardoor is de regie van de zorg bij lokale overheden komen te liggen vanuit de gedachte dat die beter dan landelijke partijen naar integrale zorg kunnen streven.

Integratie in de zorg heeft sinds de vroege jaren '90 een enorme vlucht genomen.⁷ In de wetenschappelijke literatuur worden verschillende niveaus van integratie onderscheiden. Integratie kan een structurele reorganisatie met een verbeterde *governance* zijn, een intensievere samenwerking tussen verschillende organisaties en/of professionals die samenwerken rondom dezelfde cliënt en/of het poolen van budgetten of opzetten van specifieke fondsen om specifieke groepen met complexe behoeften te ondersteunen.⁸

Integratie wordt meestal gezien als een positieve stap. De zorg zou er beter van worden en de kosten zouden dalen door meer efficiency.⁹ De internationale literatuur ondersteunt dat beeld enigszins: sommige cliënten en sommige professionals in de geestelijke gezondheidszorg ervaren de zorg als beter en effectiever.¹⁰ Dat geldt ook voor chronisch zieken.¹¹ In andere zorgsectoren en patiëntengroepen worden geen resultaten gemeld. De kosteneffectiviteit bij geïntegreerde zorg lijkt doorgaans niet te veranderen of zelfs te verminderen.¹² Eén overzichtsstudie vermeldt positieve effecten bij revalidatie na beroerte.¹³ Studies die zich specifiek richten op effecten van integratie

⁷ Sun, X., Tang, W., Ye, T., Zhang, Y., Bo, W. & Zhang, L. (2014). 'Integrated care: a comprehensive bibliometric analysis and literature review.' *International Journal of Integrated Care*, 14:2.

⁸ Montero, L. A., Van Duijn, S., Zonneveld, N., Minkman, M. & Nies, H. (2016). *Integrated Social Services in Europe*, European Social Network, Brighton, p. 10

⁹ Valentijn et al., 2015

¹⁰ De Girolamo et al., 2013; Asarnow et al., 2015; Lemmens et al., 2015; Woltman et al., 2012

¹¹ Martínez-González, N.A., Berchtold, P., Ullman, K., Busato, A., & Egger, M. (2014). 'Integrated care programmes for adults with chronic conditions: a meta-review.' *International Journal for Quality in Health Care*, 26:5, pp. 561-570.

¹² Nolte, E. & Pitchforth, E. (2014). *What is the evidence on the economic impacts of integrated care?* Geneva: World Health Organization 2014.

¹³ Tummers, J.F.M.M., Schrijvers, A.J.P., Visser-Meily, A.J.M. (2012). 'Economic evidence on integrated care for stroke patients; a systematic review.' *International Journal of Integrated Care*, 12: 8.

in financiering (ontkooking) geven eenzelfde beeld.¹⁴ Uitblijvende kostenbesparing is mede het gevolg van verbeterde toegankelijkheid van zorg: bij geïntegreerde financiering werden meer patiënten en cliënten geholpen.¹⁵

Het *European Observatory on Health Systems and Policies* van de Wereldgezondheidszorgorganisatie behandelt integratie niet als kostenbesparing, maar vooral als een complexe strategie om voor duurzame verandering in de gezondheidszorg te zorgen, op verschillende niveaus en in verschillende (sub)sectoren.¹⁶ Zo bezien is integrale zorg een herschikking van het zorgstelsel in het licht van nieuwe, complexe vraagstukken. Dat sluit aan bij bevindingen in Nederland dat integratie op zichzelf onvoldoende is als antwoord op de complexe problemen waar een systeem als de gezondheidszorg in toenemende mate mee te maken heeft: 'Ontkooking leidt af van de inhoud en kan als excuus dienen (het ligt niet aan ons maar aan de organisatiestructuur) en als maskerade voor het onderliggende veel moeilijker op te lossen maatschappelijke probleem. (...) Het primaire doel is niet om via afstemming en coördinatie overlap in aanbod en langs elkaar heen werken te voorkomen, maar om uit een gevarieerd aanbod de op dat moment gepaste keuzes te maken.'¹⁷

De kunst is dus om passende antwoorden bij verschillende problemen te vinden. De vraag wordt dan: hoe zijn gepaste keuzes te maken? Voor bepaalde problemen bestaan eenduidige oplossingen (groene vlag). Integratie of ontschotting is soms zo'n passend antwoord, maar in andere gevallen is het antwoord minder eenduidig. Integratie op zichzelf is, zoals gezegd, onvoldoende als antwoord op de complexe problemen van de gezondheidszorg (rode vlag). Net als bij de anorexiapatiënte die niet terecht kon bij psychiater Denys roept het verschuiven van de schotten vaak nieuwe problemen op. Misschien ligt de oplossing in sturingsvormen, de werkvloer, informele zorg of 'proeftuinen'.

3.2 Drie sturingsvormen

Deze kennisclip gaat over de mogelijkheden tot sturing die overheden, zorgverzekeraars en aanbieders volgens de wetenschappelijke literatuur tot hun beschikking hebben. In die literatuur worden drie sturingsvormen onderscheiden: hiërarchie, markt en netwerk.¹⁸ In overeenstemming daarmee zijn er drie vormen van *governance*: autoriteit, transactie en overtuigen. In de zorgverzekeringswereld spreekt men in dat verband van pre-competitieve regulering (door overheid/regelgeving), competitie (tussen verzekeraars onderling) en non-concurrentiële afstemming (tussen verzekeraars

¹⁴ Billings, J. & de Weger, E. (2015). 'Contracting for integrated health and social care: a critical review of four models.' *Journal of Integrated Care*, 23:3, pp. 153-175; Mason, A., Goddard, M., Weatherly, M., & Chalkley, M. (2014). 'Integrating funds for health and social care: an evidence review.' *Journal of Health Services Research & Policy*, 20:3, pp. 177-188.

¹⁵ Mason, A., Goddard, M., Weatherly, M., & Chalkley, M. (2014). Integrating funds for health and social care: an evidence review. *Journal of Health Services Research & Policy*, 20:3, 177-188.

¹⁶ Billings et al., 2015

¹⁷ Gerritsen 2011: 164-165

¹⁸ Hupe, P. & Hill, M. (2007). 'Street-Level Bureaucracy and Public Accountability.' *Public Administration*, 85:2, pp. 279-299, p. 287

onderling). Hierin zijn dezelfde drie sturingsmechanismen te onderkennen. Ze komen los van elkaar voor, maar worden vaker door elkaar gebruikt.

Autoriteit, transactie en overtuigen kennen als sturingsvormen elk een specifieke vorm van implementatie, namelijk: opleggen, presteren en coproduceren.¹⁹ Wordt een groep bijvoorbeeld op autoritaire wijze aangestuurd, dan vertelt de leider de groep wat er moet gebeuren en is het aan de groep om dat uit te voeren. In het geval van transactie maken leider en groep afspraken met elkaar over de inzet en de uitkomsten. De leider formuleert een doel en het is aan de groep om dat doel te bereiken. Het al dan niet behalen van het doel wordt respectievelijk beloond dan wel bestraft. De groep moet dus goed presteren om beloond te worden. Gebruikt een leider als middel overtuigen om een groep aan te sturen, dan bestaat de implementatie uit coproductie. Leider en groep formuleren beide het doel en voeren beide het werk uit dat nodig is om dat doel te behalen.

Iedere combinatie van sturing en implementatie kent een specifieke vorm van verantwoording, respectievelijk: taakgeoriënteerde verantwoording, indicatorgeoriënteerde verantwoording en impactgeoriënteerde verantwoording.²⁰ In een hiërarchie houdt verantwoording in dat betrokken actoren laten zien dat de regels gevolgd zijn en dat er een standaardprocedure is waar niet van afgeweken is. Het gaat erom de gestelde taak te volbrengen, vandaar 'taakgeoriënteerde verantwoording'. In een markt houdt verantwoording in dat contractpartijen laten zien dat ze de afgesproken targets hebben behaald en dat alle partijen zich aan het contract hebben gehouden. Uitkomstindicatoren zijn leidend bij de uitvoering en de verantwoording van het werk ('indicatorgeoriënteerde verantwoording'). Tot slot houdt verantwoording in een netwerk in dat de betrokken actoren hebben voldaan aan professionele standaarden en dat zij laten zien dat ze zich hebben toegelegd op het behalen van de door alle partijen gedeelde doelstelling. De impact van het werk staat centraal ('impactgeoriënteerde verantwoording').

In pre-competitieve regulering, competitie en non-concurrentiële afstemming zijn dezelfde drie sturingsmechanismen te herkennen. Bij pre-competitieve regulering bepaalt de overheid, voorafgaand aan de competitie tussen verzekeraars, enkele randvoorwaarden waaraan ze moeten voldoen. De plicht om verzekerden te accepteren is zo'n randvoorwaarde. De overheid grijpt daarmee in in het spontane handelen van de verzekeraars met als doel een eigen doelstelling (gelijke toegang tot zorg) veilig te stellen.

Bij competitie concurreren verzekeraars en zorgaanbieders om een beloning: verzekeraars om beloning door de klant, zorgaanbieders om beloning door de verzekeraars. Het mechanisme functioneert zo dat de verzekeraar of de aanbieder zo goedkoop mogelijk tegemoet komt aan de doelstelling van de klant. De verzekeraar of aanbieder is vrij om allerlei keuzes te maken die tot snellere of goedkopere productie leiden.

¹⁹ Hupe en Hill, 2007, p. 287

²⁰ Hupe en Hill, 2007, p. 294

Bij non-concurrentiële afstemming gaat het om de eigen afstemming, via een netwerkmechanisme, tussen partijen die een gelijkwaardige positie in een systeem innemen. Een voorbeeld is dat verzekeraars onderling afspraken maken over de manier waarop ze klanten werven. Er is geen 'dwingend' mechanisme aanwezig. Verzekeraars houden zich aan hun onderlinge afspraken omdat ze overtuigd zijn van het gezamenlijke en individuele nut ervan.

Figuur 1 geeft een overzicht van de combinatie tussen sturingsvorm, implementatie, en verantwoording bij respectievelijk hiërarchie, markt en netwerk.

	Hiërarchie	Markt	Netwerk
Sturing	Autoriteit	Transactie	Overtuigen
Implementatie	Opleggen	Presteren	Coproduceren
Verantwoording	Taak-georiënteerd	Indicator-georiënteerd	Impact-georiënteerd
Equivalent in zorgverzekeringswereld	Pre-competitief	Competitief	Non-concurrentieel

Figuur 1. Drie sturingsvormen (samengesteld op basis van het werk van Lindblom (1977) en Hupe en Hill (2007) en terminologie uit de zorgverzekeringswereld).

Kortom, er zijn drie verschillende mogelijkheden om te sturen (groene vlag): hiërarchie (pre-competitief), markt (competitief) en netwerk (non-concurrentiële afstemming). Niet alle sturingsvormen zijn geschikt om alle typen problemen te sturen (rode vlag). Terugkijkend op de casus van de zestienjarige anorexiapatiënte die niet op de specialistische afdeling van psychiater Denys behandeld kan worden, kan het zo zijn dat het probleem (bepalen welk type behandeling aangeboden moet worden) niet aansluit bij de gehanteerde sturingsvorm (contracten afsluiten). Denys lijkt te suggereren dat de jeugdige anorexiapatiënte niet de zorg ontvangt die ze nodig heeft, aangezien de gemeente contracten met andere zorginstellingen heeft gesloten en niet met de specialistische afdeling waar Denys werkt. Het is echter ook denkbaar dat de gehanteerde sturingsvorm (contracten afsluiten) juist goed functioneert en ervoor zorgt dat het probleem (bepalen welk type behandeling aangeboden moet worden) op efficiënte wijze aangepakt wordt; de jeugdige patiënte krijgt zorg, maar te dure specialistische behandelingen worden niet aangeboden. Om uitspraken over deze casus te doen, zal de casus nader onderzocht moeten worden.

Een ander voorbeeld waar sturingsvorm en probleem mogelijk niet op elkaar aansluiten zijn de door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) geconstateerde moeilijkheden in de Proeftuinen (zie paragraaf 3.8). In de volgende paragraaf zien we dat de drie sturingsmechanismen ieder geschikt zijn voor de aanpak van een eigen, specifiek sturingsprobleem.

3.3 Conditie sturingsvormen

In de complexe werkelijkheid van het leveren van zorg is er niet één pakket van sturing, implementatie en verantwoording dat altijd tot de gewenste resultaten leidt. Integendeel, afhankelijk van de condities waaronder beleid moet worden uitgevoerd is het ene dan wel het andere sturingsprincipe meer effectief. In het algemeen valt te stellen dat: 'Hoe complexer een beleidsprobleem, hoe minder beheersing mogelijk is. En andersom: hoe meer gestreefd wordt naar *beheersing* van de uitkomst, hoe minder

complexiteit kan worden toegelaten.²¹ Tegenover complexiteit van het probleem staat belangenconflict: hoe meer belangenconflict er is tussen sturende en gestuurde partij(en), hoe meer beheersing nodig is. Belangenconflict en complexiteit bepalen samen de geschiktheid van de eerder besproken sturingsvormen: hiërarchie, markt en netwerk (zie figuur 2; zie ook de Talma-uitgave over zorginkoop).

	<i>Klein belangenconflict</i>	<i>Groot belangenconflict</i>
<i>Lage complexiteit</i>	Hiërarchie	Markt
<i>Hoge complexiteit</i>	Netwerk	

Figuur 2. Conditie die bepalen welke sturingsvorm meer of minder geschikt is.

We werken de figuur hieronder uit.

Hiërarchie (pre-competitief)

Een hiërarchie functioneert wanneer de doelstelling gedeeld wordt (klein belangenconflict) en duidelijk is hoe die bereikt moet worden (lage complexiteit): dus een helder probleem met duidelijke verantwoordelijkheden voor alle partijen. Pre-competitieve regulering functioneert goed als de regulator (de overheid) heel precies voor ogen heeft welke doelstelling hij nastreeft én welk handelen tot het bereiken van die doelstelling leidt. De aanname is in dit geval dat de gereguleerde partijen norm-conform handelen. Een voorbeeld is dat de overheid garandeert dat iedereen toegang heeft tot zorg door verzekeraars een acceptatieplicht op te leggen. Pre-competitieve regulering is minder goed mogelijk als de eigen doelstelling minder duidelijk is geformuleerd, als de relatie tussen doelstelling en het bijbehorende handelen minder duidelijk is en/of als de aanname van norm-conformiteit eigenlijk niet kan worden gemaakt, bijvoorbeeld als er zware concurrentie in een markt is.

Markt (competitief)

Een markt functioneert wanneer verschillende actoren eigen belangen hebben (groot belangenconflict), maar iedereen weet welke doelstelling wordt nagestreefd (lage complexiteit): een helder probleem en/of een helder resultaat dat verschillende actoren op verschillende manieren kunnen bereiken. De sturende actor kan een doelstelling formuleren en bepaalt een prijs waartegen de uitvoerende partijen ervoor zorgen dat die doelstelling wordt behaald. De Zorgverzekeringswet schept een kader (pre-competitieve regulering) waarbinnen zorgverzekeraars met elkaar op prijs en kwaliteit concurreren om de vergoedingen van verzekerden (competitief). Dit werkt goed als de aanname correct is dat verzekerden begrijpen en waarderen wat verzekeraars doen om de doelstelling te halen (een goede prijs-kwaliteitsverhouding van zorg).

Netwerk (non-concurrentieel)

Een netwerk kan functioneren wanneer de verschillende betrokken actoren dezelfde doelstelling onderschrijven (klein belangenconflict), maar er onduidelijkheid over bestaat hoe ze deze doelen willen bereiken (hoge complexiteit): het gaat om moeilijke problemen die iedereen ongeveer op dezelfde manier ervaart of wil oplossen. Non-concurrentieële afstemming kan plaatsvinden wanneer verzekeraars onzeker zijn over een nieuwe behandelingsmethode. Zij kunnen afspreken die voorlopig allemaal te vergoeden

²¹ Bannink, D. (2013). 'Het managen van activering: een dubbele uitdaging.' In H. Bosselaar & G. Vonk (eds.), *Bouwplaats lokale verzorgingsstaat*. Den Haag: Boom Juridische uitgever, pp. 89-100, p. 91

en gezamenlijk aanvullend onderzoek te vergoeden. Er is geen sprake van non-concurrentiële afstemming als een van de partijen voordeel zal weten te halen uit de gezamenlijke inspanning (bijvoorbeeld omdat hij een contract heeft met de aanbieder waar de nieuwe behandeling wordt ontwikkeld).

Groot belangenconflict, hoge complexiteit

In het geval van een groot belangenconflict én een hoge complexiteit zijn er veel minder uitgesproken sturingsmechanismen te kiezen. De literatuur noemt wel allerlei mogelijkheden als *New Public Service*, *Performance Governance*, *Meta-governance* en '*Ironische*' *meta-governance*.²² In het kort houdt *New Public Service* in dat besluitvorming en afstemming meer worden overgelaten aan professionals, houdt *Performance Governance* voortdurende afstemming tussen alle partijen in, houdt *Meta-governance* slim schakelen in tussen hiërarchie, markt en netwerk en houdt '*Ironische*' *meta-governance* in dat betrokken partijen erkennen dat het onmogelijk is om tot een vorm van afstemming te komen waarmee alle relevante actoren tevreden kunnen zijn.²³ Tot nu toe is niet gebleken dat deze oplossingen houdbaar zijn. *New Public Service* is te zien als een terugkeer naar netwerk-achtige, professionele *governance*, *performance governance* is erg omslachtig en daarom duur, *meta-governance* vereist een niet realistisch volledig overzicht over het veld van actoren en ironische *meta-governance* verdraagt zich vaak slecht met normatieve overtuigingen.

Een andere oplossing is het probleem te verschuiven van de cel rechtsonder in figuur 2 naar een van de andere drie: met minder actoren zoeken naar kleinere belangentegenstellingen en zoeken naar minder complexiteit. Dat kan bijvoorbeeld betekenen dat er verschillende WMO-zorg in gemeenten ontstaat: de afstemming van maatschappelijke zorg gebeurt niet langer nationaal, maar lokaal.

Dit laatste voorbeeld laat echter zien dat een complex probleem niet verdwijnt door lokale of kleinschalige oplossingen: hier ontstaan bijvoorbeeld problemen met grensoverschrijdende, specialistische zorg, zoals in de casus van Denys. Het is daarom nodig om beter inzicht te krijgen in de manier waarop complexe verschillen in kennis en belangen worden verenigd.

Kortom, er zijn twee condities waar rekening mee gehouden dient te worden om te bepalen of een sturingsvorm past bij een bepaald probleem: belangenconflict (klein of groot) en probleemcomplexiteit (laag of hoog). Alle sturingsmechanismen hebben hun eigen aannames. Ze werken goed als aan die aannames is voldaan (groene vlag). Vertaald naar de casus van de zestienjarige anorexiapatiënte die niet op een specialistisch afdeling behandeld kan worden, is het dus zinvol om te bepalen of het probleem (bepalen welk type behandeling aangeboden moet worden) gekenmerkt wordt door een klein of een groot belangenconflict en door lage of hoge

²² Denhardt, J., and R. Denhardt (2007) *The new public service. Serving, not steering*. Armonk: M.E. Sharpe; Bouckaert, G., and Halligan, J. (2008) *Managing performance, international comparisons*. London: Routledge; Jessop, R. (2003). 'Governance, governance failure, and meta-governance,' paper presented at the Policies, Governance and Innovation for Rural Areas International seminar, Università della Calabria; Meuleman, L. (2007). 'Programmasturing. Schakelen tussen netwerken, hiërarchie en marktdenken.' In: Blauwe denkers, Programmasturing: een tussenstand. Basisprincipes, ontwikkeling en theorie, Warnsveld: Politieacademie, 27-43.

²³ Bannink, 2013, pp. 93-96.

probleemcomplexiteit om vervolgens te analyseren of het gehanteerde sturingsmechanisme (de gemeente die met zorgaanbieders contracten af moet sluiten) passend is. Als dat niet zo is, dan ontstaan onbedoelde effecten (rode vlag).

3.4 Principaal-agentdilemma

Een belangrijk element in de meeste sturingsvraagstukken is hoe men er zeker van kan zijn dat de actoren die aangestuurd worden ook echt doen wat er van hen gevraagd wordt.²⁴ In dat geval is sprake van het zogeheten principaal-agentdilemma.

Bij het principaal-agentdilemma gaat het erom dat de principaal (de opdrachtgever) en de agent (de uitvoerder) met elkaar afspreken wat er moet gebeuren.²⁵ De agent krijgt hierbij een zekere ruimte om beslissingen te nemen. In de relatie tussen principaal en agent kunnen zich vervolgens drie problemen voordoen. Ten eerste kan er sprake zijn van *informatie-asymmetrie*: de agent weet meer dan de principaal. Een arts heeft bijvoorbeeld meer kennis over een patiënt dan de verzekeraar. Ten tweede kan er sprake zijn van een *belangentegenstelling*: de principaal wil iets anders dan de agent. De arts wil bijvoorbeeld een goedlopende praktijk, terwijl de verzekeraar doelmatig werken wil bevorderen. Ten derde speelt het zogeheten *moral hazard*-probleem mogelijk op: partijen kunnen zich anders gaan gedragen wanneer ze niet direct risico lopen voor hun acties. Zo zouden patiënten niet bewust met de kosten van zorg omgaan als zij niet zelf met die kosten werden geconfronteerd.

In de zorg speelt het principaal-agentdilemma op verschillende niveaus, bijvoorbeeld tussen zorgverzekeraars (principaal) en zorgaanbieders (agenten), tussen overheid (principaal) en zorgaanbieders (agenten), tussen managers van zorgaanbieders (principaal) en zorgaanbieders (agenten) en tussen patiënten/cliënten (principaal) en zorgaanbieders (agenten). De principaal wil iets van de agent gedaan krijgen.

Hoe de drie problemen (informatie-asymmetrie, belangentegenstelling en *moral hazards*) zich manifesteren, kan verschillen naar gelang het gehanteerde coördinatiemechanisme (sturing, implementatie en verantwoording).

Figuur 3 presenteert een overzicht van de drie problemen in de drie sturingsvormen.

²⁴ Corra, A. (2013). 'Sturen op wederkerigheid.' In H. Bosselaar & G. Vonk (eds.), *Bouwplaats lokale verzorgingsstaat*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers, pp. 63-74, p. 64.

²⁵ Smith, P. C., Stepan, A., Valdmanis, V. & Verheyen, P. (1997). 'Principal-agent problems in health care systems: an international perspective.' *Health Policy*, 41, pp. 37-60, p. 41-42.

	Hiërarchie (pre-competitief)	Markt (competitief)	Netwerk (Non-concurrentieel)
Sturing	Alleen bij overeenstemming van belangen en simpele problemen beschikt de principaal over de benodigde <i>informatie</i> om regels voor alle gevallen op te stellen waar uitvoerende agenten zich aan dienen te houden.	De principaal kan een target formuleren en diensten kopen van uitvoerende agenten. De principaal beschikt echter over minder informatie dan de agenten en het risico bestaat dat gestelde targets wel gehaald worden, maar het achterliggende doel niet.	De principaal beschikt ook hier over minder informatie dan de uitvoerende agenten en is dus afhankelijk van de uitvoerende agenten bij het bepalen van een aanpak: wat moet er gebeuren?
Implementatie	De uitvoerende agent heeft een <i>informatievoorsprong</i> en kan afwijken van de regels om <i>maatwerk</i> te leveren of om <i>eigen belangen</i> na te jagen.	De uitvoerende agent heeft een <i>informatievoorsprong</i> en kan targets behalen en tegelijkertijd het <i>eigen belang</i> nastreven in plaats van het belang van de principaal.	De uitvoerende agent heeft een <i>informatievoorsprong</i> en kan bij het bepalen van een aanpak naast het belang van de principaal ook zijn eigen belang in het oog houden.
Verantwoording	Agenten moeten verantwoording afleggen wanneer zij niet volgens de regels handelen. Dat maakt het moral hazard-probleem minder acuut.	Agenten worden afgerekend op het al dan niet behalen van targets. Hierdoor zijn zij wellicht bereid om andere risico's te nemen dan de principaal in gedachten had.	Agenten worden afgerekend op de impact van hun werk. De principaal beschikt echter niet over de informatie om te beoordelen of de gekozen aanpak ook echt de beste is.

Figuur 3. Het principaal-agentdilemma in hiërarchie, markt en netwerk.

Aan de hand van het principaal-agentdilemma kan inzichtelijk gemaakt worden hoe de financiering van zorg tot onbedoelde gevolgen kan leiden als de taakuitvoering in het ene segment gevolgen heeft voor het andere segment van de zorg. Zo wordt de zorg voor dementie gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet (ZVW), behalve daar waar het langdurige zorg betreft. Langdurige dementiezorg wordt gefinancierd vanuit de Wet Langdurige Zorg (WLZ). Er is maar een beperkte prikkel aan verzekeraars om te investeren in preventieve zorg bij dementie. De kosten zijn weliswaar voor de verzekeraar, maar de opbrengsten uit het voorkomen van langdurige zorg komen ten goede aan de WLZ. De zorgverzekeraar draagt het financiële risico van de ZVW en heeft daardoor een ander belang dan de centrale overheid, die de WLZ financiert. Het verschil in belang leidt tot een beperkte motivatie bij de zorgverzekeraar om te investeren in preventie. Omdat de centrale overheid niet beschikt over de cliëntinformatie van de zorgverzekeraar, is het voor de verzekeraar daarnaast mogelijk om zich te onttrekken aan sturing door de centrale overheid. Asymmetrie in belangen en informatie verklaart hier het verloop van afstemmingsprocessen.

Kortom, er kunnen zich drie problemen voordoen in de relatie tussen opdrachtgever (principaal) en uitvoerder (agent): informatie-asymmetrie, belangentegenstelling en *moral hazard*. Het is goed mogelijk om te bepalen hoe deze problemen er per sturingsmodel uitzien (groene vlag). Dit betekent niet dat er standaardoplossingen zijn. Wanneer mensen hun werk doen op de werkvloer en wanneer zij samenwerken, dan doen deze problemen zich nu eenmaal (in meer of mindere mate) voor (rode vlag). In de casus van de anorexiapatiënte is het mogelijk dat de agent (psychiater Denys) meer informatie heeft over wat een goede behandeling is voor anorexiapatiënten dan de opdrachtgever (de gemeente die zorg moet inkopen). Het is ook mogelijk dat er sprake is van belangentegenstelling: de gemeente kan goede en goedkopere zorg willen inkopen, terwijl Denys zoveel mogelijk patiënten op zijn afdeling wil behandelen om

inkomsten te genereren. Wederom: meer onderzoek naar deze casus is nodig om te analyseren wat er precies aan de hand is.

3.5 Betekenissenbenadering

De institutionele invloeden op geïntegreerde zorg komen in belangrijke mate tot stand door de manier waarop mensen in de zorg betekenis geven aan rollen, taken en relaties. In de zogeheten betekenissenbenadering is aandacht voor de actieve manier waarop actoren vorm geven aan de situaties waar zij deel van uitmaken.²⁶ De betekenis die wordt toegekend aan concepten als 'goede zorg' en 'samenwerking' kan verschillen per organisatie en actor. Die betekenissen sturen vervolgens het handelen. Zo kan er een verschil bestaan tussen wat een wethouder en een medewerker van het sociaal loket goede zorg acht. Beide geven betekenis aan het idee van goede zorg vanuit verschillende referentiekaders, waarin zij gebonden zijn aan hun eigen institutionele achtergrond. Andersom kan verandering, zoals bijvoorbeeld nieuwe vormen van samenwerking tussen verschillende actoren, van de grond komen door veranderingen in de betekenisgeving en daaropvolgende acties van actoren.²⁷ Als een verzekeraar en een gemeente eerder een moeizame relatie hadden, zal die de huidige samenwerking ook beïnvloeden. Vice versa kunnen zij hun nieuwe positie in het systeem gebruiken om bepaalde 'eisen' aan de samenwerkingspartner te stellen. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat een gemeente als mede-inkoper verwacht van een zorgverzekeraar dat deze tijd investeert in ontwikkelen van gemeenschappelijke doelen en wegnemen van grijze gebieden tussen de verschillende wetten.

Dit zien we terug in de casus van de anorexiapatiënte, waarin het niet duidelijk is onder welke wet de cliënte valt. Hier kan de interpretatie van de verandering een rol spelen: zo kan psychiater Denys van mening zijn dat het meisje overal de zorg moet blijven krijgen die zij nodig heeft (waaronder de afdeling van psychiater Denys) omdat zij nog steeds past binnen de formele en persoonlijke toelatingscriteria die hij hanteert voor zijn patiënten. Mogelijk meent Denys ook dat hij al geïntegreerde zorg biedt. Tegelijk kan de verantwoordelijke bij gemeente of verzekeraar van mening zijn dat de Jeugdwet juist in zulke gevallen voorziet en dat er voldoende andere partijen zijn gecontracteerd die gepaste zorg kunnen bieden aan de anorexiapatiënte. Denys wil dan zo veel mogelijk bij het oude blijven, terwijl de gemeente en verzekeraar uit zijn op verandering; alles onder dezelfde noemer van gepaste zorg.

Aangezien de benodigde samenwerking voor het leveren van geïntegreerde zorg tussen organisaties plaatsvindt op de grenzen van die organisaties, moet er onderhandeld worden over de betekenis die aan gemeenschappelijke samenwerkingsvormen en doelen wordt toegekend. Wanneer personen uit verschillende organisaties met elkaar onderhandelen, dan 'verbinden' de betrokken personen in feite de verschillende organisaties.²⁸ Inzicht in hoe de verschillende actoren betekenis geven aan hun 'nieuwe'

²⁶ Maitlis, S., & Christianson, M. (2014). Sensemaking in organizations: Taking stock and moving forward. *The Academy of Management Annals*, 8(1), 57-125.

²⁷ Ibid.

²⁸ Vakkayil, J.D. (2012). 'Boundaries and organizations: a few considerations for research.' *International Journal of Organizational Analysis*, 20(2), pp. 203-220.

taken en relaties in het veld, helpt om eventuele misverstanden en onenigheden in kaart te brengen en hier in het vervolg rekening mee te houden.

Kortom, vanuit de betekenissenbenadering weten we dat de betekenissen die actoren aan hun situatie geven van belang is voor de manier waarop zij hun eigen rol en hun relatie met anderen zien. Wanneer verschillende mensen samenwerken en daarbij andere opvattingen hebben over wat 'samenwerking' is dan kan het bieden van geïntegreerde zorg moeizaam van de grond komen (rode vlag). Inzicht in hoe de verschillende actoren betekenis geven aan hun relaties en rollen kan eventuele misverstanden in kaart brengen waardoor het mogelijk wordt hier rekening mee te houden (groene vlag). Kijken we naar de casus van de anorexiapatiënte dan wordt duidelijk dat de betrokken actoren mogelijk een ander beeld hebben van welke zorg het meisje nodig heeft, waardoor zij tegenover elkaar komen te staan in plaats van samen te werken.

3.6 De werkvloer

In de drie hierboven behandelde sturingsvormen gaat het uiteindelijk om mensen die het werk uitvoeren. Artsen bieden medische hulp en informatie aan patiënten, medewerkers van een zorgverzekeraar kopen zorg in en wijzen vergoedingen toe, maatschappelijk werkers ondersteunen mensen in hun maatschappelijke functioneren.

Degenen die burgers op de werkvloer zorg bieden, doen dit binnen een systeem waarin zij enerzijds van bovenaf met beleidsdoelen worden geconfronteerd en anderzijds van onderop met de wensen van de cliënt. Bij de uitvoering van een specifieke wet of regeling zijn uitvoerders betrokken, die om tot geïntegreerde zorg te komen met andere uitvoerders moeten samenwerken, die op hun beurt te maken hebben met andere wetten. Een uitvoerder van de Jeugdwet heeft in het geval van één jongere mogelijk te maken met de uitvoerder van de WMO, de school (met eigen regelgeving), gezinshulp, de politie, enzovoort. Die hebben allemaal hun eigen belangen en deskundigheid, die ze gezamenlijk in dienst moeten stellen van die ene jongere. Hoe geven de actoren vorm en betekenis aan de gevraagde samenwerking? Hoe gaan ze om met spanningen tussen doelstellingen?

Vanuit de literatuur is bekend dat deze mensen in de praktijk over een zekere vrijheid bij de uitvoering van hun werk beschikken. Het zijn *street-level bureaucrats* die binnen het kader van geldende regels en normen een zekere mate van discretie hebben in de uitvoering van hun werk.²⁹ Zij maken dan ook beleid en in hun interacties met burgers krijgt dat beleid inhoud. De vrijheid die deze *street-level bureaucrats* hebben is volgens sommigen de laatste jaren alleen maar toegenomen, onder andere door de verschuiving van *government* naar *governance*.³⁰ De mensen die het werk uitvoeren kunnen gezien worden als '*civic entrepreneurs*': mensen die in hun werk de balans zoeken tussen beleidsdoelen en wensen vanuit de gemeenschap.

²⁹ Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation.

³⁰ Durose, C. (2011). Revisiting Lipsky: Front-Line Work in UK Local Governance. *Political Studies*, 59:4, 978-995. pp. 978, 979.

Om beter te begrijpen wat mensen op de werkvloer doen met de complexiteit en de vrijheid die ze hebben wanneer ze geïntegreerde zorg bieden, moet de praktijk empirisch worden onderzocht. Daar waar deze zorgverleners veel discretionaire ruimte hebben, is onbekend wat ze precies doen (rode vlag). Inzicht in wat er op de werkvloer gebeurt is ten eerste nodig om te achterhalen waar knelpunten en mogelijkheden liggen en ten tweede om te achterhalen welke zorg de burger daadwerkelijk ontvangt. In de casus van de anorexiapatiënte die niet door Denys behandeld kan worden, is het zinvol de werkvloer nader te bestuderen om te achterhalen waardoor de jeugdige anorexiapatiënte terecht is gekomen bij een psychiater die zegt haar niet te kunnen behandelen en om inzicht te verkrijgen in de zorg die zij daadwerkelijk ontvangt. Dit betekent niet dat er niets bekend is over de praktijk van zorg. In het bijzonder biedt onderzoek rond informele zorg een scherp beeld van knelpunten die ontstaan bij integratie van zorgverlening (groene vlag).

3.7 Samenwerken met informele zorg

Een bijzonder element in het zorgsysteem is de informele zorg: mantelzorg en vrijwilligerswerk. In het nieuwe stelsel staat aandacht voor mantelzorg en zorg door vrijwilligers centraal. De wil om informele zorg serieus te nemen is sterk en er wordt op vele niveaus beleid ontwikkeld en uitgevoerd om meer informele zorg mogelijk te maken. Redenen daarvoor zijn kwaliteit (de zorg is persoonlijker en biedt meer keuzevrijheid) en kostenbesparing. Ook op beleidsniveau is steeds meer aandacht voor informele zorg. Feitelijke samenwerking van formele partijen (aanbieders, verzekeraars, werkgevers, et cetera) met informele zorg staat echter nog in de kinderschoenen: juist omdat het om een niet-formele partij gaat, is informele zorg in zekere zin onzichtbaar voor formele partijen.

Ondanks deze aandacht is in de praktijk vaak onduidelijk wie verantwoordelijkheid neemt voor de uitvoering van het beleid. Managers, teammanagers en zorgprofessionals verschillen in hun visie op de taken van mantelzorgers. Bovendien is vaak onduidelijk wie er verantwoordelijk is voor het onderhouden van contact met mantelzorgers.³¹ Drie van de vier speerpunten van het expertisecentrum mantelzorg hebben betrekking op de samenwerking tussen formele en informele zorg: verbetering van die samenwerking, deskundigheidsbevordering van beroepskrachten als het gaat om de samenwerking met mantelzorgers en zorgvrijwilligers, betere aansluiting bij nieuwe vormen van vrijwilligerswerk.³²

De moeilijkheid van aanpassing aan deze nieuwe partij heeft ten dele een institutionele achtergrond. De aard van de zorgrelatie is bij formele zorg fundamenteel anders dan bij informele zorg.³³ Informele zorg en in mindere mate vrijwilligerswerk komt voort uit een andere, vaak persoonlijke relatie. Hier is alleen – uitgedrukt in sturingstermen –

³¹ Wieringen, M. van, Broese van Groenou, M., Groenewegen, P. (2014). *Hoe thuiszorgorganisaties samenwerking organiseren: visies, praktijken en dilemma's*, Vrije Universiteit Amsterdam.

³² Expertisecentrum Mantelzorg. *Toekomstagenda informele zorg en ondersteuning*. Verkregen van: <http://www.expertisecentrummantelzorg.nl/em/Toekomstagenda-Informele-zorg-en-ondersteuning.html>

³³ Daly, M. (2002). 'Care as a good for social policy. *Journal of Social Policy*, 31:2, pp. 251-270.

machtsvrije, netwerkachtige coördinatie gewenst. Formele zorg is een zakelijke relatie, die is ingebed in een systeemomgeving waarin ook hiërarchie en markt ingezet kunnen worden. Netwerkrelaties lijken mogelijk, maar stuiten vaak op grote machtsverschillen tussen formele en informele partijen. Daardoor is een gelijkwaardige samenwerking in de praktijk moeilijk te realiseren. Soms manifesteert dit zich ook bij de formele zorgverleners zelf. Zij staan vaak dicht bij de leefwereld van de cliënt en de informele verzorger, maar moeten zich ook voegen naar de eisen en de doelen van hun organisatie. Dit maakt (samenwerking met) informele zorg lastig te sturen vanuit het zorgsysteem (rode vlag). Tegelijk zijn ook professionals in toenemende mate afhankelijk van de kennis van mantelzorgers, waardoor een nieuwe noodzaak tot en nieuwe mogelijkheden voor samenwerking ontstaan (groene vlag).

3.8 Proeftuinen en (sociale) wijkteams

Veel van de problematiek van sturing, werkvloer en samenwerken met informele zorg komt terug in de wijkteams en proeftuinen. Ook daarin moeten partners samenwerken die elk volgens een eigen logica te werk gaan. Het zijn bij uitstek pogingen om tot ontschotting te komen en complexe zorgvraagstukken het hoofd te bieden. Juist dat blijkt in de praktijk moeilijk haalbaar. Movisie constateert in een evaluatie van sociale wijkteams uit 2015 dat sociale wijkteams nog onvoldoende aan de volgende taken toekomen:

1. Het outreachend werken. (46%)
2. Het organiseren van nuldelijnszorg; informele netwerken, buurthulp. (43%)
3. Preventief werken/vroegsignalering. (38%)
4. Het ondersteunen en faciliteren van collectieve voorzieningen in de wijk. (38%)³⁴

Het meest genoemde knelpunt dat gemeenten noemen is 'integraliteit; onderlinge afstemming om als één team tot een integrale aanpak te komen.'³⁵

De evaluatie van de Proeftuinen Populatiemanagement door het RIVM wijst erop dat het moeilijk is om de belangen van alle partijen op één lijn te krijgen. Het RIVM constateert:

'Stuurgroepleden geven aan [...] dat er ruimte is voor verdere verbetering. Zo bestaat er soms een discrepantie tussen wat met de mond wordt beleden en de ondernomen activiteiten. Onderliggende belangen worden niet openlijk besproken in alle proeftuinen. Dit is wel van belang, omdat de afzonderlijke organisatiebelangen van de diverse actoren haaks kunnen staan op het realiseren van de doelstellingen van de proeftuin.'³⁶

Deze inzichten komen niet als een verrassing. Het RIVM redeneert alsof actoren een gedeeld belang hebben bij de inrichting van populatiemanagement en dat ze daarom bereid zijn openheid van zaken te geven over de eigen belangen. Die redenering strookt

³⁴ Movisie (2016) (Arum van S. en Schoorl R.) Sociale (wijk)teams in beeld. Stand van zaken na de decentralisaties (najaar 2015). Movisie, p. 37.

³⁵ Movisie, 2016, p 37.

³⁶ RIVM (Drewes, H.W. Heijink, R. Struijs, J.N. en Baan C.A.) (2015). Samen werken aan duurzame zorg, Landelijke monitor proeftuinen. Bilthoven: RIVM, p. 8.

niet met de hierboven gedane observaties. Onderliggende organisatiebelangen worden inderdaad niet openlijk besproken omdat ze haaks staan op het gezamenlijke belang de doelstellingen van de proeftuin te realiseren. Het RIVM veronderstelt dat aan de condities voor netwerksamenwerking (zie 3.3) is voldaan. Het gaat ervan uit dat er maar één uitdaging is bij de inrichting van de proeftuinen, namelijk de afstemming van de complexiteit, waarbij een gedeeld belang bestaat. Het lijkt er echter op dat de proeftuinen behalve met een hoge complexiteit ook te maken hebben met belangenconflicten. Hiermee bevindt het probleem zich in de cel rechtsonder in figuur 2 (3.3). Er lijkt sprake te zijn van een dubbele uitdaging: de noodzaak om de complexiteit van zorgintegratie gezamenlijk aan te pakken interfereert met de noodzaak om conflicterende belangen op elkaar af te stemmen.

De bovenstaande kennisclips leiden tot twee centrale inzichten. In de eerste plaats zijn de geconstateerde knelpunten geen gevolg van toevalligheden of een gebrekkige bereidheid van actoren om mee te werken, maar het systematische gevolg van de problematiek waarop de proeftuinen zich richten, namelijk die van zo'n dubbele uitdaging (hoge complexiteit en groot belangenconflict). Daar waar die systematische problemen niet afdoende worden onderkend, zijn nieuwe vormen van bestuur gedoemd te falen (rode vlag).

In de tweede plaats kan vooruitgang worden geboekt door strategisch na te denken over 'ironische' *governance* en *meta-governance* (groene vlag). Bij simpele integratie-opgaven ligt pre-competitieve regulering voor de hand. Waar alleen sprake is van een gebrek aan inzicht in de gezondheidsproblematiek, maar niet van een onderliggend belangenconflict, kan non-concurrentiële afstemming plaatsvinden.

Op dit principe zijn de proeftuinen grotendeels gebaseerd: er wordt meestal verondersteld dat de betrokken partijen zich achter een gemeenschappelijk doel zullen scharen, namelijk geïntegreerde zorgverlening. Dat principe is echter foutief toegepast, omdat naast dat gebrek aan inzicht wel degelijk sprake is van een onderliggend belangenconflict: het druist vaak tegen het eigenbelang van een partij in om (volledig) mee te werken, bijvoorbeeld omdat het voortbestaan van een organisatie of de eigen baan in het geding is of omdat er professionele competenties op het spel staan. In zo'n situatie is het beter om niet op proeftuinniveau naar integratie te streven, maar op actorniveau een strategische visie te ontwikkelen op de eigen participatie in een proeftuin, dus om duidelijk (en openlijk) vanuit eigenbelang te handelen. In dat geval moet worden erkend dat actoren de collectieve doelstelling niet altijd even sterk delen, wat de toegepaste sturing effectiever kan maken.

3.9 Groene en rode vlaggen

In de acht kennisclips zijn steeds mogelijkheden (groene vlaggen) en moeilijkheden (rode vlaggen) benoemd. Vanuit de verschillende kennisclips kan beter inzicht ontstaan in de casus van de anorexiapatiënte (hoofdstuk 2). Om inhoudelijke uitspraken over deze casus te doen, zal de casus echter nader onderzocht moeten worden. Deze paragraaf bevat een overzicht van de genoemde vlaggen en een reflectie op de casus (figuur 4).

Kennisclip	Groene vlaggen	Rode vlaggen	Casus
1 Geïntegreerde zorg	Er zijn gepaste keuzes te maken als rekening wordt gehouden met sturingsvormen, de werkvloer, informele zorg en proeftuinen.	Ontschotting op zichzelf is onvoldoende als antwoord op complexe problemen waar een systeem als de gezondheidszorg in toenemende mate mee te maken heeft.	Psychiater Denys suggereert dat de patiënte niet afdoende zorg krijgt nu de gemeente verantwoordelijk is. Ontschotten is niet altijd de oplossing.
2 Drie sturingsvormen	Er zijn drie verschillende mogelijkheden om te sturen: hiërarchie (pre-competitief), markt (competitief) en netwerk (non-concurrentiële afstemming).	Alle sturingsmechanismen hebben hun eigen aannames. Ze werken goed als aan die aannames is voldaan.	Bepalen welk type behandeling aangeboden moet worden sluit wel of niet aan bij de sturingsvorm (contracten).
3 Conditie sturingsvormen	Er moet rekening worden gehouden met twee condities om de sturingsvorm te kiezen die past bij het probleem: belangenconflict (klein of groot) en probleemcomplexiteit (laag of hoog).	Wanneer niet aan de aanname is voldaan, ontstaan onbedoelde effecten.	Probleem en sturingsvorm passen wel bij elkaar. Zo ontstaat kosteneffectieve zorg (niet bij Denys maar elders aangeboden) voor de patiënte. Of, probleem en sturingsvorm passen niet bij elkaar. Zo ontstaan onbedoelde effecten, namelijk beperkte toegang tot zorg voor de anorexiapatiënte.
4 Principaal-agent dilemma	Veel problemen in de relatie tussen opdrachtgever (principaal) en uitvoerder (agent) zijn terug te voeren op drie mogelijkheden: informatie-asymmetrie, belangentegenstelling en <i>moral hazard</i> .	Als mensen samenwerken, doen deze problemen zich nu eenmaal (in meer of mindere mate) voor.	Psychiater Denys heeft meer informatie over de behandeling voor de anorexiapatiënte dan de gemeente die zorg in moet kopen. Hierdoor kan <i>moral hazard</i> ontstaan.
5 Betekenis benadering	Het is bekend vanuit welke achtergrond actoren betekenis toekennen aan gezamenlijke doelen. Daarnaast is er voldoende ruimte om het hoofd te bieden aan eventuele misverstanden.	Actoren werken vanuit hun eigen 'koker', er zitten verschillen tussen de toegekende betekenissen waardoor conflicten kunnen ontstaan tussen de betrokken actoren en geïntegreerde zorg moeizaam van de grond kan komen.	Er is onduidelijkheid over het type zorg dat een anorexia patiënte nodig heeft, waardoor samenwerking niet tot stand komt.
6 Op de werkvloer	De specifieke manier waarop verschillende logica's op de werkvloer interfereren is bekend. Het is mogelijk om te achterhalen waar knelpunten en mogelijkheden liggen, en welke zorg de burger daadwerkelijk ontvangt.	Het is niet mogelijk om precies te voorspellen hoe de praktijk van zorg verloopt.	De werkelijke invulling van de zorg voor de anorexiapatiënte gebeurt op de werkvloer. De interactie met ambtenaren, experts bij de verzekering en zorgverleners waar de anorexiapatiënte en haar ouders mee te maken krijgen, bepaalt mede of, waar en hoe zij zorg krijgt.

<p>7 Samen- werking informele zorg</p>	<p>Mantelzorgers hebben kennis over de zorg die professionals niet hebben. Dat zorgt voor een noodzaak en een mogelijkheid tot gelijkwaardige samenwerking.</p>	<p>De bijzondere grondslag van informele zorg en de machtsongelijkheid maken mantelzorg lastig te besturen.</p>	<p>Vanuit het specialistische perspectief van Denys blijft mantelzorg onzichtbaar. Mogelijk biedt de benadering vanuit Jeugdzorg meer ruimte voor de leefwereld van de patiënte.</p>
<p>8 Proeftuinen</p>	<p>Vooruitgang kan worden geboekt door strategisch na te denken over <i>'ironische' governance</i> en <i>meta-governance</i>.</p>	<p>Waar systematische problemen niet afdoende worden onderkend, zijn nieuwe vormen van bestuur gedoemd te falen.</p>	<p>De Proeftuinen hanteerden de onterechte vooronderstelling dat er genoeg gemeenschappelijkheid was om de samenwerking vorm te geven. Mogelijk speelt onvoldoende gemeenschappelijkheid tussen gemeente en de specialistische afdeling waar psychiater Denys werkt ook een rol bij de casus van de anorexiapatiënte.</p>

Figuur 4. Groene en rode vlaggen en reflectie op casus vanuit de acht gepresenteerde kennisclips

4. Institutionele dilemma's en onderzoeksvorstellen

In de bespreking hierboven is betoogd dat als gevolg van zorgintegratie belangen- en afstemmingsproblemen ontstaan die bepalen welke *governance*- of sturingsstructuur nodig is om die problemen kosteneffectief en met behoud van de toegankelijkheid en de hoge kwaliteit van de zorg op te lossen, waarbij die aanpak ook op de werkvloer wordt gevolgd. Om meer inzicht te krijgen in de praktijk van en de (on)mogelijkheden tot geïntegreerde zorg is empirisch onderzoek nodig. We keren terug naar de institutionele barrières voor optimale zorg die in de inleiding werden genoemd en presenteren enkele onderzoeksmogelijkheden.

4.1 Onbedoelde gevolgen

Ten eerste kan in principe elke interventie bedoelde maar ook onvoorziene, onbedoelde en ongewenste gevolgen hebben.

Zo bestaat het gevaar dat er bij de integratie van zorg via populatiebeposting een nieuw principaal-agentdilemma ontstaat. Bij populatiebeposting worden de opbrengsten van gezondheidswinst gedeeld door een grote groep zorgverleners; er wordt namelijk gefinancierd op wijkniveau. Maar de kosten zijn voor rekening van de zorgverlener die voor de uitvoering van het populatiebeleid een bepaalde zorgtaak verricht. Als inkomsten worden gecollectiviseerd, ontstaat voor de verschillende zorgverleners de prikkel om te willen delen in de opbrengsten van gezondheidsverbetering op wijkniveau. Maar daarnaast zullen ze kosten voor de uitvoering van het beleid willen vermijden, bijvoorbeeld door de zorgvraag zo te definiëren dat uitvoering door een andere organisatie voor de hand ligt. Het is onmogelijk om zulke dilemma's te vermijden, omdat de complexiteit van de zorg stevast de dubbele uitdaging van kennis- en belangentegenstellingen oproept. Een cruciale vraag bij de organisatie van de zorg is hoe hiermee om te gaan. Door rode en groene vlaggen te plaatsen bij veel voorkomende dilemma's en oplossingen zijn de verschillende partijen in de zorg (verzekeraars, aanbieders) beter in staat om keuzes te maken die optimaal bijdragen aan de eigen en soms ook aan de collectieve doelen.

4.2 Woorden- en belangenstrijd

Dat elke oplossing voor een probleem stevast een nieuw probleem creëert blijkt ook bij samenwerkingsproblematiek. De zorg is georganiseerd op basis van een opdeling in taken, specialismen en geldstromen. Dit heeft een onbedoeld effect: verkokering. Stuur je echter eenzijdig op ontkokering en integratie, dan kom je al snel uit op de vraag wie verantwoordelijk is voor wat.

In de lokale zorg speelt dan ook een voortdurende discussie en een voortdurende belangenstrijd over de regie van het systeem. Het blijkt moeilijk om die regie goed te beleggen. Dit speelde ook in de Proeftuinen. Ligt de regie bij de huisarts, die de poort tot het systeem vormt? Bij de verzekeraar, die belangrijke verantwoordelijkheden rond de financiering draagt? Of bij de gemeente, die via de WMO verantwoordelijk is voor de

lokale afstemming van verschillende segmenten van het zorgsysteem? Welk systeem werkt het best? Of liever, welke rode en groene vlaggen zijn te plaatsen bij de verschillende mogelijkheden tot inrichten van zo'n proeftuin? Ook dat zou een onderzoeksvraag kunnen zijn.

4.3 Vernieuwingsdrang en behoudzucht

Een derde dilemma in de zorg is dat van verandering versus stabiliteit. Enerzijds lopen interventies vaak stuk op afgesproken regels en procedures, gevestigde belangen, ingesleten gewoonten en vastgeroeste denkwijzen, oftewel institutionele inertie. Het omgekeerde van institutionele inertie geldt echter ook: vaak verliezen oude werkwijzen in rap tempo hun legitimiteit zodra nieuwe modes opkomen en als een institutionele lawine tot regel, norm of model worden gemaakt (denk aan Buurtzorg als hedendaags organisatie-ideaal). Het is dan niet het nieuwe (een innovatie) dat stukloopt op het oude (de dwang van de status-quo), maar de vernieuwing die zelf dwingend wordt opgelegd en over oude verworvenheden in de sector heen rolt. (Zie in dit verband de Talma-uitgave over innovatie in de zorg.)

Ook dit is relevant voor het vraagstuk van de integratie van zorg. Professionals en cliënten in de zorg raken 'verandermoe' en het is voor hen soms lastig om te weten waar ze voor bepaalde zorg terecht kunnen. Bij nieuwe vormen van afstemming in de zorg, bijvoorbeeld lokale afstemming van zorg vanuit de WMO met de verzekerde zorg vanuit de ZVW, duurt het even voordat zorgverleners het systeem begrijpen. Bestaande gewoontes, maar ook de explicieter vastgelegde interne procedures van zorgverleners, staan in de weg van snelle verandering. Hoe kunnen organisaties het beste meebewegen met veranderingen in regelgeving? Of kunnen ze zich beter richten op het vergroten van hun 'veerkracht,' dus het optimaliseren van de flexibiliteit van administratieve en zorgsystemen, omdat regelgeving snel kan veranderen? Hoe geven de verschillende betrokkenen vorm aan hun rollen en relaties in het veranderende zorglandschap? Zoals eerder in dit boeklet aangegeven, maken de mogelijke belangenconflicten en complexiteit die spelen bij geïntegreerde zorg, het moeilijk om een pasklare oplossing te bieden voor alle typen problemen. Mogelijke oplossingen zijn wellicht te vinden in ironische *meta-governance* of *meta-governance*. Dit vergt flexibiliteit van de betrokken partijen. Een onderzoeksvraag zou dan ook kunnen zijn welke partijen flexibel genoeg zijn om in een systeem te opereren waarin (ironische-) *meta-governance* toegepast wordt en waarbij er afhankelijk van het probleem iets anders van ze verwacht wordt.

4.4 Botsing systeem- en leefwereldlogica

Vanwege de complexiteit van de zorgsector is een stelsel opgetuigd dat geldstromen, patiëntstromen, en zorginhoud vastlegt en stroomlijnt. Sommige betrokkenen ervaren dit systeem als vervreemdend, ondoorzichtig en onbegrijpelijk; een ongewenste indringer in hun leefwereld als manager, professional of patiënt. Tegelijk gebruiken deze actoren de kolonisering van hun leefwereld door het systeem als argument om datzelfde systeem te cultiveren (ingang te vinden voor hun professionele of private normen en zogeheten 'zachte' waarden). Kleine spelers proberen op die manier hun eigen leefwereld te verdedigen tegen de regulerende werking van het grotere systeem,

waarbij sommige lokale initiatieven met succes het systeem weten te veranderen (Buurtzorg is opnieuw een voorbeeld).

Spelers willen vaak hun eigen normen en idealen opleggen aan het hele systeem. Procedures en regelingen zijn juist ontworpen om zulke meer particuliere belangen te overstijgen ten gunste van het collectieve belang. Soms lijkt die collectieve doelstelling te zijn doorgeschoten, waardoor mensen zich niet meer in het systeem herkennen. De vraag waar bestuurlijke regie en afstemming tussen zorgsystemen moet plaatsvinden, is deels ook te begrijpen als een poging om de *eigen* leefwereld te verdedigen ten opzichte van de leefwereld van anderen met wie moet worden samengewerkt in het zorgsysteem. Is dit patroon te doorbreken, is dat wenselijk? Of zijn er manieren van *governance* denkbaar die juist voortbouwen op die verschillende leefwerelden? Hoe is het in dat kader mogelijk om de zorg meer patiëntgericht te maken? Ook dat zijn, tot slot, mogelijke vragen die aanleiding kunnen geven tot nader empirisch onderzoek.