

Een meervoudige casestudy naar de invloed van responsiviteit van een evaluatie via standaardisatie op de gezamenlijke uitgevoerde praktijk

A multiple case study towards the influence of responsiveness of an evaluation through standard setting
to adjustment of collaborative practice

Eindscriptie voor de wo-master opleiding Management

Open Universiteit Nederland

Faculteit : Managementwetenschappen
Opleiding : Master of Science in Management

Student : Paul-Jeroen Verkade

Begeleider/examinator : Lic. M.J.M. Crijns
Medebeoordelaar : Drs. G.P. Arendsen

Datum eindgesprek : 1 december 2016

Voorwoord

De Inspectie voor de Gezondheidszorg publiceerde in juli 2013 het rapport “Organisatie netwerkzorg thuiswonende mensen met dementie veelbelovend, onderdelen zorg nog risicovol”. Het rapport was een weerslag van een onderzoek van de Inspectie naar netwerken dementie die zorg bieden aan thuiswonende mensen met dementie. Het rapport biedt een evaluatie van de stand van zaken rondom netwerken afgemeten aan een door de inspectie opgesteld normenkader voor netwerken dementie.

Ik ben als casemanager dementie en als regiomanager inmiddels 16 jaar werkzaam binnen het ambulante dementieveld bij Geriant in Noord-Holland Noord. De ontwikkeling van netwerken dementie in andere regio's in Nederland heeft vanuit deze functie altijd mijn belangstelling gehad. Daarom ben ik ook nieuwsgierig wat de invloed is geweest van het inspectie rapport op de verdere inhoudelijke ontwikkelingen van deze netwerken of dat er mogelijke factoren zijn die de benutting van dit evaluatieonderzoek in de weg hebben gestaan.

Dit onderzoek is gedaan in het kader van mijn studie managementwetenschappen aan de Open Universiteit. In het laatste onderdeel van deze opleiding schrijft de student een onderzoeksvoorstel, voert dit uit en rapporteert de bevindingen in een scriptie.

Paul-Jeroen Verkade, 15 november 2016

Samenvatting

In deze scriptie wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de benutting van een specifieke evaluatie door de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar netwerken dementie uit 2013. Er wordt aan de hand van het schematische model naar evaluatie invloed van Mark & Henry (2004) onderzocht hoe binnen netwerken dementie het pad (*pathway*) van de concepten responsiviteit (*responsiveness*) naar standaardisering (*standard setting*) uiteindelijk naar aanpassing van de gezamenlijk uitgevoerde praktijk (*collaborative practice*) wordt gekomen. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen bijdragen bij aan het verder onderbouwen van het theoretische model van Mark & Henry.

Aanleiding onderzoek

Het Landelijk Dementie Programma uit 2004 (Meerveld e.a., 2004) stimuleerde regio's tot het vormen van netwerken dementie om zo te werken aan kwaliteitsverbetering in de zorg voor mensen met dementie thuis. Het aanbieden van casemanagement in de thuissituatie aan deze groep cliënten was voor veel van deze netwerken een belangrijk speerpunt.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) interesseert zich vanaf 2010 ook voor de kwaliteitsaspecten van ketenzorg dementie en ontwikkelt daarvoor een normenkader. Naast een landelijke survey onder 85 netwerken visiteert zij ook nog 12 netwerken dementie in 2012. In juli 2013 publiceert zij haar bevindingen in het rapport: "Organisatie netwerkzorg thuiswonende mensen met dementie veelbelovend, onderdelen zorg nog risicovol" (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2013). De IGZ concludeert in het rapport dat de netwerken dementie zorg en ondersteuning aan mensen met dementie thuis verschillend organiseren. De IGZ vindt dat er betere samenwerking mogelijk is tussen de partners in de netwerken op een flink aantal punten. Gemeenten en financiers spelen hier mede een belangrijke rol in. De belangrijkste algemene conclusies en daarmee aanbevelingen van het IGZ rapport zijn: (1) netwerken zijn onvoldoende robuust, er is meer aansturing en duidelijkheid over regelgeving en financiën nodig en (2) het casemanagement heeft verdere ontwikkeling nodig. De IGZ doet in individuele rapporten verslag van de visitatie van de 12 netwerken en zet daarbij wat zij in het netwerk aantrof af tegen het vastgestelde normenkader.

Centrale vraagstelling

Er is de afgelopen decennia kennis en theorie ontwikkeld over de invloed en benutting van evaluatie uitkomsten. Mark & Henry (2004) ontwikkelde aan de hand van deze kennis een model waarin de invloed of benutting van evaluaties plaats vinden volgens zogenaamde paden (*pathways*). In het model kunnen er vanuit de stappen *Evaluation 'Outputs'* naar *General mechanisms* naar *Intermediate and long-term outcomes* zogenaamde paden van invloed (*influence*) of van gebruik (*use*) worden geïdentificeerd.

In dit onderzoek staat het pad centraal welke mogelijk gevolgd wordt door de ketenregisseur en hulpverleners van netwerken dementie in het benutten van deze evaluatie van de IGZ. Het pad loopt van responsiviteit naar standaardisering naar aanpassing van de gezamenlijk uitgevoerde praktijk.

De centrale vraagstelling in dit onderzoek is: Op welke wijze heeft responsiviteit van een evaluatie, via standaardisatie, invloed op de gezamenlijk uitgevoerde praktijk van netwerken dementie, in het geval van de evaluatie van kwaliteitsaspecten van netwerken dementie door de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 2013?

Deelvragen in dit onderzoek zijn:

a: Was er tijdens en na de publicatie van de evaluatie uitkomsten sprake van een door de ketenregisseur en hulpverleners ervaren tegenstrijdigheid in de belangen van stakeholders en wat was hiervan de invloed op de ervaren responsiviteit van de evaluatie van de IGZ?

b: Was er tijdens en na de publicatie van de evaluatie uitkomsten sprake van een door de ketenregisseur en hulpverleners ervaren druk vanuit de organisatie om te veranderen en wat was hiervan de invloed op de ervaren responsiviteit van de evaluatie van de IGZ?

- c: Op welke manier waren persoonlijke kenmerken van de ketenregisseur en hulpverleners van invloed op de ervaren responsiviteit van de evaluatie van de IGZ?
- d: Hoe werd de mate van responsiviteit van de evaluatie van de IGZ door de ketenregisseur en hulpverleners beoordeeld en op welke wijze had dit invloed op de aanpassing van de standaardisatie?
- e: Vond er aanpassing van standaardisatie plaats naar aanleiding van uitkomsten van de evaluatie? Zo ja hoe zag deze aanpassing van standaardisatie er uit en (op welke wijze) en hoe snel leidde dit tot aanpassing van de gezamenlijke uitgevoerde praktijk?
- f: Wat is de invloed van de fase waarin de netwerkorganisatie zich bevindt op de wijze waarop de door de evaluatie uitkomsten aangepaste standaardisatie wordt geïmplementeerd binnen de gezamenlijke uitgevoerde praktijk?

Theoretisch kader

Cousins & Leithwood (1986) zijn pioniers in de theorievorming rondom evaluatie onderzoek. Zij definiëren evaluatie resultaten als “*any information associated with the outcome of the evaluation*”, dit zijn bijvoorbeeld data, interpretaties en aanbevelingen. Het uiteindelijke doel van evaluatieonderzoek is “*use*” (gebruik) of “*utilization*” (benutting) van deze evaluatie resultaten. Evaluatie gebruik (*use*) en benutting (*utilization*) zijn te operationaliseren door: (1) aanwijzingen in de vorm van het toepassen van evaluatie uitkomsten in concrete besluitvorming of (2) aanwijzingen dat evaluatie uitkomsten hebben bijgedragen aan de educatie van bestuurders of beleidsmakers.

Kirkhart (2000) stelt dat het meten van de impact van evaluatie resultaten niet alleen door het feitelijk gebruik of benutting dient plaats te vinden maar dat alleen al de *influence* (invloed) van belang kan zijn. Evaluatie uitkomsten ontwikkelen volgens Henry & Mark (2003) hun invloed door middel van *pathways* (paden/trajecten). Een specifieke verandering lokt een andere verandering uit waardoor er een causale ketting reactie ontstaat. Er zijn paden die veel voorkomen en er zijn paden die maar incidenteel opgang doen vinden.

In het model van Mark & Henry (2004) maakt responsiviteit onderdeel uit van de ‘*Evaluation Outputs*’ wat wil zeggen dat de genoemde concepten in dit onderdeel van het model van invloed zijn op de gebruikers van de evaluatie uitkomsten. Responsiviteit laat zich in deze context vertalen als de mate van waarin de evaluatie uitkomsten een antwoord geven op de evaluatie behoeften van de evaluatie gebruiker. In het geïdentificeerde pad van evaluatiebenutting kan aanpassing van de standaardisering een eerste uiting zijn van benutting van de evaluatieresultaten. Standaardisering kan (bijvoorbeeld) verwijzen naar het gezamenlijk vastleggen van (kwaliteits)standaarden over de werkzaamheden die geleverd worden. Standaarden geven daarbij aan welk niveau minimaal behaald dient te worden om aan de norm te voldoen. Standaarden kunnen een belangrijke rol spelen in het evalueren van (beleids)programma’s of verleende (overheids)diensten.

Het concept gezamenlijke uitgevoerde praktijk (*collaborative practice*) staat binnen de gezondheidszorg voor samenwerking tussen professionals van verschillende organisaties en/of van verschillende disciplines met als doel de zorg voor de patiënt te verbeteren. De gezamenlijke uitgevoerde praktijk heeft zowel te maken met samenwerking op organisationeel niveau als op medisch-inhoudelijk niveau. De invulling van de gezamenlijk uitgevoerde praktijk kan vastgelegd zijn in standaardisering.

Methode

De centrale vraagstelling binnen dit onderzoek wordt beantwoord door middel van een meervoudige *case study*. Er worden in dit onderzoek vier van de 12 door de IGZ gevisiteerde netwerken dementie onderzocht. De dataverzameling vindt plaats door middel van semigestructureerde interviews en aanvullende documentenonderzoek. De participerende netwerken dementie zijn: (1) netwerk dementie Drenthe, (2) netwerk dementie Noord-Holland Noord, (3) netwerk dementie Noord-Limburg (Hulp bij dementie regio Noord-Limburg), (4) netwerk dementie plus Noordwest Veluwe.

Uitkomsten

Twee van de netwerken dementie (Drenthe en Noord-Limburg) hebben daadwerkelijk een aantal van de door de IGZ geformuleerde aanbevelingen benut. De respondenten uit deze netwerken gaven een hoog cijfer voor responsiviteit (7 en 8). In alle vier de netwerken werd er nauwelijks druk vanuit de organisatie (bestuurders) ervaren om te werken aan kwaliteitsverbetering. Ook werden er in alle netwerken in meer of mindere mate conflicterende belangen ervaren tussen de betrokken deelnemende organisaties aan het netwerk (stakeholders). De behoefte voor kwaliteitsverbetering komt daardoor in drie van de vier netwerken vooral uit de ketenregisseur en hulpverleners zelf. Ketenregisseurs zijn in haast alle gevallen academisch opgeleid en bekend met (evaluatie)onderzoek. In de twee ketens waar daadwerkelijk aanbevelingen benut zijn had de ketenregisseur een centrale rol in het initiëren van de kwaliteitsverbetering.

In alle vier de netwerken vindt in meer of mindere mate standaardisatie plaats. De informele standaardisatie is binnen twee netwerken een verzameling van losse werkafspraken over de invulling van het casemanagement. Formele standaardisatie vindt plaats op het niveau van een jaar- of meerjarenbeleidsplan of een regionale vertaling van de Zorgstandaard dementie. De uitwerking hiervan is zo algemeen en globaal dat afgevraagd kan worden of dit wel standaardisatie genoemd kan worden. Er is in dit onderzoek weinig zinnigs te zeggen over de snelheid van implementatie aan de hand van de onderzochte standaardisatie. Implementatie lijkt veel meer afhankelijk van het onderwerp en de beschikbare tijd en middelen. Ook is er geen relatie gevonden tussen de typering van het netwerk in de onderverdeling van Van Mierlo (2014), en de fase waarin het netwerk dementie zich bevindt naar de indeling van Minkman (2011) ten opzichte van implementatie van standaardisatie in de gezamenlijke uitgevoerde praktijk.

Conclusies

De ervaren responsiviteit bleek in deze multiple casestudy maar gedeeltelijk van belang voor het aanpassen van de gezamenlijk uitgevoerde praktijk en daarmee het daadwerkelijk benutten van de aanbevelingen uit de evaluatie van kwaliteitsaspecten van netwerken dementie door de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 2013.

In de twee netwerken dementie waar benutting van (een aantal) aanbevelingen heeft plaatsgevonden werden de uitkomsten als flink responsief ervaren. Toch verliep het proces van benutting van de aanbevelingen niet op een lineaire wijze waarin standaardisatie een centrale rol had. Benutting was eerder een grillig pad waar het (toevallig) samenkomen van bevorderende factoren een rol leken te spelen. De tijd diende "rijp" te zijn om met een bepaalde aanbeveling aan de gang te gaan. Dit verwijst ook naar het begrip tijdigheid uit het model van Mark & Henry. Benutting van aanbevelingen lijkt daarmee binnen deze netwerken meer op een organisch proces dan op een lineair proces.

Standaardisering werd binnen de netwerken maar beperkt ingezet voor de aanpassing van de gezamenlijke uitgevoerde praktijk. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat netwerken dementie zijn te typeren als informele organisaties waarin via andere paden tot benutting van aanbevelingen wordt gekomen.

Aanbevelingen

Het design van de studie en de context waarin dit onderzoek plaats vindt geeft mogelijk beperkingen in de generaliseerbaarheid van de uitkomsten ter onderbouwing van het geselecteerde pad van evaluatiebenutting uit het theoretisch model van Mark & Henry. Daarnaast zijn netwerken dementie voorbeelden van *collaborative public management* en kennen daarom waarschijnlijk een andere manier van sturing dan "normale" publieke organisaties. Het zou daarom wenselijk zijn om het onderzochte pad van evaluatiebenutting binnen "normale" publieke organisaties te herhalen.

Inhoudsopgave

Voorwoord		pag. 1
Samenvatting		pag. 2
1	Inleiding	pag. 6
1.1	Aanleiding	pag. 6
1.2	Casuïstiek	pag. 6
1.3	Probleemstelling	pag. 8
1.4	Vraagstelling en deelvragen	pag. 9
1.5	Proposities	pag. 9
1.6	Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie	pag. 10
1.7	Methode van onderzoek	pag. 10
2	Literatuuronderzoek	pag. 11
2.1	Theorie evaluatie	pag. 11
2.2.	Een model voor evaluatie invloed	pag. 12
2.3	Paden van invloed en benutting	pag. 14
2.4	Responsiviteit	pag. 15
2.5	Standaardisatie	pag. 17
2.6	Gezamenlijk uitgevoerde praktijk	pag. 18
3	Methodologie	pag. 20
3.1	Methode van onderzoek	pag. 20
3.2	Dataverzameling	pag. 20
3.3	Operationalisatie	pag. 21
3.4	Data-analyse	pag. 22
3.5	Methodologische verantwoording	pag. 23
3.6	Ethische aspecten	pag. 24
4	Resultaten	pag. 25
4.1	Kwaliteit van de gegevensverzameling	pag. 25
4.2	Verantwoording van de gegevensanalyse	pag. 25
4.2	Belangrijkste resultaten netwerk dementie Drenthe	pag. 26
4.3	Belangrijkste resultaten netwerk dementie Noord-Holland Noord	pag. 28
4.4	Belangrijkste resultaten netwerk dementie Noord-Limburg	pag. 30
4.5.	Belangrijkste resultaten netwerk dementie Noordwest Veluwe	pag. 32
4.6	Resultaten van de vier cases gecombineerd	pag. 34
4.7	Mogelijke beperkingen van de resultaten	pag. 36
5	Conclusie en aanbevelingen	pag. 37
5.1.	Beantwoording van deelvragen en de centrale onderzoeksvraag	pag. 37
5.2	Discussie	pag. 39
5.3	Betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek	pag. 41
5.4	Generaliseerbaarheid	pag. 42
5.5	Bijdrage van de onderzoeksresultaten aan de wetenschappelijke kennis	pag. 42
5.6	Aanbevelingen	pag. 42
5.7	Nawoord	pag. 43
Literatuur		pag. 44
Bijlagen		pag. 48

1. Inleiding

In dit eerste hoofdstuk wordt de evaluatie geschetst waarop dit onderzoek is gebaseerd. Hierna volgen de probleemstelling, de vraagstelling, de deelvragen en de bijbehorende proposities. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie en de gekozen methode van onderzoek.

1.1 Aanleiding

Evaluatie en benutting van evaluatie staat de laatste decennia steeds meer in de belangstelling. Evaluatie is van belang omdat dit bijdraagt de beoordeling van bijvoorbeeld effectiviteit van ingezet beleid. Om de kwaliteit van organisatie en beleid te kunnen verbeteren kan gebruik gemaakt worden van de kwaliteitscirkel van Deming. De cirkel kan ingezet worden om door middel van de vier stappen *Plan Do Check Act* (PDCA cirkel) tot verbetering te komen. De derde stap (*check*) omvat het meten van resultaten om te bezien of de geplande doelstellingen zijn behaald en of de situatie ten opzichte van eerder is verbeterd. Er vindt daarmee evaluatie plaats van eerder ingezet beleid.

De studiekering "Benutting van evaluatie onderzoek" van de sectie Management Wetenschappen van de Open Universiteit doet onderzoek naar het model "*schematic theory of evaluation influence*" van Mark & Henry (2004). De studiekering beoogt hiermee om mogelijke paden (*pathways*) van evaluatie invloed binnen dit model te onderzoeken om daarmee door middel van empirisch onderzoek een bijdrage te leveren aan de wetenschappelijke onderbouwing van het model.

In deze scriptie wordt verslag gedaan van de benutting van een specifieke evaluatie door de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar netwerken dementie. Er wordt onderzocht hoe het pad loopt van de concepten responsiviteit (*responsiveness*) naar standaardisering (*standard setting*) uiteindelijk naar aanpassing van de gezamenlijk uitgevoerde praktijk (*collaborative practice*). De uitkomsten van dit onderzoek kunnen bijdragen bij aan het verder onderbouwen van het model van Mark & Henry.

1.2 Casuïstiek

Dementie is de overkoepelende term van een aantal progressieve hersenziektes welke vooral bij ouderen voorkomen. De belangrijkste vormen zijn de ziekte van Alzheimer en vasculaire dementie. De patiënt met dementie verliest gedurende het proces allerlei vermogens en wordt afhankelijk van anderen. In 2002 bracht de Gezondheidsraad het rapport "Dementie" uit. Dit rapport schetste een forse toename van het aantal mensen met dementie de komende 40 jaar in Nederland (175.000 mensen in 2002 naar 412.000 mensen in 2050). In 2002 woonde 67% van de mensen met dementie thuis. Er werd verwacht dat dit percentage enkel verder zou toenemen omdat institutionalisatie in verpleeg- en verzorgingshuizen een relatief dure oplossing is (Gezondheidsraad, 2002).

Als reactie op dit rapport van de Gezondheidsraad initieerde de overheid in 2004 het Landelijk Dementie Programma (Meerveld e.a., 2004). Het programma was bedoeld als kapstok om regionaal verbeterplannen op te stellen om de dementiezorg thuis te verbeteren. Het programma stimuleerde onder andere het opzetten van dementieketens (netwerken dementie) op regionaal niveau. In deze dementieketens werken patiëntenorganisaties, zorgaanbieders, welzijnsorganisaties, gemeenten, provincie en financiers samen in het vorm geven van een samenhangend aanbod van dementiezorg. Aan de hand van een analyse van sterke en zwakke punten werden er per regio doelen geformuleerd ten behoeve van een meerjarig verbeterplan en werd een continue toetsing geadviseerd aan de hand van het cliëntperspectief. In veel gevallen werd er een netwerkcoördinator of ketenregisseur aangesteld om dit proces op gang te brengen en vorm te geven.

In 2008 volgde een evaluatie van dit Landelijk Dementie Programma (van den Broek e.a., 2008). Er werden in 57 regio's 206 verbeterprojecten ontwikkeld. Er werd onder andere feedback verkregen vanuit cliënten panels van Alzheimer Nederland. Omdat het Landelijk Dementie Programma uitging van het principe "laat 1000 bloemen bloeien" maakte elke regio eigen keuzes en kozen de regio's voor een eigen organisatie en inrichting van het aanbod van zorg. Aan de ene kant was dit principe een kracht waardoor er veel is bereikt. De andere kant was dat de invulling van de regionale netwerken nauwelijks standaardisatie kende waarbij ook financiering op zeer uitlopende wijze plaats vond. Eén van de gesignaleerde problemen was het feit dat verzekeraars het liefst arrangementen in kopen, dit zijn totaalpakketten waarbij aanbieders integrale producten leveren. Echter samenwerking en marktwerking staan vaak haaks op elkaar. Toch worden er in deze evaluatie 17 bouwstenen voor een ideaal regionaal netwerk geformuleerd.

Vanaf 2008 ging het (vervolg) programma Ketenzorg Dementie van start met 16 koploper regio's (ministerie van VWS e.a., 2009). Het doel van het programma was om een structureel aanbod te creëren van samenhangende dementiezorg die aansluit bij de wensen en behoeften van mensen met dementie en hun naasten. Dit alles werd ondersteund door het bepleiten van staatssecretaris Bussemaker voor beschikbaarheid van een casemanager dementie voor alle mensen met dementie thuis (Bussemaker, 2008).

In 2011 volgde de publicatie van een evaluatie programma Ketenzorg Dementie gedaan door Vilans (Mahler e.a., 2011). Er werd onder gebruik gemaakt van netwerk indicatoren. De organisatie van casemanagement bij dementie maakte een steeds belangrijker deel uit van de invulling van ketensamenwerking. Criteria waren bijvoorbeeld de betrokkenheid van ketenpartners en het maken van formele ketenafspraken. Er werd onder andere geconcludeerd dat er grote regionale verschillen waren tussen regio's die ver waren (koploper regio's) en regio's waar ketenvorming niet of nauwelijks tot stand kwam. Financiering van ketens als zodanig en van casemanagement bij dementie in engere zin wordt als één van de belangrijkste knelpunten gezien.

Een volgende stap (vanaf 2010) was de ontwikkeling van de Zorgstandaard dementie (Alzheimer Nederland & Vilans, 2013). Een Zorgstandaard beschrijft de norm waaraan multidisciplinaire zorg voor mensen met een bepaalde chronische ziekte moet voldoen. Mede aanleiding hiervoor waren de grote verschillen in het zorgaanbod voor mensen met dementie thuis in de verschillende regio's van Nederland. Alzheimer Nederland en Vilans waren hierin initiatiefnemers. Op 18 juli 2013 werd een definitieve versie van de Zorgstandaard gepubliceerd.

1.2.1 Normenkader IGZ

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) interesseert zich na 2010 ook voor de kwaliteitsaspecten van ketenzorg dementie en ontwikkelt daarvoor een normenkader. In juli 2013 publiceert zij haar bevindingen in het rapport: "Organisatie netwerkzorg thuiswonende mensen met dementie veelbelovend, onderdelen zorg nog risicovol" (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2013).

In het voorwoord schrijft Inspecteur-generaal voor de gezondheidszorg mevrouw Van Diemen-Steenvoorde: "Het kabinet stimuleert de lokale en regionale samenwerking tussen zorgverleners, verzekeraars en gemeenten. Dit is een belangrijke voorwaarde om de netwerken rondom dementie verder te ontwikkelen. Uit dit onderzoek blijkt dat verbeteringen mogelijk zijn op het gebied van de netwerkzorg voor thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers. De onzekerheid over de financiering beïnvloedt de potentiële effectiviteit van de netwerken. Desondanks liggen hier kansen. Ik roep alle betrokkenen dan ook op om met elkaar na te gaan hoe zij deze kwetsbare mensen in de verschillende stadia van hun ziekte nog beter kunnen ondersteunen. Ook al zijn niet altijd de optimale condities aanwezig: waar een wil is, is een weg! "

De IGZ concludeert in het rapport dat de 85 netwerken zorg en ondersteuning aan mensen met dementie thuis verschillend organiseren. De IGZ vindt dat er betere samenwerking mogelijk is tussen de partners in de netwerken op een aantal onderstaande punten. Gemeenten en financiers spelen hier mede een belangrijke rol in. De belangrijkste algemene conclusies (en daarmee aanbevelingen) zijn:

1. De netwerken zijn nog onvoldoende robuust. Meer aansturen en duidelijkheid over regelgeving en financiën zijn nodig. Deskundigheidsbevordering is nodig.
2. De vroegsignalering van zorgmijders is onvoldoende.
3. Het casemanagement heeft verdere ontwikkeling nodig
4. Zorgplannen en een medicatie over zicht zijn onvoldoende ontwikkeld.
5. De netwerken dienen meer aandacht te besteden aan de draagkracht en draaglast van mantelzorgers. Hiermee kunnen (mantel)zorg netwerken minder snel in een crisis raken.

De IGZ gaf in het rapport aan het onderzoek elke twee jaar te willen herhalen en te toetsen tot welke verbeteringen dit heeft geleid. De inspectie gaf aan maatregelen te gaan treffen als de verbetering zou uitblijven. In 2016 is vervolgonderzoek van de inspectie uitgebleven. Senior inspecteur mevrouw Wentzel van de IGZ zegt hier in januari 2016 over: "De IGZ heeft in 2015 een toezichtkader ontwikkeld en getest voor het toezicht op de zorg die in netwerken in de langdurige zorg thuis wordt geleverd aan kwetsbare groepen zoals ouderen met somatische problematiek, ouderen met dementie en bij volwassenen met chronische psychiatrische aandoeningen. Dit mede gezien de nieuwe wetgeving (WMO, WLZ, ZVW en Jeugdwet) die in 2015 van kracht werd. Daarnaast is de inspectie in 2015 gestart met het ontwikkelen van toezicht op de complexe en intensieve zorg thuis passend bij deze veranderingen. Daarbij staat de rol van de wijkverpleegkundige centraal. Het is de bedoeling dat beide toezichtinstrumenten in de 2e helft van 2016 worden ingevoerd".

De IGZ weerspiegelt in deze bredere benadering de (steeds weer wisselde) kijk op netwerken dementie en de zorg voor andere kwetsbare groepen in de samenleving.

1.3 Probleemstelling

De IGZ rapporteerde in een twaalfstal (deel)rapporten de bevindingen van de bezoeken die zij aan 12 van de 85 netwerken deed. In deze rapporten doet zij verslag van wat zij in het netwerk aantreft afgezet tegen het ontwikkelde normen kader.

Het (totale)rapport van de IGZ laat zien dat ketensamenwerking een complexe organisatiestructuur kent waarin meerdere actoren een rol hebben om deze samenwerking te realiseren. Zonder steun en sturing van financiers (verzekeraars en gemeenten), de visie en besluitvaardigheid van zorgbestuurders, de visie en aanpak van ketenregisseurs en de inhoudelijke ontwikkeling en uitvoering van hulpverleners (o.a. casemanagers dementie) komt de ketensamenwerking en keten doorontwikkeling niet tot stand. Iedere groep kan de andere groep de schuld geven van het stagneren van de ontwikkeling.

Hulpverleners geven nog al eens aan dat de ketensamenwerking in hun regio maar moeilijk op gang komt of stagneert. De ketenregisseur wordt in zwakke ketens al snel wegbezuinigd en heeft daarmee geen positie meer. In sterke ketens lijkt er niet zo zeer een *top-down* aansturen te zijn van het ontwikkelen van de keten maar zijn het mogelijk ook vaak de professionals zelf die samen met de ketenregisseur zoeken naar oplossingen en voorstellen doen voor inhoudelijke verbetering en samenwerking. Van de vijf aanbevelingen van het IGZ zijn de aanbeveling twee tot en met vijf grotendeels inhoudelijk van aard. Het zouden vooral de ketenregisseur en hulpverleners zelf kunnen zijn die daarin het initiatief nemen tot verandering en daarmee het benutten van de evaluatie.

In het model van Mark & Henry (2004) kunnen er vanuit de stappen *Evaluation 'Outputs'* naar *General mechanisms* naar *Intermediate and long-term outcomes* zogenaamde *pathways* van *influence* of van *use* worden geïdentificeerd.

In dit onderzoek staat het pad (*pathway*) centraal welke volgens mijn hypothese gevolgd wordt door ketenregisseur en hulpverleners in het benutten van de evaluatie. Het pad loopt van responsiviteit (*responsiveness*) naar standaardisering (*standard setting*) naar de gezamenlijk uitgevoerde praktijk (*collaborative practice*). Zie figuur 2. op pagina 13. waarin de *pathway* visueel vorm krijgt.

1.4 Vraagstelling en deelvragen

De centrale vraagstellingen in dit onderzoek is:

Op welke wijze heeft responsiviteit van een evaluatie, via standaardisatie, invloed op de gezamenlijk uitgevoerde praktijk van netwerken dementie, in het geval van de evaluatie van kwaliteitsaspecten van netwerken dementie door de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 2013?

1.4.1 deelvragen:

a: Was er tijdens en na de publicatie van de evaluatie uitkomsten sprake van een door de ketenregisseur en hulpverleners ervaren tegenstrijdigheid in de belangen van stakeholders en wat was hiervan de invloed op de ervaren responsiviteit van de evaluatie van de IGZ?

b: Was er tijdens en na de publicatie van de evaluatie uitkomsten sprake van een door de ketenregisseur en hulpverleners ervaren druk vanuit de organisatie om te veranderen en wat was hiervan de invloed op de ervaren responsiviteit van de evaluatie van de IGZ?

c: Op welke manier waren persoonlijke kenmerken van de ketenregisseur en hulpverleners van invloed op de ervaren responsiviteit van de evaluatie van de IGZ?

d: Hoe werd de mate van responsiviteit van de evaluatie van de IGZ door de ketenregisseur en hulpverleners beoordeeld en op welke wijze had dit invloed op de aanpassing van de standaardisatie?

e: Vond er aanpassing van standaardisatie plaats naar aanleiding van uitkomsten van de evaluatie? Zo ja hoe zag deze aanpassing van standaardisatie er uit en (op welke wijze) en hoe snel leidde dit tot aanpassing van de gezamenlijke uitgevoerde praktijk? Wat is de invloed van de fase waarin de netwerkorganisatie zich bevindt op de wijze waarop de door de evaluatie uitkomsten aangepaste standaardisatie wordt geïmplementeerd binnen de gezamenlijke uitgevoerde praktijk?

1.5 Proposities

Aan de hand van de bestudeerde literatuur in hoofdstuk 2 is tot een zestal onderliggende proposities gekomen. Zij worden in hoofdstuk 2 vanuit de literatuur onderbouwd.

Propositie 1: Evaluatie gebruikers die weinig tegenstrijdigheid ervaren in de belangen van stakeholders zullen de evaluatie eerder als responsief ervaren dan evaluatie gebruikers die veel tegenstrijdigheid ervaren in de belangen van stakeholders.

Propositie 2: Evaluatie gebruikers die veel druk vanuit de organisatie ervaren om te veranderen zullen de evaluatie eerder als responsief ervaren dan evaluatie gebruikers die weinig druk uit de organisatie ervaren om te veranderen.

Propositie 3: De persoonlijke kenmerken van de evaluatiegebruiker zijn van invloed op de ervaren responsiviteit van de evaluatie resultaten.

Propositie 4: Een evaluatie die als hoog responsief wordt ervaren leidt makkelijker tot (aanpassing van) standaardisering dan een evaluatie die nauwelijks als responsief wordt ervaren.

Propositie 5: Een formele vorm van standaardisering leidt sneller tot aanpassing van de gezamenlijke uitgevoerde praktijk dan geen of geringe (informele) standaardisering.

Propositie 6: De fase waarin de netwerkorganisatie zich bevindt is van invloed op de manier waarop de aanpassing van de standaardisering wordt geïmplementeerd binnen de gezamenlijke uitgevoerde praktijk.

1.6 Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie

De wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek ligt in het feit dat er met behulp van het theoretisch model van Mark & Henry (2004, p.46) onderzoek wordt gedaan naar een specifiek pad binnen het model welke van invloed kan zijn geweest op het benutten van de evaluatie. Het onderzoeken van dit pad draagt mogelijk bij in het verzamelen van bewijs voor onderbouwing van dit model.

De maatschappelijke relevantie van het onderzoek heeft mede te maken met de aanhoudende zorgen over het in stand houden van netwerken dementie en de mechanismen van sturing en financiering hierachter. Zowel patiëntenorganisaties als beroepsverenigingen erkennen dat in veel regio's netwerkvorming achterblijft of zelfs afgebroken wordt. De evaluatie van het IGZ was een belangrijk signaal dat netwerkvorming van belang is en dat dit aan bepaalde normen dient te voldoen. Keten-regisseurs en hulpverleners kunnen daar een belangrijke rol in nemen maar zij kunnen deze rol ook bij verzekeraars en zorgbestuurders neerleggen.

1.7 Methode van onderzoek

De vraagstelling van dit onderzoek wordt beantwoord door middel van een verkenning van de literatuur over onder andere het theoretisch model van Mark & Henry (2004) en het gekozen pad van evaluatiebenutting en daarnaast in een meervoudige (kwalitatieve) *case study* naar de benutting van de onderzoeksresultaten in de praktijk.

De gekozen methode is (voornamelijk) kwalitatief van aard. De theorie van het benutten van evaluaties is een kennisgebied in ontwikkeling. Er is door Mark & Henry (2004) een theoretisch model ontwikkeld waarmee wordt geëxperimenteerd in de praktijk. Het veld van onderzoek in dit voorstel is breed en (mede door multiple factoren) complex. Dit vraagt om een verkennende benadering waarbij de te bestuderen fenomenen in hun rijkheid worden onderzocht. Kwalitatief onderzoek is geschikt voor het exploreren van nieuwe onderzoeksgebieden en het formuleren van hypothesen en theorieën.

Kwalitatief onderzoek is te plaatsen in het domein van explorerend, hypothese (of theorie vormend) onderzoek (van Zwieten, 2007) Centraal in de analyse bij kwalitatief onderzoek staat de systematische interpretatie van het bestudeerde (sociale) fenomeen. Van Zwieten (2007) benoemt kwalitatief onderzoek als een vorm van interpreterend onderzoek waarbij empirische gegevens op een systematische en controleerbare wijze worden verzameld, geanalyseerd, en gerapporteerd.

Voor het beantwoorden van deze vraagstelling waarin wordt gepoogd inzicht te verwerven in het proces van responsiviteit naar standaardisering naar de gezamenlijk uitgevoerde praktijk lijkt de meervoudige casestudy als onderzoeksmethodiek het best passend.

2. Literatuuronderzoek

In dit hoofdstuk wordt eerst een algemeen overzicht geschetst van beschikbare relevante theorie rondom evaluatie. Hierna wordt ingegaan op het model van Mark & Henry naar invloed en benutting van evaluaties. Vervolgens wordt er beschreven wat paden van evaluatie invloed en benutting zijn en wordt er ingegaan op het gekozen pad en de bijbehorende drie concepten die in dit onderzoek centraal staan.

2.1 Theorie evaluatie

Cousins & Leithwood (1986) worden gezien als de pioniers in de theorievorming rondom evaluatie onderzoek. Er is volgens deze auteurs sprake van een evaluatie of een evaluatiestudie wanneer er met behulp van sociaal wetenschappelijke onderzoeksmethoden antwoorden worden gegeven op vragen van bestuurders en beleidsmakers (Cousins & Leithwood, 1986, p.332). Zij definiëren daarbij evaluatie resultaten (*evaluation results*) als “*any information associated with the outcome of the evaluation*”, dit zijn bijvoorbeeld data, interpretaties en aanbevelingen. Het uiteindelijke doel van evaluatieonderzoek is “*use*” (gebruik) of “*utilization*” (benutting) van deze evaluatie resultaten. Evaluatie gebruik (*use*) en benutting (*utilization*) zijn te operationaliseren door: (1) aanwijzingen in de vorm van het toepassen van evaluatie uitkomsten in concrete besluitvorming of (2) aanwijzingen dat evaluatie uitkomsten hebben bijgedragen aan de educatie van bestuurders of beleidsmakers.

Het gebruik van evaluatie resultaten is volgens Johnson e.a. (2009, p.378) traditioneel verdeeld in drie typen van gebruik: (1) instrumenteel, (2) conceptueel en (3) symbolisch. Instrumenteel gebruik verwijst naar waar evaluatie kennis direct wordt benut in bijvoorbeeld nieuw gedrag of besluitvorming. Conceptueel gebruik verwijst naar die situaties waar geen actie is ondernomen maar wel het begrip bij betrokkenen is veranderd. Symbolisch gebruik vindt plaats als de persoon het bestaan van de evaluatie kent en erkent zonder hierdoor direct tot ander gedrag te komen of een andere opinie. Mark & Henry (2004, p.36) benoemen in navolging van Patton ook *process use* als vorm van gebruik. *Process use* staat voor het gebruik dat ontstaat door het direct participeren van betrokkenen in een evaluatie. Ook noemen Mark & Henry (2004, p.36) *misuse* (misbruik) van evaluatie uitkomsten.

Volgens Henry & Mark (2003, p.295) worden consequenties van evaluaties die beoogd zijn ook wel evaluatie *outcomes* genoemd. Ze zijn verbonden met de algemene doelstelling van de evaluatie: *social betterment*. *Social betterment* verwijst naar de verbetering van sociale condities in het algemeen.

Kirkhart (2000) stelde dat het meten van de impact van evaluatie resultaten niet alleen door het feitelijk gebruik of benutting diende plaats te vinden maar dat alleen al de *influence* (invloed) van belang zou kunnen zijn. Kirkhart (2000, p.7) definieert de term invloed daarbij als: “*the capacity or power of persons or things to produce effects on others by intangible or indirect means*”. Door middel van het hanteren van invloed als uitkomstmaat worden ook onbedoelde effecten van een evaluatie bestudeerd. De term invloed richt zich op de brede scope van de impact van evaluatie uitkomsten, en probeert daarmee ook de mechanismen en processen te begrijpen die onderliggend zijn aan het daadwerkelijk wel of niet gebruiken van evaluatie uitkomsten (Herbert, 2014 p.393). Mark & Henry (2004, p.40) stellen dat de term invloed zowel veranderingen op de specifieke locatie en het bepaalde tijdsgewricht omvat als ook veranderingen die elders en later plaats vinden.

Kirkhart (2000, p.8) ontwikkelde een theoretisch model rondom invloed waarin de bron (*source*) van invloed, intentie en tijd over drie assen zijn verdeeld:

(1) De “*source of influence*” verwijst naar de actieve agent van verandering of het startpunt van het generatieve proces van verandering. De twee niveaus verwijzen naar het proces en naar de resultaten.

(2) *Intention* naar het feit of er een bedoelde richting in het evaluatie proces of de uitkomsten is aangebracht. Het reflecteert zowel de bedoelde als onbedoelde importantie *influence* van uit de evaluatie.

(3) *Time* wordt opgedeeld in drie elementen: (a) onmiddellijk, (b) aan het einde van de cyclus/evaluatie en (c) lange termijn invloed.

Kirkhart (2000, p.9) spreekt bij *source* over *results-based influence* en *process based influence*. *Results-based influence* bestaat onder andere uit: *instrumental use* (directe en zichtbare actie n.a.v. evaluatie uitkomsten), *conceptual use* en *symbolic use*. *Process-based influence* is die invloed die ontstaat door uitvoeren of participeren in de evaluatie zelf. *Process-based influence* waaronder *process use* is onder te verdelen in cognitief, affectief en politiek.

Evaluatie uitkomsten ontwikkelen volgens Henry & Mark (2003, p.305) hun invloed door middel van *pathways* (paden/trajecten). Een specifieke verandering lokt een andere verandering uit waardoor er een causale kettingreactie ontstaat. Er zijn paden die veel voorkomen en er zijn paden die maar incidenteel opgang doen vinden. Een voorbeeld van een pad is: een individu neemt kennis van evaluatie uitkomsten, verandert hierdoor in gedachten en opinie en wordt hierdoor een change agent. Deze persoon zorgt voor adoptie en diffusie maar ook dat de publieke opinie verandert en beleid uiteindelijk wordt aangepast. Een voorbeeld is de “*drink and drive*” campagne waarbij aan de hand van statistieken de publieke mening over dit onderwerp werd beïnvloed.

Herbert (2011) onderzoekt in een systematische review in hoeverre evaluatie invloed tien jaar na de introductie door Kirkhart als bruikbaar concept binnen evaluatieonderzoek is uitgekristalliseerd. Er worden 28 studies geïdentificeerd. Er is echter vanuit deze studies (nog) geen eenduidig beeld te geven van de operationalisatie van het concept invloed en de bruikbaarheid van het concept binnen evaluatieonderzoek.

2.2 Een model voor evaluatie invloed

Mark & Henry (2004) volgen Kirkhart (2000) in het ontwerpen van een theoretisch model rondom evaluatie. Een belangrijk onderdeel van de theorie van Henry & Mark (2003, p. 298) zijn de verschillende *levels of influence* waarbij onderscheidt wordt gemaakt naar individueel, interpersoonlijk en het collectieve niveau.

Op individuele *levels of influence* noemen de auteurs:

Attitude change - verandering van opinie.

Saliency - informatie over het programma vestigt meer aandacht op het probleem en vergroot het belang van het programma.

Elaboration - de evaluatie stimuleert het individuele denken over het programma en de verwachting over de uitkomsten. Hoe vaak wordt er over een issue nagedacht?

Priming- de discussie over de scores maken deze test scores ook meer van belang in de beoordeling van de lezer. Het fenomeen doet zich voor dat een bepaald concept meer cognitief beschikbaar is.

Skill acquisition - nieuwe vaardigheden zijn geleerd door participatie in de evaluatie.

Behavior change - daadwerkelijke verandering in het gedrag

Bij interpersoonlijke *levels of influence* noemen de auteurs:

Persuasion - de poging van de ene persoon om de ander te overtuigen door middel van directe communicatie.

Justification – motivering.

Change agent - een persoon die gefocust is op de verandering van beleid, het programma of de operaties.

Minority opinion influence - degene die in de minderheid een andere opinie uitdragen. Als zij aanhoudend zijn kunnen zij een andere mening uitlokken bij de meerderheid.

Social norms - gedeelde standaards over wat is normaal en geaccepteerd gedrag in een specifieke context in een specifiek tijd.

Bij collectieve *levels of influence* noemen de auteurs:

Agenda setting - refereert naar de publieke agenda of de overheidsagenda.

Policy-oriented learning - de afwisseling van gedachten of gedragsintenties die worden veroorzaakt door nieuwe informatie welke gekoppeld zijn aan beleidsdoelen.

Policy change - de uiteindelijke beleidsbeslissingen die tot beleidsverandering leiden.

Diffusion - Verwijst naar de uiteindelijke adoptie van het nieuwe beleid of het beleidsprogramma.

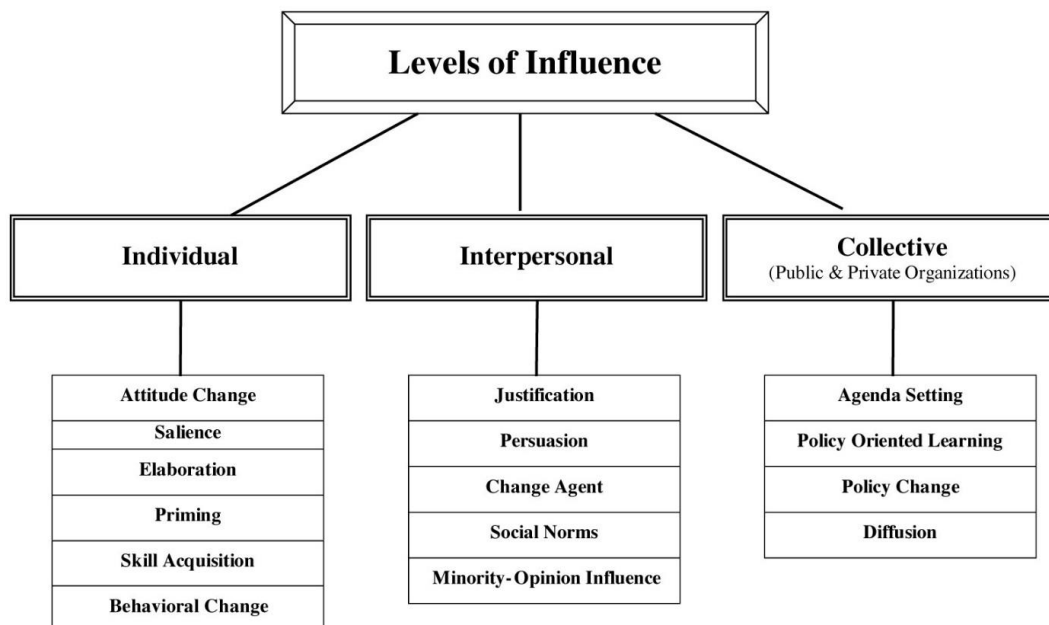


Figure 1. Mechanisms through which evaluation produces influences.

Figuur 1. Henry & Mark (2003, p. 298)

Mark & Henry (2004 p.46) maken in een volgende publicatie hun model verder af en maken daarin onderscheid naar (1) *Evaluation inputs* (2) *Evaluation activities* (3) *Evaluation outputs* en (4) *General mechanisms* en (5) *Intermediate and long term outcomes* (zie figuur 2. op de volgende pagina).

Bij *evaluation inputs* maken Mark & Henry (2004, p.37) gebruik van de geïdentificeerde factoren van Cousins & Leithwood (1986, p.347) die van invloed zijn op het benutten van evaluatie resultaten. Bij *evaluation activities* wordt de wijze van evalueren benoemd. Bij *evaluation outputs* onderscheiden de auteurs binnen de *general mechanisms en intermediate and long term outcomes* vier categorieën van (*influence*) mechanismen: (1) *general influence processes* (2) *cognitive and affective (or attitudinal) processes* (3) *motivational processes* (4) *behavioral processes*. Binnen deze vier categorieën wordt weer onderscheid gemaakt in: *individual level processen, interpersonal en collective level processen* (Henry & Mark p.297). Onder deze drie niveaus van processen beschrijven Henry & Mark (2003,

p.298) een aantal specifieke vormen van *influence*. Deze zijn net weer op een andere manier geordend dan figuur 1. uit 2003.

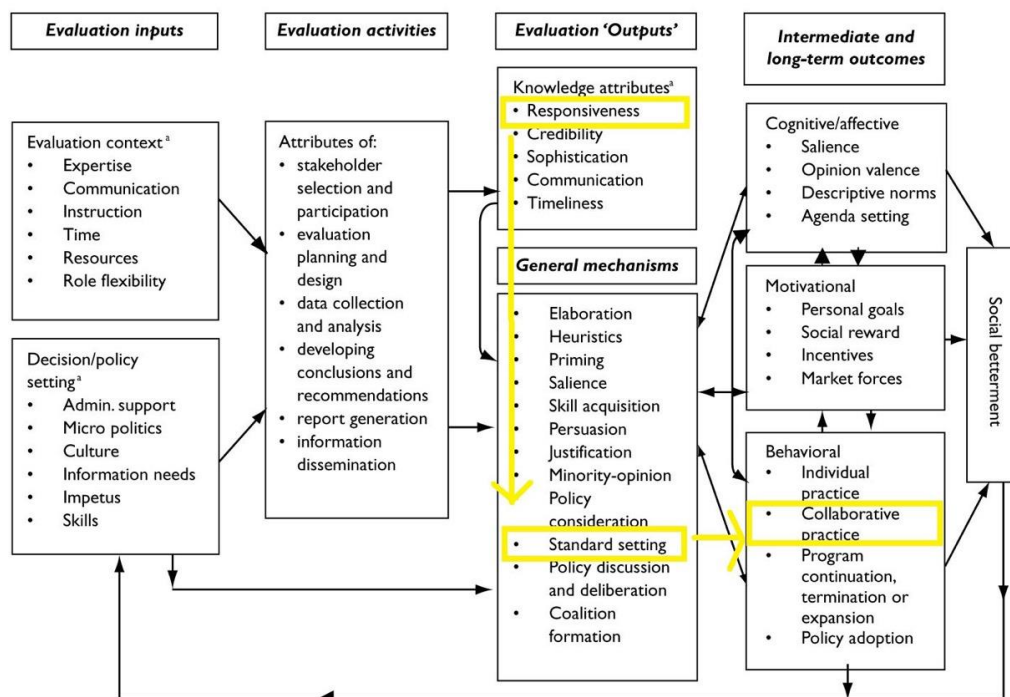
De eerste categorie *general influence processes* vormt de basis van verandering. Als bestuurders of beleidsmakers kennis nemen van evaluatie uitkomsten dan kan er bij hun *enlightenment* (verheldering) ontstaan. Een evaluatie onderzoeker is echter niet alleen geïnteresseerd in dat wat leidt tot *elaboration* (uitwerking) maar ook wat dit leidt tot verandering in attitude, motivatie en uiteindelijke actie. Dit neemt niet weg dat *elaboration* een belangrijke eerste consequentie is van de evaluatie welke mogelijk leidt tot opinie verandering en tot alles wat daarna volgt. De algemene *influence* processen kunnen voorkomen op alle drie de genoemde levels. Hun importantie zit hem niet in het feit dat zij direct *social betterment* veroorzaken maar wel de veroorzaker kunnen zijn van processen die daarop volgen die uiteindelijk wel tot *social betterment* kunnen leiden.

Cognitieve en affectieve processen refereren aan veranderingen in gedachten en gevoelens zoals *attitude valence*. *Motivational processes* refereren aan doelen en aspiraties, aan menselijk gedrag van ontvangen beloning en straf. *Motivational processes* hebben nog maar relatief weinig aandacht gekregen. Ze zijn wel een belangrijke schakel naar uiteindelijke verandering in gedrag en daarom van belang voor uitkomsten op de langere termijn. *Behavioral processes* refereren aan de veranderingen in daadwerkelijke actie.

Een voordeel van het identificeren van deze mechanismen is volgens Henry & Mark (2004, p.51) dat er meer inzicht ontstaat hoe in evaluaties (multiple processen) het ene leidt tot het ander.

2.3 Paden van invloed en benutting

Zoals in de paragraaf hierboven beschreven kan de invloed of benutting van evaluaties volgens Henry & Mark (2003, p.305) plaats vinden volgens zogenaamde paden. In dit onderzoek staat het pad van responsiviteit naar standaardisering naar de gezamenlijk uitgevoerde praktijk centraal (zie figuur 2.). Deze begrippen worden hieronder als concepten verder toegelicht.



Figuur 2., de geselecteerde pathway getoond in het model van Mark & Henry (2004, p. 46)

2.4 Responsiviteit

In het model van Mark & Henry (2004) maakt responsiviteit onderdeel uit van de 'Evaluation Outputs' wat wil zeggen dat de genoemde concepten in dit onderdeel van het model van invloed zijn op de gebruikers van de evaluatie uitkomsten. Deze concepten worden als "Evaluation knowledge production attributes" gezien. Ze zeggen iets over de wijze waarop de evaluatie uitkomsten worden gepresenteerd aan het evaluatie publiek. Hieronder vallen naast responsiviteit ook de concepten *credibility* (geloofwaardigheid van de evaluatie uitkomsten), *sophistication* (de mate van verfijning van de evaluatie uitkomsten), *communication* (de vorm van communicatie over de evaluatie uitkomsten) en *timeliness* (actualiteit van de evaluatie uitkomsten).

Responsiviteit laat zich in deze context vertalen als de mate van waarin de evaluatie uitkomsten een antwoord geven op de evaluatie behoeften van de evaluatie gebruiker.

Cousins and Leithwood (1986, p.347) spreken onder andere over het begrip *relevance* en doelen daarmee op de relevantie van de evaluatie van de beleidsmaker of gebruiker van de evaluatie. Johnson e.a. (2009, p.384) onderzoeken in hun review de benutting van evaluatie in relatie tot het *framework* van Cousins & Leithwood uit 1986 welke deel uitmaakt van het Model van Mark & Henry. Zij omschrijven daarin het begrip relevantie als: "extent to which the information provided in the evaluation is relevant to the decision maker, and the organizational location of the evaluator". In twee studies wordt het begrip relevantie niet van belang gevonden met betrekking tot de benutting van de evaluatie. In twee andere studies werd een sterke relatie gevonden tussen relevantie en uiteindelijke benutting. Bober & Bartlett (2004, p.377) identificeren bijvoorbeeld zeven factoren vanuit het *framework* van Cousins & Leithwood die van invloed waren op evaluatie benutting. Relevantie staat daar echter in de rangschikking van belang op de zesde plaats terwijl *commitment or receptiveness to evaluation* op plaats drie staat.

Binnen het concept responsiviteit zijn mogelijk meerdere aspecten te onderscheiden:

Relevantie kan bijvoorbeeld op verschillende niveaus worden beschouwd. Borland (2003, p.914) onderscheidt in het concept relevantie in het kader van *information retrieval* de concepten *multidimensional relevance* en *dynamic relevance*. *Multidimensional relevance* (multidimensionale relevantie) staat voor het feit dat relevantie tot een bepaald onderwerp door verschillende personen verschillend beoordeeld kan worden. *Dynamic relevance* (dynamische relevantie) wil zeggen dat de beoordeelde relevantie door een persoon in de tijd kan veranderen.

Ledermann (2012, p.162) haalt Weis en Bucuvulas aan die stellen dat zowel de door de gebruiker beoordeelde kwaliteit van de evaluatie en daarnaast de *nature* (aard) van de uitkomsten bepalen in hoeverre de gebruiker de evaluatie uitkomsten als bruikbaar, en daarmee als relevant beschouwt.

Ledermann (2012, p.162) noemt naar Valovirta "evaluation use is an argumentative process in which evaluations provide arguments that correspond more or less to users' beliefs and expectations and which they can draw on or reject". Het gebruik van de uitkomsten en argumenten uit de evaluatie hangt dus af hoe de evaluatie gebruiker de studie waarneemt. Deze perceptie is afhankelijk van de context waarin de evaluatiegebruiker zich bevindt. Valovirta (2002 p.75) onderscheidt daarin na empirisch onderzoek twee belangrijke context factoren: (1) *the level of conflict among the stakeholders* en (2) *the pressure for change*. Valovirta brengt deze onder in twee assen. Dit impliceert dat de ervaren relevantie door de evaluatiegebruiker beïnvloedt wordt door de mate van tegenstrijdigheid in de belangen van stakeholders en de druk vanuit de organisatie om te veranderen. Dit resulteert in vier mechanismen die in meer of mindere mate kunnen aanzetten tot verandering. Zowel een geringe tegenstrijdigheid in de opinie van stakeholders als een grote druk vanuit de organisatie om te veranderen kunnen een positieve invloed hebben op de ervaren responsiviteit. Beide condities kunnen elkaar daarnaast ook versterken.

Propositie 1: Evaluatie gebruikers die weinig tegenstrijdigheid ervaren in de belangen van stakeholders zullen de evaluatie eerder als responsief ervaren dan evaluatie gebruikers die veel tegenstrijdigheid ervaren in de belangen van stakeholders.

Propositie 2: Evaluatie gebruikers die veel druk vanuit de organisatie ervaren om te veranderen zullen de evaluatie eerder als responsief ervaren dan evaluatie gebruikers die weinig druk uit de organisatie ervaren om te veranderen.

Cousins and Leithwood (1986, p. 348) spreken naast het begrip relevantie ook over *commitment* en/of *receptiveness to evaluation* en doelen daarmee op de *attitude* van de evaluatiegebruikers ten opzichte van de evaluatie. Denk daarbij aan weerstanden en de mate van een *open mind* ten opzichte van de evaluatie. Er kan hieruit geconcludeerd worden dat de mate van ervaren responsiviteit van evaluatie uitkomsten afhankelijk is van de kenmerken van individuele ontvanger van de evaluatie uitkomsten en de wijze waarop deze ontvanger de evaluatieresultaten interpreteert.

Estabrook e.a. (2003) deed onderzoek naar hoe verpleegkundigen uitkomsten uit wetenschappelijk onderzoek benutten in hun dagelijkse praktijk. Ze concludeert daarin dat individuele karakteristieken van verpleegkundigen van invloed zijn op de benutting van uitkomsten uit wetenschappelijk onderzoek. Estabrook (2003, p.506) noemt zes categorieën van potentieel individuele determinanten die van invloed zijn op benutting van onderzoeksuitkomsten door verpleegkundigen: (1) *beliefs and attitudes*, (2) *involvement in research activities*, (3) *information seeking*, (4) *professional characteristics*, (5) *education* and (6) *other socio-economic factors*.

- (1) *Beliefs and attitudes* staat bijvoorbeeld voor de attitude van de gebruiker naar onderzoek. Gebruikers die kennis hebben van onderzoeksmethoden en de wijze waarop onderzoeksgegevens geïnterpreteerd kunnen worden kunnen hierdoor op een andere wijze onderzoeks-data interpreteren en toepassen.
- (2) *Involvement in research activities* heeft betrekking op het feit of de evaluatiegebruiker betrokken is geweest bij het onderzoeksproces. Dit bevordert het gebruik van onderzoeksresultaten. Dit komt overeen met het begrip *stakeholder participation* in het model van Mark & Henry in *Evaluation activities*.
- (3) *Seeking of seeking behavior* staat voor de wijze waarop de informatie gebruiker zelf zoekt naar onderzoeksinformatie.
- (4) *Professional characteristics* staat voor de functie waarin iemand werkzaam is die daarmee ook de relevantie voor de gebruiker van de onderzoeksresultaten bepaald. *Education* (opleidingsniveau) kan een determinant zijn in het gebruik van onderzoeksresultaten.
- (5) *Education* heeft betrekking op het opleidingsniveau.
- (6) Bij *socio-economic factors* kan gedacht worden aan leeftijd, sekse, burgerlijke staat. De onderzoekers vinden hierin geen duidelijke correlatie met onderzoeksbenutting.

Squires e.a (2011) doen een update van de review van Estabrooks e.a. uit 2003. Zij voegen daar het belang van een aantal persoonlijke determinanten aan toe: *having a degree (in nursing)*, *working in a speciality area* en *jobsatisfaction*.

Mogelijk zijn de door Estabrook e.a en Squires e.a gevonden individuele kenmerken en karakteristieken ook van invloed op *commitment* en/of *receptiveness to evaluation* zoals beschreven door Cousins and Leithwood (1986, p. 348) en daarmee ook van invloed op de ervaren responsiviteit van evaluatie uitkomsten.

Er kan daarom mogelijk worden gesteld dat de ervaren responsiviteit van evaluatie uitkomsten mede wordt bepaald door de kenmerken en karakteristieken van evaluatiegebruikers. Zijn de uitkomsten relevant voor de werkzaamheden van de evaluatiegebruiker? Staat de evaluatie gebruiker open voor de evaluatie uitkomsten? Door welke determinanten (aspecten) wordt dit beïnvloed?

Propositie 3: De persoonlijke kenmerken van de evaluatiegebruiker zijn van invloed op de ervaren responsiviteit van de evaluatie resultaten.

2.5 Standaardisering

In het geïdentificeerde pad van evaluatiebenutting kan aanpassing van de standaardisering een eerste uiting zijn van benutting van de evaluatieresultaten.

Standaardisering kan bijvoorbeeld verwijzen naar het gezamenlijk vastleggen van (kwaliteits)standaarden over de werkzaamheden die geleverd worden. Cizek e.a. (2005, p.31) benoemen standaardisering in het kader van ontwikkeling van prestatietesten als *“the process by which a standard or cut score is established”*. Standaarden geven daarbij aan welk niveau minimaal behaald dient te worden om aan de norm te voldoen. Standaarden kunnen een belangrijke rol spelen in het evalueren van (beleids)programma's of verleende (overheids)diensten. Korsten (2013, p.8) noemt dat in de medische sfeer er vaak al normen zijn opgesteld voor bijvoorbeeld gezondheidsrisico's. Deze vastgestelde normen kunnen ingezet worden voor onderlinge cijfermatige vergelijking zoals bijvoorbeeld bij benchmarking. Netwerken dementie leggen (in de regel) ook vast wat kwaliteit is van de geleverde zorg. Dit kan bijvoorbeeld in een regionale vertaling van de Zorgstandaard dementie. De Zorgstandaard dementie is een nationaal erkende standaard over kwaliteitsnormen voor dementiezorg in de thuissituatie.

Standaardisering verwijst naar het bevorderen van kwaliteit door middel van kwaliteitsstandaarden. Binnen de internationale gezondheidszorg wordt toenemend gebruik gemaakt van *clinical practice guidelines* (richtlijnen voor de klinische zorgpraktijk). Van deze richtlijnen wordt verwacht dat ze resulteren in een consistente, effectieve en efficiënte zorgpraktijk waarbij gezondheidsuitkomsten toenemen. Ook richtlijnen zelf dienen zelf aan kwaliteitseisen te voldoen. The AGREE Collaboration (the Appraisal of Guidelines, REsearch and Evaluation) heeft een instrument ontwikkeld waarmee de kwaliteit voor 'klinische praktijk richtlijnen' kan worden beoordeeld (The AGREE Collaboration & AGREE Collaboration, 2003). De kwaliteitseisen uit het instrument zijn inmiddels een internationale standaard geworden. Het AGREE instrument toets richtlijnen op een zestal domeinen: (1) *scope and purpose* (onderwerp van betrekking en doelstelling), (2) *stakeholder involvement* (betrokkenheid van belanghebbenden), (3) *rigour of development* (gehanteerde kwaliteitseisen van ontwikkeling), (4) *clarity and presentation* (helderheid en presentatie), (5) *applicability* (toepasbaarheid), (6) *editorial independence* (redactionele onafhankelijkheid)

De vertaling van de Zorgstandaard dementie naar de regionale situatie wordt een zorgprogramma genoemd. Het zorgprogramma krijgt vorm in aantal vaste items en is daarmee een basis voor de verleende zorg. Binnen de gezondheidszorg waar de netwerken dementie actief zijn, zijn standaarden leidend in het borgen van kwaliteit en worden bijvoorbeeld gebruikt voor het inkopen en contracteren van zorg. Het is de vraag of Mark (2011) het begrip standaardisering heel formeel neemt of dat hij er een minder formele betekenis aan geeft. Standaardisering kan bijvoorbeeld ook vertaald worden naar werkafspraken die wel zijn vastgelegd maar niet de status hebben van een zorgstandaard of zorgprogramma.

Concluderend kan standaardisering een tussenstap vormen tussen responsiviteit en de uiteindelijke aanpassing in de vorm van de gezamenlijk uitgevoerde praktijk. Aanpassing van de standaardisering vraagt daarom mogelijk om (hoge) responsiviteit.

Propositie 4: Een evaluatie die als hoog responsief wordt ervaren leidt makkelijker tot (aanpassing van) standaardisering dan een evaluatie die nauwelijks als responsief wordt ervaren.

2.6 De gezamenlijk uitgevoerde praktijk

Het concept gezamenlijk uitgevoerde praktijk (*collaborative practice*) staat binnen de gezondheidszorg voor het samenwerking tussen professionals van verschillende organisaties en/of van een verschillende disciplines met als doel de zorg voor de patiënt te verbeteren. *Collaborative practice* heeft zowel te maken met samenwerking op organisationeel niveau als op medisch-inhoudelijk niveau. De invulling van de gezamenlijk uitgevoerde praktijk kan vastgelegd zijn in standaardisering.

McGuire (2006, p.33) omschrijft *collaborative public management* als: “*a concept that describes the process of facilitating and operating in multiorganizational arrangements in order to remedy problems that cannot be solved — or solved easily — by single organizations*”. De opkomst van *collaborative public management* heeft te maken met de sociale veranderingen in onze wereld waarin diversiteit toe neemt, waar macht is gedecentraliseerd en taken weer in een groter verband worden geplaatst in plaats van opgedeeld in deeltaken. We kunnen daarom volgens McGuire ook wel spreken van de eeuw van *network and collaboration*.

Op medisch-inhoudelijk niveau beargumenteert Kesby (2002, p.358) waarom de zorg voor kwetsbare ouderen in de thuissituatie gebaat is bij *collaborative practice* (samenwerking) op het gebied van gezondheidszorg en welzijnsvoorzieningen. De complexe hulpvraag van deze groep patiënten vraagt om een interprofessionele samenwerking waar diensten aan elkaar worden gekoppeld en in een gecombineerd zorgplan worden opgenomen. Continuïteit van zorg wordt daarbij gedefinieerd als: “*continuity of care is achieved when all appropriate care and treatment interventions are provided in a planned, coordinated and consistent manner by staffworking across professional/agency boundaries and through the required period of time. This should be integrated with informal care and agreed and experienced by patients/users, their carers and their families*”.

Minkman e.a. (2011) spreken hierbij ook wel over “*collaborative care*”, “*integrated care*”, “*coordinated care*” of “*chronic disease management*”. Doelen van *integrated care* zijn verbeteren van zorgprocessen, uitkomsten in de patiëntenzorg en het reduceren van kosten. Minkman e.a. (2013, p.2) definiëren *integrated care* als: ‘*a coherent and coordinated set of services, which are planned, managed and delivered to individual service-users across a range of organizations and by a range of **cooperating** professionals and informal care-givers*’.

Van Mierlo e.a. (2014, p.1) onderscheiden in het aanbod van casemanagement bij dementie door netwerken dementie twee verschillende vormen van organisatie: (1) *the linkage model* (het netwerk model) en (2) *the combined intensive case management/joint agency model* (het geïntegreerde model). In het geïntegreerde model is er één organisatie voor casemanagement, is er een intern multidisciplinair team, is casemanagement een functie en is er een uniforme(re) praktijkuitvoering. In het netwerkmodel zijn er meerdere organisaties met casemanagers, is er een extern multidisciplinair team, is casemanagement een rol en zijn er tussen organisaties verschillen in taakuitvoering, professies en aanstelling.

Het is overigens de vraag of Mark & Henry (2004) de gezamenlijk uitgevoerde praktijk zien als een geformaliseerde samenwerkingsvorm tussen professionals van verschillende organisaties. Zij doen hier in hun artikelen geen uitspraak over. Mogelijk bedoelen zij ook minder formele samenwerkingsvormen dan de hierboven getypeerde vormen van de gezamenlijk uitgevoerde praktijk. De gezamenlijk uitgevoerde praktijk binnen dementieketens leunt zwaar op samenwerkingsafspraken vastgelegd in standaardisering. Hieruit zou logischerwijze verwacht kunnen worden dat een meer formele wijze van standaardisering sneller invloed heeft op aanpassing van de gezamenlijk uitgevoerde praktijk. Kortom netwerken dementie die hun aanbod en (werk) afspraken formeel vastleggen in bijvoorbeeld zorgpaden zullen dit ook sneller door middel van de gezamenlijk uitgevoerde praktijk tonen.

Propositie 5: Een formele vorm van standaardisering leidt sneller tot aanpassing van de gezamenlijke uitgevoerde praktijk dan geen of geringe (informele) standaardisering.

Orchard e.a. (2005, p 1) benoemen *interdisciplinary collaborative professional practice* als een noodzaak voor het beantwoorden van de van complexe zorgvragen van specifieke patiëntengroepen met als doel patiënt gerichte zorg (*total patient centered care*). Dit vraagt om een aanpassing in de wijze waarop gezondheidszorg professionals zijn opgeleid en gesocialiseerd binnen hun rol en de wijze waarop patiënten zelf participeren in dit proces. Belemmeringen in *interdisciplinary collaborative professional practice* zijn volgens Orchard e.a. (2005 p.4) onder te brengen in een drietal clusters: (1) *organizational structuralism* (de creatie van een nieuwe samengestelde administratieve organisatie waarin afspraken zijn gemaakt over aansturen en besluitvorming), (2) *power imbalances* (conflicten over doelstellingen en rolverwarring) (3) *role socialization* (het verschil in waarde en visie van de verschillende participerende disciplines).

Orchard e.a (2005, p.6) ontwikkelde een model met een vier fasen proces voor het opzetten en aanbrengen van veranderingen in *Interdisciplinary Collaborative Professional Practice*.

1. *Sensitization phase* - In deze fase dient bewustzijn gecreëerd te worden voor de noodzaak van verandering.
2. *Exploration phase* - In deze fase worden de verschillende rollen verhelderd en wordt er waarde aan de verschillende rollen gegeven.
3. *Intervention phase* - In deze fase worden de nieuwe samenwerkingsafspraken en werkwijze geoperationaliseerd en uitgetest. Er is aandacht voor structuur, proces en uitkomst.
4. *Evaluation phase* - In deze fase wordt de verandering in werkwijze geëvalueerd en worden er (indien gewenst) aanpassingen in de werkwijze gedaan.

De gezamenlijk uitgevoerde praktijk krijgt vorm in concrete werkafspraken van het netwerk dementie. Hierin worden vragen beantwoord als: hoe krijgt het werk van casemanagers in de praktijk vorm?, welke methodische stappen gebruiken ze hiervoor?, welke formulieren zijn hiervoor ontwikkeld etc.?

Minkman (2011, p.2) spreekt over het implementeren van activiteiten op meerdere niveaus. Zij onderscheidt daarbij: (1) het individuele of operationele niveau waarin de hulpverlening aan de cliënt plaats vindt. (2) Het tactische niveau waar bijvoorbeeld het meten door middel van *performance* indicatoren een belangrijke activiteit is. Daarnaast schetst zij het belang van *commitment* van bestuurders op een (3) strategisch niveau voor het realiseren van duurzaamheid en financiële continuïteit. Minkman (2011, p.2) beschrijft dat organisaties in de tijd veranderen om te kunnen overleven. De literatuur beschrijft daarin zogenaamde *life cycle models* met meerdere fasen. Zelf komt Minkman tot een *a four-phase model for integrated care services*. De IGZ heeft deze indeling van Minkman overgenomen in de evaluatie van de netwerken dementie. Aan de hand van 89 elementen gegroepeerd in 9 clusters komt zij tot een viertal te onderscheiden fasen. Deze fasen zijn: (1) de initiatief en design fase, (2) de experimenteer en executie fase, (3) de expansie en monitoring fase, (4) de consolidatie en transformatiefase. Vanaf fase 3 wordt er gewerkt met zogenaamde zorgprogramma's. In de vierde fase van het model is ook een *monitoring system* ingebouwd dat afspraken inderdaad worden nagekomen.

Verwacht mag worden dat netwerken dementie in de eerste twee fasen van het model van Minkman mogelijk op een andere wijze aan het werk gaan met de evaluatie uitkomsten van het rapport van de IGZ dan netwerken dementie in fase 3 en 4. Zij zijn immers nog bezig met het uitwerken en van basale samenwerkingsafspraken (fase 1) en het experimenteren een nieuwe gezamenlijke werkwijze in de praktijk (fase 2). Standaardisering heeft daarbij niet of nog nauwelijks plaats gevonden. Pas vanaf fase 3 is het mogelijk om eerder geformuleerde standaardisering aan te passen en de bestaande werkwijze verder te verfijnen.

Propositie 6: De fase waarin de netwerkorganisatie zich bevindt is van invloed op de manier waarop de aanpassing van de standaardisering wordt geïmplementeerd binnen de gezamenlijke uitgevoerde praktijk.

3. Methodologie

In dit hoofdstuk wordt de gekozen methode van onderzoek beschreven en verantwoord.

3.1 Methode van onderzoek

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen in dit onderzoek is gekozen voor een meervoudige (kwalitatieve) *case study*. Een *case study* is volgens Yin (2009, p.2) een geschikte methode voor: (1) hoe en waarom vragen, (2) een beperkte controle van de onderzoeker over de gebeurtenissen en (3) het onderzoeken van een actueel probleem in een “*reallife*” context. Een belangrijk kenmerk is het gebruik van verschillende bronnen waardoor datatriangulatie plaatsvindt. Met de studievragen onderscheidt Yin 3 fasen: (1) gebruik de literatuur om te focussen op twee of drie topics, (2) het bestuderen van de kernstudies in het onderwerp van onderzoek, (3) gebruik maken van de aanbevelingen uit deze studies om nieuwe vragen te stellen.

Yin (2009) maakt een onderscheid in: (1) verklarende of causale *case studies*, (2) beschrijvende *case studies*, (3) verklarende *case studies* (p.21). Het doel van deze *case study* is het onderzoeken van een mechanisme wat een verklaring is voor het pad van evaluatie invloed of benutting dat onderzocht wordt in deze casus. Er is daarom sprake van een verklarende *case study*. Voor een *case study* design zijn volgens Yin (p.27) vijf elementen van belang: (1) de studievragen, (2) de bijbehorende proposities, (3) de unit van analyse, (4) *the logic linking the data to the proposition* (de benodigde analytische technieken om de data te prepareren voor de propositie), (5) de criteria voor het interpreteren van de gevonden data.

Yin (2009, p.46) maakt een onderscheid in vier type designs: (1) *single-case (holistic design)*, (2) *single-case (embedded design)*, er zijn meer units van onderzoek binnen dezelfde case), *multi-case design (holistic)* en (*embedded*). De resultaten van *multiple case studies* worden volgens Yin (p.53) beschouwd als krachtiger en robuuster dan *single case designs*. In dit onderzoek wordt gekeken naar wat de invloed of de benutting is van een evaluatie van de IGZ binnen 12 gevisiteerde netwerken dementie. Deze netwerken dementie zijn daarmee de eenheden van analyse. Er is daarom gekozen voor een voor een *multi-case design*. Er is daarnaast sprake van een *holistic design* wat wil zeggen dat de cases in eerste instantie afzonderlijk worden bestudeerd en geanalyseerd.

Het doel van deze *case study* is *literal replication* waarbij verwacht wordt dat de cases min of meer vergelijkbaar zijn en mogelijk vergelijkbare resultaten laten zien. Yin (p.54) adviseert om bij *literal replication* tenminste van twee á vier cases gebruik te maken. In dit onderzoek worden daarom vier van de 12 dementieketens onderzocht die zijn gevisiteerd door de IGZ.

3.2 Dataverzameling

In dit onderzoek vormen de 12 netwerken dementie die door de IGZ zijn gevisiteerd de *target population* (zie bijlage 1). Aan de hand van de gepersonaliseerde evaluatie uitkomsten van deze netwerken wordt onderzocht in hoeverre responsiviteit via standaardisering, invloed heeft op de gezamenlijk uitgevoerde praktijk van deze netwerken dementie. Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen in dit onderzoek is representativiteit minder van belang. Immers er wordt onderzocht hoe het specifieke pad van evaluatie benutting precies in de praktijk vorm krijgt. Het type steekproef is daarom select wat wil zeggen dat de onderzoeker die netwerken dementie benadert waarvan hij in schat dat zij actief zijn geweest met de uitkomsten van de evaluatie en willen participeren in deze studie (opportunistische selectie).

In veel netwerken dementie neemt de ketenregisseur of coördinator een centrale plaats in. Hij of zij geeft leiding aan het netwerk en/of coördineert de werkzaamheden, maakt plannen voor kwaliteitsverbetering en initieert de implementatie hiervan. De ketenregisseur of coördinator vervult daarom een belangrijke rol

in dit onderzoek en is daarmee ook de sleutelpersoon voor de selectie van respondenten en het maken van afspraken met deze andere respondenten. Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag is het van belang dat het netwerk dementie een ketenregisseur of coördinator heeft die (bij voorkeur) al tenminste sinds 2013 werkzaam is voor de keten en bereid is om te participeren.

Per netwerk worden waar mogelijk naast de ketenregisseur of coördinator nog tenminste twee andere relevante respondenten geïnterviewd. In veel gevallen zullen dit casemanagers dementie zijn. Casemanagers dementie zijn in de regel betrokken bij standaardisatie van werkzaamheden en geven door hun werk vorm aan de gezamenlijke uitgevoerde praktijk. Al naar gelang de organisatie van de keten kan er (indien nodig) in overleg met de sleutelpersoon gekeken worden naar een ander type respondent.

Voor het onderzoeken van deze cases wordt gebruik gemaakt van een tweetal verschillende bronnen: (1) interviews en (2) geschreven documentatie zoals beleidsplannen en/of beschreven zorgpaden waardoor er sprake kan zijn van triangulatie.

De onderzoeker legt contact met de netwerken dementie die bereid zijn om mee te doen en maakt afspraken voor bezoek en bijbehorende interviews. De onderzoeker bezoekt de respondenten op hun eigen werklocatie. In overleg met de ketenregisseur worden er beleidsdocumenten gezocht die zijn opgesteld na het bekend maken van de evaluatie van het IGZ. Deze beleidsdocumenten worden doorgenomen en gescreend op topics die betrekking hadden op de uitkomsten van het IGZ rapport.

Aan de hand van de verzamelde literatuur zijn topic vragenlijsten opgesteld voor de ketenregisseur en een topiclijst voor hulpverleners (casemanagers dementie) of de andere geselecteerde professionals (zie bijlage 4). De respondenten krijgen vooraf schriftelijk uitleg over het doel van het onderzoek en worden voor het interview nogmaals geattendeerd op de uitkomsten van het IGZ-onderzoek specifiek voor hun eigen netwerk dementie. De verschillende respondenten worden indien mogelijk apart geïnterviewd.

3.3 Operationalisatie

Operationaliseren is het vertalen van een complex abstract begrip naar meetbare termen. De drie centrale concepten in dit onderzoek; responsiviteit (paragraaf 2.4), standaardisatie (paragraaf 2.5) en de gezamenlijk uitgevoerde praktijk (paragraaf 2.6) zijn geoperationaliseerd door middel van het bepalen van responsiviteit door het geven van een cijfer, semigestructureerde interviewvragen en een documentenanalyse. Per deelvraag wordt hieronder in de tabel aangegeven hoe er is geoperationaliseerd. De volledige interviewvragen zijn bijgevoegd als bijlage (zie bijlage 4).

Deelvraag	Operationalisatie	Literatuurbron
Deelvraag 1. Tegenstrijdigheid belangen stakeholders	-Respondenten wordt gevraagd om op een schaal van 1 tot 10 aan te geven hoe responsief de evaluatie werd ervaren. -Respondenten wordt gevraagd naar ervaren conflicterende belangen onder stakeholders.	Lederman (2012, p.162) Valovirta (2002, p.75)
Deelvraag 2. Ervaren druk vanuit organisatie	-Respondenten wordt gevraagd naar ervaren druk vanuit bestuurders om te werken aan verbetering.	Lederman (2012, p.162) Valovirta(2002, p.75)
Deelvraag 3. Persoonlijke kenmerken evaluatie gebruiker	-Respondent wordt gevraagd naar leeftijd, sekse, beroep, mening over baan, arbeidshistorie, vooropleiding, ervaring met (evaluatie)onderzoek, integratie onderzoeksresultaten in eigen werk en betrokkenheid bij de IGZ evaluatie.	Estabrook e.a. (2003, p.506) Squires e.a (2011)
Deelvraag 4. Effect responsiviteit op standaardisering	-Respondenten wordt gevraagd naar het opstellen en vastleggen van (werk)afspraken naar aanleiding van aanbevelingen van de evaluatie. -Respondenten wordt gevraagd of de aanpassing spoedig heeft plaats gevonden na het werken aan de aanbeveling.	Cizek e.a. (2005, p.31) Mark (2011)
Deelvraag 5. Vorm van standaardisering	-Respondenten wordt gevraagd naar het beoordelen van het type netwerk volgens van Mierlo.	Van Mierlo e.a. (2014, p.1)

ten opzichte van snelheid aanpassing	-Respondenten wordt gevraagd hoe standaardisering heeft geleid tot aanpassing van de gezamenlijke uitgevoerde praktijk. -Respondenten wordt gevraagd hoe snel de werkafspraken de gezamenlijke uitgevoerde praktijk werden uitgevoerd. -Document analyse van werkafspraken (indien mogelijk) en formele standaardisatie waarin wordt gezocht naar bewijs voor de standaardisatie.	Mark & Henry (2004)
Deelvraag 6. Invloed van de fase van het netwerk op manier standaardisatie	-Respondenten wordt gevraagd in welke fase volgens Minkman het netwerk dementie zich volgens hun bevindt. Dit wordt vergeleken met de typering van de IGZ.	Orchard e.a (2005, p.6) Minkman e.a. (2011, p.2)
Hoofdvraagstelling.	-Binnen individuele evaluatierapporten wordt per netwerk het aantal aanbevelingen geïnventariseerd welke zijn gedaan door de IGZ. - Aan respondenten wordt gevraagd hoeveel aanbevelingen er binnen het netwerk daadwerkelijk zijn benut. - Door middel van documentanalyse wordt gezocht naar bewijs van standaardisering van de benutte aanbevelingen.	Mark & Henry (2004)

Tabel 1. Operationalisatie van de centrale concepten.

3.4 Data-analyse

Na de fase van data verzamelen wordt de verkregen data geanalyseerd. Volgens Yin (2009, p.126) zou in iedere *case study* voor analyse een algemeen analytische strategie gevolgd dienen te worden waarin prioriteiten zijn over wat te analyseren en waarom dit geanalyseerd dient te worden. Yin (p.130) noemt daarbij vier algemene strategieën: (1) *relying on theoretical propositions*, (2) *developing a case description*, (3) *using both qualitative and quantitative data*, (4) *examining rival explanations*. Yin noemt daarbij vijf specifieke technieken: (1) *pattern matching* (patroon herkenning), (2) *explanation building*, (3) *time-series analysis*, (4) *logic models* en (5) *cross-case synthesis*.

In deze verklarende *casestudy* wordt gebruik gemaakt van een analyse aan de hand van de theoretische proposities en wordt er (in mindere mate) gezocht naar ontkrachtende verklaringen. Als specifieke techniek wordt gebruik gemaakt van patroonherkenning. Voorspelde patronen (geformuleerd in de proposities) worden geïdentificeerd naast onvoorspelde patronen. Er wordt daarbij gezocht naar overeenkomsten in cases. Ook voor het zoeken naar ontkrachtende verklaringen wordt de techniek van patroon herkenning worden ingezet.

De afgenomen interviews worden met een opname recorder opgenomen en na afloop op hoofdlijnen uitgeschreven. De onderzoeker checkt vervolgens aan de hand van de door hem geschreven uitwerking van het interview bij de geïnterviewde of dat wat is beschreven klopt met wat de respondent bedoelde (*member check*).

Vervolgens worden de uitschreven interviews met behulp van patroonherkenning gecodeerd aan de hand van de eerder geformuleerde topics. Deze topics zijn opgesteld aan de hand van de uitkomsten van de evaluatie, de proposities en vanuit de eerder verzamelde theorie. Waar nodig worden in het proces van analyse nieuwe kernbegrippen geformuleerd en worden de uitkomsten (mede) aan de hand hiervan geordend. 't Hart e.a. (2005) noemen daarbij het principe van constante vergelijking waarbij de onderzoeker de onderzoeksgegevens permanent met elkaar vergelijkt. Nieuwe data wordt vergeleken met data die al waren verzameld. Op deze manier kunnen patronen worden herkend in het voorkomen van de categorieën en de relaties tussen de categorieën. Alle resultaten werden vervolgens ondergebracht in een analysematrix (zie bijlage 5). De uitkomsten worden in verband gebracht met de eerder gevonden theorie. Er wordt daarnaast binnen de theorie naar een alternatieve verklaring(en) gezocht.

De geselecteerde documenten worden geanalyseerd waarbij er specifiek wordt gezocht naar overeenkomsten tussen de aanbevelingen van de IGZ aan het betreffende netwerk dementie en volgens

de respondenten benutte aanbevelingen. De overeenkomsten worden geteld en meegenomen in de resultaten.

De stappen in de data analyse worden voorgelegd aan de studiebegeleider (*peer review*) en er wordt feedback op het analyse proces gevraagd. De uiteindelijke uitkomsten van de studie worden vastgelegd in een verslag (de scriptie) welke met de studiebegeleider wordt besproken en wordt beoordeeld.

3.5 Methodologische verantwoording

De onderzoeker maakt gebruik van meerdere technieken om de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek te vergroten. Volgens Yin (2009, p.24) zijn binnen het *case study design* vier aspecten van belang die de kwaliteit van de studie bepalen: (a) *construct validity*, (b) *internal validity*, (c) *external validity*, (d) *reliability*.

(a) *Construct validity* (betekenis validiteit) staat volgens Yin voor het identificeren van de correcte operationele omschrijving voor het concept dat bestudeerd wordt. *Construct validity* kan onder andere vergroot worden door: (1) datatriangulatie (2) *establish a chain of evidence*, (3) *have key informants draft study reports (=member check)*.

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van datatriangulatie door het combineren van interviews en beleidsdocumenten. Daarnaast wordt er in dit onderzoek *membercheck* toegepast door het door de onderzoeker uitgewerkte interview verslag de laten toetsen op juistheid door de respondenten.

(b) *Internal validity* (interne validiteit) staat volgens Yin voor het zoeken en bevestigen van causale verbanden waarbij wordt veronderstelt dat de ene conditie leidt naar een andere conditie. De interne validiteit kan volgens Yin bevordert worden door *pattern matching*, *explanation building*, formuleren van ontkrachtende verklaringen en het gebruik logische modellen. Volgens van Zwieten (2007) geeft de interne validiteit antwoord op de vraag of er inderdaad is onderzocht wat men meent te onderzoeken. Binnen kwalitatief onderzoek wordt hierbij de nadruk gelegd op het monitoren van de eigen onderzoeksrol. Deze kan bijvoorbeeld beïnvloed worden door de eigen identificatie met het studieobject. Vanuit betrokkenheid vanuit de onderzoekssetting kan er reactiviteit optreden. De te bestuderen proefpersonen reageren niet meer zoals ze normaal zouden doen. *Member check*, zoeken naar tegenvoorbeelden en reflexiviteit (monitoren van de eigen onderzoeksrol) zijn hiervoor beschikbare methodes.

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van patroon herkenning en het formuleren van ontkrachtende verklaringen. Deze technieken worden gebruikt na de data analyse en komen tot uiting in het onderdeel discussie. Er heeft daarnaast *member check* plaats gevonden en er is een analyse gedaan van de eigen reflexiviteit onder andere door het bijhouden van een onderzoekslogboek.

(c) *External validity* (externe validiteit) staat voor de mate waarin de uitkomsten van de studie generaliseerbaar zijn naar een vergelijkbare setting. Volgens Yin kan de externe validiteit door het verklaren vanuit theorie of het gebruik van een "replication logic" in multiple casestudies vergroot worden. Van Zwieten (2007) geeft aan dat ook de selectie van onderzoekseenheden hier een rol in speelt.

In het onderzoek worden vier netwerken dementie onderzocht uit een *target population* van 12 netwerken waarmee er gebruik wordt gemaakt van *replication logic*. Daarnaast maakt de onderzoeker gebruik van *analytical generalization*. De onderzoeker beargumenteerd daarbij de generaliseerbaarheid van de gevonden uitkomsten met behulp van de theorie.

(d) *Reliability* (betrouwbaarheid) staat volgens Yin voor de vraag hoe de studie zo te ontwerpen dat hij toetsbaar en reproduceerbaar is. Het gebruik een studie protocol en het gebruik een studie database kunnen hierbij helpen. Van Zwieten (2007) noemt als hulpmiddelen in deze documentatie de *audit trail* en in de rapportage *thick discription*.

Yin (p.79) benoemt dat een onderzoeksprotocol vooral van belang is bij een *multiple case study*. Het onderzoeksprotocol het bevat procedures en opgestelde regels voor de studie.

In dit onderzoek wordt een onderzoeksprotocol opgesteld welke de leidraad was voor het onderzoek. In het protocol staan de stappen in de dataverzameling op een gestructureerde wijze uitgeschreven. Daarnaast wordt tijdens het data verzamelen en het analyseren van de data een logboek bij gehouden waarin belangrijke keuzes worden beschreven en beargumenteerd.

3.6 Ethische aspecten

Yin (p.74) wijst op het belang van het beschermen van respondenten. De onderzoeker vraagt de respondenten die worden geïnterviewd vooraf om toestemming (*informed consent*) om het interview op te nemen met een opnameapparaat. De onderzoeker schrijft vervolgens het interview op hoofdlijnen uit en checkt bij de geïnterviewde of het interviewverslag overeen komt met wat de geïnterviewde bedoeld heeft. Vervolgens vraagt de onderzoeker om toestemming om de verkregen data te mogen gebruiken in de rapportage van het onderzoek (bescherming van privacy en vertrouwelijkheid). Indien door de geïnterviewde gewenst kan de verkregen data anoniem worden benoemd in het onderzoeksverslag. De geluidsbestanden en de uitgeschreven interviews zijn op een USB stick verzameld en samen met de scriptie ingeleverd bij de OU waarna deze maximaal vijf jaar worden bewaard.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk wordt eerst uitgelegd hoe er aan de kwaliteit van gegevensverzameling is gewerkt en wordt er een verantwoording van de gegevensanalyse gegeven. Hierna worden de belangrijkste resultaten per netwerk gepresenteerd. Er wordt afgesloten met reflectie op de mogelijke beperkingen van de resultaten.

4.1 Kwaliteit van de gegevensverzameling

In de selectie van cases is in eerste instantie een overzicht gemaakt van de gevisiteerde netwerken (bijlage 1. Gevisiteerde netwerken IGZ). Van deze 12 netwerken dementie waren (voor zover te achterhalen door de onderzoeker) nog 10 netwerken dementie actief. Er zijn hiervan zeven netwerken dementie aangeschreven. Vijf netwerken dementie gaven hierop een reactie. Vier van deze netwerken dementie waren bereid te participeren. Het vijfde netwerk was inmiddels zo in opzet en aansturing veranderd dat de onderzoeker eerst heeft ingezet op participatie van de vier andere netwerken. De participerende netwerken dementie waren: (1) netwerk dementie Drenthe, (2) netwerk dementie Noord-Holland Noord, (3) netwerk dementie Noord-Limburg (Hulp bij dementie regio Noord-Limburg), (4) netwerk dementie plus Noordwest Veluwe.

In twee netwerken dementie (Drenthe en Noord-Limburg) werd er met de coördinator en de ketenregisseur afspraken gemaakt over de planning van de interviews. Zij selecteerde de casemanagers die meededen aan de interviews en plande een dag dat interviews achter elkaar konden plaats vinden. Ook hielpen zij bij de selectie van relevante documenten. In de twee andere netwerken maakte de onderzoeker apart afspraken met de respondenten na advies van de huidige coördinator of ketenregisseur. De onderzoeker kreeg ook hier advies over het selecteren van documenten.

Alle respondenten kregen uitleg over de procedure van het interview. Zij stemden allen in met het maken van geluidsopnamen en schriftelijke uitwerking van het interview en keken na afloop de uitgeschreven interview tekst na. Een aantal respondenten maakte gebruik van de mogelijkheid om de tekst aan te passen. Alle respondenten gaven toestemming om deze (aangepaste) interviews te gebruiken voor de gegevensanalyse en stemde in om met de eigen naam in de scriptie genoemd te worden.

4.2 Verantwoording gegevensanalyse

De uitgeschreven interviews zijn aan de hand van de eerder geformuleerde proposities en bijbehorende deelvragen geanalyseerd. De analyse vond plaats door middel van het aandachtig doornemen van de uitgeschreven interviews en de als relevante beschouwde interview passages onder te brengen in een analysematrix (zie bijlage 5). Hierin worden per respondent en per interview aan de hand van de proposities en bijbehorende sub-items de voor de onderzoeksvragen relevante items gerubriceerd. Hierna zijn de resultaten uitgeschreven per netwerk dementie en wordt er afgesloten met een tabel waarin de belangrijkste resultaten nog eens schematisch worden weergegeven.

De geselecteerde documenten zijn door de onderzoeker in zijn geheel aandachtig doorgelezen. Hierna is per document gezocht naar items die als aanbeveling door de IGZ in het individuele rapport van de IGZ over het netwerk dementie zijn genoemd. De items die overeen kwamen zijn vervolgens gelegd naast de uitspraken van de respondenten over het benutten van specifieke aanbevelingen. De resultaten zijn ondergebracht in bijlage 2 (samenvatting uitkomsten per netwerk dementie).

4.3 Belangrijkste resultaten netwerk dementie Drenthe

Het netwerk dementie Drenthe bestaat sinds 2008. Casemanagers dementie zijn niet in dienst bij het netwerk maar bij hun eigen zorgorganisaties welke participeren in dit netwerk dementie. Het netwerk heeft geen ketenregisseur maar een coördinator. De rol en taken van de coördinator lijken echter veel op die van een ketenregisseur in andere netwerken dementie.

Voor dit onderzoek zijn de coördinator (R1.1) en drie casemanagers dementie geïnterviewd (R1.2). De casemanagers dementie zijn op hun verzoek gezamenlijk geïnterviewd. Er heeft daarnaast een documentanalyse plaats gevonden van een drietal relevante documenten.

De IGZ doet 22 aanbevelingen aan het netwerk dementie Drenthe (IGZ b, 2013). Aan 13 aanbevelingen is volgens de respondenten actief gewerkt. Over vijf van de 22 aanbevelingen van de IGZ wordt binnen de formele standaardisatie beschreven hoe er aan deze aanbeveling wordt gewerkt (bijlage 2. Samenvatting uitkomsten per netwerk dementie).

Propositie 1: Evaluatie gebruikers die weinig tegenstrijdigheid ervaren in de belangen van stakeholders zullen de evaluatie eerder als responsief ervaren dan evaluatie gebruikers die veel tegenstrijdigheid ervaren in de belangen van stakeholders. Alle respondenten beoordelen de responsiviteit van de evaluatie van de IGZ met een acht. De coördinator vond dat er door de IGZ op een goede wijze evaluatieonderzoek werd gedaan. Ook vond ze dat de IGZ duidelijk kennis van zaken had. De casemanagers vonden de uitkomsten van belang voor het werken in de praktijk.

Zowel de coördinator als de casemanagers beamen dat er onder stakeholders conflicterende belangen zijn. Aan de andere kant is het gezamenlijke doel en het belang om samen te werken nog steeds groter dan het verschil in belangen in deze regio. De coördinator geeft aan dat ze belangen met regelmaat bespreekbaar probeert te maken waarbij ze bestuurders uit laat spreken dat ze ondanks het concurrentiemodel waarin ze zitten het belang van de cliënt echt voorop zetten en elkaar niet kapot concurreren.

De coördinator voelt het als haar rol om de verschillende belangen van bestuurders van het netwerk op tafel te krijgen en zoekt naar gemeenschappelijke delers en consensus. Het is volgens de coördinator bevorderend als de onderwerpen voor verbetering een zekere "fun" factor hebben. Financiering van het netwerk wordt door de coördinator als een belangrijke belemmerende factor gezien. Gebrek aan financiële middelen staat niet alleen de continuïteit van het netwerk op de lange termijn in de weg maar financiële middelen zijn ook nodig om (verbeter)projecten te financieren.

Deze propositie is voor dit netwerk dementie daarmee (enigszins) bevestigd. Ondanks dat er soms conflicterende belangen zijn heeft de wil om samen te werken de overhand en is er een hoge score voor responsiviteit.

Propositie 2: Evaluatie gebruikers die veel druk vanuit de organisatie ervaren om te veranderen zullen de evaluatie eerder als responsief ervaren dan evaluatie gebruikers die weinig druk uit de organisatie ervaren om te veranderen. De coördinator ervaart vanuit bestuurders dat er is gekozen voor kwaliteitsverbetering. De uitwerking en het initiatief daarvoor liggen echter bij de coördinator. De casemanagers ervaren niet zozeer druk vanuit bestuurders om te veranderen. Zij ervaren het initiatief daartoe vooral bij zichzelf op de werkvloer en vanuit de coördinator.

Deze propositie is voor dit netwerk dementie daarmee (enigszins) bevestigd. Vooral de coördinator ervaart steun bij bestuurders om te veranderen en er is een hoge score voor responsiviteit.

Propositie 3: De persoonlijke kenmerken van de evaluatiegebruiker zijn van invloed op de ervaren responsiviteit van de evaluatie resultaten. De coördinator heeft een academische vooropleiding. Ze is bekend met onderzoek en participeert zelf in (evaluatie) onderzoek. Ze deelt uitkomsten van onderzoek met de casemanagers dementie van het netwerk. De coördinator heeft de visitatie van het netwerk door

de IGZ georganiseerd en is zelf geïnterviewd. De casemanagers dementie zijn niet academisch opgeleid maar hebben allen een opleiding op HBO niveau of vergelijkbaar plus een opleiding casemanager dementie. Ze ontvangen resultaten van (evaluatie) onderzoek veelal via de coördinator. Eén van de casemanagers is tijdens de visitatie geïnterviewd door de IGZ.

Deze propositie is voor dit netwerk dementie (enigszins) bevestigd. De opleiding en ervaring van de coördinator plus haar participatie in de evaluatie zelf lijken van invloed te zijn op de ervaren responsiviteit.

Propositie 4: Een evaluatie die als hoog responsief wordt ervaren leidt makkelijker tot (aanpassing van) standaardisering dan een evaluatie die nauwelijks als responsief wordt ervaren. Ondanks dat de casemanagers in dienst zijn bij hun eigen zorgorganisatie (het netwerk is een samenwerkingsverband) ontvangen zij leiding en sturing van de coördinator en wordt zij in deze rol erkend. De coördinator heeft daarbij de mogelijkheden om standaardisering rondom het casemanagement te initiëren en later ook te implementeren.

Er vindt in het netwerk dementie Drenthe standaardisatie plaats. De werkwijze van casemanagers wordt bijvoorbeeld volgens de coördinator en casemanagers besproken en uitgewerkt in het zorgbegeleiders overleg. Hier kan verandering in werkwijze worden vastgelegd en verder worden gebracht naar andere overleggen. Hierna wordt de verandering uiteindelijk geaccordeerd. Een voorbeeld van verandering is volgens de coördinator de uitwerking van methodisch werken samen met de Hogeschool Windesheim wat vorm kreeg in een "blauw" boekje".

Kwaliteitsverbetering wordt bijvoorbeeld door de coördinator gepland met behulp van een jaarlijks jaarplan. Er is in 2015 ook een uitgebreide toekomstvisie geschreven wat gezien kan worden als een meerjarenbeleidsplan. Dit jaar is het onderdeel casemanagement uit de Zorgstandaard dementie voor de regio vertaald in het zorgbegeleidersoverleg. Er wordt op dit moment besluitvorming gedaan over dit voorstel.

Deze propositie is voor dit netwerk dementie daarmee (enigszins) bevestigd. De evaluatie werd als responsief ervaren en heeft geleid tot standaardisatie.

Propositie 5: Een formele vorm van standaardisering leidt sneller tot aanpassing van de gezamenlijke uitgevoerde praktijk dan geen of geringe (informele) standaardisering. De standaardisatie vindt binnen dit netwerk op verschillende niveaus plaats en is daarbij zowel meer als minder formeel. Formele standaardisatie vraagt volgens de coördinator bijvoorbeeld om instemming van de stuurgroep. Voorbeelden van formele standaardisatie zijn het jaarplan en de regionale vertaling van het onderwerp casemanagement dementie uit de Zorgstandaard. Er zijn drie documenten die behoren tot de formele standaardisatie voor dit onderzoek bestudeerd.

Er zijn 13 aanbevelingen waar aan gewerkt is welke terug komen in bijvoorbeeld de jaarplanning en vertaling van het onderwerp casemanagement in de regionale Zorgstandaard dementie. Deze laatste moet volgens de coördinator nog bekrachtigd worden door het bestuur van het netwerk en is nog niet beschikbaar voor dit onderzoek. Sommige onderwerpen (aanbevelingen) veranderen vanzelf door verandering in bijvoorbeeld financiering en uitvoering van zorg. De doorzettingmacht van de casemanager is bijvoorbeeld sterk verbeterd door de stelselwijziging waardoor wijkverpleegkundigen zelf moesten gaan indiceren. Casemanagers dementie hebben in Drenthe veelal een dubbelrol met de functie wijkverpleegkundige.

Er is geen uitspraak te doen in hoeverre formele standaardisatie leidt tot een snellere aanpassing van de gezamenlijke uitgevoerde praktijk. Dit is volgens respondenten afhankelijk van de het onderwerp en de complexiteit en betrokkenen bij de implementatie. De propositie is daarmee voor dit netwerk dementie daarmee noch bevestigd noch verworpen.

Propositie 6: De fase waarin de netwerkorganisatie zich bevindt is van invloed op de manier waarop de aanpassing van de standaardisering wordt geïmplementeerd binnen de gezamenlijke uitgevoerde

praktijk. Het netwerk dementie Drenthe wordt door de respondenten getypeerd volgens de indeling van Van Mierlo als een netwerkmodel.

De IGZ deelde dit netwerk in, in fase twee (experimenteel) in de indeling van Minkman (IGZ, 2013 b). De coördinator is van mening dat ze inmiddels zijn opgeschoven naar fase drie. De geïnterviewden zijn ook van mening dat het netwerk nu in fase drie ingedeeld kan worden.

De casemanagers dementie geven aan dat het soms lang duurt voordat nieuwe werkwijzen zijn geïmplementeerd. Dit heeft er mede te maken met het feit dat er naast het gewone werk niet altijd veel tijd beschikbaar is om aan de implementatie te besteden. Implementatie van bijvoorbeeld multidisciplinaire dementieteams gaat in de ene regio makkelijk en kent in de andere regio meer moeite. Dat wordt volgens de casemanagers vooral bepaald door de verschillende organisaties die erbij zijn betrokken. Ook is de implementatie afhankelijk van personen.

De benutte aanbevelingen zijn verschillend in de tijd aangepakt en implementatie kende verschillende snelheden. Er is volgens de coördinator met veel van deze aanbevelingen in de loop van de tijd wat gedaan maar het daadwerkelijk benutten van deze aanbevelingen is volgens de coördinator geen lineair proces geweest. De IGZ evaluatie heeft op een aantal onderwerpen weer even de aandacht gevestigd. Doordat de inspectie het zegt wordt er extra waarde aan gehecht.

Deze propositie is voor dit netwerk dementie daarmee (enigszins) bevestigd. Alle respondenten schatten in dat het netwerk zich inmiddels in fase drie bevindt. Daarnaast heeft benutting van aanbevelingen plaats gevonden.

4.4 Belangrijkste resultaten netwerk dementie Noord-Holland Noord

In de regio Noord-Holland Noord verleent Geriant sinds 2000 casemanagement dementie. Geriant is voortgekomen uit de afdeling ouderen van de GGZ Noord-Holland Noord en verpleeghuizen in die regio en transformeerde in 2004 tot een zelfstandige organisatie. Sinds 2008 is er in deze regio een formeel samenwerkingsverband ontstaan met andere (zorg)organisaties welke het netwerk dementie Noord-Holland Noord vormen. In dit netwerk wordt door middel van projecten gewerkt aan kwaliteitsverbetering. Casemanagement bij dementie wordt echter (nog steeds) door Geriant als zelfstandig organisatie aangeboden en de constructie onderscheidt zich daarmee van veel andere regio's in Nederland. In het netwerk is er geen formele ketenregisseur maar wel een (project)coördinator. De coördinator geeft vooral uitvoering aan projecten en coördineert deze.

Voor dit onderzoek is er voor gekozen om interviews te houden met de oude coördinator (R2.1) en de nieuwe coördinator (R2.3). Door de constructie rondom Geriant als aanbieder van casemanagement beoordeelde de onderzoeker het minder zinvol om een casemanager te interviewen en nam daarom het interview af bij de bestuurder van Geriant (R2.2). Zowel de oude coördinator als de bestuurder zijn in 2012 geïnterviewd door de IGZ. Er heeft document analyse van één relevant document plaats gevonden. Er waren geen andere formele documenten van standaardisatie de afgelopen drie jaar ontwikkeld.

De IGZ doet acht aanbevelingen aan het netwerk dementie Noord Holland-Noord (IGZ c, 2013). Aan geen van de aanbevelingen is volgens de respondenten actief gewerkt. Vijf van de acht aanbevelingen worden in de regionale Zorgstandaard dementie van dit netwerk beschreven als potentiële verbeterpunten (bijlage 2. Samenvatting uitkomsten per netwerk dementie). De oude coördinator geeft aan dat één van de aanbevelingen mogelijk heeft geleid tot een nieuw project van gezamenlijke zorgteams.

Propositie 1: Evaluatie gebruikers die weinig tegenstrijdigheid ervaren in de belangen van stakeholders zullen de evaluatie eerder als responsief ervaren dan evaluatie gebruikers die veel tegenstrijdigheid ervaren in de belangen van stakeholders. De huidige coördinator geeft een één voor responsiviteit. De oude coördinator een drie en de bestuurder een zes voor het netwerk maar een twee voor Geriant. De

belangrijkste redenen voor de laag gewaardeerde responsiviteit zijn: (1) de beperkte evaluatiebehoefte op dat moment van het netwerk, (2) het feit dat de evaluatie opgelegd was, (3) de organisatiestructuur van het netwerk die anders is dan bij andere netwerken waardoor veel van de vragen niet op het netwerk van toepassing waren maar op Geriant. De uitkomsten werden daarom als minder relevant ervaren waardoor er geringe responsiviteit werd ervaren.

Alle drie de respondenten ervaren conflicterende belangen bij stakeholders. Ze vinden dit eigenlijk ook wel vanzelfsprekend. Oorzaken die daarvoor worden genoemd zijn onder andere concurrentie en marktwerking.

Het netwerk dementie Noord-Holland Noord werkt aan kwaliteitsverbetering door middel van projecten. De bestuurder geeft aan dat werken aan kwaliteit in dit netwerk vooral in de context plaats vindt. De context was de afgelopen jaren een belemmering om nieuwe projecten van de grond te krijgen. De spelregels liggen in het netwerk losser en de hindermacht kan in het netwerk groot zijn. Stimulerende factoren voor kwaliteitsverbetering zijn bijvoorbeeld de persoonlijke relaties tussen zorgbestuurders. Ook is het van belang dat er concrete resultaten uit de projecten voort komen. Dit stimuleert medewerkers van deelnemende organisaties om er mee aan de slag te gaan. Organisatiebelangen, concurrentie en veranderingen (vermindering) van financiering zijn belangrijke belemmerende beperkingen.

Deze propositie is voor dit netwerk dementie daarmee (enigszins) bevestigd. De respondenten ervaren conflicterende belangen van stakeholders en daarnaast een geringe responsiviteit van de evaluatie.

Propositie 2: Evaluatie gebruikers die veel druk vanuit de organisatie ervaren om te veranderen zullen de evaluatie eerder als responsief ervaren dan evaluatie gebruikers die weinig druk uit de organisatie ervaren om te veranderen. Alle drie de respondenten geven aan dat er binnen dit netwerk nauwelijks druk is van bestuurders om te werken aan kwaliteitsverbetering. Bestuurders zijn (nog) wel bereid om na te denken over thema's om aan te werken maar als echt gefaciliteerd moet gaan worden met inzet van menskracht en financiën dan nemen bestuurders nauwelijks initiatief en zijn afwachtend.

Deze propositie is voor dit netwerk dementie daarmee (enigszins) bevestigd. Er wordt door respondenten geen druk ervaren van uit de organisatie om te veranderen en er is een lage score op responsiviteit.

Propositie 3: De persoonlijke kenmerken van de evaluatiegebruiker zijn van invloed op de ervaren responsiviteit van de evaluatie resultaten. De nieuwe coördinator is niet academisch opgeleid. Zij participeert zelf wel in evaluatieonderzoek. De bestuurders is academisch opgeleid. Hij is gewend om (evaluatie)onderzoek in zijn werk te betrekken. Hij heeft meegedacht in de ontwikkeling van het normenkader en is in 2012 door de IGZ geïnterviewd. De oude coördinator is academisch opgeleid. Zij is bekend met (evaluatie) onderzoek en heeft ook zelf veel onderzoek gedaan. Zij heeft de visitatie van het IGZ in 2012 in het netwerk georganiseerd en is ook zelf geïnterviewd.

Deze propositie is voor dit netwerk dementie noch te bevestigen noch te verwerpen. Wel lijkt het hebben geparticipeerd in de evaluatie van de respondenten en de vooropleiding van invloed op de ervaren responsiviteit van de evaluatie.

Propositie 4: Een evaluatie die als hoog responsief wordt ervaren leidt makkelijker tot (aanpassing van) standaardisering dan een evaluatie die nauwelijks als responsief wordt ervaren. Het casemanagement bij dementie wordt in de regio Noord-Holland Noord door de organisatie Geriant uitgevoerd. Casemanagement bij dementie is daarmee geen netwerk activiteit. De coördinator heeft daarom ook geen rol in standaardisering (in aspecten) van het casemanagement.

Het netwerk dementie heeft volgens de drie respondenten een regionale vertaling gemaakt van de Zorgstandaard dementie. Er heeft echter geen implementatie plaats gevonden van het document. Daarnaast heeft er geen andere vorm van formele standaardisatie plaats gevonden.

Deze propositie is voor dit netwerk dementie daarmee (enigszins) bevestigd. De evaluatie werd nauwelijks responsief ervaren en er heeft daarop nauwelijks standaardisatie plaats gevonden.

Propositie 5: Een formele vorm van standaardisering leidt sneller tot aanpassing van de gezamenlijke uitgevoerde praktijk dan geen of geringe (informele) standaardisering. De regionale Zorgstandaard was een vorm van formele standaardisatie wat door de gezamenlijke bestuurders is bekrachtigd. Er is daarmee één document dat behoort tot de formele standaardisatie voor dit onderzoek bestudeerd.

Er zijn een vijftal aanbevelingen genoemd als verbeterpunten in de regionale zorgstandaard dementie.

Omdat er geen benutting van aanbevelingen en een zeer beperkte standaardisatie heeft plaats gevonden kan weinig gezegd worden over de snelheid van aanpassing van de gezamenlijke uitgevoerde praktijk. Deze propositie is daarom voor dit netwerk dementie noch te bevestigen noch te verwerpen.

Propositie 6: De fase waarin de netwerkorganisatie zich bevindt is van invloed op de manier waarop de aanpassing van de standaardisering wordt geïmplementeerd binnen de gezamenlijke uitgevoerde praktijk. De IGZ deelde het netwerk Noord-Holland Noord in, in fase drie van het model van Minkman maar gaf daarbij aan dat Geriant in fase vier was in te delen (IGZ c, 2013). De bestuurder vindt dat het netwerk nu is terug gegaan naar fase twee en vindt dat Geriant in fase vier is in te delen. De nieuwe coördinator deelt het netwerk in tussen fase twee á drie, de oude coördinator in fase twee á drie en Geriant in fase drie.

Geriant is volgens alle drie de respondenten een voorbeeld van een geïntegreerd netwerk dementie.

Het netwerk heeft in het verleden gewerkt aan projecten. Volgens de bestuurder werden deze niet altijd makkelijk geïmplementeerd door de verschillende belangen. De oude coördinator benadrukt dat als er echt tijd en middelen vrij gemaakt moest worden implementatie van projecten vaak niet goed tot stand komt.

Deze propositie is voor dit netwerk dementie noch te bevestigen noch te verwerpen. Er heeft na de evaluatie nauwelijks standaardisatie plaats gevonden en de mening over de fase van het netwerk is verdeeld.

4.5 Belangrijkste resultaten netwerk dementie Noord-Limburg

De dementieketen Hulp bij dementie, regio Noord-Limburg is in 2008 ontstaan uit een eerdere samenwerking tussen zorgpartijen op het gebied van CVA-ketenzorg en palliatieve ketenzorg. Het netwerk wordt bestuurd door een stuurgroep en wordt geleid door een ketenregisseur. De casemanagers dementie worden hier trajectbegeleiders genoemd en zijn formeel in dienst bij hun moeder organisatie maar zijn gedetacheerd in een gezamenlijk team welke wordt aangestuurd door de ketenregisseur.

Voor dit onderzoek is in deze dementieketen gekozen om een interview te houden met de ketenregisseur (R3.1) en een gezamenlijk interview met twee trajectbegeleiders (R3.2). De ketenregisseur en één van de trajectbegeleiders zijn in 2012 ook geïnterviewd door de IGZ. Er heeft documentanalyse van een drietal relevante documenten plaats gevonden.

De IGZ doet zeven aanbevelingen aan het netwerk dementie Noord-Limburg (IGZ, 2013 d). Aan zes van de aanbevelingen is volgens de respondenten actief gewerkt. Over drie van de zeven aanbevelingen wordt in de formele standaardisatie beschreven hoe aan de aanbeveling wordt gewerkt (bijlage 2. Samenvatting uitkomsten per netwerk dementie).

Propositie 1: Evaluatie gebruikers die weinig tegenstrijdigheid ervaren in de belangen van stakeholders zullen de evaluatie eerder als responsief ervaren dan evaluatie gebruikers die veel tegenstrijdigheid ervaren in de belangen van stakeholders. De ketenregisseur geeft een zeven á acht voor responsiviteit

van de IGZ evaluatie. De trajectbegeleiders geven hetzelfde cijfer. Er was volgens de ketenregisseur na een aantal jaren van opbouw duidelijk een evaluatie behoefte. De score van de evaluatie was daarna ook goed en dat motiveerde om met de onderwerpen aan de slag te gaan. De trajectbegeleiders vonden dat de rapportage van de evaluatie hun houvast gaf in de pioniersfase.

Zowel ketenregisseur als trajectbegeleiders ervaren wel eens conflicterende belangen tussen stakeholders. Ook geeft de ketenregisseur aan dat bestuurders buiten het formele overleg wel andere meningen ventileren dan binnen de stuurgroepvergadering. Verschillende belangen hoeft volgens de ketenregisseur overigens niet verkeerd te zijn en houdt ook scherp.

Veel van de onderwerpen voor kwaliteitsverbetering komen volgens de ketenregisseur direct voort uit het werk van trajectbegeleiders met mensen met dementie. Ze vindt dat ze zelf en haar medewerkers open moeten staan voor signalen uit de praktijk. Ze bezoekt bijvoorbeeld ook zelf wel eens cliënten in het kader van het uitvragen van cliënttevredenheid. Ook geeft ze aan dat het meten van bijvoorbeeld de inzet van tijd aanleiding kan zijn voor kwaliteitsverbetering. Bevorderend in kwaliteitsverbetering is volgens de ketenregisseur het vertrouwen van de stuurgroep. De trajectbegeleiders noemen de inzet van de ketenregisseur vooral als belangrijkste bevorderende factor. Belemmerend in het werken aan kwaliteitsverbetering is volgens de ketenregisseur bijvoorbeeld de beperkte tijd die hiervoor beschikbaar is. Ook het gebrek aan financiële middelen en de verandering aan wet en regelgeving kan belemmeren.

Deze propositie is voor dit netwerk dementie noch te bevestigen noch te verwerpen. Er worden conflicterende belangen ervaren tussen stakeholders maar er is ook nog steeds een gezamenlijk doel voor de samenwerking. De evaluatie werd in dit netwerk als hoog responsief ervaren.

Propositie 2: Evaluatie gebruikers die veel druk vanuit de organisatie ervaren om te veranderen zullen de evaluatie eerder als responsief ervaren dan evaluatie gebruikers die weinig druk uit de organisatie ervaren om te veranderen. De ketenregisseur ervaart weinig druk vanuit bestuurders om te werken aan kwaliteitsverbetering. De trajectbegeleiders kunnen dat niet goed beoordelen omdat de ketenregisseur het contact heeft met de bestuurders. Zij ervaren de ketenregisseur als een stimulerende factor om te werken aan kwaliteitsverbetering.

Deze propositie is voor dit netwerk dementie noch te bevestigen noch te verwerpen. Ondanks geringe druk vanuit de organisatie om te veranderen werd er een hoge responsiviteit ervaren.

Propositie 3: De persoonlijke kenmerken van de evaluatiegebruiker zijn van invloed op de ervaren responsiviteit van de evaluatie resultaten. De ketenregisseur heeft een academische opleiding en is bekend met het doen en verspreiden van wetenschappelijk(evaluatie) onderzoek. Zij heeft plezier in haar baan. De ketenregisseur is in 2012 door de IGZ geïnterviewd en heeft ook de visitatie georganiseerd. Beide trajectbegeleiders zijn HBO opgeleid met een opleiding tot casemanager dementie. Zij hebben beperkt kennis van het integreren van wetenschappelijk(evaluatie) onderzoek in hun dagelijks werk. De ketenregisseur ondersteunt hen hierin. Beiden hebben plezier in hun werk. Eén van de trajectbegeleiders is in 2012 geïnterviewd door de IGZ.

Deze propositie kan voor dit netwerk dementie (enigszins) bevestigd worden. De vooropleiding en de kennis van de ketenregisseur over (evaluatie)onderzoek plus de participatie in de evaluatie leken een positieve invloed te hebben op de ervaren responsiviteit van de evaluatie.

Propositie 4: Een evaluatie die als hoog responsief wordt ervaren leidt makkelijker tot (aanpassing van) standaardisering dan een evaluatie die nauwelijks als responsief wordt ervaren. Trajectbegeleiders zijn vanuit hun eigen zorgorganisatie gedetacheerd bij het netwerk dementie Noord-Limburg en worden aangestuurd door de ketenregisseur. De ketenregisseur is daarmee in staat om standaardisering te initiëren en in een later fase ook te implementeren.

Werkafspraken zijn volgens de ketenregisseur voor trajectbegeleiders voor een aantal onderwerpen vastgelegd in een werkwijzer. Dit is een verzameling van documenten in een digitale omgeving. De

ketenregisseur ziet hier echter maar een beperkte waarde van in. De trajectbegeleiders geven voorbeelden van wat daar is vastgelegd. Er is daarnaast een regionale vertaling van de Zorgstandaard dementie en er wordt door de ketenregisseur jaarlijks een jaarplan gemaakt.

Deze propositie kan voor dit netwerk dementie (enigszins) bevestigd worden. Er heeft naar aanleiding van hoge ervaren responsiviteit standaardisatie plaats gevonden.

Propositie 5: Een formele vorm van standaardisering leidt sneller tot aanpassing van de gezamenlijke uitgevoerde praktijk dan geen of geringe (informele) standaardisering. Het jaarplan en de regionale vertaling van de Zorgstandaard dementie worden bekrachtigd door de stuurgroep en zijn daarmee formele vorm van standaardisatie. De werkwijzer is een informele wijze van standaardisatie. Er zijn drie documenten die behoren tot de formele standaardisatie voor dit onderzoek bestudeerd.

Over drie van de zeven aanbevelingen wordt binnen de formele standaardisatie geschreven.

Volgens de ketenregisseur is de snelheid van implementatie van kwaliteitsverbetering sterk afhankelijk van het onderwerp. Het is voor trajectbegeleiders lastig om naast normale werkzaamheden tijd en ruimte te vinden om aan implementatie te werken. Soms moet implementatie worden afgedwongen als de trajectbegeleider na veel aandringen haar werk in de praktijk niet aanpast. Deze propositie is daarom voor dit netwerk dementie noch te bevestigen noch te verwerpen.

Propositie 6: De fase waarin de netwerkorganisatie zich bevindt is van invloed op de manier waarop de aanpassing van de standaardisering wordt geïmplementeerd binnen de gezamenlijke uitgevoerde praktijk. Alle respondenten typeren dit netwerk als een voorbeeld van het geïntegreerde model.

De IGZ deelde dit netwerk in, in fase drie (uitbouwfase) van het model van Minkman (IGZ, 2013 d). De ketenregisseur ziet het netwerk in fase drie en voor sommige onderwerpen mogelijk zelfs in fase vier. De trajectbegeleiders delen het netwerk in, in fase drie.

De ketenregisseur geeft aan dat implementatie van nieuwe werkwijzen sterk afhankelijk is van het onderwerp en van de individuele kenmerken van de trajectbegeleiders. Soms moet de verandering worden afgedwongen omdat de trajectbegeleider zich niet laat verleiden.

Op de snelheid van de aanpassing in praktijk is vanwege de diversiteit van de onderwerpen en het niveau van implementatie geen eenduidig antwoord op te geven.

Deze propositie kan voor dit netwerk dementie (enigszins) worden bevestigd. Het netwerk wordt door de IGZ en respondenten tenminste in fase drie ingeschat. Standaardisatie is veelal geïmplementeerd.

4.6 Belangrijkste resultaten netwerk dementie Noordwest Veluwe

Het netwerk dementie Noordwest Veluwe is in 2009 ontwikkeld en in 2010 is de intentieverklaring door bestuurders ondertekend en kon het netwerk van start gaan. De casemanagers dementie zijn in dienst bij hun eigen zorgorganisatie. De ketenregisseur heeft een coördinerende taak maar stuurt deze casemanagers niet formeel aan.

Voor dit onderzoek zijn de oude ketenregisseur (R4.1) en de nieuwe ketenregisseur (R4.2) geïnterviewd. De oude ketenregisseur heeft in 2012 de visitatie georganiseerd en is door IGZ geïnterviewd. De nieuwe ketenregisseur was indertijd ketenregisseur in andere ketens en was daarom redelijk geïnformeerd over de visitatie van de IGZ. Door verloop onder casemanagers was er een belemmering om een casemanager te vinden die ook geïnterviewd wilde worden voor dit onderzoek. Doordat de keten ook geen van de adviezen van de IGZ heeft benut was de inschatting dat een derde interview met een casemanager nauwelijks nog aanvullende informatie zou geven. Daarom zijn enkel beide ketenregisseurs geïnterviewd. Er is onderzoek gedaan naar een tweetal relevante documenten.

De IGZ doet 26 aanbevelingen aan het netwerk dementie Noordwest Veluwe (IGZ, 2013 e). Aan geen van de aanbevelingen is volgens beide respondenten actief gewerkt. Over twee van de 26 aanbevelingen wordt binnen de formele standaardisatie beschreven hoe zij zijn aangepakt (bijlage 2. Samenvatting uitkomsten per netwerk dementie). Dit heeft plaats gevonden op initiatief van de zorgverzekeraar.

Propositie 1: Evaluatie gebruikers die weinig tegenstrijdigheid ervaren in de belangen van stakeholders zullen de evaluatie eerder als responsief ervaren dan evaluatie gebruikers die veel tegenstrijdigheid ervaren in de belangen van stakeholders. De oude ketenregisseur geeft voor de responsiviteit een acht. Hij geeft aan dat er op dat moment behoefte was aan een duidelijke “foto” op relevante items. Er werd ook ervaren dat in deze evaluatie werd gekeken waar het om ging. Over het normenkader en de voorgestelde oplossingen was de oude ketenregisseur minder positief. De IGZ had volgens hem het werk van de netwerken dementie te veel vereenvoudigd naar een systeem van “kruisjes zetten”. De nieuwe ketenregisseur vindt het lastig een cijfer te geven. Ze ervaart de evaluatie aan de ene kant als een “moeten” en aan de andere kant “moet je er aan voldoen dus is het ook nodig”. Ook de nieuwe ketenregisseur uit twijfels over het geformuleerde normenkader van de IGZ.

Beide respondenten zien wel dat er iets aan verschillende belangen zijn onder stakeholders maar vinden ook dat er zeker een wil is tot samenwerken en elkaar wat gunnen.

De oude ketenregisseur noemt dat onderwerpen voor kwaliteitsverbetering deels bij de casemanagers vandaan komen die in de praktijk bemerken dat er verbetering nodig is. Een andere vorm is het spiegelen aan landelijke richtlijnen zoals bijvoorbeeld de Zorgstandaard dementie. Een aantal van deze normen wordt opgelegd. De oude ketenregisseur geeft aan dat het netwerk soms andere keuzes maakte dan elders. Toch vond hij dat de eigen gemaakte keuzes (hoewel ze van de norm afweken) ook het doel behaalde. Als stimulerende factoren wordt door beide respondenten de inzet van de casemanagers genoemd. Ook het regionaal werken in de verschillende gemeentelijke kernen aan kwaliteitsverbetering helpt volgens de oude ketenregisseur. Een belemmerende factor was mogelijk volgens de oude ketenregisseur de organisatievorm waarbij iedere casemanager in dienst blijft bij de eigen zorgorganisatie waardoor een gezamenlijke werkwijze maar moeilijk is af te dwingen. Ook financiering van het netwerk werkte soms belemmerend noemen beide respondenten.

Deze propositie kan voor dit netwerk dementie (enigszins) bevestigd worden. Er zijn verschillende belangen onder stakeholders maar de wil om samen te werken is ook groot. Er was een hoge ervaren responsiviteit.

Propositie 2: Evaluatie gebruikers die veel druk vanuit de organisatie ervaren om te veranderen zullen de evaluatie eerder als responsief ervaren dan evaluatie gebruikers die weinig druk uit de organisatie ervaren om te veranderen. Beiden respondenten ervaren nauwelijks druk vanuit bestuurders om te werken aan kwaliteitsverbetering. Oorzaken hiervoor zijn onder andere het feit dat dementie maar een klein onderdeel is van de verantwoordelijkheden van bestuurders. De druk om te veranderen komt daarom voornamelijk bij de ketenregisseur zelf vandaan.

Deze propositie kan voor dit netwerk dementie noch bevestigd noch verworpen worden.

Propositie 3: De persoonlijke kenmerken van de evaluatiegebruiker zijn van invloed op de ervaren responsiviteit van de evaluatie resultaten. De nieuwe ketenregisseur is een vrouw van 51 en is academisch opgeleid. Zij is ketenregisseur van meerdere ketens en heeft plezier in deze functie. Zij is bekend met het doen van onderzoek. Zij was tijdens de evaluatie van de IGZ niet betrokken bij deze keten. Voor andere ketens heeft ze in het kader van het onderzoek van de IGZ vragenlijsten in moeten vullen. De oude ketenregisseur is een man van 54 die academisch is opgeleid. Hij had plezier in zijn werk als ketenregisseur. Hij is bekend met evaluatieonderzoek en heeft de evaluatie van de IGZ voor zijn keten georganiseerd en zelf is tijdens de evaluatie van de IGZ ook geïnterviewd. In zijn rol van ketenregisseur was hij gewend om (een deel van) uitkomsten van onderzoek door te geven aan de casemanagers.

Deze propositie kan voor dit netwerk dementie (enigszins) bevestigd worden. De vooropleiding en bekendheid met onderzoek van de oude ketenregisseur plus de participatie in de evaluatie waren van invloed op de responsiviteit.

Propositie 4: Een evaluatie die als hoog responsief wordt ervaren leidt makkelijker tot (aanpassing van) standaardisering dan een evaluatie die nauwelijks als responsief wordt ervaren. Casemanagers dementie zijn in dienst bij hun eigen zorgorganisatie en worden ook vanuit de eigen zorgorganisatie aangestuurd. De ketenregisseur geeft daardoor niet formeel leiding maar heeft meer een verbindende rol. De ketenregisseur kan daardoor maar op beperkte wijze standaardisering initiëren en implementeren.

De oude ketenregisseur geeft aan dat de organisatie van het netwerk minder geschikt was om werkwijzen vast te leggen via standaardisatie. Daarnaast vindt hij dat je in het persoonlijke en unieke contact met cliënten door casemanagers zich niet goed laat vastleggen. Wat wel gebeurde was dat casemanagers via overleggen (een vorm van intervisie) elkaar toetste op de gebruikte werkwijze. De nieuwe ketenregisseur geeft aan dat er inmiddels een vertaling is van de regionale Zorgstandaard dementie en dat er jaarplannen worden gemaakt.

Deze propositie kan voor dit netwerk dementie verworpen worden. Ondanks een hoge ervaren responsiviteit vond er geen standaardisatie plaats.

Propositie 5: Een formele vorm van standaardisering leidt sneller tot aanpassing van de gezamenlijke uitgevoerde praktijk dan geen of geringe (informele) standaardisering. Het jaarplan en de regionale vertaling van de zorgstandaard dementie zijn een vorm van formele standaardisatie binnen dit netwerk. Er zijn twee documenten die behoren tot de formele standaardisatie voor dit onderzoek bestudeerd.

In de formele standaardisatie worden twee onderwerpen beschreven die betrekking hebben op de aanbevelingen van de IGZ. Deze verbetering werd echter opgelegd door de ziektekostenverzekeraar.

Omdat er geen benutting van aanbevelingen heeft plaats gevonden valt er niets te zeggen over de snelheid van aanpassing van de gezamenlijke uitgevoerde praktijk bij formele standaardisatie. Deze propositie kan daarom voor dit netwerk dementie noch bevestigd noch verworpen worden.

Propositie 6: De fase waarin de netwerkorganisatie zich bevindt is van invloed op de manier waarop de aanpassing van de standaardisering wordt geïmplementeerd binnen de gezamenlijke uitgevoerde praktijk. Beide respondenten delen het netwerk in als netwerkorganisatie in de indeling van Van Mierlo.

De IGZ deelde dit netwerk in, in fase twee (experimenteel) in het model van Minkman (IGZ, 2013 e). De oude ketenregisseur schat in dat de keten in fase twee á drie zat tijdens de visitatie. De nieuwe ketenregisseur vindt dat de keten inmiddels is doorgeschoven naar fase vier.

De oude ketenregisseur geeft aan in de gekozen organisatievorm hij implementaties niet kon afdwingen maar dat hij casemanagers moest verleiden tot implementatie. Hij geeft aan dat hij hier voortdurend in moest balanceren.

Doordat er geen aanpassing is geweest van de gezamenlijke uitgevoerde praktijk is er voor dit netwerk dementie geen uitspraak te doen over de snelheid van aanpassing in de praktijk. Deze propositie kan daarom voor dit netwerk dementie noch bevestigd noch verworpen worden.

4.6 Resultaten van de vier cases gecombineerd

In de tabel op de volgende pagina zijn alle resultaten van de netwerken nog eens schematisch weergegeven. Opvallend is dat maar in twee van de vier netwerken dementie benutting van aanbevelingen heeft plaats gevonden.

	Netwerk 1 Drenthe	Netwerk 2 Noord-Holland Noord	Netwerk 3 Noord Limburg	Netwerk 4 Noordwest Veluwe
Aantal aanbevelingen gegeven door IGZ	22	8	7	26
Aantal benutte aanbevelingen door netwerk	13	0	6	0
P1 Score responsiviteit	(R1.1) 8, (R1.2) 8	(R2.1) 1, (R2.3) 6, (R2.3) 3	(R3.1) 7a8, (R3.2) 7a8	(R4.1) 8 (R4.2) geen
P1 Tegenstrijdigheid belangen stakeholders	Allen ervaren conflicterende belangen	Allen ervaren conflicterende belangen	Allen ervaren conflicterende belangen	Beiden ervaren beperkte conflicterende belangen
P1 bevestigd of verworpen?	Bevestigd	Noch bevestigd noch verworpen	Noch bevestigd noch verworpen	Bevestigd
P2 Ervaren druk vanuit de organisatie	R1 enige druk, R2,3,4 druk via de coördinator	R1, R2 en R3 ervaren nauwelijks druk vanuit de organisatie	R1 ervaart weinig druk, R2 en 3 geven aan dat alles via R1 loopt	R1 en R2 ervaren nauwelijks druk
P2 bevestigd of verworpen?	Bevestigd	Bevestigd	Noch bevestigd noch verworpen	Noch bevestigd noch verworpen
P3 Invloed persoonlijke kenmerken	R1 academisch opgeleid R,2,3,4, HBO opgeleid	R1 HBO opgeleid, R2 en R3 academisch opgeleid	R1 academisch opgeleid, R 2 en 3 HBO opgeleid	R1 en R2 academisch opgeleid
P3 bevestigd of verworpen?	Bevestigd	Noch bevestigd noch verworpen	Bevestigd	Bevestigd
P4 Invloed ervaren responsiviteit op standaardisatie	Standaardisatie is aanwezig zowel formeel als informeel	Formele standaardisatie beperkt aanwezig	Standaardisatie is aanwezig zowel formeel als informeel	Formele standaardisatie beperkt aanwezig
P4 bevestigd of verworpen?	Bevestigd	Bevestigd	Bevestigd	Verworpen
P5 Onderzochte beschikbare documenten formele standaardisatie	3	1	3	2
P5 Formele standaardisatie versus snelheid implementatie	Geen uitspraak over te doen. Is afhankelijke van onderwerp en complexiteit implementatie	Kon niet onderzocht worden doordat benutting van aanbevelingen niet plaats vond	Is sterk afhankelijk van het onderwerp. Implementatie moet soms worden afgedwongen.	Kon niet onderzocht worden doordat benutting van aanbevelingen niet plaats vond
P5 bevestigd of verworpen?	Noch bevestigd noch verworpen	Noch bevestigd noch verworpen	Noch bevestigd noch verworpen	Noch bevestigd noch verworpen
P6 Soort netwerk	Netwerkmodel	Geïntegreerd model	Geïntegreerd model	Netwerk model
P6 Getypeerde fase door IGZ volgens Minkman	fase 2	fase 3	fase 3	fase 2
P6 Ingeschatte fase netwerk volgens Minkman	R1, nu in fase 3, R2,3,4 nu in fase 3	R1 nu fase 2/3, R2 nu in fase 2, R3 nu in fase 2/3	R1 nu in fase 3 a 4, R2 en R3 in fase 3	R1 nu fase 4, R 2 toen fase 2a3
P6 Invloed van de fase ten opzichte van implementatie	Benutting van een aantal aanbevelingen heeft plaats gevonden na standaardisatie.	Netwerk is volgens respondenten terug gegaan naar fase 2. Er heeft geen standaardisatie en implementatie plaats gevonden.	Benutting van een aantal aanbevelingen heeft plaats gevonden na standaardisatie.	Ondanks fase heeft er geen standaardisatie en benutting plaats gevonden.
P6 bevestigd of verworpen?	Bevestigd	Noch bevestigd noch verworpen	Bevestigd	Noch bevestigd noch verworpen

Tabel 2. Schematisch overzicht van belangrijkste resultaten

Propositie 1 (Evaluatie gebruikers die weinig tegenstrijdigheid ervaren in de belangen van stakeholders zullen de evaluatie eerder als responsief ervaren dan evaluatie gebruikers die veel tegenstrijdigheid ervaren in de belangen van stakeholders) is in twee van de vier netwerken bevestigd en in twee andere netwerken noch bevestigd noch te verwerpen.

Propositie 2 (Evaluatie gebruikers die veel druk vanuit de organisatie ervaren om te veranderen zullen de evaluatie eerder als responsief ervaren dan evaluatie gebruikers die weinig druk uit de organisatie ervaren om te veranderen) is in twee van de vier netwerken bevestigd en in twee andere netwerken noch bevestigd noch te verwerpen..

Propositie 3 (De persoonlijke kenmerken van de evaluatiegebruiker zijn van invloed op de ervaren responsiviteit van de evaluatie resultaten) is in drie van de vier netwerken bevestigd en in één netwerk noch bevestigd noch te verwerpen.

Propositie 4 (Een evaluatie die als hoog responsief wordt ervaren leidt makkelijker tot (aanpassing van) standaardisering dan een evaluatie die nauwelijks als responsief wordt ervaren) is in drie van de vier netwerken bevestigd en in één netwerk verworpen.

Propositie 5 (Een formele vorm van standaardisering leidt sneller tot aanpassing van de gezamenlijke uitgevoerde praktijk dan geen of geringe (informele) standaardisering) is in vier netwerken noch bevestigd noch te verwerpen.

Propositie 6 (De fase waarin de netwerkorganisatie zich bevindt is van invloed op de manier waarop de aanpassing van de standaardisering wordt geïmplementeerd binnen de gezamenlijke uitgevoerde praktijk) is in twee van de vier netwerken bevestigd en in twee netwerken noch bevestigd noch te verwerpen.

4.7 Mogelijke beperkingen van de resultaten

De data zijn in een tijdperiode van een viertal weken verzameld. Hierna is de analyse fase gestart. De onderzoeker is bekend in het veld wat als voordeel had dat hij het werk van de netwerken dementie en het bijbehorende jargon goed kent. Een nadeel daarvan kan mogelijk zijn dat hij zelf mogelijk onbewust een subjectieve kijk heeft op het functioneren van netwerken dementie en zich in de interviews daar door heeft laten beïnvloeden.

Gedurende het afnemen van de interviews bleek dat in een tweetal netwerken geen benutting van aanbevelingen uit het IGZ rapport had plaats gevonden. Hierdoor was het nauwelijks mogelijk om relevante informatie te verzamelen over de proposities vier tot en met zes.

Tijdens de interviews bleek dat de ketenregisseur of coördinator een centrale rol heeft binnen het netwerk. In twee ketens had er een wisseling plaats gevonden van ketenregisseur en van coördinator. Er is er daarom voor gekozen om zowel de oude als nieuwe ketenregisseur en coördinator te interviewen.

Tijdens het verzamelen van informele standaardisatie bleek deze vorm van standaardisatie alleen in Drenthe en Noord-Limburg te bestaan. Deze vorm van standaardisatie was voor intern gebruik bedoeld en werd niet beschikbaar gesteld voor analyse. In het netwerk dementie is gewerkt aan een vertaling van de zorgstandaard dementie op het onderdeel casemanagement. Omdat het document nog niet is bekrachtigd voor het bestuur was het nog niet beschikbaar voor documentanalyse in dit onderzoek.

5. Conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden eerst de deelvragen uit dit onderzoek beantwoord en hierna de centrale vraagstelling. Hierna volgt er een discussie van de belangrijkste bevindingen en wordt ingegaan op de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek. Ter afsluiting wordt er een aantal aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

5.1 Beantwoording van de deelvragen en de centrale onderzoeksvraag

De deelvragen in dit onderzoek waren:

a: Was er tijdens en na de publicatie van de evaluatie uitkomsten sprake van een door de ketenregisseur en hulpverleners ervaren tegenstrijdigheid in de belangen van stakeholders en wat was hiervan de invloed op de ervaren responsiviteit van de evaluatie van de IGZ?

In twee van de netwerken (Drenthe en Limburg) was de ervaren responsiviteit een acht en zeven á acht. In beide netwerken heeft een gedeeltelijke benutting plaats gevonden van de aanbevelingen van de IGZ. In één netwerk dementie (Noordwest Veluwe) werd door de oude ketenregisseur een acht gegeven maar was er door hem twijfel over het gestelde normenkader. Er vond geen benutting plaats van de door de IGZ gedane aanbevelingen. In een laatste netwerk (Noord-Holland Noord) werd de responsiviteit gewaardeerd met een één, een zes en een drie en daarmee lager dan in de andere netwerken. Ook in netwerk Noord-Holland Noord heeft geen benutting van de aanbevelingen van de evaluatie plaats gevonden.

In alle vier de netwerken dementie werd er in meer of mindere mate een tegenstrijdigheid ervaren in de belangen van stakeholders. Vaker genoemde oorzaken daarvoor zijn de marktwerking in de zorg en het feit dat het belang van goede dementiezorg thuis is toegenomen. Netwerken dementie zijn tevens samengestelde organisaties die op basis van een gezamenlijk doel de zorg aan mensen met dementie thuis vorm geven. De samenwerking is veelal in een convenant vastgelegd maar drijft op de goede wil van bestuurders om samen te werken.

Binnen het netwerk dementie Drenthe werd mogelijk de minste tegenstrijdigheid in de belangen van stakeholders ervaren. Hier heeft benutting van aanbevelingen plaats gevonden. Binnen het netwerk dementie Noord-Holland Noord leek de tegenstrijdigheid in belangen van bestuurders zelfs zo groot dat dit mogelijk één van de oorzaken was waarom benutting van de aanbevelingen niet heeft plaats gevonden. Tegenstrijdigheid in de belangen van stakeholders lijken daarmee (mede) van invloed te zijn op de ervaren responsiviteit van de evaluatie.

b: Was er tijdens en na de publicatie van de evaluatie uitkomsten sprake van een door de ketenregisseur en hulpverleners ervaren druk vanuit de organisatie om te veranderen en wat was hiervan de invloed op de ervaren responsiviteit van de evaluatie van de IGZ?

In geen van de netwerken dementie werd er een echte druk vanuit de organisatie ervaren om te veranderen. Respondenten ervoeren in drie van de vier netwerken dementie vooral druk vanuit zichzelf om te werken aan kwaliteitsverbetering. Het benutten van de aanbevelingen uit de evaluatie lijkt daarmee in deze netwerken vooral een *bottom up* proces te zijn. Het netwerk dementie Noord-Holland Noord kent een andere organisatiestructuur waardoor dit *bottom up* proces niet is waargenomen.

Het is niet geheel duidelijk of meer druk vanuit de organisatie om te veranderen zou leiden tot een hogere ervaren responsiviteit. De netwerken dementie Drenthe en Noord-Limburg scoorde immers al hoog met de ervaren responsiviteit. Omgekeerd lijkt het dat weinig druk vanuit de organisatie om te veranderen de kans op benutting van aanbevelingen reduceert.

c: Op welke manier waren persoonlijke kenmerken van de ketenregisseur en hulpverleners van invloed op de ervaren responsiviteit van de evaluatie van de IGZ?

De ketenregisseur of coördinator heeft in alle vier de netwerken een belangrijke stimulerende rol in kwaliteitsverbetering. Zij waren bijna allen academisch opgeleid en bekend met (evaluatie) onderzoek.

Het zelf hebben geparticipeerd in het evaluatieonderzoek of zelf geïnterviewd zijn had mogelijk een positieve invloed op de responsiviteit. Een nieuwe ketenregisseur en een nieuwe coördinator hadden minder binding met de evaluatieresultaten en scoorde lager op de ervaren responsiviteit of konden er geen cijfer aan geven (Noord-Holland Noord en Noordwest Veluwe)

De geïnterviewde casemanagers van twee netwerken dementie (Drenthe en Noord-Limburg) zijn niet academisch opgeleid en waren voor het aanreiken van de evaluatie resultaten en het benutten hiervan afhankelijk van het initiatief van de ketenregisseur.

In de twee netwerken waar benutting van de aanbeveling heeft plaats gevonden werkt al langere tijd een zelfde ketenregisseur of coördinator (Drenthe en Noord-Limburg). Volgens de geïnterviewde casemanagers van deze ketens nemen zij op een stevige wijze regie in het proces van kwaliteitsverbetering. Zij zijn daarmee een belangrijke stimulans voor kwaliteitsverbetering.

De persoonlijke kenmerken van de respondent lijken hiermee enigszins van invloed op de ervaren responsiviteit. Academisch opgeleid zijn en zelf geparticipeerd hebben in de evaluatie lijken kenmerken die bijdragen aan een hogere ervaren responsiviteit.

d: Hoe werd de mate van responsiviteit van de evaluatie van de IGZ door de ketenregisseur en hulpverleners beoordeeld en op welke wijze had dit invloed op de aanpassing van de standaardisatie?

In de twee ketens waar een grotere responsiviteit werd ervaren (Drenthe en Noord-Limburg) zijn uiteindelijk een aantal van de aanbevelingen benut. Er was sprake van informele standaardisatie bijvoorbeeld in de vorm van werklístjes, werkbeschrijvingen en er was sprake van formele standaardisatie bijvoorbeeld in de vorm van jaarplannen een regionale vertaling van de Zorgstandaard dementie.

In de twee dementieketens waar de responsiviteit als minder werd ervaren (Noord-Holland Noord en Noordwest Veluwe) heeft er naar aanleiding van de aanbevelingen van de IGZ geen aanpassing van de standaardisatie plaats gevonden.

De conclusie kan getrokken worden dat de ervaren responsiviteit binnen de netwerken dementie maar een bescheiden invloed had op de mate van en de aanpassing van standaardisatie. Mogelijk is standaardisatie voor netwerken dementie als organisatievorm niet een voor de hand liggend pad van benutting van evaluaties.

e: Vond er aanpassing van standaardisatie plaats naar aanleiding van uitkomsten van de evaluatie? Zo ja hoe zag deze aanpassing van standaardisatie er uit en (op welke wijze) en hoe snel leidde dit tot aanpassing van de gezamenlijke uitgevoerde praktijk?

De vier netwerken dementie kennen allen een verschillende organisatiestructuur. In het netwerk-Noord Holland Noord ligt standaardisatie van (aspecten van) het casemanagement niet voor de hand omdat het casemanagement door een derde partij wordt uitgevoerd. In het netwerk Noordwest Veluwe heeft de ketenregisseur geen formele aansturende rol van casemanagers dementie en zal daarom standaardisering minder makkelijk kunnen afdwingen. De coördinator van het netwerk dementie Drenthe en de ketenregisseur van het netwerk dementie Noord-Limburg geven wel formeel leiding en hebben daarmee ook de mogelijkheden om standaardisering te initiëren en te implementeren.

In twee netwerken (Drenthe en Noord-Limburg) vond er aanpassing van de formele en informele standaardisatie plaats. De aanpassing van de standaardisatie was afhankelijk van het onderwerp. Implementatie van deze verschillende aanbevelingen in de gezamenlijke uitgevoerde praktijk was

afhankelijk van vele verschillende factoren. De tijd moest er volgens respondenten rijp voor zijn om met de specifieke aanbeveling aan de gang te gaan.

Er kan geconcludeerd worden dat in geen van de vier netwerken dementie standaardisatie een voor de hand liggende wijze is om de gezamenlijke uitgevoerde praktijk te beïnvloeden. Standaardisatie kan wel helpen in het uiteindelijk vast leggen van nieuwe werkwijzen.

f: Wat is de invloed van de fase waarin de netwerkorganisatie zich bevindt op de wijze waarop de door de evaluatie uitkomsten aangepaste standaardisatie wordt geïmplementeerd binnen de gezamenlijke uitgevoerde praktijk?

Twee van de vier netwerken vonden dat zij een voorbeeld waren van een netwerk dat werkt volgens het geïntegreerde model (Noord-Holland Noord en Noord-Limburg). De twee andere netwerken deelde zichzelf in als een netwerk dat werkt volgens het netwerk model (Drenthe en Noordwest Veluwe).

Bij het netwerk dementie Noord-Holland Noord heeft geen benutting van aanbevelingen plaats gevonden en is er een zeer beperkte vorm van standaardisatie beschikbaar. Dit bevestigt de constatering van de respondenten dat het netwerk mogelijk een fase terug is gegaan in het model van Minkman (2011) van fase drie naar fase twee.

De respondenten van het netwerk dementie Drenthe voelen zich opgeschoven naar fase drie. De manier van benutten van de aanbevelingen lijkt hier inderdaad bij te passen.

Er is door de beperkte benutting van de evaluatie en het geringe contrast in de fase waarin de netwerken zich bevinden nauwelijks een conclusie te trekken over de fase waarin het netwerk zich bevindt ten opzichte van de wijze waarop de aangepaste standaardisatie wordt geïmplementeerd.

De hoofdvraagstelling uit dit onderzoek was:

Op welke wijze heeft responsiviteit van een evaluatie, via standaardisatie, invloed op de gezamenlijk uitgevoerde praktijk van netwerken dementie, in het geval van de evaluatie van kwaliteitsaspecten van netwerken dementie door de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 2013?

De ervaren responsiviteit bleek in deze multiple casestudy maar gedeeltelijk van belang voor het uiteindelijk aanpassen van de gezamenlijk uitgevoerde praktijk en daarmee het daadwerkelijk benutten van de aanbevelingen uit de evaluatie van kwaliteitsaspecten van netwerken dementie door de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 2013.

In de twee netwerken dementie waar benutting van een aantal aanbevelingen heeft plaatsgevonden werden de uitkomsten als flink responsief ervaren (acht en zeven á acht). Toch verliep het proces van benutting van aanbevelingen binnen deze netwerken niet op een lineaire wijze waarin standaardisatie een centrale rol had. Benutting van aanbevelingen was eerder een grillig pad waar het (toevallig) samenkomen van (bevorderende) factoren een rol lijkt te spelen. De tijd diende volgens ketenregisseurs van deze twee ketens "rijp" te zijn om met een bepaalde aanbeveling aan de gang te gaan. Benutting van aanbevelingen lijkt daarmee binnen deze netwerken meer op een organisch proces dan op een lineair proces. De evaluatie maakte tekortkomingen binnen het werken in de keten zichtbaar en deed hierover aanbevelingen. Deze aanbevelingen waren per onderwerp een stimulans voor kwaliteitsverbetering. De kwaliteitsverbetering kon echter pas plaats vinden als er aan de benodigde voorwaarden was voldaan. Dit was vaak afhankelijk van meerdere factoren en de inzet van de verschillende stakeholders.

Opvallend was dat in twee netwerken dementie geen benutting heeft plaats gevonden van de gedane aanbevelingen. Toch zijn de bevindingen van de evaluatie niet terzijde geschoven en zijn zij in beide netwerken uitgebreid besproken en overdacht. De evaluatie heeft daarmee dus wel invloed gehad.

5.2 Discussie

Binnen de vier onderzochte dementieketens lijkt de ervaren responsiviteit van de evaluatie een eerste stap in de uiteindelijke benutting van aanbevelingen en daarmee aanpassing van de gezamenlijke uitgevoerde praktijk. Het begrip responsiviteit kende in de uitleg van respondenten twee verschillende kanten. Aan de ene kant was er binnen een drietal netwerken dementie een evaluatie behoefte en de wens tot kwaliteitsverbetering die vooral bij de ketenregisseurs aanwezig was die belangrijke ingrediënten vormde voor de ervaren responsiviteit. Aan andere kant was er door de IGZ gestelde norm en de rol van de IGZ als norm stellende organisatie. Meerdere respondenten noemde dat een aantal van de gestelde normen mogelijk niet realistisch waren waardoor de betreffende aanbevelingen uiteindelijk niet benut zijn. De oude ketenregisseur van het netwerk dementie Noordwest Veluwe gaf bijvoorbeeld wel een hoog cijfer voor de responsiviteit maar had zijn twijfels bij de voorgestelde norm en vond dat de in het netwerk gekozen oplossing voor het gesignaleerde probleem ook voldeed. De twijfel over de gestelde norm heeft mogelijk verband met de term geloofwaardigheid (*credibility*) welke door Mark & Henry net als responsiviteit als een *evaluation output* wordt genoemd. Rond het verschijnen van het IGZ rapport kwam ook de Zorgstandaard dementie uit die voor een groot deel overlapt met het normenkader van de IGZ maar mogelijk landelijk als de belangrijkste norm werd gezien. Alle onderzochte netwerken hebben zich hierna op actieve wijze gespiegeld aan deze Zorgstandaard dementie. Opvallend is dat het door de IGZ bij één visitatieronde is gebleven en dat het ontwikkelde normenkader (voor zover de auteur weet) nooit is geëvalueerd of bijgesteld.

Een aantal respondenten merkte op dat de rapportage van de IGZ niet altijd duidelijk was. Het IGZ maakte in de onderzochte items onderscheid naar vier categorieën: afwezig, aanwezig, operationeel en geborgd. Vooral de categorieën 'aanwezig' (norm is aantoonbaar aanwezig, maar wordt niet consequent nageleefd of schriftelijke procedures zijn niet bekend bij hulpverleners) was voor een aantal ketenregisseur niet altijd voldoende onderbouwd en betwistbaar. Deze ervaren onduidelijkheid houdt mogelijk verband met het item *communication* welke net als responsiviteit deel uit maakt van de *evaluation outputs* in het model van Mark & Henry. Voor het netwerk Noordwest Veluwe betekende deze betwistbare norm een reden om de aanbevelingen naast zich neer te leggen.

De ervaren conflicterende belangen van stakeholders en de druk om te veranderen vanuit de organisatie lijken minder invloed te hebben op de ervaren responsiviteit maar zijn daarmee mogelijk aan te merken als bevorderende of belemmerende factoren in het uiteindelijk benutten van de aanbeveling. Bestuurders die een gezamenlijk belang ervaren in de samenwerking en daarbij de wens hebben tot kwaliteitsverbetering kunnen op een positieve wijze bijdragen aan het benutten van aanbevelingen.

Netwerken dementie zijn te typeren als informele organisatievormen. Opvallend was dat de vier netwerken hierin flink van elkaar verschilden. Het goed functioneren van het netwerk lijkt mede af te hangen van de wijze van samenwerking en het onderlinge vertrouwen tussen stakeholders. De ketenregisseur lijkt binnen het netwerk het "cement tussen de stenen" te zijn. Zij of hij heeft een belangrijke rol in het organiseren van de werkzaamheden en bevorderen van kwaliteit. De coördinator en ketenregisseur in twee netwerken hadden ook minder de positie om standaardisatie te initiëren of te implementeren. Eén van de ketenregisseurs benoemde dat het van belang was om voortdurend te balanceren in zijn functie. Het uiteindelijke benutten van een aanbeveling lijkt voor een groot deel afhankelijk van het initiatief van de ketenregisseur. Casemanagers dementie zijn daarin volgend. Dit heeft mogelijk te maken met hun opleidingsniveau en/of uitvoerende rol.

Opvallend was dat netwerken dementie maar betrekkelijk weinig gebruik maken van standaardisatie. Waar veel formele organisaties werkafspraken hebben vastgelegd in bijvoorbeeld een kwaliteitshandboek ten behoeve het aantoonbaar maken van kwaliteit hebben de geïnterviewde netwerken dementie dat niet. Dit was overigens precies één van de motieven voor de IGZ om het normenkader te ontwikkelen en hier onderzoek naar te doen. Drie van de vier netwerken maakten wel gebruik een jaarplan en een meerjarenbeleidsplan. Het is overigens betwistbaar of een dergelijk plan als standaardisatie kan worden aangemerkt. Binnen de netwerken dementie lijkt daarmee standaardisatie niet als voor de hand liggend pad van benutting van aanbevelingen te kunnen worden aangemerkt.

5.2.1 Ontkrachtende verklaringen

De centrale vraagstelling in dit onderzoek ging uit van de hypothese dat het pad van ervaren responsiviteit naar standaardisatie naar uiteindelijke aanpassing van de gezamenlijke uitgevoerde praktijk een pad is wat van toepassing zou kunnen zijn op de vier onderzochte netwerken dementie. Het pad is daarbij in het onderzoek maar zeer beperkt waargenomen. Een ontkrachtende verklaring voor de hypothese kan zijn dat benutting van evaluaties mogelijk in de praktijk minder een bewust en lineair proces is maar vaak een pad waar meerdere (andere) factoren een rol in hebben. Standaardisering is juist een bewuste stap in het oplossen van een mogelijk kwaliteitsprobleem.

Een andere mogelijke ontkrachtende verklaring voor de geldigheid van het onderzochte pad is het feit dat de ervaren responsiviteit van de evaluatie mogelijk van minder gewicht is dan andere factoren van invloed op de benutting. Bober e.a. (2004, p.377) vonden in hun ranking van factoren van invloed op uiteindelijke benutting dat responsiviteit pas plaats zes in nam. Factoren als *communication quality* (plaats 1) en *timeliness* (plaats 2) werden als factor als veel belangrijker beoordeeld. Dit onderzoek bevestigt het belang van de communicatiekwaliteit en de tijdigheid. Netwerken hadden bijvoorbeeld een probleem met de scoringsmethode van de IGZ rapporten wat kan duiden op een probleem in de communicatiekwaliteit. Daarnaast geven twee ketenregisseurs dat de tijd rijp moet zijn om aanbevelingen te benutten wat verwijst naar het begrip tijdigheid.

5.3 Betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek

Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van een afstudeertraject van de masterstudie management wetenschappen. Naast het onderzoeken van een relevant probleem binnen het domein van de managementwetenschap stond het leren onderzoek doen centraal. De onderzoeker heeft met behulp van de spelregels van onderzoek uit de literatuur en aanwijzingen van zijn begeleiders zorg proberen te dragen voor validiteit en betrouwbaarheid.

Er is in dit onderzoek gewerkt aan betekenisvaliditeit door middel van datatriangulatie en door *member check*. In de ketens waar daadwerkelijks standaardisatie heeft plaats gevonden naar aanleiding van concrete aanbevelingen is hier naar gezocht in relevante documenten. De respondenten hebben daarnaast de uitwerking van hun interview terug ontvangen en hebben gecheckt of hun antwoorden op de gestelde vragen correct zijn weergegeven.

Er is in dit onderzoek aandacht geweest voor de interne validiteit. In de analyse is waar mogelijk gebruik gemaakt van patroonherkenning. De verkregen data zijn in een matrix (bijlage 5) verwerkt waarna analyse heeft plaats gevonden. Er is daarnaast, bijvoorbeeld binnen de discussie, gezocht naar ontkrachtende verklaringen binnen de praktijk maar ook binnen de theorie.

Er is kritisch gekeken naar de eigen rol van de onderzoeker mede door middel van het gebruik van een onderzoeklogboek en er is aandacht geweest voor reflexiviteit. De onderzoeker is zelf werkzaam binnen het dementieveld en is landelijk actief binnen de beroepsvereniging voor casemanagers dementie. Hierdoor was het mogelijk makkelijker om vertrouwen te winnen van respondenten en was de onderzoeker bekend met alle jargon en situaties die in de interviews werden geschetst. Dit heeft als nadeel dat de onderzoeker in het proces van onderzoek doen mogelijk een eigen subjectieve kijk op het veld heeft meegenomen.

Voor het vergroten van de betrouwbaarheid van dit onderzoek is er gewerkt aan de hand van een onderzoeksprotocol waarin is meegekeken door de begeleiders van dit onderzoek.

5.4 Generaliseerbaarheid (externe validiteit)

In de onderzoek zijn vier netwerken dementie onderzocht uit een *target population* van 12 gevisiteerde netwerken dementie. Deze casestudy is daarmee mogelijk gedeeltelijk representatief voor de 12 netwerken dementie die in 2012 zijn gevisiteerd door de IGZ. Het betreft immers een gelegenheidssteekproef en er is niet onderzocht in hoeverre de 12 netwerken van elkaar verschillen. Aan de ander kant zijn deze netwerken mogelijk wel indicatief hoe in andere gevisiteerde netwerken dementie is omgegaan met de aanbevelingen.

De generaliseerbaarheid naar evaluaties binnen de publieke sector in het algemeen kent mogelijk grotere beperkingen. Netwerken dementie zijn een voorbeeld van *collaborative public management* en daarmee mogelijk minder representatief voor "normale" publieke organisaties. Netwerken dementie worden in veel gevallen bestuurd door een stuurgroep waarbij de samenwerkingsstructuur is vastgelegd in een convenant. Er gelden minder strenge regels voor bijvoorbeeld verantwoording omdat netwerken dementie in veel gevallen geen eigen rechtspersoon zijn.

5.5 Bijdrage van de onderzoeksresultaten aan de wetenschappelijke kennis

Dit onderzoek beoogde een pad van evaluatie invloed en/of evaluatiegebruik uit het model van Mark & Henry te onderzoeken. Het pad van responsiviteit via standaardisatie naar een aanpassing van de gezamenlijke uitgevoerde praktijk werd binnen de vier cases slechts op zeer beperkte wijze waargenomen. Mogelijk heeft dit te maken met de organisatievorm van netwerken dementie als samengestelde organisatie of mogelijk is een minder frequent voorkomend pad.

De onderzoeksresultaten lijken de conclusies van Bober e.a. (2004, p.377) te bevestigen waarin responsiviteit in een ranking van factoren van invloed op benutting een geringere invloed heeft dan andere factoren zoals de communicatie kwaliteit en tijdigheid. Ook in de resultaten van dit onderzoek leken de communicatie kwaliteit en tijdigheid van belang en leken daarmee mogelijk van meer invloed dan de ervaren responsiviteit.

5.6 Aanbevelingen

Het onderzochte pad van responsiviteit naar standaardisering naar invloed op de gezamenlijk uitgevoerde praktijk suggereerde een bewust en lineair proces van benutting van aanbevelingen van evaluaties wat past bij een cybernetische manier van denken. Binnen geen van de vier cases was het benutten van aanbevelingen een lineair proces. Het wel of niet benutten van aanbevelingen was afhankelijk van vele verschillende factoren. Aanvullend onderzoek is daarom gewenst om dit pad uit het model van Mark & Henry van evaluatiebenutting verder in kaart te brengen.

Daarbij valt op te merken dat netwerken dementie voorbeelden zijn van *collaborative public management* en daarom waarschijnlijk een andere manier van sturing kennen dan "normale" publieke organisaties. Het zou daarom wenselijk zijn om het onderzochte pad van evaluatiebenutting ook binnen "normale" publieke organisaties te herhalen. Mogelijk wordt dan meer bewijs gevonden voor de geldigheid van het onderzochte pad van evaluatiebenutting.

Netwerken dementie zijn door hun organisatievorm kwetsbaar voor veranderingen binnen het veld. Een normenkader ontwikkeld door de IGZ of een Zorgstandaard dementie kunnen een belangrijke normerende en stimulerende rol hebben. Het is daarom jammer dat de IGZ aan de visitaties geen opvolging heeft gegeven. Ze had hiermee wellicht op indirecte wijze een rol kunnen spelen in het in stand houden van netwerken dementie in Nederland. Het ambulante dementieveld heeft daarom in de ogen van de onderzoeker behoefte aan een normerende instantie die er voor kan zorgen dat netwerken dementie minder vrijblijvendheid kennen.

5.6 Nawoord

Netwerken dementie stonden het afgelopen jaar volop in de belangstelling. In veel gevallen was dit op negatieve wijze. Netwerken worden opgeheven en het casemanagement bij dementie wordt ingeruild door een smaller pakket van zorg door de wijkverpleegkundige. Zoals eerder genoemd vind ik het een gemiste kans van de IGZ dat zij haar normenkader niet op structurele wijze is gaan toetsen. Zij had daarmee kunnen bijdragen aan het creëren van urgentie voor het feit dat goede dementiezorg niet door één organisatie alleen gegeven kan worden maar gebaat is bij netwerken dementie.

De geïnterviewde netwerken in dit onderzoek behoorden tijdens de visitatie van de IGZ tot de koplopers in Nederland. Ook tijdens de interviews werd duidelijk dat de netwerken nog steeds goed functioneren. Ik wil de respondenten en de netwerken waar zij voor werken hartelijk danken voor hun medewerking en hoop dat de gezamenlijk verleende dementiezorg in hun regio de komende jaren een vervolg krijgt.

Als laatste wil ik Mimi Crijns en Ger Arendsen bedanken voor hun begeleiding tijdens dit onderzoek.

Paul-Jeroen Verkade

Gebruikte wetenschappelijke literatuur

- Bober, C. F., & Bartlett, K. R. (2004). The Utilization of Training Program Evaluation in Corporate Universities. *Human Resource Development Quarterly*, 15(4), 363–383. doi: Retrieved from <http://search.proquest.com.library.capella.edu/docview/234905288?accountid=27965>
- Borlund, P. (2003). The concept of relevance in information retrieval. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 54(10), 913–925. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/asi.10286>
- Cizek, G. J., Bunch, M. B., & Koons, H. (2005). Setting Performance Standards: Contemporary Methods. *Educational Measurement: Issues and Practice*, 23(4), 31. doi:10.1111/j.1745-3992.2004.tb00166.x
- Cousins, J. B., & Leithwood, K. a. (1986). Current Empirical Research on Evaluation Utilization. *Review of Educational Research*, 56(3), 331–364.
- Estabrooks, C. A., Floyd, J. A., Scott-Findlay, S., O’Leary, K. A., & Gushta, M. (2003). Individual determinants of research utilization: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 43(5), 506–520. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02748.x
- Henry, G. T., & Mark, M. M. (2003). Beyond use: Understanding evaluation’s influence on attitudes and actions. *American Journal of Evaluation*, 24(3), 293–314.
- Herbert, J. L. (2014). Researching Evaluation Influence: A Review of the Literature. *Evaluation Review*, 38(5), 388–419.
- Johnson, K., Greenesid, L. O., Toal, S. a, King, J. a, Lawrenz, F., & Volkov, B. (2009). Research on Evaluation Use: A Review of the Empirical Literature From 1986 to 2005. *American Journal of Evaluation*, 30(3), 377–410.
- Kesby, S. G. (2002). Nursing care and collaborative practice. *Journal of Clinical Nursing*, 11(3), 357–366. doi:10.1046/j.1365-2702.2002.00620.x
- Kirkhart, K. E., (2000). Reconceptualizing Evaluation Use: An Integrated Theory of Influence. *New Directions for Evaluation*, (88), 5.
- Korsten A., Abma K., van der Meer AD, (2013). Mythen over benchmarking Mythen over benchmarking, 1–53. Retrieved from: <http://www.arnokorsten.nl/PDF/Onderzoek/Mythen%20over%20benchmarking.pdf>
- Ledermann, S. (2012). Exploring the Necessary Conditions for Evaluation Use in Program Change. *American Journal of Evaluation*, 33(2), 159–178. doi:10.1177/1098214011411573
- Mark, M. M., & Henry, G. T. (2004). The Mechanisms and Outcomes of Evaluation Influence. *Evaluation*, 10(1), 35–57.
- Mark, M. M. (2011). Toward Better Research On—and Thinking About—Evaluation Influence, Especially in Multisite Evaluations, (129), 107–119. doi:10.1002/ev
- McGuire, M. (2006). Collaborative Public Management: Assessing what we know and how we know it. *Public Administration Review*, 66, 33–43.
- Van Mierlo, L. D., Meiland, F. J. M., Van Hout, H. P. J., & Dröes, R.-M. (2014). Towards personalized integrated dementia care: a qualitative study into the implementation of different models of case management. *BMC Geriatrics*, 14(1), 84. doi:10.1186/1471-2318-14-84
- Minkman, M. M. N., Vermeulen, R. P., Ahaus, K. T. B., & Huijsman, R. (2011). The implementation of integrated care : the empirical validation of the Development Model for Integrated Care, 1–10.

Minkman, M. M. N., Vermeulen, R. P., Ahaus, K. T. B., & Huijsman, R. (2013). A survey study to validate a four phases development model for integrated care in the Netherlands A survey study to validate a four phases development model for integrated care in the Netherlands. *BMC Health Services Research* 2013 13-2014.

Orchard, C. a., Curran, V., & Kabene, S. (2005). Creating a Culture for Interdisciplinary Collaborative Professional Practice. *Medical Education Online*, 10(0), 1–13. doi:10.3402/meo.v10i0.4387

Squires, J. E., Estabrooks, C. A., Gustavsson, P., & Wallin, L. (2011). Individual determinants of research utilization by nurses: a systematic review update. *Implementation Science : IS*, 6, 1. doi:10.1186/1748-5908-6-1

The AGREE Collaboration, & AGREE Collaboration. (2003). Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Quality & Safety in Health Care*, 12(1), 18–23. doi:10.1136/qhc.12.1.18

Valovirta, V. (2002). Evaluation Utilization as Argumentation. *Evaluation*, 60–80.

Gebruikte literatuur met betrekking tot netwerken dementie

Bussemaker J. (2008). Kamerbrief Zorg voor mensen met dementie. Retrieved from: https://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0ahUKEwjX5drqx_bKAhXCHp_oKHQwVAgYQFgg8MAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.rijksoverheid.nl%2Fbinaries%2Frijksoverheid%2Fdocumenten%2Fkamerstukken%2F2008%2F06%2F18%2Fzorg-voor-mensen-met-dementie%2Fdlz-28538041.pdf&usq=AFQjCNG9L9HAr0Y4m4Y7BTJCUSWQSCBGeA&sig2=vqLKHMM9tmxEbGI1RI2S9g&bvm=bv.114195076,d.ZWU

van den Broek L., Corpeleijn S., Denis R., Meerveld J., Schumacher J., (2008). Vier jaar LDP op de kaart. Retrieved from: http://www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/Vier_jaar_LDP_Dementie_Op_de_Kaart.pdf

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2013) a. Organisatie netwerkzorg thuiswonende mensen met dementie veelbelovend, onderdelen zorg nog risicovol. Retrieved from: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2013/07/04/organisatie-netwerkzorg-thuiswonende-mensen-met-dementie-veelbelovend-onderdelen-zorg-nog-risicovol>

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2013) b. Rapport netwerkzorg thuiswonende mensen met dementie. Brief aan netwerk dementie Drenthe. Interne uitgave IGZ. Retrieved from: <http://www.dementiedrenthe.nl/admin/uploads/IGZ%20rapport%20Netwerk%20Dementie%20Drenthe%20jui%202013.pdf>

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2013) c. Rapport netwerkzorg thuiswonende mensen met dementie. Brief aan platform dementie Noord-Holland Noord. Interne uitgave IGZ.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2013) d. Rapport netwerkzorg thuiswonende mensen met dementie. Brief aan netwerk dementie netwerk dementie Noord-Limburg. Interne uitgave IGZ.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2013) e. Rapport netwerkzorg thuiswonende mensen met dementie. Brief aan netwerk dementie Noordwest Veluwe. Interne uitgave IGZ.

Meerveld J., Schumacher J., Krijger E., Bal R., Nies H. (2004) Landelijk dementieprogramma werkboek. NIZW Utrecht. Retrieved from: <http://www.vilans.nl/docs/producten/LanddementieprogrDEFBW.pdf>

Ketenzorg Dementie vanuit Cliëntperspectief. Bevindingen tweede meting cliëntenmonitor Ketenzorg Dementie Onderdeel van de Cliëntenmonitor AWBZ. Retrieved from: <http://www.alzheimer->

nederland.nl/media/6026/Eindrapportage%20meting%202%20Clientenmonitor%20Ketenzorg%20Dementie%202_FINAL.pdf

Ministerie van VWS, ZN, Alzheimer Nederland, ACTIZ ,(2009). Leidraad ketenzorg dementie. Retrieved from:
[http://www.handreikingketenzorg.nl/upload/userfiles/File/Leidraad_ketenzorg_dementie_2009_final\[1\].pdf](http://www.handreikingketenzorg.nl/upload/userfiles/File/Leidraad_ketenzorg_dementie_2009_final[1].pdf)

Programma Ketenzorg Dementie. inventarisatie dementieketens voorjaar 2011. Vilans. Retrieved from:
<http://www.vilans.nl/docs/vilans/informatiecentrum/Rapportage%20Voortgang%20Ketenontwikkeling%202011.pdf>

Alzheimer Nederland & Vilans (2013). Zorgstandaard dementie. Retrieved from:
http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/Zorgstandaard_Dementie.pdf

Gebruikte literatuur onderzoeksmethodiek

't Hart, H., Boeije, J. Hox, H., (2005). Onderzoeksmethoden. Boom onderwijs, Utrecht.

Van Zwieten Hoofdstuk 6 in Ploch T., Guttman R.E., Klazinga N.S., Mackenbach J.P., (2007). Handboek gezondheidszorgonderzoek. Hoofdstuk 6 Kwalitatief onderzoek. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

Yin, R.K. (2009). Case Study research. Design and methods. Fourth edition. Sage. Los Angeles

Gebruikte literatuur netwerken dementie (onderzochte documenten)

Netwerk dementie Drenthe

Netwerk Dementie Drenthe, Els van der Veen, (december 2014). Jaarplan 2015, 'Het geheel is meer dan de som der delen'. <http://www.dementiedrenthe.nl/admin/uploads/Jaarplan%202015.pdf>

Netwerk Dementie Drenthe, Els van der Veen, (2015). Jaarplan 2016,
[http://www.dementiedrenthe.nl/admin/uploads/Jaarplan%202016%20\(A3\).pdf](http://www.dementiedrenthe.nl/admin/uploads/Jaarplan%202016%20(A3).pdf)

Netwerk Dementie Drenthe, Els van der Veen, (versie oktober 2015). Toekomstvisie Netwerk Dementie Drenthe. <http://www.dementiedrenthe.nl/admin/uploads/Toekomstvisie%20definitief%202610152.pdf>

Netwerk dementie Noord-Holland Noord

Netwerkdementie Noord Holland Noord, (herziende versie januari 2016). Regionaal Zorgprogramma Dementie Noord-Holland Noord. <http://netwerkdementie-nhn.nl/download.php?fileId=199&hash=a838d378022eecebd407cbf0b15d9f9dc37bed1f&download=true>

Netwerk dementie Noord Limburg

Hulp bij dementie - Regio Noord-Limburg, Lisette Dickhof (2013), JAARPLAN 2013 – 2014.

Hulp bij dementie - Regio Noord-Limburg, Lisette Dickhof, (november 2014). 'VOOR ELKAAR' Op weg naar samenhang - Jaarplan 2015.

Hulp bij dementie - Regio Noord-Limburg, Lisette Dickhof-Evers Ketenregisseur (Februari 2014). Zorgprogramma.

Netwerk dementie Noordwest Veluwe

Netwerk Dementieplus Noordwest Veluwe, Ide Neumann, (versie juli 2013). Plan van aanpak 2014 en Netwerkplan - Dementiezorg in de buurt.

http://www.dementienoordwestveluwe.nl/user/file/plan_van_aanpak_2014_17_juli_2013.pdf

Netwerk Dementieplus Noordwest Veluwe, Ide Neumann (versie december 2014). Jaarplan 2015 Jaaroverzicht 2014 – Schakelen voor mensen met dementie en hun naasten.

http://www.dementienoordwestveluwe.nl/user/file/jaarplan_2015_feb_2015_zonder_begroting.pdf

Bijlage 1. Gevisiteerde Netwerken IGZ (dik gedrukte ketens participeerde in dit onderzoek)

Zorg keten Dementie Amsterdam Zuid T.a.v. Dhr. W. van der Pas
A.J. Ernststraat 599
1082 LD AMSTERDAM

Keten Dementie de Liemers
T.a.v. Mevr. P. van den Bosch
Hunneveidweg 12 6903 ZN ZEVENAAR

Netwerk Dementie Drenthe

T.a.v. Mevr. E. Van der Veen
Boermarkeweg 70
7824AA Emmen

Zorgketen Dementie Eindhoven en Omgeving T.a.v. Mevr. M. Salari
Winston Churchilliaan 75
5623 KW EINDHOVEN

TinZ Netwerk Dementie Friesland T.a.v. Mevr. E. Schraa
Henri Dunantweg 2
8934 AD LEEUWARDEN

100/themagroep dementie
T.a.v. Mw. Drs. M. Nieuwboer
Reinier Postiaan 4, route 925 6525 CG NIJMEGEN

Platform Dementie Noord-Holland Noord / Stichting Geriant

T.a.v. H. Bonfrer (Platform) & J. Vuister (Geriant) Titaniaan 15
1702 AZ HEERHUGOWAARD

Hulp bij Dementie Regio Noord-Limburg

T.a.v. Mevr. L. Dickhoff-Evers
Driedecembersingel 48 5921 AC Venlo/Blerick

Netwerk Dementie Noordwest Veluwe

T.a.v. Dhr. I. Neumann
Putterweg 33851 GA ERMELO

Netwerk Dementie Westelijk Utrecht
T.a.v. Mevr. C. Meijer
Maarssebroeksedijk 4 3542 DR UTRECHT

Bijlage 2. Samenvatting uitkomsten per netwerk dementie en documentenanalyse

<p>A. Uitkomsten Netwerk Dementie Drenthe link naar rapport IGZ beoordeelt het platform in fase 2. (experimentele fase)</p> <p>Hieronder een beknopte opsomming van gesignaleerde verbeterpunten volgens de IGZ.</p> <p>*Aanbevelingen waar volgens de respondenten aan gewerkt is. ** Aanbevelingen die worden beschreven in de bestudeerde formele standaardisatie.</p>
<p>1. Organisatorische onderwerpen</p> <ul style="list-style-type: none">• Samenwerkingsafspraken met huisarts, ouderenzorg, ziekenhuis en geheugenpoli aanwezig maar kent nog hiaten in de uitvoering*.• Een meldpunt is nog afwezig. Screening van huisarts en ziekenhuis is aanwezig maar kent in de praktijk nog hiaten in de uitvoering. Respijtzorg is aanwezig maar kent in de praktijk nog hiaten in de uitvoering*. Jaarplan 2016 spreekt over een helpdesk**. Toekomstvisie 2015 noemt meldpunt**.• Scholingsafspraken m.b.t. de huishoudelijke hulp en vrijwilligers zijn nog afwezig. Jaarplan 2016 spreekt over scholing van vrijwilligers**.• Scholingsafspraken met huisartsen, ouderenadviseurs en gemeente zijn aanwezig maar kennen nog hiaten in de uitvoering*.
<p>2. Vroegsignalering</p> <ul style="list-style-type: none">• Bemoeizorg cliënten zijn nog onvoldoende in beeld*.• Het leggen van contacten met bemoeizorg cliënten is aanwezig maar kent in de praktijk nog hiaten in de uitvoering*.
<p>3. Casemanagement</p> <ul style="list-style-type: none">• Een 24-uurs bereikbaarheidsregeling is casemanagement is aanwezig maar kent in de praktijk nog hiaten in de uitvoering.• Een 24-uurs beschikbaarheidsregeling casemanagement is aanwezig maar kent in de praktijk nog hiaten in de uitvoering.• Het opschalen van de doorzettingsmacht van casemanagement is afwezig*.
<p>4. Geïntegreerd zorgplan</p> <ul style="list-style-type: none">• Afwezigheid van een geïntegreerd zorgplan*. Jaarplan 2016 noemt EGPO• Afwezigheid van een geautomatiseerd systeem voor geïntegreerd dossier en/of zorgplan*. De toekomst visie 2015 beschrijft het gebruik van het automatiseringssysteem GINO**.• Een probleemanalyse is operationeel alleen wie beoordeelt en wie overzicht behoudt is wel beschreven maar kent in de praktijk mogelijk nog hiaten in de uitvoering.• Een procedure voor evaluatie is aanwezig maar kent in de praktijk nog hiaten in de uitvoering.• Een procedure voor actualisatie per doel is aanwezig maar kent in de praktijk nog hiaten in de uitvoering.
<p>5. Missende documenten</p> <ul style="list-style-type: none">• Beschrijving netwerk partijen en hun taken*• Beschrijving aanbod en welke partijen dat uitvoeren* Toekomst visie 2015**• Scholingsregistratie• Procedure vroegsignalering*• Procedure bemoeizorg*• Bereikbaarheidsregeling casemanagement• Beschikbaarheidsregeling casemanagement• Procedure geïntegreerd zorgplan*
<p>Conclusie: De IGZ doet 22 aanbevelingen aan het netwerk dementie Drenthe. Aan 13 aanbevelingen is volgens respondenten gewerkt. Over vijf van de 22 aanbevelingen van de IGZ wordt binnen de formele standaardisatie beschreven hoe er aan deze aanbeveling wordt gewerkt.</p>

<p>B. Uitkomsten Platform Dementie Noord-Holland Noord IGZ beoordeelt het platform in fase 3. (uitbouwfase)</p> <p>Hieronder een beknopte opsomming van gesignaleerde verbeterpunten volgens de IGZ.</p> <p>*Aanbevelingen waar volgens de respondenten aan gewerkt is. ** Aanbevelingen die worden beschreven in de bestudeerde formele standaardisatie.</p>
<p>1. Organisatorische onderwerpen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samenwerkingsafspraken met huisarts, ziekenhuis en geheugenpoli aanwezig maar kent nog hiaten in de uitvoering. Op pagina 12 wordt als verbeterpunt genoemd geen vaste afspraken over signaleren en doorverwijzen met huisartsen**. • Scholingsafspraken met huisarts huishoudelijke hulp en ouderen adviseurs aanwezig maar kent nog hiaten in de uitvoering. Geriant wordt op pagina 11 wordt genoemd als de aanbieder van allerlei scholingen**.
<p>2. Vroegsignalering</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geen gesignaleerde verbeterpunten
<p>3. Casemanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geen gesignaleerde verbeterpunten
<p>4. Geïntegreerd zorgplan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afwezigheid van een geïntegreerd zorgplan Op pagina 12 wordt als verbeterpunt geformuleerd – er is geen formeel samenwerkingsverband rondom informatie, voorlichting en steun. Op pagina 14 wordt als verbeterpunt gesignaleerd: ontbreken zorg/leefplan dat door alle organisaties wordt gedeeld**. • Afwezigheid van een geautomatiseerd systeem voor geïntegreerd dossier en/of zorgplan Op pagina 14 wordt genoemd ontbreken van een gezamenlijk elektronisch dossier**. • Afstemming met cliëntensysteem over zorgplan aanwezig maar kent nog hiaten in de uitvoering.
<p>5. Missende documenten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taak- en functieomschrijving bestuurlijk verantwoordelijke • Scholingsregistratie • Procedure geïntegreerd zorgplan Op pagina 14 wordt als verbeterpunt gesignaleerd: ontbreken zorg/leefplan dat door alle organisaties wordt gedeeld**. <p><u>Conclusie:</u> De IGZ doet acht aanbevelingen aan het netwerk dementie Noord Holland-Noord. Aan geen van de aanbevelingen is volgens de respondenten actief gevolg gegeven. Vijf van de acht aanbevelingen worden in de regionale zorgstandaard dementie van dit netwerk beschreven als potentiële verbeterpunten.</p>

<p>C. Uitkomsten Netwerk Dementie (Hulp bij dementie) Noord-Limburg IGZ beoordeelt het platform in fase 3. (uitbouwfase)</p> <p>Hieronder een beknopte opsomming van gesignaleerde verbeterpunten volgens de IGZ.</p> <p>*Aanbevelingen waar volgens de respondenten aan gewerkt is. ** Aanbevelingen die worden beschreven in de bestudeerde formele standaardisatie.</p>
<p>1. Organisatorische onderwerpen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Scholingsafspraken met huisarts, huishoudelijke hulp en ouderen adviseurs aanwezig maar kennen mogelijk nog hiaten in de uitvoering *.
<p>2. Vroegsignalering</p> <ul style="list-style-type: none"> • Een procedure bemoeizorg is gedeeltelijk aanwezig en grotendeels operationeel. Bemoeizorg cliënten in beeld is beschreven maar kent mogelijk nog hiaten in de uitvoering

in de praktijk*. Zorgprogramma Pagina 21 noemt mogelijkheden van preventief huisbezoek na signaal van de huisarts. Via GGZ TOP zijn er mogelijkheden voor starten bemoeizorg**.

3. Casemanagement

- Bij startmoment casemanagement is signalering aanwezig maar kent mogelijk nog hiaten in de uitvoering in de praktijk.

4. Geïntegreerd zorgplan

- Afwezigheid van een geïntegreerd zorgplan*. Zorgprogramma pagina 23 spreekt over een geïntegreerd zorgplan in het Huisarts Informaties Systeem (HIS) van de huisarts**.
- Aanwezigheid van een geautomatiseerd systeem voor geïntegreerd dossier en/of zorgplan maar kent mogelijk nog hiaten in de uitvoering in de praktijk*. Jaarplan 2013-2014 pagina 13 spreekt over een gedeeltelijk geïntegreerd dossier en werken met een Ipad. Er wordt daarnaast ingegaan op de noodzaak van een gezamenlijk elektronisch dossier. Er worden wensen geuit voor een dossier wat aansluit op het HIS van de huisarts. Doel 5 op pagina 18 verwijst hier ook naar. Het zorgprogramma 2014 pagina 16 doet melding van een gezamenlijk elektronisch dossier met de huisarts**.
- Bij probleemanalyse zijn een zestal elementen geborgd. Een viertal elementen is aanwezig: een beschrijving van welke medicatie de persoon gebruikt, wijze van inname, wie beoordeelt en wie actueel overzicht behoudt. Mogelijk kennen deze vier elementen nog hiaten in de uitvoering in de praktijk*.

5. Missende documenten

- Procedure geïntegreerd zorgplan*.

Conclusie: De IGZ doet zeven aanbevelingen aan het netwerk dementie Noord-Limburg. Van de zeven aanbevelingen van de IGZ is er over drie aanbevelingen tekst terug te vinden in de geïnspecteerde documenten. Aan zes van de aanbevelingen is volgens de respondenten gewerkt. Over drie van de zeven aanbevelingen wordt in de formele standaardisatie beschreven hoe aan de aanbeveling wordt gewerkt.

D. Uitkomsten Netwerk dementie Noordwest Veluwe

IGZ beoordeelt het Netwerk in fase 2. (experimentele fase)

Hieronder een beknopte opsomming van gesignaleerde verbeterpunten volgens de IGZ.

*Aanbevelingen waar volgens de respondenten aan gewerkt is.

** Aanbevelingen die worden beschreven in de bestudeerde formele standaardisatie.

1. Organisatorische onderwerpen

- Samenwerkingsafspraken met Welzijn, vrijwilligers en anders (gemeenten, Alzheimer Nederland) zijn aanwezig maar kennen nog hiaten in de uitvoering.
- Screening (van casemanager, huisarts), respijtzorg, crisishulp en bemoeizorg zijn beschreven (aanwezig) maar kennen in de praktijk nog hiaten in de uitvoering.
- Scholingsaanbod van huisarts en huishoudelijke hulp is deels afwezig. Scholingsaanbod van huisarts (deels), ouderenadviseurs en vrijwilligers is aanwezig maar kent nog hiaten in de uitvoering in de praktijk.

2. Vroegsignalering

- Vroegsignalering is beschreven en aanwezig maar kent in de praktijk nog hiaten in de uitvoering.
- Meting van de draaglast van de mantelzorger is beschreven en aanwezig maar kent in de praktijk nog hiaten in de uitvoering. Pagina 14 (jaarplan 2015) Ook in 2015 zullen we deelnemen aan de uitkomstmetingen van Achmea = meting van draaglast mantelzorgers**.
- Meting van de draagkracht van de mantelzorger is beschreven en aanwezig maar kent in de praktijk nog hiaten in de uitvoering. Pagina 14 (jaarplan 2015) Ook in 2015 zullen we deelnemen aan de uitkomstmetingen van Achmea = meting van draaglast mantelzorgers**.
- Een procedure bemoeizorg is gedeeltelijk afwezig en gedeeltelijk aanwezig maar kent in de

praktijk nog hiaten in de uitvoering.

3. Casemanagement

- Een 24-uurs bereikbaarheidsregeling is casemanagement is aanwezig maar kent in de praktijk nog hiaten in de uitvoering.
- Een 24-uurs beschikbaarheidsregeling casemanagement is aanwezig maar kent in de praktijk nog hiaten in de uitvoering.
- Het meldpunt is beschreven aanwezig maar kent in de praktijk mogelijk hiaten in de uitvoering.
- Onafhankelijkheid van het casemanagement is aanwezig maar kent in de praktijk mogelijk hiaten in de uitvoering.
- Opschalen/doorzettingsmacht van de casemanagers is aanwezig maar kent in de praktijk mogelijk hiaten in de uitvoering.

4. Geïntegreerd zorgplan

- Afwezigheid van een geïntegreerd zorgplan
- Afwezigheid van een geautomatiseerd systeem voor geïntegreerd dossier en/of zorgplan
- Het zorgplan opgesteld in overleg met het cliëntsysteem is aanwezig maar kent in de praktijk mogelijk hiaten in de uitvoering.
- Binnen het zorgplan zijn de probleemanalyse van de draagkracht en draaglast van de mantelzorger aanwezig maar kent in de praktijk mogelijk hiaten in de uitvoering.
- De evaluatie per doel/activiteit is deels aanwezig en deels operationeel. Wanneer met ander zorgverleners zijn beschreven maar kent in de praktijk mogelijk hiaten in de uitvoering.
- Actualisatie per doel is deels aanwezig en deels operationeel. Wanneer met ander zorgverleners zijn beschreven maar kent in de praktijk mogelijk hiaten in de uitvoering.
- Afstemming over het zorgplan is deels aanwezig en deels operationeel. Tussen betrokken zorgverleners is beschreven maar kent in de praktijk mogelijk hiaten in de uitvoering.
- Informatie uitwisseling tussen betrokken zorgverleners en met het cliëntsysteem zijn beschreven maar kennen in de praktijk mogelijk hiaten in de uitvoering.

5. Missende documenten

- Taak- en functieomschrijving bestuurlijk verantwoordelijke
- Beschrijving aanbod en welke partij(en) dat uitvoeren
- Procedure bemoeizorg
- Bereikbaarheidsregeling casemanagement
- Beschikbaarheidsregeling casemanagement
- Procedure geïntegreerd zorgplan

Conclusie: De IGZ doet 26 aanbevelingen aan het netwerk dementie Noordwest Veluwe. Aan geen van de aanbevelingen is volgens de respondenten actief gewerkt. Over twee van de 26 aanbevelingen wordt binnen de formele standaardisatie beschreven hoe zij zijn aangepakt. Dit heeft plaats gevonden op initiatief van de zorgverzekeraar.

Bijlage 3. Respondenten

Netwerk dementie Drenthe		
Interview met	Functie	datum
Els van der Veen	Coördinator	28-7-2016
Hannah Matter	casemanager	28-7-2016
Marjan Hoogeveen	casemanager	28-7-2016
Mariëlle de Jonge	casemanager	28-7-2016
2. Netwerk dementie Noord Holland Noord		
Interview met	Functie	datum
Anneke Wienema	Projectleider (nieuw)	20-7-2016
Jan Vuister	Directeur/bestuurder	14-7-2016
Hanneke Bonfrer	Projectleider (oud)	3-8-2016
3. Netwerk dementie Noord-Limburg		
Interview met	Functie	datum
Lisette Dickhoff	Ketenregisseur	4-8-2016
Lilian Lommen	Trajectbegeleider/casemanager	4-8-2016
José van Mill	Trajectbegeleider/casemanager	4-8-2016
4. Netwerk dementie Noordwest Veluwe		
Interview met	Functie	datum
Dieuwke Biesma	Ketenregisseur (nieuw)	1-8-2016
Ide Neuman	Ketenregisseur (oud)	11-8-2016

Bijlage 4. Dataverzameling

Dataverzameling vond plaats aan de hand van operationalisatie van de drie centrale concepten uit de vraagstelling.

Responsiveness

Respondenten geven op een schaal van 1 - 10 aan hoe responsief zij de evaluatie van het IGZ vonden voor hun Netwerk dementie. De 1 staat daarbij voor totaal niet responsief. De 10 staat voor heel erg responsief.

Deelvraag a. (tegenstrijdigheid in de belangen van stakeholders) wordt uitgewerkt in de interview vragen:

Vragen aan ketenregisseur:

1a. Responsiviteit staat voor de mate waarin de evaluatie uitkomsten een antwoord geven op de evaluatiebehoefte van de organisatie of evaluatiegebruiker. Kan je op een schaal van 1 tot 10 aangeven in hoeverre deze evaluatie van de IGZ een antwoord heeft gegeven op de evaluatiebehoefte van dit Netwerk dementie? Kortom hoe relevant was deze evaluatie op dat moment voor het Netwerk dementie? Kan je beargumenteren waarom het Netwerk dementie minder responsiviteit (laag cijfer) of meer (hoog cijfer) responsiviteit heeft ervaren?

1b. Wie waren en zijn (volgende de organisatie) belangrijke stakeholders van dit Netwerk dementie?

1c. Wat schat (de organisatie) in wat deze stakeholders belangrijk vinden?

1d. Zijn de belangen van de genoemde stakeholders (volgens de organisatie) helder?

1e. Ondervindt (de organisatie) conflicterende belangen bij de verschillende stakeholders? Of zijn de belangen verschillend maar niet conflicterend of komen ze zelfs overeen?

Vragen aan casemanager of andere medewerker:

1f. Responsiviteit staat voor de mate waarin de evaluatie uitkomsten een antwoord geven op de evaluatiebehoefte van de organisatie of evaluatiegebruiker. Kan je op een schaal van 1 tot 10 aangeven in hoeverre deze evaluatie van de IGZ een antwoord heeft gegeven op jouw evaluatiebehoefte voor dit Netwerk dementie? Kortom hoe relevant was deze evaluatie op dat moment voor jou met betrekking tot dit Netwerk dementie? Kan je beargumenteren waarom jij minder responsiviteit (laag cijfer) of meer (hoog cijfer) responsiviteit hebt ervaren?

1g. Wie waren en zijn (volgens jouzelf) belangrijke stakeholders van dit Netwerk dementie?

1h. Wat schat (jij) in wat deze stakeholders belangrijk vinden?

1i. Zijn de belangen van de genoemde stakeholders (volgens jou) helder?

1j. Ondervindt (jij) conflicterende belangen bij de verschillende stakeholders? Of zijn de belangen verschillend maar niet conflicterend of komen ze zelfs overeen?

Deelvraag b. (druk vanuit de organisatie om te veranderen) wordt uitgewerkt in de interview vragen:

Vragen aan ketenregisseur:

2a. Hoe werkt het Netwerk dementie aan verbetering? Wat voor soort verbeteringen worden nagestreefd?

2b. Wat zijn binnen het Netwerk dementie stimulerende factoren voor verbetering?

2c. Wat zijn binnen het Netwerk dementie belemmerende factoren verbetering?

2d. Leggen bestuurders van het Netwerk dementie druk op om te werken aan verbetering? Zo ja op welke wijze? Wat voor soort verbeteringen worden nagestreefd? Zijn dit bijvoorbeeld verbeteringen in houding, gedrag of praktijk?

Vragen aan casemanager of andere medewerker:

2d. Hoe werkt (volgens jou) het Netwerk dementie aan verbetering? Wat voor soort verbeteringen worden nagestreefd?

2e. Wat zijn (volgens jou) binnen het Netwerk dementie stimulerende factoren voor verbetering?

2f. Wat zijn (volgens jou) binnen het Netwerk dementie belemmerende factoren verbetering?

2.g Leggen (volgens jou) bestuurders van het Netwerk dementie druk op om te werken aan verbetering? Wat voor soort verbeteringen worden nagestreefd? Zijn dit bijvoorbeeld verbeteringen in houding, gedrag of praktijk?

Deelvraag c: (persoonlijke kenmerken) wordt uitgewerkt in de interview vragen:

Vragen aan ketenregisseur en casemanager en of andere medewerker:

3a. Is de respondent man of vrouw en wat is de leeftijd?

3b. Wat is het beroep van de respondent?

3c. Wat is de vooropleiding van de respondent?

3d. Kan je kort iets zeggen over je arbeidshistorie?

3e. Wat is je mening over je huidige baan?

3f. In hoeverre ben je bekend met (evaluatie) onderzoek?

3g. Ben je gewend om (evaluatie) onderzoek bij te houden en te integreren in je werk? Zo ja hoe doe je dit?

3h. Ben je zelf betrokken geweest bij dit evaluatieonderzoek? Zo ja hoe zag jouw betrokkenheid er precies uit? Heb je bijvoorbeeld meegewerkt aan de opzet van de evaluatie of het normenkader of ben je zelf geïnterviewd bij de visitatie?, of heb je op een andere manier geparticipeerd?

Standard setting

Deelvraag d: (De invloed van de mate van responsiviteit op de aanpassing van de standaardisatie) wordt uitgewerkt in de onderstaande interview vragen:

Vragen aan ketenregisseur

4a. Hoe worden afspraken over de invulling van de werkzaamheden in dit Netwerk dementie vastgelegd? Is er bijvoorbeeld een regionale uitwerking van de Zorgstandaard dementie gemaakt?, werkt het Netwerk dementie met Zorgpaden?, of is er ander vorm waarin de invulling van werkzaamheden is vastgelegd?

4b. Zijn deze (werk) afspraken op basis van de evaluatie uitkomsten van het IGZ rapport aangepast bijvoorbeeld in de regionale uitwerking van de Zorgstandaard dementie?, een Zorgpad?, of een andere vorm waarin de invulling van werkzaamheden is vastgelegd?

4c. Ben je (als ketenregisseur) betrokken (geweest) bij het opstellen en vastleggen van (recente) werkafspraken naar aanleiding van de evaluatie van de IGZ?

4d. Is de (organisatie) van mening dat de aanpassing van de werkafspraken spoedig heeft plaats gevonden?

Vragen aan casemanager of andere medewerker:

4e. Hoe worden afspraken over de invulling van de werkzaamheden in dit Netwerk dementie vastgelegd? Is er bijvoorbeeld een regionale uitwerking van de Zorgstandaard dementie gemaakt?, werkt het Netwerk dementie met Zorgpaden?, of is er ander vorm waarin de invulling van werkzaamheden is vastgelegd?

4f. Zijn deze (werk) afspraken op basis van de evaluatie uitkomsten van het IGZ rapport aangepast bijvoorbeeld in de regionale uitwerking van de Zorgstandaard dementie?, een Zorgpad?, of een andere vorm waarin de invulling van werkzaamheden is vastgelegd?

4g. Ben je (als medewerker) betrokken (geweest) bij het opstellen en vastleggen van (recente) werkafspraken naar aanleiding van de evaluatie van de IGZ?

4h. Ben jij van mening dat de aanpassing van de werkafspraken spoedig heeft plaats gevonden?

Collaborative practice

Deelvraag e: (Was er sprake van aanpassing van de standaardisatie en leidde dit tot een spoedige aanpassing van gezamenlijke uitgevoerde praktijk?) wordt uitgewerkt in de onderstaande interview vragen en documentanalyse:

Vragen aan ketenregisseur:

5a. Hoe krijgt de gezamenlijk uitgevoerde praktijk van dit Netwerk dementie vorm? Is er bijvoorbeeld sprake van een netwerk model of een geïntegreerd model? Werken casemanagers dementie bijvoorbeeld allemaal op eenzelfde en eenduidige manier of ligt de verleende zorg enkel op hoofdlijnen vast en is er tussen de samenwerkingspartners vrijheid om de zorgverlening op detailniveau zelf in te vullen?

5b. Heeft de aanpassingen in de standaardisering (werkafspraken) geleid tot aanpassing van de gezamenlijke uitgevoerde praktijk (de dagelijkse werkzaamheden)? Zo ja geef voorbeelden hiervan?

5c. Hoe snel werden deze nieuwe werkafspraken ingevoerd?

5d. Zijn de gemaakte werkafspraken nog steeds van kracht?

Vragen aan casemanager of andere medewerker:

5e. Hoe krijgt de gezamenlijk uitgevoerde praktijk van dit Netwerk dementie vorm? Is er bijvoorbeeld sprake van een netwerk model of een geïntegreerd model? Werken casemanagers dementie bijvoorbeeld allemaal op eenzelfde en eenduidige manier of ligt de verleende zorg enkel op hoofdlijnen vast en is er tussen de samenwerkingspartners vrijheid om de zorgverlening op detailniveau zelf in te vullen?

5f. Heeft de aanpassingen in de standaardisering (werkafspraken) geleid tot aanpassing van de

gezamenlijke uitgevoerde praktijk (de dagelijkse werkzaamheden)? Zo ja geef voorbeelden hiervan?

5g. Hoe snel werden deze nieuwe werkafspraken ingevoerd?

5h. Zijn de gemaakte werkafspraken nog steeds van kracht?

Documentanalyse:

Analyse van werkafspraken voor en na de evaluatie (indien mogelijk)

Analyse van regionaal zorgprogramma n.a.v. de Zorgstandaard dementie

Deelvraag f (invloed van de fase van de netwerkorganisatie op de implementatie van nieuwe standaardisering) wordt uitgewerkt in de onderstaande interview:

Vragen aan ketenregisseur:

6a. Wat waren (volgens de organisatie) stimulerende factoren in het implementeren van de nieuwe werkafspraken in gezamenlijke uitgevoerde praktijk?

6a. Wat waren (volgens de organisatie) hinderende factoren in het implementeren van de nieuwe werkafspraken in gezamenlijke uitgevoerde praktijk?

6c. In welke fase bevindt dit Netwerk dementie zich? (De onderzoeker laat de respondent de schematische indeling zien van Minkman).

Vragen aan casemanager of andere medewerker:

6d. Wat waren (volgens jou) stimulerende factoren in het implementeren van de nieuwe werkafspraken in gezamenlijke uitgevoerde praktijk?

6e. Wat waren (volgens jou) hinderende factoren in het implementeren van de nieuwe werkafspraken in gezamenlijke uitgevoerde praktijk?

6f. In welke fase bevindt volgens jou dit Netwerk dementie zich? (De onderzoeker laat de respondent de schematische indeling zien van Minkman).

Documentanalyse:

Via de documentanalyse van de gepersonaliseerde uitkomsten van de IGZ evaluatie van dit netwerk dementie. Hierin wordt de fase van het Netwerk volgens Minkman (2013) in kaart gebracht.

Bijlage 5. Analysematrix

Netwerkdementie Drenthe	Respondent R1.1	Respondenten R1.2
<p>Welke aanbevelingen van de IGZ zijn benut?</p>	<p>Scholingen van huishoudelijke hulpen doen wij niet. Dat is gewoon te veel. 1. Aan scholing van vrijwilligers leveren wij een bijdrage, binnen de campagne Dementievriendelijk. 2. Vroegsignalering van zorgmijders pakken we nu aan via voorlichting. De evaluatie heeft geprikkeld om daar iets mee te doen. 3. We hebben wel geprobeerd het MDO met de GGZ Drenthe op te zetten. Dat is helaas niet goed uit de verf gekomen. Nu hebben we het anders ingericht met multidisciplinaire dementieteams (MDDT's) per regio met regionale arts en psycholoog. Dat gaat inmiddels wel goed. Het hangt wel een beetje af van welke arts en psycholoog je hebt. 4. Die doorzettingsmacht herinner ik me erg uit het rapport van de inspectie, tja wat konden we daar mee. Int. – Wat anders is geworden is dat wijkverpleegkundigen zelf zijn gaan indiceren. Zonder dat jullie daar als Netwerk zelf wat in hebben gedaan is de situatie door het zelf indiceren veranderd. 5. Diagnostiek vind ik een hele moeilijke en heb ik als onderwerp in de stuurgroep ingebracht. Ik heb eerst geprobeerd te inventariseren wat er in een regio gebeurt. Wat voor diagnostiek wordt er precies geleverd? Dat is toch niet goed gelukt hoor. Het blijft een beetje hangen en is erg afhankelijk van wie er zit en of ze iets samen willen. Ik heb afgeleerd om door te gaan als er geen ruimte is om te veranderen. Als ze niet willen dan houdt het op. Het is overigens ook niet mogelijk om aan tien onderwerpen tegelijk te trekken. 6. Methodisch werken hebben we ook nog gedaan. We waren toen net al met de Hogeschool Windesheim aan dat project begonnen maar dat heeft door het IGZ rapport extra aandacht gekregen. Nu zijn we in de klankbordgroepen bezig met het onderwerp 'crisis'. 7. Het geïntegreerde zorgplan hebben we geprobeerd met GINO. In het nieuwe eGPO zit wel iets waarmee je een geïntegreerd zorgplan kan maken. Het is heel slank maar wel een geïntegreerd zorgplan. 8. We hadden al een Helpdesk. Maar nu vinden ze het ook geen probleem meer dat dit als Meldpunt fungeert. Nu staat er ook op de website dat je zorgbegeleiding kan aanvragen via de helpdesk. Dat hebben we met de GGZ Drenthe en de (voorzitters van) ZBO's geregeld. De andere regionale netwerken zijn we goed mee bezig, bijvoorbeeld het palliatieve netwerk.</p>	<p>R1.2.3 Ik denk dat de MDDT (multidisciplinair dementieteam) daar een mooi voorbeeld van is. Het rapport is een aanleiding geweest om daar mee aan de gang te gaan. Die behoefte was er overigens ook hoor bij bepaalde casemanagers die niet vanuit hun eigen organisatie kunnen voorzien om een multidisciplinair overleg te hebben. Er is een plan gemaakt, het is uitgevoerd in de praktijk en het is ook al geëvalueerd. R1.2.2. (2) Rndom het onderwerp zorgplanning zijn met het EGPO begonnen. 3. Met Windesheim hebben we gewerkt aan methodisch werken door middel van het blauwe boekje. R1.2.3. – Inderdaad is onze doorpakmacht als wijkverpleegkundige groter geworden omdat we de zorg zelf kunnen indiceren. Maar als iemand in een andere financieringsstroom valt zoals de WLZ dan ben ik daar nog steeds in beperkt. In de WLZ is het casemanagement niet goed doordacht. Er zit wel verpleging in maar casemanagement is binnen de WLZ geen aparte functie of als apart product. (4) R1.2.2 – Vroeg signalering is wel opgepakt alleen het is niet enorm uitgedragen bedenk ik me. Binnen het EGPO wordt het bijvoorbeeld wel genoemd en we hebben het er vaak met elkaar over. In onze overleggen met de huisarts krijgen we al heel vaak snel signalen. (5) R1.2.2 – We doen binnenkort ook weer de scholing voor WMO consultants. (6) Int. – Een ander punt was de realisatie van een meldpunt. Er is dus best veel gedaan n.a.v. het IGZ rapport.</p>
<p>Propositie 1 Evaluatie gebruikers die weinig tegenstrijdigheid ervaren in de belangen van stakeholders zullen de evaluatie eerder als responsief ervaren dan evaluatie gebruikers die veel tegenstrijdigheid ervaren in de belangen van stakeholders.</p>		
<p>Cijfer responsiviteit plus toelichting</p>	<p>Ik geef een 8 Er is altijd wel evaluatie behoefte bij ons. Ik vond het onderzoek van de IGZ een goed onderzoek. Ik vond dat we echt goede gesprekken hadden. Ik vond ook dat ze kennis van zaken hadden. Ze stelde de goede vragen.</p>	<p>Respondenten geven een 8. R1.2.1 – Ik had in eerste instantie het gevoel het staat wat verder van mij af. Maar al je er over na denkt en je leest wat we er uit hebben gehaald, en wat we kunnen gebruiken in de praktijk, dan staat zo'n rapport weer in een keer heel dicht bij. Als je van toe naar nu kijkt dan zijn er al zoveel dingen veranderd. De rol van de coördinator is daarin er belangrijk. R.1.2.3 – Ik zit nog niet zo lang bij het voorzitters overleg. Ik heb het rapport wel gezien maar dat was meer naar aanleiding van dit interview. Mijn eerste reactie was we hebben heel wat werk verzet. Mijn cijfer is dan wel een acht. Ik denk dat wij ook wel een Netwerk zijn dat zich wil profileren en ons er hard voor wil maken.</p>

Conflicterende belangen stakeholders	Ja, die conflicterende belangen zijn er, dat is gewoon zo, voortdurend zelfs. Ik vind dat sinds de zorg een markt is geworden we gewoon meer concurrentie hebben. En de huisartsen hebben een belang en de GGZ heeft een belang en thuiszorgorganisaties helemaal. Dat vind ik zelf heel jammer. Wat zijn ze toch aan het doen? Aan de ene kant maak je er een markt van en aan de andere kant wil je dat ze samenwerken. Dat botst. Maar we doen het in Drenthe. En het gaat ook. (over helderheid van belangen) Ja dat is me helder en dat probeer ik ook altijd op tafel te krijgen. Ook met klankbordgroepen in de regio's ben ik er mee begonnen om dat te verhelderen. Ik heb ze allemaal laten uitspreken waarvoor we hiervoor bij elkaar zitten.	R1.2.2 – Die vraag is wel wat verder van ons bed. Ik kan daar geen antwoord op geven. Dat gebeurt echt in de participantenraad. Er is in het verleden wel een vorm van concurrentie geweest. Niet alleen tussen zorgorganisaties maar ook tussen geheugenpoli's. De concurrentie lijkt nu minder. R1.2.1 – Die concurrentie is er natuurlijk wel maar ze hebben ook met zijn allen als organisaties een gezamenlijk doel. R1.2.3 – Of iedereen zich voor dit gezamenlijke doel wil en kan inzetten is wel ter tafel gekomen tijdens de klankbordgroep bijeenkomsten. Want wat is het nut van het overleg al je je niet bij het doel betrokken voelt.
Belemmerende en stimulerende factoren in kwaliteitsverbetering	(stimulerend) Het onderwerp moet een beetje een fun factor hebben. Bijvoorbeeld 'Dementie vriendelijk' financieren we met het geld wat we vroeger aan GINO uitgaven. Ik zeg daarbij aan alle samenwerkingspartners dat ik ze allemaal nodig heb om in te zetten. Dat wordt wel extra door het netwerk betaald. Dat vinden bestuurders leuk ondanks dat hun naam dan niet wordt genoemd. (belemmerend) Financiering kan een belangrijke belemmering zijn. Stel dat Achmea zou zeggen dat het casemanagement alleen door Icare gedaan moet worden en de rest maar als onderaannemer moet gaan werken. Dat zou echt verschrikkelijk zijn. Het sterke bij ons is dat iedereen even veel stem heeft en niet wordt overheerst of gedomineerd. Ik hoor dat Achmea enthousiast is over ons model en de manier waarop we het aanpakken rondom kwaliteit. Ik zit ook in de landelijke stuurgroep voor de kwaliteitsindicatoren. Het instrument is OK en geeft je gelegenheid om te evalueren twee keer per jaar. We hebben de participanten gestimuleerd eraan mee te doen. Achmea was er zeer over te spreken dat er zoveel aanbieders uit ons gebied mee doen	(Stimulerend) R1.2.3. - De manier waarop we het georganiseerd hebben en hoe de coördinator met ons omgaat helpt. Ook de contacten te zoeken buiten het netwerk helpt.
Propositie 2 Evaluatie gebruikers die veel druk vanuit de organisatie ervaren om te veranderen zullen de evaluatie eerder als responsief ervaren dan evaluatie gebruikers die weinig druk uit de organisatie ervaren om te veranderen.		
Ervaren druk vanuit de organisatie om te veranderen	Ja, in de zin van dat we vorig jaar besproken hebben dat we naar kwaliteitsnetwerk gaan. Dat betekent dat kwaliteitstoetsing in klankbordgroepen en nog meer de nadruk op scholing. (Over wie er met kwaliteitsverbetering inzet) Ik heb vorige zomer (weer) een toekomstvisie geschreven, dus voor de langere termijn. Er staan dus stippen op de horizon. Per jaar maak ik een jaarplan. Die worden overigens wel steeds korter, anders schrijf je steeds hetzelfde op. In de uitwerking van de regionale Zorgstandaard over het onderwerp casemanagement hebben we afspraken gemaakt over opleiding en bereikbaarheid en dat soort zaken.	R1.2.1 – Niet vanuit bestuurders. R.1.2.3 – Ik denk ook niet dat wij dat vanuit hun verlangen. Wij hebben meer dat wij dat vanuit de ZBO's er als casemanager zelf bepaalde waarde aan proberen te hechten. R1.2.2 – het grote verschil is dat het bij ons van onderop komt. Het bestuur past zich aan ons aan. Het is niet zo dat het bestuur naar beneden gaat wijzen. Ik denk dat het eerder van onderop komt dan dat het bestuur weet waartegen wij aanlopen. Ik denk dat wij sneller doorhebben van dat wat wel of niet goed gaat dan dat het bestuur dat heeft.
Propositie 3 De persoonlijke kenmerken van de evaluatiegebruiker zijn van invloed op de ervaren responsiviteit van de evaluatie resultaten.		
Kenmerken evaluatiegebruiker	Vrouw (58), Coördinator Netwerk dementie Drenthe, Universitair - Psychologie. Ervaart het als een leuke baan. Ik ben niet betrokken geweest bij de ontwikkeling van het normenkader. Ik ben wel geïnterviewd tijdens de evaluatie.	Vrouw (25) Vrouw 47, Vrouw 36, allen zijn zorgbegeleider/casemanager dementie en hebben plezier in de huidige baan. Aanvullen. Allen hebben een HBO opleiding plus een opleiding casemanager dementie. Een van de casemanagers is indertijd geïnterviewd door de IGZ.
Kenmerken evaluatiegebruiker onderzoek	Ik noemde al eerder de dementiemonitor en andere evaluaties. Als er iets langs komt van bijvoorbeeld het NIVEL dan lees ik dat natuurlijk en verspreid ik dat.	Uitkomsten van evaluatie- en of wetenschappelijk onderzoek worden volgens de respondenten aangereikt door de ketenregisseur

Propositie 4 Een evaluatie die als hoog responsief wordt ervaren leidt makkelijker tot (aanpassing van) standaardisering dan een evaluatie die nauwelijks als responsief wordt ervaren.		
Hoe vindt standaardisatie plaats binnen het netwerk?	Ik heb vorige zomer (weer) een toekomstvisie geschreven, dus voor de langere termijn. Er staan dus stippen op de horizon. Per jaar maak ik een jaarplan. In de uitwerking van de regionale Zorgstandaard over het onderwerp casemanagement hebben we afspraken gemaakt over opleiding en bereikbaarheid en dat soort zaken. Wat ze moeten doen, de taken, de criteria, de functie eisen.	R1.2.2 – Er is een kwaliteitsprofiel beschreven vanuit het netwerk. Dat zijn minimum kwaliteitseisen of kwaliteitsbeleid. Hierin staat beschreven hoeveel cliënten, hoeveel uur etc. R1.2.3 – het is laatst weer herschreven en besproken in de klankbordgroep. Het staat inmiddels als concept klaar. R1.2.1 – Er zijn natuurlijk ook verschillen in werkwijze bijvoorbeeld over de frequentie van contact met cliënten. Je moet bij sommige organisaties minimaal 2x per jaar contact hebben maar het Netwerk dementie zelf zegt 1 maal per 6 weken. Dat is een heel groot verschil. Daarover maken we als zorgbegeleiders ook afspraken, bijvoorbeeld over de contactafspraken. Nieuwe opleidingseisen staan bijvoorbeeld ook beschreven maar je werkt toch verschillende als je vanuit een dagbesteding werkt of je bent een casemanager vanuit de functie wijkverpleegkundige.
Was er standaardisatie rondom benutte aanbevelingen?	Int - Het is niet echt een lineair proces geweest, klopt dat? Het lijkt meer een soort slinger weg. Respondent - Ja, inderdaad. Het is wel zo dat het IGZ onderzoek weer even de aandacht vestigt op. Dat heeft het absoluut wel gedaan. Wat werkt bij een participantenraad is dat je zegt dat het moet van de inspectie. Dat is een stimulerende factor. Int – Mogelijk zijn er per onderwerp stimulerende en belemmerende factoren te noemen. Resp. – Het is ook allemaal extra werk en daar moeten ze wel eerst het profijt van zien en ondervinden voordat ze het echt gaan doen. Dat mag je ook best wat meer afdwingen van bovenaf. En nogmaals als financiering wat meer zou prikkelen.	R1.2.1 – We zijn nu ook bezig met een beschrijving hoe je bijvoorbeeld een anamnese doet. Vanuit Windesheim zijn we daar mee bezig geweest en we afgesproken dat we dat we gaan oppakken. Dat is het blauwe boekje en we zijn voornemens om dat weer te integreren. Maar vanwege alle toestanden die we gehad hadden lag het even stil.
Propositie 5 Een formele vorm van standaardisering leidt sneller tot aanpassing van de gezamenlijke uitgevoerde praktijk dan geen of geringe (informele) standaardisering.		
Formeel versus informele standaardisatie	Ik denk aan dat MDDT van de zorgbegeleiding. Daarvan dacht ik: "we moeten het nu echt beter gaan doen". Ik heb er ook voor gezorgd dat de ZBO voorzitters en ik nu samen inderdaad de bevoegdheid pakken om voorbereidende besluiten te nemen. Het stichtingsbestuur en de Participanten Raad moeten uiteindelijk een tik er op geven.	R1.2.2 – Er is een kwaliteitsprofiel beschreven vanuit het Netwerk. Dat zijn minimum kwaliteitseisen of kwaliteitsbeleid. Hierin staat beschreven hoeveel cliënten, hoeveel uur etc.
Propositie 6 De fase waarin de netwerkorganisatie zich bevindt is van invloed op de manier waarop de aanpassing van de standaardisering wordt geïmplementeerd binnen de gezamenlijke uitgevoerde praktijk.		
Van standaardisatie naar implementatie	We hebben wel geprobeerd het MDO met de GGZ Drenthe op te zetten. Dat is helaas niet goed uit de verf gekomen. Nu hebben we het anders ingericht met multidisciplinaire dementieteams (MDDT's) per regio met regionale arts en psycholoog. Dat gaat inmiddels wel goed. Het hangt wel een beetje af van welke arts en psycholoog je hebt. Sommige pakken hun rol goed op maar anderen hebben daar meer moeite mee en geven nog niet veel toegevoegde waarde. (later) Een aantal onderwerpen is al naar gelang de omstandigheden direct aangepakt. Andere onderwerpen hebben een tijdje gelegen tot dat er ruimte was om er mee aan de slag te gaan.	R1.2.3 – je ziet dat het gewoon lang duurt voordat er nieuwe dingen worden geïmplementeerd. Je merkt ook dat met alle administratie die van je wordt verwacht dat er niet altijd ruimte is. We kregen bijvoorbeeld laatst weet een nieuw computersysteem. Daarnaast heb je ook nog je eigen registratie. En van elke nieuwe ontwikkeling vanuit het netwerk is ook de vraag of het daadwerkelijk wordt gebruikt. Het belang van gezamenlijk dingen afspreken verloopt niet heel snel. Je wil een systeem waar je het aan kan hangen maar waar ook meerdere partijen bij betrokken zijn. Dat is bijvoorbeeld het EGPO maar je ziet dat ook onder huisartsen het maar mondjesmaat wordt geïmplementeerd. Er worden ook vanuit andere professies communicatievormen opgezet dan is het per organisatie de vraag waar gaan we allemaal aan mee doen. Je kan je energie niet op alles tegelijk richten. Ik denk dat de basis zoals

		we werken in de ZBO's wel helder is. Daar heeft men ook wel het idee wat het minimale wat nodig is dan is.
Soort model naar Van Mierlo	We zijn hier een netwerkmodel. Zie ook hiervoor over de klankbordgroepen en de Zorgstandaard casemanagement/zorgbegeleiding dementie binnen het NDD	Er is volgens de respondenten sprake van een netwerk organisatie met een stapje plus.
Fase model naar Minkman	We werden in fase twee ingedeeld. Ik vind dat de afgelopen jaren wel een stapje gedaan hebben. We zijn bezig om naar fase 3 te gaan.	Allen respondenten denken in fase drie en een respondent denk mogelijk zelfs 3 en een half.

Netwerk Noord-Holland Noord	Respondent 2.1	Respondent 2.2	Respondent 2.3
Welke aanbevelingen van de IGZ zijn benut?	Er zijn geen uitgewerkte zorgpaden. Mijn voorganger heeft nog een regionale uitwerking van de zorgstandaard dementie gemaakt. Die is onder hoge druk tot stand gekomen. Die versie die leefde voor mij ook niet echt. Ik heb hem recent met de vorming van de werkgroepen erbij gehaald waardoor hij voor mij nu ook relevanter is geworden. Er is op dit moment geen meerjarenbeleidsplan. Dat was er eerder wel.	Er is een regionale uitwerking van de Zorgstandaard dementie gemaakt. Toch heb je een belangrijk thema waar die evaluaties altijd naar kijken. Wat inspecties, controleurs en verzekeraars willen is dat het regionaal gedragen wordt en wensen een overeenkomst waar dat staat. Die hebben we niet. Er staat nergens dat het casemanagement uniek is voorbehouden aan Geriant. In de praktijk functioneert het netwerk tot op heden.	Het schrijven van de regionale Zorgstandaard was mijn laatste werk voor ik weg ging. Ook na het vastlopen van het 'In voor zorg' traject waren we toen op zoek naar hoe we verder konden. Hoe konden we toch een document ontwikkelen waar we mee verder konden? Dit was een soort van aanzet van: "waar liggen dan wel mogelijkheden en waar moeten we ons wel op richten"? Inmiddels was wel duidelijk dat de Zorgstandaard dementie de belangrijkste leidraad zou gaan worden. Ik heb in de regionale Zorgstandaard de feitelijke situatie beschreven en een aantal punten benoemd om aan te kunnen gaan werken. Het IGZ rapport heeft daarbij mede als input gediend.
Propositie 1 Evaluatie gebruikers die weinig tegenstrijdigheid ervaren in de belangen van stakeholders zullen de evaluatie eerder als responsief ervaren dan evaluatie gebruikers die veel tegenstrijdigheid ervaren in de belangen van stakeholders.			
Cijfer responsiviteit plus toelichting	Respondent geeft een 1. Ik zal de rapportage over dit netwerk in die tijd ongetwijfeld gezien hebben maar het is me toen niet opgevallen. Ik heb dit document nooit overgedragen gekregen als iets "dit is heel zinvol" hier moet je wat mee. Ik heb het wel eerder een keer gelezen maar dacht toe ook van "het zal wel". Het heeft mij niet geïnspireerd om er iets mee te doen. Ook nu ik het wederom gelezen heb geef ik het een laag cijfer voor responsiviteit.	5 a 6 of misschien wel 6 a 7 en voor Geriant 2. Er was in die tijd eigenlijk geen evaluatie behoefte. Wie is de organisatie? Is dat het netwerk dementie of is dat Geriant? Het probleem in de definitie waar we tegen aan lopen is dat Geriant een onderdeel is van het netwerk dementie NHN en anderzijds gaat het onderzoek van de inspectie grotendeels over de organisatie van casemanagement. Dat wordt bij ons niet gedaan door het Netwerk dementie maar door Geriant. Dat is een spagaat waar we het hele interview in terug gaan komen.	. Het platform zat niet zozeer op de deze evaluatie te wachten. Ik geef het een cijfer 3, heel laag dus. Het was echt min of meer opgelegd kan ik mij herinneren. Het moest ook op stel en sprong geregeld worden. Toen hebben we maar van de nood een deugd gemaakt.
Conflicterende belangen stakeholders	Ik denk dat de belangen meer verschillend zijn dan tegenstrijdig. Als je de grote spelers vraagt "ben je voor goede dementiezorg met zorg en afstemming" dan zullen ze natuurlijk allemaal ja zeggen. Maar als het gaat om "ben je bereid om iets in te leveren om te gaan samenwerken", je zult immers een aantal diensten die je nu alleen doet gemeenschappelijk moeten doen, dan zie je dat het ineens voor organisaties eng wordt. Is een organisatie belang een tegengesteld belang voor	Ja er zijn conflicterende belangen. Je ziet twee grote bewegingen die de laatste 10 jaar hebben gespeeld. Enerzijds zie je dat dementie een onderwerp is geworden. Dat was het voor 10 jaar geleden echt niet. Dus het is een onderwerp wat er toe doet en waar gewicht aan hangt voor partijen. De tweede grote kracht is dat wij in Nederland iets als marktwerking hebben bedacht. Niet zo'n markt als in de profit economie, en toch merk je dat al die organisaties in een soort stand staan van "what's in it for me"? Dat is	Er was op onderdelen inderdaad sprake van conflicterende belangen. Daar kan je niet omheen. In sommige opzichten zijn het partners maar in zekere zin zijn het ook concurrenten. Zeker in die markt die zo spannend is waarin iedereen toch een beetje zijn eigen terrein aan het bevechten is.

	goede dementiezorg? In principe niet maar misschien werkt het in de praktijk toch wel zo.	een uiting van marktwerking, van mij moet in deze tijd overeind blijven, ik moet mijn contracten binnen halen, ik moet mij ontwikkelen, ik moet groter, groter, grootst, ik moet de ander te snel af zijn. Dat zijn allemaal uitingen van marktdenken geworden. Dat is niet de basishouding die je bij dementie hulpverlening nodig hebt. Dat dicht ik niet aan het functioneren van het Netwerk toe maar in het algemeen zoals ik naar de gezondheidszorg kijk.	
Belemmerende en stimulerende factoren in kwaliteitsverbetering	(belemmerend) Wat ik net al zei organisatiebelangen kunnen verbetering in de weg staan. Daarnaast zijn er veranderingen waar wij weinig aan kunnen doen. Dus als het rijk bijvoorbeeld besluit zeken niet meer te financieren dan heeft dat gevolgen voor ons als Netwerk. (stimuleren) Het is van belang dat er kleine of grote zichtbare resultaten worden geboekt die voor mensen op de werkvloer aansprekend zijn. Dus concrete resultaten.	(stimulerend) Persoonlijke relaties. Ik denk uiteindelijk dat dingen als hoe je met elkaar kan opschieten heel dominant zijn. Je kan het prachtig mooi vastleggen in een structuur maar er moet ook olie in de machine en dat is toch heel vaak persoonlijke relaties, speskende voorbeelden, mensen die het voortouw nemen, die achter de schermen willen water dragen. Al dat soort zachte factoren in de samenwerking. (belemmerend) Dat heb ik net al een beetje benoemd. Omdat dementiezorg een onderwerp is waar organisaties een groter gewicht aan hangen. Heel bot kun je het eigenbelang noemen. Enerzijds is het de commitment aan iets ... En er zijn ook wel gewoon inhoudelijke visieverschillen. Ik denk dat niet alle partijen hetzelfde vinden van wat er moet gebeuren wat goed is. Dat vind ik nog all-in te game, dat kan.	(Stimulerend) Je zag veel ruimte als het ging om verbetering voor cliënten of mantelzorgers ging. Daar zat echt de energie en de motivatie. Afhankelijk van het onderwerp was men gemotiveerd en bereid om daar tijd in te steken. Ik denk dat dit een heel belangrijke factor was. (belemmerend) Iedereen was gemotiveerd voor verbetering alleen er was niet altijd consensus hoe die verbetering er concreet uit moest zien. Samen verbetering realiseren met verschillende organisaties en verschillende mensen is natuurlijk weer heel iets anders dan verbetering realiseren binnen je eigen organisatie. De verbetering voor de ene partij was misschien wel strijdig met het belang van de andere partij. Dat heeft verbetering wel eens in de weg gestaan. De factor tijd was ook belemmerend. Het feit dat het platform er even bij moest naast het reguliere werk. (later) Het zorgkantoor was in die tijd ook wel sturend over bijvoorbeeld een bepaalde scholing die we hebben ontwikkeld. Je liet gewoon geld liggen als je niet meedeed. Op het moment dat dit geld wegviel, en je zou van organisaties vragen om zelf te investeren, dan krijg je ineens een hele andere dynamiek. Dus misschien is de samenwerkingsbereidheid ook wel geflatteerd door een pot met geld. Het zorgkantoor verplichtte bijvoorbeeld organisaties om lid te worden.
Propositie 2 Evaluatie gebruikers die veel druk vanuit de organisatie ervaren om te veranderen zullen de evaluatie eerder als responsief ervaren dan evaluatie gebruikers die weinig druk uit de organisatie ervaren om te veranderen.			
Ervaren druk vanuit de organisatie om te veranderen	Nee, en ik ervaar zelfs een soort van vrijblijvendheid bij bestuurders. Int.- Je zou zelfs meer druk wensen? Resp- Ja, inderdaad. Ik vind dat ze zich altijd wel heel makkelijk hebben opgesteld. Het is al snel goed. - Dat is misschien gechargeerd maar wel zoals ik heb meegemaakt de afgelopen jaren en daarmee ook spreekwoordelijk trekken aan een dood paard. Van mij mag er door bestuurders meer gevraagd	Te weinig. Op dit moment blijft iedereen in de veilige zone. We hebben veel mensen in die werkgroepen. Die moeten daar tijd voor krijgen. Of bestuurders dat nu echt faciliteren met kracht, dat weet ik niet.	Op het punt van het bepalen van thema's waren ze allemaal erg betrokken maar als er een vervolgvraag kwam voor concrete werkzaamheden van medewerkers van de organisaties dan was het heel wisselend. Een aantal spande zich dan in maar een aantal ook niet, of nauwelijks. Dat hielp helemaal niet. Als onafhankelijk projectleider ben jij niet degene die mensen kan aanspreken dat ze in het projectteam moeten gaan zitten. Soms heb ik inderdaad meer van bestuurders verwacht. Uiteindelijk gaat de eigen organisatie altijd

	worden.		voor. Dat begrijp ik hoor. Het platform is erbij maar dat staat niet bovenaan het prioriteitenlijstje.
Propositie 3 De persoonlijke kenmerken van de evaluatiegebruiker zijn van invloed op de ervaren responsiviteit van de evaluatie resultaten.			
Kenmerken evaluatiegebruiker	Vrouw (52), projectleider / beleidsadviseur, fysiotherapie met aanvullende opleiding. Huidige baan is met doorstart nieuwe voorzitter weer leuker. Was niet betrokken bij de IGZ evaluatie.	Man, bijna 60, bestuurder/directeur, Klinische psychologie en hogere management opleiding. Is betrokken bij de uitwerking van het normenkader en is geïnterviewd door de IGZ. Door de unieke constructie van Geriant vervult de respondent een rol die binnen andere netwerken door de ketenregisseur wordt vervult.	Vrouw (48), toen projectleider platform dementie NHN. Vertaalwetenschapper. Ik heb de evaluatie voor ons platform georganiseerd en ben geïnterviewd.
Kenmerken evaluatiegebruiker onderzoek	Ik ben geen onderzoeker en ik ben ook niet wetenschappelijk opgeleid. Mensen neigen in mijn ogen snel naar wollige taal. Weten we dan of we het echt nog met elkaar weten waar het over gaat? Ik kan best goed mee doen met dat soort gesprekken. Als dat het niveau is van een evaluatie en een onderzoek dan spreekt het mij niet aan. Het moet voor mij herkenbaar zijn, praktisch en te begrijpen.	Is bekend met evaluatie onderzoek en is gewend om dit in zijn werk te betrekken.	Ik ben bekend met onderzoek. Het toepassen heb ook geleerd in de praktijk bij Facit waar ik beleidsadviseur en projectleiders was. Ik heb veel met evaluatieonderzoek van doen gehad zoals bijvoorbeeld de CQ-onderzoeken.
Propositie 4 Een evaluatie die als hoog responsief wordt ervaren leidt makkelijker tot (aanpassing van) standaardisering dan een evaluatie die nauwelijks als responsief wordt ervaren.			
Hoe vindt standaardisatie plaats binnen het netwerk?		Er zij wel allemaal inhoudelijke concepten ingebracht maar die zijn gewoon niet beklifd. We kregen de neuzen niet dezelfde kant op.	Het IGZ rapport is absoluut input geweest voor het 'In voor zorg' traject als onderwerpen waar we iets mee moesten. Als de IGZ inderdaad op bepaalde zaken opnieuw zou gaan toetsen dan moesten we zorgen dat we zaken nog beter op order hadden of beter hadden verankerd. Het verbreden met het werken met de huisartsen en het geïntegreerde zorgplan waren de belangrijkste punten. De volgtijdigheid weet ik niet meer precies maar ik denk dat het IGZ rapport een belangrijke rol heeft gespeeld bij het 'In voor zorg traject'.
Was er standaardisatie rondom benutte aanbevelingen?	Ik hoorde zeggen dat de aanbevelingen uit het IGZ als aanbevelingen zijn terug gekomen in de regionale vertaling van de Zorgstandaard dementie. Ik weet alleen niet of mijn voorganger ze daar uit heeft overgenomen of dat ze zelf na evaluatie tot dezelfde onderwerpen kwam. Ik kan het je niet vertellen.	Er is een regionale uitwerking van de Zorgstandaard dementie gemaakt. Toch heb je een belangrijk thema waar die evaluaties altijd naar kijken. Wat inspecties, controleurs en verzekeraars willen is dat het regionaal gedragen wordt en wensen een overeenkomst waar dat staat. Die hebben we niet. Er staat nergens dat het casemanagement uniek is voorbehouden aan Geriant. In de praktijk functioneert het netwerk tot op heden.	Ook na het vastlopen van het 'In voor zorg' traject waren we toen op zoek naar hoe we verder konden. Hoe konden we toch een document ontwikkelen waar we mee verder konden? Dit was een soort van aanzet van: "waar liggen dan wel mogelijkheden en waar moeten we ons wel op richten"? Inmiddels was wel duidelijk dat de Zorgstandaard dementie de belangrijkste leidraad zou gaan worden. Ik heb in de regionale Zorgstandaard de feitelijke situatie beschreven en een aantal punten benoemd om aan te kunnen gaan werken. Het IGZ rapport heeft daarbij mede als input gediend.
Propositie 5 Een formele vorm van standaardisering leidt sneller tot aanpassing van de gezamenlijke uitgevoerde praktijk dan geen of geringe (informele) standaardisering.			
Formeel versus informele standaardisatie	Er is een vertaling gemaakt van de regionale zorgstandaard dementie. Deze heeft recent een		De regionale Zorgstandaard is formeel bekrachtigd door bestuurders

	update gehad.		
Propositie 6 De fase waarin de netwerkorganisatie zich bevindt is van invloed op de manier waarop de aanpassing van de standaardisering wordt geïmplementeerd binnen de gezamenlijke uitgevoerde praktijk.			
Van standaardisatie naar implementatie		Int.- Implementeert het netwerk dementie makkelijk nieuwe afspraken? Resp. – Nee. Belangen van organisaties zijn niet altijd hetzelfde. We hebben bijvoorbeeld een project Warmer welkom gehad waarin in onze visie zaken geheel niet van de grond komen. Daar zie dat dat wat de mond gezamenlijk wordt beleden in individuele organisaties niet landt.	
Soort model naar Van Mierlo	Het geïntegreerde model	Het geïntegreerde model	Er is sprake van een geïntegreerd model.
Fase model naar Minkman	We zitten tussen fase 2 en 3 in.	Geriant in fase 4 (uitbouw). Met het netwerk zijn we mogelijks zelfs een fase terug gegaan naar fase 2.	Volgens mij had ik ons ingedeeld bij fase 2. Maar daar was nogal wat discussie over. Op sommige onderdelen ook in fase 3. De IGZ heeft ons in fase 3 ingedeeld en Geriant zelfs in fase 3 of 4. Het is net hoe je het netwerk definieert.

Netwerk dementie Noord-Limburg	Respondent R3.1	Respondenten R3.2
Welke aanbevelingen van de IGZ zijn benut?	<p>1) Een mooi voorbeeld vond ik het onderwerp medicatie. Dat is één van de dingen waar het IGZ iets over zei waarin we in het gesprek met hun al zeiden: “dat is helemaal waar maar de praktijk laat ons zien dat het allemaal niet zo gemakkelijk is en dat wij bij een intake wel een juist beeld van medicatie kunnen krijgen maar dat kan de dag erna wel anders zijn. Als die mevrouw of meneer naar de drogist is gegaan en heeft daar zelf nog een paar slaappillen heeft toegevoegd dan houdt het al op”. We hebben daarvoor vastgelegd welke stappen we daar in doen. Bij de intake en bij een MDO registeren we de veranderingen. Dan heb je tenminste twee keer per jaar dat je daar stil bij staat. Als iemand opgenomen wordt dat we zelf nog even navraag doen naar het laatste medicatieoverzicht. Dat is daar bijvoorbeeld uitgekomen. Dat hebben we heel bewust gedaan. We hadden zoiets van: “zo als de inspectie dat wil dat kan gewoon niet”. Omdat het zo is vastgelegd werken casemanagers ook op die manier in de praktijk. (2) We zijn met de scholingsafspraken aan de gang gegaan. Wat we hier gedaan hebben is dat we een inventarisatie hebben gemaakt van: “wat hebben we allemaal aan scholing, wie doet wat en wat kunnen we vooral samen doen. We hebben een soort van inventarisatie gemaakt. Ik kan op de lijst nu zien bij wie ik voor welke scholing contact op moet nemen. (3) Vroegsignalering is al niet meer van toepassing omdat bemoeizorg omdat... Bij ons speelt de GGZ bijna geen rol meer in de hele keten heeft behalve als we cliënten hebben met een gedragsstoornis en de psychiater is wekelijks bij het cliëntenoverleg aanwezig. Dat is de rol van de GGZ. Vroegsignalering zit nu vooral in de nieuwe projecten bij de sociale-wijkteams en de POH's maar dat is niet vanuit dit rapport gekomen. (4) De aanwezigheid van een geïntegreerd zorgplan daar hebben we het over gehad, dat die norm misschien wel te hoog was. We hebben inmiddels in het huisarts</p>	<p>R.3.2.1 (1) We hebben de scholingsmogelijkheden verder uitgebreid. De ketenregisseur pakt dat best breed op. Huishoudelijke hulp daar heeft Kelly veel in gedaan. (2) We werken veel samen met de huisarts en de GGZ rondom bemoeizorg. Soms is het ook duidelijk en dan kunnen we met een werkdiagnose dementie werken en dan kunnen we als trajectbegeleider er in blijven. In de loop van het traject wordt de daadwerkelijke diagnose dan wel een keer duidelijk. Dan moet er toch wel een duidelijk beeld zijn. Soms doen we ook zorg samen met de SVP van de GGZ. Zij zijn geen teamleden. Ze komen wel eens in het team (3) indertijd waren we aan het zoeken met de zorgplannen. Toen ik hier begon maakte we ook een hele andere intake dan nu. We zitten nu niet alleen op het diagnose stuk maar ook op het juridische stuk. Int. – Is dat gestimuleerd door dit rapport of was dat er anders toch wel gekomen? R3.2.2 - het waren groeipunten. Dat evolueert zich in de tijd. R3.2.1 – Waar de ketenregisseur ook heel actief in is, en wat evolueert, is het stuk palliatieve zorg en het levenseinde. Wat anders nu is dat we dementie als een palliatieve ziekte zien. Zodat we nu al kijken, zeker bij mensen met dementie zelf van wat wil je als je daarvoor verder bent in de ziekte. Int. - Een rapport kan hier bouwstenen of inspiratie voor geven. Ik hoor jullie niet zozeer zeggen van de aanpassingen uit de werkwijze kwamen specifiek uit dit rapport. Er is dus niet aan de hand van de evaluatie gezegd dit is geconstateerd en dit gaan we veranderen. R3.2.1 – Inderdaad. Int. - Ik zie dat Netwerken op allerlei manieren worden beïnvloed en zo'n IGZ rapport is daar één van de bronnen voor. Die neem je dan mee in je hoofd en op een later moment als er de tijd voor rijp is ga je er mee aan de slag. R.3.2.1 – Inderdaad.</p>

	<p>informatiesysteem waarin naast de huisarts ook de andere disciplines kunnen. Dat is inmiddels geregeld. Nu zijn we aan het kijken hoe ook de cliënt in dat zorgplan zou kunnen. Ik ben best actief dus met de uitkomsten van het IGZ rapport aan de slag gegaan. Ik heb met de mensen die hier zijn geweest ook wel contact onderhouden. Dus ik heb ze later ook wel gebeld over iets waarmee ik niet zo goed wist wat ik er mee aan moest.</p>	
<p>Propositie 1 Evaluatie gebruikers die weinig tegenstrijdigheid ervaren in de belangen van stakeholders zullen de evaluatie eerder als responsief ervaren dan evaluatie gebruikers die veel tegenstrijdigheid ervaren in de belangen van stakeholders.</p>		
<p>Cijfer responsiviteit plus toelichting</p>	<p>7 a 8 Wat ik vooral vond was dat er geen verassingen in het rapport van het IGZ stonden. We hadden best goed gescoord. Ik had toen de evaluatie werd aangekondigd ook zoiets van: "laat maar komen, we zijn nu een aantal jaren bezig". Eind 2012 kwamen ze langs en toen waren we zo'n dik drie en een half jaar in de praktijk bezig. (toevoeging We horen nu wat goed gaat en wat verbeterd kan worden.) We waren nog heel erg zoekende naar heel veel dingen. Ik had echt zoiets van laat maar komen en laat ze maar kijken. Er kan alleen maar iets uitkomen wat goed is, wat je kan aanpakken. We horen nu wat goed gaat en wat verbeterd kan worden.</p>	<p>Respondenten geven een 7 á 8. R.3.2.1 – We hadden het er gister met de ketenregisseur nog over. Als ik het me goed herinner hadden we toen het gevoel dat we aan het pionieren waren. We waren bijvoorbeeld aan het zoeken hoe we een zorgplan moesten opstellen en of dat wel allemaal volgens de regels ging. Eigenlijk was vanaf het begin de bedoeling dat we in het huisartsen informatiesysteem zouden zitten. We zitten er nu inmiddels in, maar nog geen vijf jaar. Het rapport gaf me in ieder geval houvast dat we op de goede weg waren. Ik zou het wel een 7 a 8 geven als het gaat om responsiviteit. Aan de ene kant waren er kleine dingen die als aandachtspunt waren. Je moet op een gegeven moment toch een bepaalde standaard hebben en daar gaan we naar toe. Aan de andere kant de bevestiging dat we goed bezig waren was ook wel fijn.</p>
<p>Conflicterende belangen stakeholders</p>	<p>Ja, dat denk ik wel. Het gebeurt ook wel eens... we zijn nu bijvoorbeeld heel druk met het inzetten van ICT ondersteuning bijvoorbeeld van een iPad met beeldbellen. Dan merk je dat verschillende organisaties die daar ook mee bezig zijn, die hebben de neiging om een email te sturen dat ze er niet mee eens zijn. Ja, er komen wel eens van die e-mails. Dat zit dan echt bij bestuurders die lid zijn van de keten en van de stuurgroep. Er worden op de gang wel eens andere zaken gezegd in de vergadering dan op de gang. Dat is schijnbaar in die wereld normaal. Dus ik hang vaak achterover en verwonder me over wat er gebeurt. Kijk we willen allemaal samenwerken en het zo goed mogelijk doen voor onze cliënt. Ik denk dat dit de reden is dat de keten nog steeds de draagkracht heeft van de stuurgroep maar ieder heeft natuurlijk gewoon zijn eigen belang. Dat is gewoon zo. Dat is ook goed denk ik dan blijven mensen ook scherp en alert.</p>	<p>R.3.2.1 – Er zijn zeker wel eens conflicterende belangen. Er was bijvoorbeeld recent een flink conflict met de GGZ.</p>
<p>Belemmerende en stimulerende factoren in kwaliteitsverbetering</p>	<p>(Stimulerend) Wat voor mij belangrijk is, is het vertrouwen van de stuurgroep. En ook het vertrouwen van mijn contactpersoon (aanspreekpunt binnen stuurgroep). Ik ben heel blij dat ze er is want het is iemand waar ik me aan kan spiegelen want ik kan ook nog wel eens doordraven in mijn enthousiasme. (Belemmerend) Wat wel eens in de weg zit is de drukte die mensen ervaren om iets anders te doen dan waar ze dagelijks mee bezig zijn. Ik heb het dan over zorgtrajectbegeleiders maar ook over mensen van andere organisaties. Ik merk dat iedereen het zóo druk heeft. Maar dat weerhoud mij er niet van om mensen te inspireren, om juist uit dit soort dingen energie te kunnen halen. Ik denk als ik er energie van krijg dan moet een ander er ook energie van krijgen. (later) Het gaat</p>	<p>(Stimulerend) R3.2.2 – Onze ketenregisseur is echt een stimulerende factor voor kwaliteitsverbetering binnen dit Netwerk. Ze is heel positief, dat is het fijne en nooit negatief en ook altijd reëel. – Het is ook de kracht van de groep mensen die wij hebben hoor. De ketenregisseur is ook degene die vindt dat wij naast onze eigen taken allemaal een ster-rol moeten hebben. Zo maken we heel erg gebruik van de aanwezige kwaliteiten. (Belemmerend) R3.2.1. – Er zouden zaken makkelijker kunnen als het regeringsbeleid meer geld uittrok en bijvoorbeeld de WMO en WLZ, die naast elkaar heen werken, aan zouden pakken. Ik vind de overgang naar WMO naar WLZ niet helder gaan en ik ben soms ook even kwijt wie nu wat precies moet. Ook het wegvallen van veel zorg staat</p>

	<p>vaak over financiën. De trajectbegeleiders hebben bijvoorbeeld echt last van zo'n wachtlijst. Die ervaren dat ook echt als een enorme druk dat er mensen al maanden op de wachtlijst staan. Dan hebben we daarnaast binnen het team iemand die ziek wordt, iemand die een andere baan gaat nemen. Dan komt alles op die trajectbegeleiders terecht. Dat is een enorme druk die zij dan voelen. Ook dan moet je die positiviteit zien te vinden. Soms zeg ik ook gewoon tegen mensen: "je gaat nu drie weken op vakantie. Je hebt uren zat want je weet niet hoe je zo op moet maken".</p>	<p>kwaliteitsverbetering in de weg. Er is bijvoorbeeld dag/nachtbehandeling uitgevallen. Je moet veel moeite doen om dagbehandeling geïndiceerd te krijgen. De WMO indiceren niet voor nachtbehandeling. Terwijl in andere gemeenten loopt de dagbehandeling weer over maar in andere gemeenten loopt ie leeg. Ik denk dat daar nog een hele kwaliteitsslag voor te maken is.</p>
<p>Propositie 2 Evaluatie gebruikers die veel druk vanuit de organisatie ervaren om te veranderen zullen de evaluatie eerder als responsief ervaren dan evaluatie gebruikers die weinig druk uit de organisatie ervaren om te veranderen.</p>		
<p>Ervaren druk vanuit de organisatie om te veranderen</p>	<p>Bestuurders leggen weinig druk op om te werken aan kwaliteitsverbetering. Dat is niet omdat ze denken van: "oh ja", maar omdat er gewoon gigantisch veel gebeurd hier wat dat betreft. We zijn zelf dus voortdurend bezig met kwaliteitsverbetering. Het komt ook wel eens voor dat er wat komt vanuit de stuurgroep. Het is dan mijn aanspreekpunt die met ideeën voor kwaliteitsslagen komt. Vanuit de totale groep is dat niet het geval. Bestuurders hebben inderdaad hun handen vol aan allerlei zaken daarom heeft ook iedere keten een aanspreekpunt in de stuurgroep. Daar doe je het dan eigenlijk mee. Zij is het lijntje naar die club en bespreekt daar dingen voor of na. Ik zit niet altijd bij de stuurgroep vergadering. We hebben zo ie zo twee keer per jaar dat we aanschuiven het overleg. De ene keer doen we ons jaarverslag en jaarplan voor het volgende jaar. Dat gaat heel vaak over cijfers omdat ze dat willen zien.</p>	<p>R3.2.1 – Ik denk dat de ketenregisseur als dat zo is het op een positieve manier vertaald maar wij hebben daar niet zo'n zicht op</p>
<p>Propositie 3 De persoonlijke kenmerken van de evaluatiegebruiker zijn van invloed op de ervaren responsiviteit van de evaluatie resultaten.</p>		
<p>Kenmerken evaluatiegebruiker</p>	<p>Vrouw (leeftijd tussen 55 en 65), ketenregisseur, HBO-V en o.a. master management en innovatie. Het is een fijne baan. Respondent is zelf bekend met onderzoek doen.</p>	<p>Vrouw (2x) leeftijd 56 en 57, opleiding verpleegkundige en SPW en beide opleiding casemanager dementie. Beiden hebben plezier in hun baan en werken naar tevredenheid. Zijn zelf niet bekend met wetenschappelijk onderzoek en het betrekken daarvan in hun werk. De ketenregisseur biedt rapportage van evaluaties aan hun aan. Een van de casemanagers is in 2012 geïnterviewd door de IGZ.</p>
<p>Kenmerken evaluatiegebruiker onderzoek</p>	<p>Ik deel onderzoek publicaties met mijn trajectbegeleiders en we besteden er aandacht aan tijdens teamoverleggen. De meeste van de trajectbegeleiders zijn ook echte doeners. Ik neem het dan eerst mee naar een teamoverleg. Vervolgens zeg ik: "ik heb een aantal stukken en die zijn echt de moeite waard om te lezen. Je moet er even voorgaan zitten. Ik mail je ze. Gooi ze nou niet direct in een mapje maar ga ze ook eens lezen". Dan merk je dat je mensen beter bereikt en dat ze dat gaan doen. Ik stuur ze natuurlijk gedoseerd en geselecteerd zaken toe. Dan heb je binnen het team altijd mensen die er iets uithalen en er mee aan de slag gaan. Wat ik heel mooi vind is als iemand iets ontdekt bij zichzelf waarvan hij dacht dat kan ik nooit en daar mee aan de slag gaat.</p>	<p>R3.2.1 – We zijn niet zelf gewend om wetenschappelijk onderzoek in ons werk te betrekken maar bij de stukken van onze ketenregisseur zit het absoluut. We hebben nu bijvoorbeeld iets gehad over spankracht. Naar gelang je ster-rol nemen we daar ons eigen zaken in af. In periodes dat ik het wat minder druk heb ik ook meer tijd om dat soort zaken te lezen. Symposium bezoek is ook een manier om de laatste wetenschappelijke kennis op te doen. Nu zit ik erg vol dus veel zaken blijven in de map ongelezen.</p>
<p>Propositie 4 Een evaluatie die als hoog responsief wordt ervaren leidt makkelijker tot (aanpassing van) standaardisering dan een evaluatie die nauwelijks als responsief wordt ervaren.</p>		
<p>Hoe vindt standaardisatie plaats binnen het netwerk?</p>	<p>In de laatste studie die ik deed heb ik een onderzoek gedaan. Ik was heel erg voor zelfsturende teams en vooral niet te veel</p>	<p>R3.2.2 – We hebben onze afspraken vastgelegd in de werkwijzer. We hebben daarvan een grootgedeelte op onze L:</p>

	<p>vastleggen. Je hebt een beetje basis nog maar je moet vooral niet te veel vastleggen. Tot ik dat onderzoek ging doen dacht ik dat de meeste mensen dat zo willen. Daar kwam ik al heel snel van terug. Toen ik onderzoek ging doen binnen mijn eigen team over hoe je er in staat, het ging over sturing en structuren en vastleggen. Ik was als de dood dat wij als team alles gingen vastleggen want dat ken ik vanuit de grote organisaties. Alles zit vast zit in protocollen en regelementen. Dat is iets wat we echt niet moeten willen want je moet vooral jezelf kunnen zijn. Ja, we hebben een kader, dat staat er.</p>	<p>schijf staan van de ICT. Er staat bijvoorbeeld van: wat neem je mee op je eerste huisbezoek, welke informatie moet je hebben voor een diagnose vraag. Welke folders gebruik je?, dat soort zaken. Welke informatie geeft je/ wat is het doel van een kennismakingsgesprek? Als je nieuwe cliënten hebt moet je dat melden in het ICT systeem 'ONS' en je moet het melden bij de huisarts. Er is ook een regionale vertaling van de Zorgstandaard dementie. R.3.2.1 – (Lachend) Ik dacht dat de Zorgstandaard juist een vertaling was van de werkwijze in onze keten? Het komt heel veel overeen met elkaar.</p>
Was er standaardisatie rondom benutte aanbevelingen?	<p>Een mooi voorbeeld vond ik het onderwerp medicatie. Dat is één van de dingen waar het IGZ iets over zei waarin we in het gesprek met hun al zeiden: "dat is helemaal waar maar de praktijk laat ons zien dat het allemaal niet zo gemakkelijk is en dat wij bij een intake wel een juist beeld van medicatie kunnen krijgen maar dat kan de dag erna wel anders zijn. Als die mevrouw of meneer naar de drogist is gegaan en heeft daar zelf nog een paar slaappillen heeft toegevoegd dan houdt het al op". We hebben daarvoor vastgelegd welke stappen we daar in doen. Bij de intake en bij een MDO registeren we de veranderingen. Dan heb je tenminste twee keer per jaar dat je daar stil bij staat. Als iemand opgenomen wordt dat we zelf nog even navraag doen naar het laatste medicatieoverzicht. Dat is daar bijvoorbeeld uitgekomen. Dat hebben we heel bewust gedaan. We hadden zoiets van: "zo als de inspectie dat wil dat kan gewoon niet". Omdat het zo is vastgelegd werken casemanagers ook op die manier in de praktijk.</p>	<p>R.3.2.1. Van een aantal dingen vind ik dat je ze zo moet doen omdat je ze moet doen. Dat zijn er niet zo heel veel maar wel een paar. Een aantal zijn er met het bezoek van de IGZ naar voren gekomen.</p>
<p>Propositie 5 Een formele vorm van standaardisering leidt sneller tot aanpassing van de gezamenlijke uitgevoerde praktijk dan geen of geringe (informele) standaardisering.</p>		
Formeel versus informele standaardisatie	<p>Dat ligt er aan wat het onderwerp is. Het is voor mensen vaak moeilijk om iets anders te doen dan ze gewend zijn. Dan zie je vooral ook bij nieuwe trajectbegeleiders. Die ouwe club die zeggen: "we hebben samen het begin gemaakt. We hebben meegedacht". Nieuwe trajectbegeleiders komen uit een andere setting. Het ene vinden ze super maar andere zaken denken ze van: "doei". Ze hebben moeite met de voorgestelde werkwijze. We hebben bijvoorbeeld iemand die blijft consequent bezig met schrijven terwijl we allemaal de nieuwste iPad hebben met een prachtig toetsenbord. Maar zij blijft op haar eigen manier schrijven. Dat blijft een tijdje aanrommelen maar op een gegeven moment vindt ik toch echt dat het niet meer kan.</p>	<p>R.3.2.1. De werkwijze is een voorbeeld van informele Standaardisatie. De regionale Zorgstandaard dementie van formele standaardisatie.</p>
<p>Propositie 6 De fase waarin de netwerkorganisatie zich bevindt is van invloed op de manier waarop de aanpassing van de standaardisering wordt geïmplementeerd binnen de gezamenlijke uitgevoerde praktijk.</p>		
Van standaardisatie naar implementatie	<p>Dat was verschillend per aandachtspunt. De tijd moet er wel eens rijp voor zijn. Je moet het inbrengen, je moet het bespreken, je moet mensen er over na laten denken. Implementatie is erg afhankelijk van het onderwerp. Sommige dingen zoals het 'ONS' die moeten gewoon.</p>	<p>Int. Ik zie dat Netwerken op allerlei manieren worden beïnvloed en zo'n IGZ rapport is daar één van de bronnen voor. Die neem je dan mee in je hoofd en op een later moment als er de tijd voor rijp is ga je er mee aan de slag. Respondenten – Inderdaad.</p>
Soort model naar Van Mierlo	<p>We passen meer bij het geïntegreerde model.</p>	<p>R3.2.1 – Ik denk dat wij op een meer geïntegreerde wijze werken</p>
Fase model naar Minkman	<p>Toen 3 en misschien nu wel voor sommige onderwerpen in fase 4</p>	<p>Respondenten schatten in, in fase 3</p>

Netwerk Noordwest Veluwe	Respondent R4.1	Respondenten R4.2
--------------------------	-----------------	-------------------

<p>Welke aanbevelingen van de IGZ zijn benut?</p>	<p>Zoals ik al aangaf hebben we uiteindelijk met de aanbevelingen van het rapport niets gedaan. Ik heb rapport doorgelezen en van commentaar voorzien. Ik heb ook contact gehad met de IGZ over een aantal punten. Ik weet niet goed meer of we er reactie op hebben gekregen. Dat kon ik niet meer vinden in de post. We hebben het besproken in de projectgroep, dat is de groep die er wat dieper induikt en ik heb een soort samenvatting gemaakt met een aantal punten en die heb ik naar de stuurgroep gestuurd. We hebben het daar kort besproken. Meer dan dat is het niet geworden. We hebben er geen verbeterplan over gemaakt. Ik wist van een aantal onderwerpen wel dat ik daar mogelijk later nog wat zou moeten doen zoals bijvoorbeeld het zorgplan.</p>	<p>Ik heb niet het idee dat de aanbevelingen uit het IGZ onderzoek direct op de agenda zijn gezet. Ze zijn wel ter info gedeeld.</p>
<p>Propositie 1 Evaluatie gebruikers die weinig tegenstrijdigheid ervaren in de belangen van stakeholders zullen de evaluatie eerder als responsief ervaren dan evaluatie gebruikers die veel tegenstrijdigheid ervaren in de belangen van stakeholders.</p>		
<p>Cijfer responsiviteit plus toelichting</p>	<p>De respondent geeft een 8 en geeft hier als verklaring voor: Ik denk dat we in de buurt van een 8 zouden zitten. Dat zit hem in het feit dat dit het eerste onderzoek was waar ze zo diep en uitgebreid keken naar dementieketens, dat we het gevoel hadden dat we begrepen werden. Doordat ze bijvoorbeeld begrepen dat de huisarts van belang was en dat de omgeving mee deed, dat leidde er toe tot het gevoel van: "nu wordt er een foto gemaakt van hoe het is om een keten dementie te zijn en in hoeverre we er in slagen om al die verschillende aspecten daarvan praktijk te geven". (later) Ik vind het aansprekend in de zin van dat er echt een goede foto werd gemaakt en het ging over details die het er om deden. We voelde ons begrepen. We hadden eerder al zo veel rare rapporten over ons heen gekregen. Ze hebben echt geprobeerd onze werkelijkheid in hun kruisjes te krijgen. We werden best begrepen door ze, dat was fijn. Maar normatief gezien was dat het niet. Omdat de wereld gewoon te complex is. Dat is denk ik dat de werking van de evaluatie maar zo beperkt is geweest. Vilans die heeft ook rapporten over ketens gemaakt. Die hebben we vaak eerst proberen te interpreteren, onze beleving eraan te toetsen en toen het gelaten.</p>	<p>De respondent heeft geen cijfer gegeven. Op dat moment, en dat heb je toch met registratie en kwaliteitsonderzoek, is het voor veel organisaties toch een "moeten". We moeten er aan voldoen. Dus ik denk niet dat er een evaluatiebehoefte is geweest. Een aantal normen zoals bijvoorbeeld 7 x 24 uur beschikbaarheid is natuurlijk niet haalbaar. Over de uitkomsten van het rapport- Standaard is er iets aanwezig of afwezig, er is iets operationeel of iets is geborgd. Ik zou bijvoorbeeld zelf niet kiezen uit die vier uitkomsten.</p>
<p>Conflicterende belangen stakeholders</p>	<p>Ja, ik vond dat er niet zo heel veel conflicterende belangen toen waren. Wel van: "ga je er aandacht aan besteden"? Mijn beeld van zo'n netwerk is dat het alleen maar werkt als de organisaties die er in participeren hun belangrijke dingen goed kunnen doen.</p>	<p>Het is een belang van verschillende thuiszorgorganisaties om voldoende cliënten te krijgen. Dat schuurde nog wel eens even maar voor de rest. Ik vind dat er ook wel een gevoel is van elkaar dingen gunnen op bestuurlijk niveau. Het zijn ook plezierige bestuurlijke overleggen. Er wordt goed naar elkaar geluisterd.</p>
<p>Belemmerende en stimulerende factoren in kwaliteitsverbetering</p>	<p>(Stimulerend) De casemanagers die ervaring hebben en enthousiasme meebrengen. Ook de cliënten zelf kunnen stimulerend zijn voor verbetering. Dus inwoners waarvan je via Alzheimer cafés of op andere manieren mee in contact komt. (Belemmerend) Je maakt op een ogenblik een keuze van: "zo doen we het hier". Dit is de balansoefening die ik het netwerk aan het doen ben want het is een balansoefening". Dat betekent dat je niet met een poule casemanagers gaat werken die bij het netwerk in dienst komen. Je gaat ook niet een zorgprogramma maken waarin iedereen zich gaat committeren. We doen het op deze manier. We</p>	<p>(Stimulerend) Het is bijvoorbeeld een voordeel als je een grote groep casemanagers hebt. Als je iets uitzet dan kan het ook gedaan worden In Amersfoort waren het er 9 en dat was in die zin lastiger. Het is een stevig bestuurlijk platform. Daarin kan je goed afspraken met elkaar maken. We gaan dit voorjaar een groot congres organiseren voor professionals. De casemanagers die ervaring hebben en enthousiasme meebrengen. Ook de cliënten zelf kunnen stimulerend zijn voor verbetering. Dus inwoners waarvan je via Alzheimer cafés of op andere manieren mee in contact komt. (Later) Bestuurders gunnen elkaar</p>

	balanceren, de gemeente is in beweging. Die keuze zie je elders in het land soms anders gemaakt worden en die heeft ook zijn nadelen.	ook wat. Het staat gewoon stevig. Dat kan je ook dat soort afspraken maken. Ik merk dat mensen ook luisteren naar elkaar. (Belemmerend) Tijd is een belemmerende factor. Het kwaliteitsverhaal van Zilveren Kruis wat Vilans over neemt dat is toch een aparte lijst die ingevuld moet worden.
Propositie 2 Evaluatie gebruikers die veel druk vanuit de organisatie ervaren om te veranderen zullen de evaluatie eerder als responsief ervaren dan evaluatie gebruikers die weinig druk uit de organisatie ervaren om te veranderen.		
Ervaren druk vanuit de organisatie om te veranderen	Nee, er was vanuit bestuurders geen druk om te werken aan kwaliteitsverbetering. Het kwam dus voornamelijk bij mij vandaan. Je merkt wel dat er thematieken boven komen bijvoorbeeld rondom ziekenhuis opnamen. Mensen met dementie opnemen in ziekenhuizen is niet altijd wenselijk. Je kan dan kijken of je daar wat aan kan doen. Soms wil het ziekenhuis rondom medicatie meehelpen. Het ziekenhuis is dan een stakeholder die met een dergelijk signaal komt.	Ik zou het ook leuk vinden als bestuurders inhoudelijk meer mee zouden denken. Partners brengen nauwelijks zelf wat in op stuurgroep niveau. Dat vind ik jammer. Voor mijn gevoel worden de stukken de avond voor de vergadering uit de mailbox gehaald. Daarna leggen ze het ook weer weg. Echt maar een enkeling doet dat anders.
Propositie 3 De persoonlijke kenmerken van de evaluatiegebruiker zijn van invloed op de ervaren responsiviteit van de evaluatie resultaten.		
Kenmerken evaluatiegebruiker	Man, leeftijd 54, toen ketenregisseur, nu zelfstandig therapeut, arbeids- en organisatiepsychologie, vond baan als ketenregisseur toe heel leuk. Is zelf geïnterviewd tijdens de visitatie van de IGZ en heeft de visitatie voor de keten georganiseerd.	Vrouw, leeftijd 51, nu ZZP ketenregisseur, master communicatiekunde en marketing. Vindt huidige baan leuk en heeft interesse in dementie. Is bekend met onderzoek en evaluatie onderzoek. Heeft niet meegedaan met deze visitatie van de IGZ.
Kenmerken evaluatiegebruiker onderzoek	Voor een aantal dingen gaf ik kennis door naar casemanagers.	Ik ben daardoor mogelijk ook vrij kritisch. Ik moest laatst aan een onderzoek mee doen die hadden minder goede vragen. Ik vind altijd belangrijk waarom vraag je iets. Waarom wil je iets weten?
Propositie 4 Een evaluatie die als hoog responsief wordt ervaren leidt makkelijker tot (aanpassing van) standaardisering dan een evaluatie die nauwelijks als responsief wordt ervaren.		
Hoe vindt standaardisatie plaats binnen het netwerk?	Met zo'n losse organisatie werkt het in de praktijk niet zo dat je verbeteringen met standaardisatie van werkwijzen aanpakt. Er zit heel vrijheid in het invullen van werkzaamheden door casemanagers dementie. Er waren bijna geen echte dingen die vastgelegd waren. In het begin zijn we wel begonnen met een soort van opleiding.	We hebben een convenant en ook een regionale vertaling van de Zorgstandaard dementie. Ik heb ook een jaarplan. Er is niet een uitgebreid werkbeschrijving voor casemanagers dementie. Wel werken ze allemaal met dezelfde OMAHA systematiek. Het harmoniseren van het maken van een zorgplan is natuurlijk wel opgepakt maar ik vind dat ook binnen een zorgorganisatie al grote verschillen zijn. De ene is veel meer verbindend en schakelt makkelijk ander zorgverleners in een ander pakt het allemaal zelf op. De ene vult ook veel meer in dan de ander. Het is ook de bedoeling dat ze binnen hun eigen organisatie rapporteren maar er is wel een centraal registratie systeem. Dat is op cliëntniveau en legt vast van wie is bij wie in behandeling zeg maar.
Was er standaardisatie rondom benutte aanbevelingen?	We hebben geen vertaling van een regionale zorgstandaard geschreven. Wel hebben we onze eigen werkwijze vergeleken met die van de Zorgstandaard. Over de discussies over de zorgstandaard hebben we wel wat gedaan en vastgelegd maar het was wel een heel gedoe.	Ik heb niet het idee dat de aanbevelingen uit het IGZ onderzoek direct op de agenda zijn gezet. Ze zijn wel ter info gedeeld. Een aantal onderwerpen is wel aan gewerkt maar niet zozeer naar aanleiding van het rapport. Misschien moet je die vraag meer aan mijn voorganger stellen want ik ben later ingestapt.
Propositie 5 Een formele vorm van standaardisering leidt sneller tot aanpassing van de gezamenlijke uitgevoerde praktijk dan geen of geringe (informele) standaardisering.		
Formeel versus informele standaardisatie	Was niet van toepassing	Was niet van toepassing
Propositie 6 De fase waarin de netwerkgorganisatie zich bevindt is van invloed op de manier waarop de aanpassing van de standaardisering wordt geïmplementeerd binnen de gezamenlijke uitgevoerde praktijk.		
Van standaardisatie naar implementatie	Int. - Hoe werkte je aan implementatie? Resp. - Daar kom je dat balanceren weer tegen. Als ik tegen een	

	wijkverpleegkundige van Icare zeg van: "je moet je werk zo en zo gaan doen dan zegt Icare pardon daar ga je niet over". Dan kan ik wel zeggen: "maar zo werken we als casemanager". "Dat is mooi" zegt Icare dan "maar ook dan ga je er niet over". Als die casemanager zegt: "ik ben casemanager en ik wil dat op die manier doen en daar heb ik die en die tools voor nodig". Dan gebeurt het wel. Op die manier werkt het feel fijner.	
Soort model naar Van Mierlo	Wij zijn een voorbeeld van het netwerkmodel. Casemanagers werken bij een eigen organisatie en zijn niet bij de gezamenlijke keten in dienst.	Ik denk we passen bij het netwerkmodel. Iedere organisatie levert zijn eigen casemanagers.
Fase model naar Minkman	Respondent geeft een 2 á 3.	Respondent schat in, in fase 4