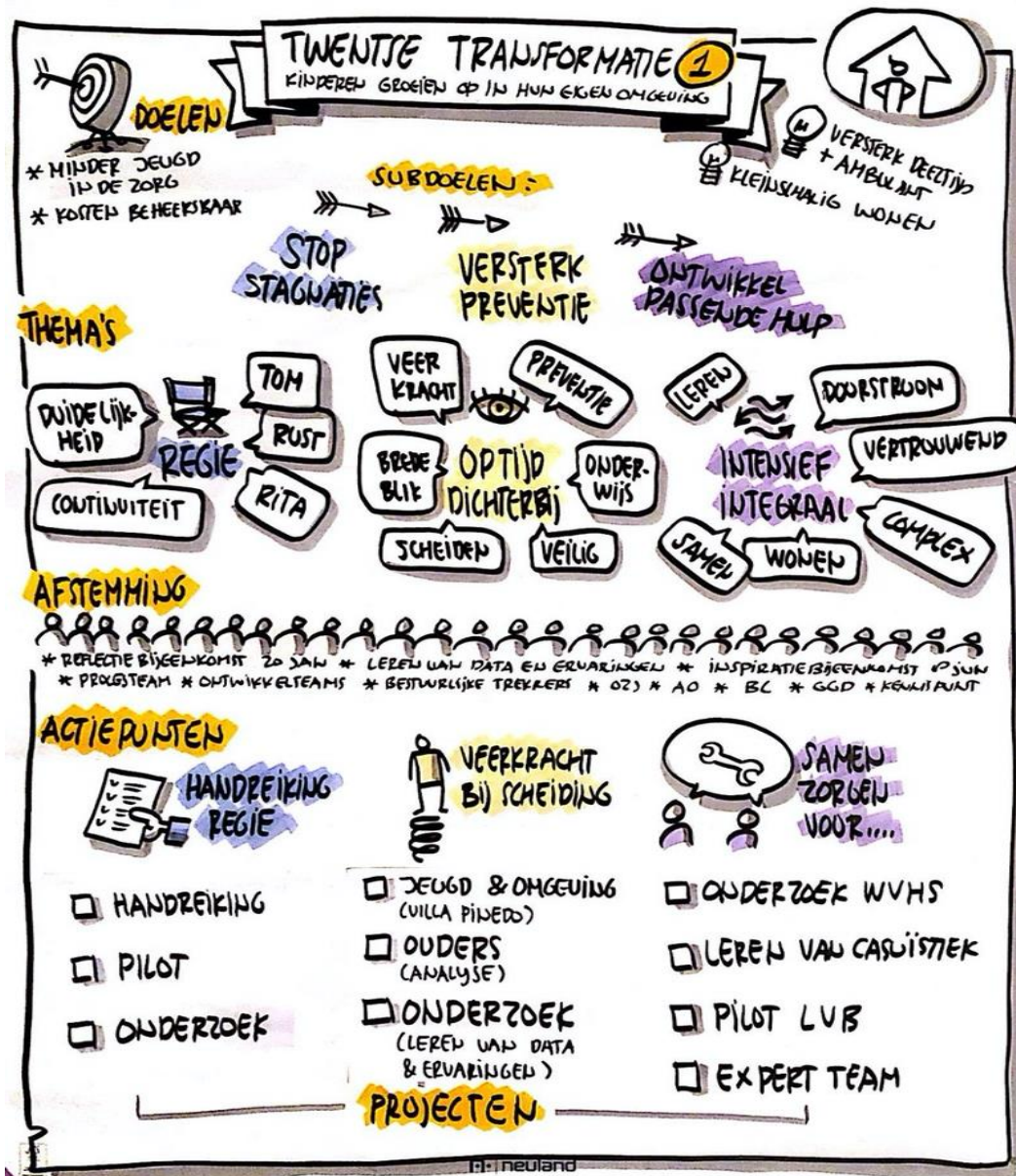


Weg met de tocht der instituties, maar hoe?

Een kwalitatieve casestudie naar institutionele complexiteit binnen het integrale jeugdzorgnetwerk De Twentse Transformatie en de rol van integratiestrategieën op de normatieve institutionalisering van integrale zorg.



Ingeborg Veldkamp (584472)

Bataviastraat, 9715 KM Groningen

1^e begeleider Dr. A.M. Kanas

2^e begeleider Prof. Dr. H.J.M. Fenger

Datum: 20-07-2021

Woorden: 19.977 (24345 incl.)



Vilans

Erasmus

ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM

Voorwoord

R14: Wij riepen wel heel vaak integraal, integraal en nog eens integraal. En aangezien de complexe casussen ook nog eens echt integraal zijn, hebben we elkaar als organisaties nodig! Maar dat komt niet tot stand en je ziet gewoon dat het samenwerken zo lastig is.

In september 2020 startte ik met de master Bestuurskunde. Tijdens het eerste semester leerde ik als studente over het veelzijdige overheidslandschap en de vele theorieën over huidige bestuurskundige begrippen zoals complexiteit, grensoverschrijdend denken en netwerksamenwerking. Tijdens mijn stage bij Vilans, binnen de vakgroep Governance en mijn afstudeeronderzoek over het integrale jeugdzorgnetwerk De Twentse Transformatie kon ik deze bestuurskundige kennis in praktijk brengen. Dit motiveerde mij enorm, veel puzzelstukjes uit de theorieën in het eerste semester vielen op de juiste plek. Voor het eerst in mijn universitaire loopbaan zag ik vele dwarsverbanden tussen de wetenschappelijke literatuur en de praktijk. Bovenstaande quote van respondent 14 is een van de vele voorbeelden die ik ben tegengekomen.

Voor u ligt mijn masterscriptie, waarmee ik hoop een succesvolle master Bestuurskunde af te ronden. Het resultaat is een lijvig stuk waar ik veel uren onderzoek aan heb besteed. Door de coronacrisis was dit veelal thuis aan de eettafel, enkele uren in de universiteitsbibliotheek of op het kantoor van Vilans in Utrecht. Graag wil ik mijn stagecoördinator en medeonderzoeker Nick Zonneveld bedanken voor zijn begeleiding in het traject. De diepgaande discussies over de complexe materie van de institutionele theorie, integratiemechanismen en complexiteit zal ik niet snel vergeten. Daarnaast wil ik ook Sander Merkus bedanken voor zijn tijdelijke begeleiding gedurende de absentie van Nick Zonneveld. Ten slotte wil ik dr. Agnieska Kanas bedanken voor de begeleiding vanuit de Erasmus Universiteit te Rotterdam.

Inhoudsopgave

Weg met de tocht der instituties, maar hoe?.....	0
Voorwoord	1
Inhoudsopgave	2
Samenvatting.....	5
Inleiding: Integrale jeugdzorg	7
1. Institutionaliseren van een integrale werk- en denkwijze	8
1.1 Integratiestrategieën	9
2. Integrale netwerkzorg als complex proces	9
3. Probleemveld en vraagstelling	10
4. Maatschappelijke relevantie	11
5. Wetenschappelijke relevantie.....	12
Casusomschrijving: De Twentse Transformatie (Ontwikkeltafel 1).....	13
Theoretisch kader	15
1. Integrale netwerkzorg.....	15
1.1 Coördinatie integrale netwerkzorg	16
1.1.1 Rainbow Model of Integrated Care	17
1.2 Integratiestrategieën van integrale zorg.....	18
1.2.1 Organisatorische en professionele strategieën.....	18
1.2.2 Normatieve integratiestrategieën.....	19
2. Integrale zorg als nieuwe institutie.....	21
2.1 Institutionaliseren.....	21
2.2 Pijlers van institutionaliseren	21
2.2.1 Normatieve institutionaliseren	22
2.3 Nieuwe institutionele theorieën.....	24
2.3.1 Isomorfisme.....	25
2.3.2 Institutionele complexiteit.....	25
3. Conceptueel model.....	27
Operationalisering en methodologie	29
1. Wetenschappelijke positionering en onderzoeksstrategie	29
2. Operationalisering variabelen.....	29
2.1 Operationalisering integratiestrategieën	29
2.2 Operationalisering normatieve institutionaliseren	32
2.3 Operationalisering institutionele complexiteit	34
3. Dataverzameling en analyse	34
4. Case selectie en respondenten	36
5. Betrouwbaarheid en validiteit.....	37

Resultaten.....	39
1. Integratiestrategieën binnen Ontwikkeltafel 1.....	39
1.1 Professionele integratiestrategieën.....	39
1.1.1 Interprofessionele educatie.....	40
1.1.2 Wederzijdse afhankelijkheid.....	40
1.1.3 Afspraken over interdisciplinaire samenwerking.....	41
1.1.4 Waardecreatie door de professional.....	42
1.2 Organisatorische integratiestrategieën.....	43
1.2.1 Interorganisatorische governance en strategieën.....	43
1.2.2 Vertrouwen.....	44
1.3 Normatieve integratiestrategieën.....	45
1.3.1 Gedeelde visies en doelstellingen.....	45
1.3.2 Wederzijds gerespecteerde culturele referentiekaders.....	46
1.3.3 Visionair leiderschap.....	46
1.4 Conclusie integratiestrategieën.....	48
2. Normatieve institutionalisering binnen Ontwikkeltafel 1.....	49
2.1 Gedeelde waarden.....	49
2.2 Gedeelde doelen.....	51
2.3 Gedeelde culturen.....	53
2.4 Conclusie normatieve institutionalisering.....	53
3. Institutionele complexiteit binnen Ontwikkeltafel 1.....	55
3.1 Mate van afhankelijkheid.....	55
3.2 Financiering en concurrentie.....	56
3.3 Organisatiebelang, behoud traditionele werkwijzen, bedrijfsvoering.....	57
3.4 Conclusie institutionele complexiteit.....	60
Conclusie.....	61
1. Deelvraag één.....	61
2. Deelvraag twee.....	62
3. Deelvraag drie.....	62
4. Hoofdvragen.....	63
Discussie.....	65
1. Ontbreken integratiestrategieën.....	65
1.1 Suggesties voor vervolgonderzoek.....	66
2. Omgaan met institutionele complexiteit.....	66
2.1 Concrete organisatieverandering.....	67
2.1.1 Suggestie voor vervolgonderzoek.....	67
2.2 Boundary spanner-theorie.....	68

2.2.1 Suggestie voor vervolgonderzoek	69
3. Aanbevelingen Twentse Transformatie.....	69
Reflectie	72
Literatuur	74
Bijlage I: Interview-guide	79
Bijlage II: Brief respondenten en waardenprioritering.....	82
Bijlage III: Email overige respondenten.....	85
Bijlage IV: Codeerboom	86

Samenvatting

In dit onderzoek wordt antwoord gegeven op de twee hoofdvragen: 1) hoe beïnvloeden de integratiestrategieën van organisaties en professionals binnen Ontwikkeltafel 1 van de Twentse Transformatie de normatieve institutionalisering van integrale zorg? En 2) welke rol speelt institutionele complexiteit hierin? Als casestudie wordt in dit onderzoek het integrale jeugdzorgnetwerk De Twentse Transformatie (Ontwikkeltafel 1) onderzocht. Er wordt gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksmethode en de data worden verzameld uit 1) een documentanalyse, 2) 15 semi-gestructureerde interviews, 3) het mailcontact met twee respondenten en 4) een waardenprioritering.

Het uitgangspunt van het onderzoek is, dat er een verschuiving plaatsvindt in de gezondheidszorg, waarbij de traditionele gezondheidszorg plaats maakt voor integrale gezondheidszorg. Bij integrale gezondheidszorg wordt de dienstverlening over meerdere professionals, organisaties en sectoren gecoördineerd, met de behoeften van de patiënt als uitgangspunt. Ook binnen de jeugdzorg vindt deze tendens plaats, want casussen in de jeugdzorg kenmerken zich doorgaans om de complexe, meervoudige problematiek, waar meerdere beleidsdomeinen grensoverschrijdend moeten samenwerken.

Om tot succesvolle integrale zorgnetwerken te komen moeten de werk- en denkwijzen van organisaties en professionals worden getransformeerd tot een integraal werk- en denkkader, ook wel normatieve institutionalisering van integrale zorg genoemd. Daar kunnen organisaties en professionals actief aan bijdragen, door middel van integratiestrategieën. Integrale zorgnetwerken zijn echter complexe samenwerkingsverbanden, die moeilijk zijn vorm te geven of te coördineren. Dit heeft veelal te maken met institutionele complexiteit in het netwerk. Van institutionele complexiteit is sprake wanneer de verschillende organisaties gedifferentieerde of onverenigbare werk- en denkwijzen hebben. De betrokken organisaties hebben bijvoorbeeld de bedrijfsvoering nog niet aangepast of handelen nog steeds naar de werkwijzen van traditionele gezondheidszorg. Institutionele complexiteit kan daarom een positieve of negatieve rol spelen binnen het proces van institutionalisering.

Uit het onderzoek is gebleken dat er binnen Ontwikkeltafel 1 gebruik wordt gemaakt van integratiestrategieën. Aan Ontwikkeltafel 1 zijn bijvoorbeeld veel afspraken gemaakt, strategieën gevormd of doelen gesteld om de eerste stappen richting een integraal zorgnetwerk te zetten. Uit het onderzoek blijkt dat Ontwikkeltafel 1 voornamelijk erg succesvol is geweest in 1) het creëren van gedeelde doelstellingen en visies, 2) het inspireren en mobiliseren van de respondenten uit Ontwikkeltafel 1 ten behoeve van de integrale jeugdzorg, 3) het creëren van waarde voor de jeugdige en de professional en 4) het verbinden van de verschillende

organisatieculturen. Deze strategieën hebben betrekking op de normatieve integratie uit het RMIC-Model van Valentijn (2013,2015).

Ten tweede is geconcludeerd, dat de afgevaardigden binnen de Ontwikkeltafel normatief geïnstitutionaliseerd zijn, omdat 1) de afgevaardigden binnen het netwerk de kernwaarden van integrale zorg erkennen, 2) de visies en doelstellingen van de respondenten op de jeugdzorg en op het netwerk op elkaar aansluiten en 3) er sprake is van wederzijds gerespecteerde culturen (alle organisaties zitten er immers uit zorg voor de cliënt). Doordat de Twentse Transformatie veel aandacht heeft besteed aan normatieve integratiestrategieën (conclusie deelvraag 1), zijn de afgevaardigden binnen Ontwikkeltafel 1 normatief geïnstitutionaliseerd (conclusie hoofdvraag 1).

Uit het onderzoek is echter ook gebleken, dat verschillende factoren de transformatie tot een integraal zorgnetwerk belemmeren. Allereerst zijn er verschillende integratiestrategieën uit het RMIC-Model van Valentijn (2013, 2015), die volgens de meeste respondenten afwezig zijn. Zo is er geen sprake van een interprofessioneel educatieplan, is er geen sprake van interorganisatorische governance of zijn er geen strategieën gemaakt die de interorganisatorische samenwerking moeten vormgeven. Daarnaast zijn er enkele belemmerende factoren die met name betrekking op het gedrag van de organisaties zelf in het netwerk, als 1) mate van afhankelijkheid, 2) financiering, 3) concurrentie, 4) organisatiebelang, 5) behoud traditionele van werkwijzen en 6) bedrijfsvoering. Deze belemmerende factoren komen voort uit de institutionele complexiteit binnen het netwerk (conclusie hoofdvraag 2)

Naar aanleiding van dit onderzoek zijn er vier aanbevelingen gedaan: 1) de Ontwikkeltafel zou meer aandacht kunnen besteden aan regulatieve en/of functionele integratiestrategieën, 2) afgevaardigden van de organisaties kunnen een rol als ‘grenswerker’ aannemen, waarbij ze de vertaalslag maken tussen de ambities van het netwerk in de organisaties en vice versa, 3) het zou bevorderend kunnen zijn om een relationeel manager aan te nemen, die de rol van grenswerker op zich neemt, en 4) er moet meer nadruk gelegd worden op de wederzijdse afhankelijkheid van de organisaties in het netwerk.

Sleutelbegrippen: *integrale zorg, institutionalisering, institutionele complexiteit, normatieve institutionalisering, integratiestrategieën, netwerkzorg.*

Inleiding: Integrale jeugdzorg

Jeugdzorg kenmerkt zich als complexe zorg, waarbij verschillende (zorg) organisaties, dienstverleners en beleidsdomeinen betrokken zijn (NJI, 2018). De dienstverleners die betrokken zijn bij jeugdzorg zijn afkomstig uit de gezondheidszorg (kinder- en jeugdpsychiatrie), sociale diensten (jeugdwerk en schuldhulpverlening), onderwijsinstellingen, de gemeentes en overige instellingen. Een succesvolle dienstverlening, vereist samenwerking en coördinatie tussen al deze partijen, in een integraal jeugdzorgnetwerk. De roep om integrale jeugdzorg is veelal een reactie op de kritiek, dat de voormalige jeugdzorg verkokerd was: “Het veelgehoorde verwijt was dat in één gezin soms vijftien hulpverleners rondliepen die niet van elkaars bestaan wisten” (van Leeuwen, 2018). De ambitie van een geïntegreerd jeugdzorgnetwerk is om deze verkokering tegen te gaan door geïntegreerde dienstverlening die persoons- en populatiegericht is en rekening houdt met fysieke, emotionele en sociale aspecten van het leven, die de gezondheid en het welzijn beïnvloeden (Valentijn, 2015).

Integrale zorgnetwerken kunnen worden gedefinieerd als netwerken waarin zorg wordt geleverd die over meerdere professionals, organisaties en sectoren wordt gecoördineerd en die is afgestemd op de behoeften en voorkeuren van de patiënten (Schneider et al., 2011). Het integraal sturen van de jeugdzorg houdt in, dat verschillende specialismen in een netwerk samenwerken om allesomvattende en patiëntgerichte hulp aan te bieden (van Leeuwen, 2018).

Het integraal sturen van de jeugdzorg wordt belangrijk geacht, omdat veel patiënten in de jeugdzorg complexe en meervoudige problemen hebben. Deze problemen kunnen doorgaans niet goed verholpen worden door middel van de traditionele benadering van de zorg, gericht op gespecialiseerde en gefragmenteerde zorgverlening (Valentijn, 2015). Complexe problematiek doet zich immers voor op meerdere vlakken. Zo kunnen psychische problemen bij kinderen gecombineerd zijn met schuldenproblematiek en een echtscheiding bij de ouders. In dergelijke situaties is de verwevenheid van de verschillende probleemgebieden zo groot, dat het genezen of verhelpen van deze complexe en meervoudige problematiek een holistische en non-hiërarchische samenwerking tussen verschillende dienstverlenende organisaties vereist. Een geïntegreerde werkwijze zorgt ervoor, dat kennis en expertise uit verschillende domeinen geïntegreerd kunnen worden.

1. Institutionalisering van een integrale werk- en denkwijze

Om tot een succesvol geïntegreerd zorgsysteem te komen, moeten de ideeën van integrale zorg ‘institutionaliseren’. Institutionalisering is een proces waarin nieuwe systemen van culturele en structurele elementen ingebed raken in bestaande werk- en denkwijzen en daardoor als vanzelfsprekend worden ervaren (Colbeck, 2002). Dit betekent dat op macroniveau de beleidsplannen, de wetgevende mandaten en het huidige traditionele gefragmenteerde zorgsysteem gericht moeten zijn op een holistische en integrale aanpak. Op mesoniveau moeten er (idealiter) non-hiërarchische samenwerkingsverbanden worden gecreëerd tussen verschillende organisaties, zorggroepen en netwerken van zorgprofessionals. Op microniveau moet tenslotte de interactie tussen de zorgprofessional en de patiënt gericht zijn op de algehele gezondheid van de patiënt of patiëntengroep en mag deze interactie niet worden belemmerd door autoriteitsverstoringen, hiërarchie of communicatieve vaardigheden (Shaw et al., 2017).

Die nieuwe institutie van integrale zorg houdt in, dat dienstverleners in de jeugdzorg moeten gaan denken vanuit een integraal werk- en denkkader, waarbij zorgprofessionals en dienstverleners verder kijken dan de grenzen van eigen discipline, vakgebied of sector. Een voorbeeld van dat ‘nieuwe’ integrale werk- en denkkader in praktijk is, de behandeling door de jeugd-GGZ van jongeren met zware geestelijke klachten, de psycholoog constateert dat de zware geestelijke klachten van de jeugdige voortkomen uit de thuissituatie. De ouders beschikken niet over voldoende opvoedvaardigheden, omdat ze financiële stress ervaren door schulden. In het jeugdzorgnetwerk omtrent deze specifieke jeugdige moet de GGZ-psycholoog samenwerken met de schuldhulpverlening om de problematiek bij de kern aan te pakken. Dit vergt van de GGZ-psycholoog een andere werk- en denkwijze, omdat er een sociale zorginstantie wordt betrokken om allesomvattende zorg aan te bieden.

De aanname is dat als organisaties en professionals in het netwerk dezelfde waarden, doelen en culturen van integrale zorg delen, ook wel normatieve institutionalisering genoemd, de samenwerking binnen een integraal zorgnetwerk zal verbeteren (Zonneveld et al., 2018, 2020, 2021; Valentijn, 2015; WHO, 2015; Scott, 1995, 2014). Met normatieve institutionalisering stel je dat alle actoren in het netwerk de waarden, normen, doelen en culturen van integrale zorg nastreven (Oksavik et al., 2021). De institutie van integrale zorg vormt dan de nieuwe leidraad voor het handelen van organisaties en organisatieleden in het netwerk. De werk- en denkwijze van organisaties en organisatieleden in het netwerk worden dan vanuit dezelfde institutie van integrale zorg gerechtvaardigd.

1.1 Integratiestrategieën

Het vaststellen van de integrale werk- en denkwijze als nieuwe institutionele orde, vereist echter wel een actieve houding van organisaties en organisatieleden in het netwerk om tot integrale samenwerking over te gaan. Door middel van integratiestrategieën kan de transitie tot integrale zorg worden bewerkstelligd. Integratiestrategieën zijn instrumenten die kunnen worden ingezet zodat alle aspecten van de zorg, zoals de werk- en denkwijze of organisatorische processen zijn afgestemd op de integrale zorg (Fabricotti, 2007). Door integratiestrategieën te gebruiken binnen integrale zorgnetwerken, is er een grotere kans op succesvolle ‘integratie’, waarin de doelen, waarden en organisatieculturen van de participerende organisaties in het netwerk worden gedeeld of op één lijn zijn gebracht. De organisaties en professionals in het netwerk zijn dan eerder in staat om organisatiegrenzen te overstijgen, om non-hiërarchische en holistische zorg aan te bieden (Oksavik et al., 2021).

2. Integrale netwerkzorg als complex proces

Het gebruik van integratiestrategieën hoeft echter niet inherent succes te betekenen voor integrale zorgnetwerken. Integrale zorgnetwerken zijn complexe samenwerkingsverbanden, omdat er organisaties met verschillende culturen en referentiekaders samenwerken, dit wordt ook wel institutionele complexiteit genoemd. Die institutionele complexiteit is doorgaans een product van diepgewortelde organisatiecultuur en historisch institutionalisme. Institutionele complexiteit maakt integrale zorgnetwerken lastig, omdat het kan zorgen voor botsende of concurrerende waarden, doelstellingen en werkwijzen in de samenwerking (Poulsen et al., 2019). Een bekend voorbeeld van botsende waarden binnen jeugdzorgnetwerken is: omdat er financiële tekorten zijn binnen het sociaal domein, waarderen gemeentes controle en effectiviteit doorgaans hoger. Jeugdzorgaanbieders willen echter maatwerk en flexibele zorg leveren aan de patiënt. Dit kan betekenen, dat complexe jeugdzorgcasussen doorgaans duurder kunnen uitpakken, waardoor de gemeente bij toekomstige complexe casussen nog meer op controle gaat sturen.

Bij institutionele complexiteit, is er eerder sprake van differentiatie tussen organisaties, dan integratie van organisaties. Vanuit dit gedachtegoed kan worden geredeneerd dat institutionele complexiteit een rol speelt in het institutionaliseringproces van integrale netwerkzorg.

3. Probleemveld en vraagstelling

Vanuit de institutionele theorie kan de beweging naar integrale zorg worden benadert als sociale verandering. Om dit proces te doorgronden is het relevant om te onderzoeken of de organisaties en professionals binnen integrale zorgnetwerken in praktijk ook de werk- en denkwijzen van integrale zorg aanhangen en middels integratiestrategieën actief bijdragen aan de vaststelling van integrale netwerkzorg als nieuwe institutie in de gezondheidszorg. Het integrale zorgnetwerk is afhankelijk van welke integratiestrategieën er worden gebruikt om wel of niet tot de normatieve institutie van de integrale zorg over te gaan.

Onderzoek wijst echter uit dat integratiestrategieën kunnen worden belemmerd door een gebrek aan gezamenlijke doelen, waarden en culturen (Poulsen et al., 2019). De betrokken organisaties en professionals kunnen andere waarden en overtuigingen voor hun handelen prioriteren, waardoor het netwerk te kampen krijgt met institutionele complexiteit. Door te onderzoeken welke onderliggende doelen, waarden en culturen het handelen van de organisaties binnen het netwerk bepalen, kan antwoord gegeven worden op de vraag of de organisaties binnen de zorgnetwerken richting dezelfde normatieve institutie van integrale zorg bewegen en wat de rol van institutionele complexiteit is in dit proces.

Het doel van het onderzoek is om een bijdrage te leveren aan de theorie over hoe integratiestrategieën invloed kunnen hebben op de vaststelling van integrale zorg als nieuwe institutionele orde en welke rol institutionele complexiteit speelt in dit proces. Om het bovenstaande probleemveld te beantwoorden, is dit onderzoek opgedeeld in twee hoofdvragen en drie deelvragen.

R1: Hoe beïnvloeden de integratiestrategieën van organisaties en professionals binnen Ontwikkeltafel 1 van de Twentse Transformatie de normatieve institutionalisering van integrale zorg?

R2: welke rol speelt institutionele complexiteit hierin?

- *Welke integratiestrategieën hanteren de professionals en organisaties ter bevordering van de samenwerking binnen Ontwikkeltafel 1 van de Twentse Transformatie?*
- *In hoeverre is er sprake van normatieve institutionalisering binnen Ontwikkeltafel 1 van de Twentse Transformatie?*
- *In hoeverre is er sprake van institutionele complexiteit binnen Ontwikkeltafel 1 van de Twentse Transformatie?*

Om de hoofdvragen te beantwoorden wordt er een kwalitatieve casestudie uitgevoerd. De casestudie is het integrale jeugdzorgnetwerk: De Twentse Transformatie, Ontwikkeltafel 1. Allereerst is voor dit netwerk gekozen, omdat dit netwerk zich in de initiatieffase bevindt. Hierdoor kan worden onderzocht of er middels integratiestrategieën wordt bijgedragen aan de normatieve institutionalisering van integrale zorg. Daarnaast participeren er veel verschillende organisaties aan Ontwikkeltafel 1: de jeugd-GGZ, de Twentse gemeentes en andere jeugdzorginstellingen. Door de diversiteit aan participerende organisaties kan goed worden onderzocht of de organisaties in het zorgnetwerk institutionele complexiteit met zich meebrengen en hoe de integratiestrategieën van deze organisaties het zorgnetwerk beïnvloeden. Middels een literatuurstudie in het theoretische kader, een documentanalyse, semi-gestructureerde interviews en een waardenprioritering zullen de data verzameld worden.

4. Maatschappelijke relevantie

De roep om integrale zorg komt voort uit de ambitie om de verkokering in het jeugdzorglandschap tegen te gaan. Jeugdhulp tussen zorgorganisaties moet passend en samenhangend zijn en afgestemd zijn op de behoeften van de jeugdige (NJI, 2018). Een goede integrale netwerksamenwerking tussen deze instanties kan leiden tot meer continuïteit en duidelijkheid voor jeugdigen en gezinnen met complexe problematiek. Het leveren van integrale zorg vergt echter wel een verandering in het jeugdzorglandschap. Zorgaanbieders en gemeentes moeten werk- en denkwijzen veranderen ten behoeve van de integrale jeugdhulpverlening. De zorgprofessional moet bijvoorbeeld meer patiëntgericht en holistisch optreden, waarbij er gefocust wordt op cliëntparticipatie, gezamenlijke besluitvorming en ambulante zorgverlening. Gemeentes moeten hun beleid en financiering aanpassen, zodat meerdere zorgaanbieders en maatschappelijke organisaties per jeugdige gefinancierd kunnen worden.

De vaststelling van integraal jeugdzorglandschap vraagt dus om een transitie in werkwijzen en beleid in de netwerksamenwerking van betrokken instellingen. Deze scriptie draagt bij aan de kennis over de factoren die van invloed zijn op de succesvolle institutionalisering van integrale zorg als rode draad van ons jeugdzorglandschap. Deze kennis kan beleidsmakers, professionals en publiek-managers binnen integrale (jeugd)zorgnetwerken ondersteunen in een goede transitie richting -en organisatie van- de integrale (jeugd)zorg.

5. Wetenschappelijke relevantie

Tot voor kort focuste het onderzoek zich veelal op de functionele en regulatieve aspecten van integratie, in dit onderzoek wordt terecht gewezen op uitdagingen die zich op technisch en/of organisatorisch niveau voordoen, zoals belemmeringen of onduidelijkheden in de financierings-, verantwoordings- en besturingsmechanismen. De normatieve aspecten van de netwerkzorg werden echter vaak achterwege gelaten. Bestaande literatuur over netwerkmodellen neigt hierdoor de complexe en veelzijdige aard van integrale zorgnetwerken over het hoofd te zien.

Het onderzoek van Zonneveld e.a. (2018, 2020 en 2021) werpt al een kritische blik op de rol van waarden binnen integrale zorg. Er zit echter nog een zekere kennisleemte in een empirisch onderbouwde verklaring wat er ten grondslag ligt aan die waarden, hoe die onderliggende waarden, het gedrag en de integratiestrategieën van organisaties in het netwerk sturen en welke invloed gezamenlijke dan wel concurrerende waarden hebben op het integrale jeugdzorgnetwerk, ook wel de institutionele complexiteit. Hiermee draagt deze scriptie bij aan de benadering van integrale zorg als nieuwe normatieve institutie.

Door meer inzicht te geven in de invloed van integratiestrategieën op de normatieve institutionalisering en welke rol institutionele complexiteit speelt in dit proces, zal de kennis over integrale netwerkzorg worden uitgebreid. Door te onderzoeken wat organisaties en professionals er aan doen om de waarden, normen, doelen en culturen van integrale zorg te stimuleren, kan duidelijk worden waarom en onder welke omstandigheden integrale zorginitiatieven kansrijk zijn.

Casusomschrijving: De Twentse Transformatie (Ontwikkeltafel 1)

De Twentse Transformatie is een jeugdzorg netwerk uit de regio Twente, dat tot doel heeft de jeugdzorg in de regio te transformeren tot een integraal netwerk. Om het jeugdzorgdomein te transformeren, heeft de Twentse Transformatie drie Ontwikkeltafels ingericht. Hier werken zorgaanbieders van jeugdhulp, gemeenten, onderwijs en overige organisaties binnen een gedwongen kader samen met als drijfveer dat ieder kind een perspectief op een mooie toekomst verdient (Plan van Doorpak, De Twentse Transformatie, 2020). Zie tabel 1 en 2 voor de betrokken organisaties.

Binnen Ontwikkeltafel 1 staat het thema “In Twente groeit de jeugd op in haar eigen omgeving” centraal. Hierbij ligt de focus op 1) het verminderen van kinderen in de jeugdzorg, door het verbeteren van hun omgeving, 2) het terugdringen van uithuisplaatsing door het versterken van ambulante en deeltijdbehandelingen, 3) het voorkomen dat jongeren in leefgroepen opgroeien door goede alternatieve kleinschalige woonplekken te organiseren die de eigenschappen hebben van het gezinsleven en 4) het waarborgen van beschikbaarheid van de zorg door beheersbaarheid van kosten middels efficiency (Plan van Doorpak, 2020: 8).

Tabel 1: Organisaties betrokken in Ontwikkeltafel 1

Aanbieder	Soort	Doelgroep	Regionaal / landelijk
Mediant	Geestelijke gezondheidszorg organisatie	Zorg	Regionaal
Karakter	Kinder- en jeugdpsychiatrie	Jeugd	Boven regionaal
Amiq	Orthopedagogisch behandelcentrum	Jeugd	Regionaal
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg organisatie	Zorg	Landelijk
Tactus	Verslavingszorg	Jeugd	Regionaal
Jarabee	Jeugdzorg – ondersteuning aan ouders met opvoedproblemen	Jeugd	Regionaal
Pluryn	Zorgorganisatie complexe problematiek	Zorg	Landelijk
Aveleijn	Zorgorganisatie lichtverstandelijke beperkingen	Zorg	Regionaal
Accare	Jeugdzorg voor kinderen en jongvolwassenen met psychische problemen	Jeugd	Bovenregionaal
Trias	Jeugdhulp ondersteuning bij opgroeien en opvoeden	Jeugd	Landelijk

Tabel 2: aantal inwoners en jeugdzorg vraag per gemeente (CBS, 2017)

Gemeente	Aantal inwoners	Jeugdzorgvraag
Hengelo	81.049	8%
Enschede	159.732	8,2%
Hof van Twente	35.040	7,3%
Tubbergen	21.315	6,5%
Losser	22.888	4,9%
Dinkelland	26.606	4,8%

Ontwikkeltafel 1 is als volgt ingericht: Ontwikkeltafel 1 kent een projectleider en drie bestuurlijke trekkers. Daarnaast is Ontwikkeltafel 1 opgericht in drie procesteams en drie ontwikkelteams binnen de onderwerpen 1) Regie, 2) Op tijd dichterbij en 3) Intensief Integraal. Deze verschillende ontwikkelteams zijn weer opgedeeld in verschillende deelprojecten, zie figuur 1.

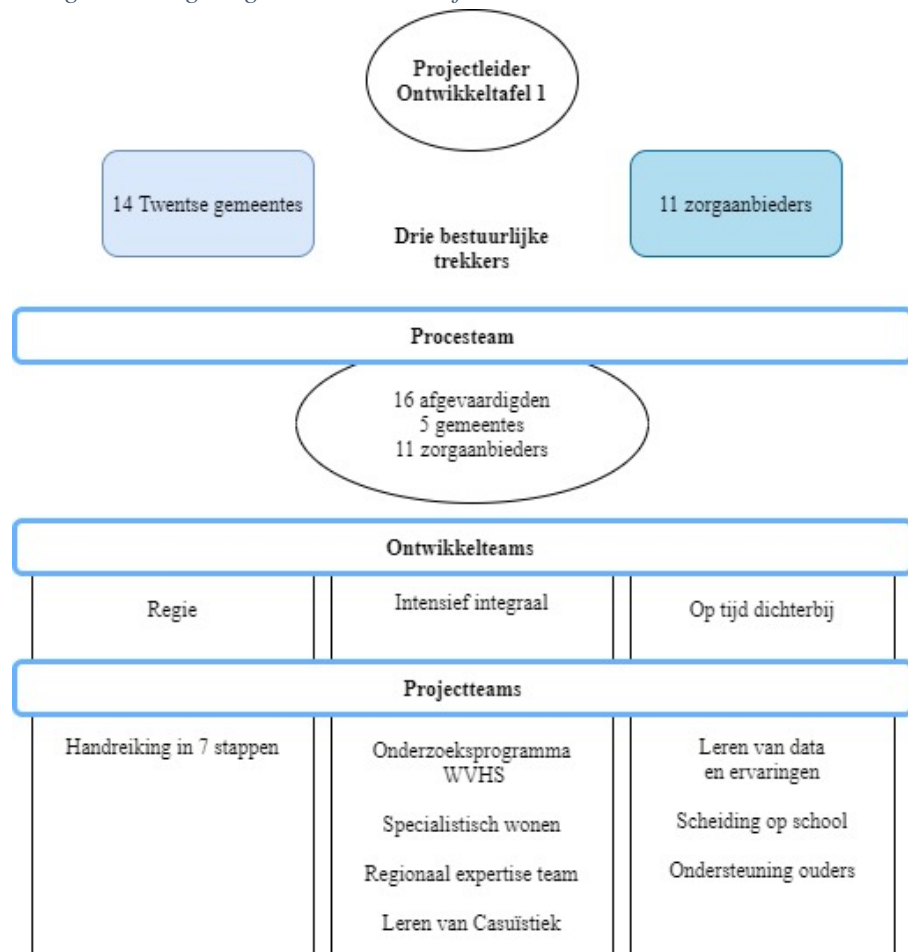
- Het procesteam wil de in, uit en doorstroom in het netwerk van zorg in Twente stimuleren door verbetering van onderlinge samenwerking, het vergroten van de continuïteit van zorg en het ambulatisering van de zorg aan jongeren en kinderen.

- Ontwikkelteam Regie: het ontwikkelteam regie heeft de ambitie om in gezamenlijkheid, in gezamenlijke taal, een handreiking te ontwikkelen waarmee de gelijkwaardige samenwerking tussen de betrokken partijen kan worden gefaciliteerd en kan worden verbeterd (Plan van Doorpak, 2020; 12).

- Ontwikkelteam Op tijd dichterbij: heeft de ambitie dat over 5 jaar gezinnen er op kunnen vertrouwen dat er laagdrempelige ondersteuning is op de plekken waar opvoed- en opgroeiuitdagingen tot uitingen tot uiting komen (Plan van Doorpak, 2020; 12).

- Ontwikkelteam Intensief integraal: heeft de ambitie om vanuit breed perspectief samen te werken bij intensieve zorg aan jongeren met veel problemen, waar thuis wonen niet meer vanzelfsprekend is en de verantwoordelijkheid door de betrokken organisaties wordt genomen (Plan van Doorpak, 2020; 33).

Figuur 1: organogram Ontwikkeltafel 1



Theoretisch kader

Dit hoofdstuk gaat in op de relevante theorieën die bijdragen aan het begrijpen van de indicatoren uit de hoofdvragen: de integratiestrategieën, de normatieve institutionalisering en de institutionele complexiteit. Allereerst zal het concept integrale zorg worden toegelicht en dit wordt in verband gebracht met het bestuurskundige paradigma Network Governance. Ten tweede zal het Rainbow-Model (RMIC) van Valentijn (2015), met de bijbehorende integratiestrategieën worden toegelicht. Ten derde zal de institutionele theorie aan bod komen en wordt er verder ingegaan op de normatieve institutionalisering (aan de hand van de kernwaarden van integrale zorg (Zonneveld e.a. (2018, 2020, 2021)) en de institutionele complexiteit.

1. Integrale netwerkzorg

In 2015 pleitte de WHO voor een “fundamentele paradigmaverschuiving in de manier waarop gezondheidsdiensten worden gefinancierd, beheer en geleverd” (WHO, 2015; 9). Om de zorg effectiever en efficiënter te organiseren, vragen complexe gezondheidsproblemen om samenwerking in plaats van versnippering tussen verschillende zorgdisciplines en organisaties in de zorgverlening. Om die fundamentele paradigmaverschuiving te bewerkstelligen is er een verandering van de leidende instituties in de zorg nodig: van een traditioneel zorgsysteem, waar specialisatie een leidende kernwaarde is, naar een geïntegreerd zorgsysteem, waar holisme een leidende kernwaarde is.

De traditionele zorg kenmerkt zich door verticale besluitvorming, taakspecialisatie, fragmentatie en voornamelijk door het behandelen van ziekten per specialisatie. Deze benadering past binnen de traditionele stroming van de bestuurskunde die Public Administration wordt genoemd. Binnen de stroming van Public Administration wordt aangenomen dat de bevolking redelijk homogeen is en dat de behoeften van de bevolking door professionals wordt gedefinieerd (Hartley, 2005). De traditionele gezondheidszorg waarin ziekten één voor één bestreden worden en niet in de holistische context worden behandeld, past binnen deze bestuurskunde traditie.

De eerste integrale zorgmodellen kwamen voort uit de marktprincipes van het New Public Management, waarin integrale zorg werd gedreven vanuit het idee de zorg efficiënter en effectiever te maken. Deze modellen waren eerder gemotiveerd vanuit de mogelijkheid tot kostenbesparing door gezamenlijk kosten en krachtenbundeling binnen één netwerk. De huidige integrale zorgmodellen hebben daarentegen drijfveren gericht op de (complexe) behoeften van de patiënt of een groep patiënten, gericht op het stimuleren, betrekken en de

‘empowerment’ van de bevolking (World Health Organization, 2015: 21). Binnen deze modellen staat het individu centraal, wat aansluit bij het huidige bestuurskundig-wetenschappelijke paradigma van het New Public Governance.

Bestaande geïntegreerde zorgmodellen zijn netwerken met dynamische complexiteit aan en tussen diverse actoren en kunnen daarom het beste worden gedefinieerd als ‘governance netwerken’. Provan en Kenis (2008) definiëren governance netwerken als: “drie of meer juridisch zelfstandige organisaties die samenwerken om niet alleen hun eigen doelen te bereiken, maar ook een gezamenlijk doel”. Meerkerk en Edelenbos (2014) beschrijven netwerken als “min of meer stabiele patronen van sociale relaties tussen onderling afhankelijke actoren, die zich rond maatschappelijke problemen vormen en die worden gevormd door interacties tussen de betrokken actoren”.

De samenwerking van verschillende (sociale) zorginstanties rondom een bepaalde patiënt of patiëntengroep kan gekenmerkt worden als een governance netwerk. Integrale zorg is een samenhangende reeks methoden en modellen op het vlak van financiering, administratie, organisatie en dienstverlening en is op klinisch niveau ontworpen om creativiteit, afstemming en samenwerking binnen en tussen de actoren en sectoren van de zorg te creëren (Kodner & Spreuwenberg, 2002). Het heeft betrekking op de afstemming en de samenwerking tussen sociale diensten, volksgezondheid, burgers en gemeenschappen (Zonneveld et al., 2018). Het doel van integrale zorgnetwerken is om de fragmentatie van de dienstverlening te verminderen en het bevorderen van zowel een uitgebreide zorg als een betere zorgcoördinatie rond de behoeften van mensen.

1.1 Coördinatie integrale netwerkzorg

Governance netwerken zijn echter vanuit een institutioneel standpunt een zeer complexe taak. Dit komt veelal doordat er binnen governance netwerken verschillende organisaties, overheidslagen, publieke, private en maatschappelijke actoren betrokken zijn (Klijn en Koppenjan, 2012). Die verschillende organisaties hebben doorgaans andere gedragspatronen, werkwijzen, waarden en culturen, waardoor netwerken vaak te kampen krijgen met institutionele complexiteit (Greenwood et al., 2010).

In het onderzoek naar integrale netwerkzorg wordt vaak gewezen op de ‘black box’-analogie, omdat er weinig begrip is voor het succes of het falen van de samenwerking. De organisatie van integrale netwerkzorg wordt blootgesteld aan allerlei uitdagingen in de praktijk. In het proefschrift van Valentijn (2015) wordt terecht gewezen op uitdagingen die zich op

technisch en/of organisatorisch niveau voordoen, zoals belemmeringen of onduidelijkheden in de financierings-, verantwoordings- en besturingsmechanismen. Deze technische of organisatorische aspecten worden door Valentijn (2015) ook wel omschreven als de functionele aspecten van integratie. In de praktijk mist er doorgaans een duidelijk implementatieplan om een holistische en grensoverschrijdende aanpak te genereren. Naast de functionele aspecten van integratie kent integrale zorg eveneens normatieve uitdagingen. De normatieve integratie heeft voornamelijk betrekking op de heersende normen en waarden binnen het integrale netwerkproces. Met normatieve integratie wordt bedoeld dat alle betrokken actoren op macro, meso- en microniveau van het integrale zorgnetwerk dezelfde waarden aanhangen (verder toegelicht in 1.2.2).

Er zijn diverse pogingen gedaan om de complexiteit van integrale netwerkzorg te analyseren en een alomvattend kader te bieden, die de kritische componenten omvatten. Veel van die kritische componenten betreffen strategieën en instrumenten ter bevordering van integratie. Integratie is een proces waarbij alle aspecten van de zorg, zoals de werkstructuren, protocollen, culturen en sociale relaties op elkaar zijn afgestemd (Fabricotti, 2007). In de literatuur passeren verschillende strategieën en instrumenten de revue, zoals gedeelde zorgplanningen, herontwerp van organisatorische en administratieve systemen, gedeeld bestuur en administratief leiderschap. De literatuur spreekt consensus over vier integratietypen: functionele, organisatorische, professionele en klinische (Shortell, 2009; Simoens & Scott, 1999; Delnoij et al., 2002). En hoewel het gros van de auteurs het eens is over de ‘best practice’-principes en instrumenten die een integraal zorgstelsel succesvol zouden moeten maken, is er weinig systematisch onderzoek gedaan naar de daadwerkelijke implementatiemechanismen (Goodwin, 2016). Het theoretische raamwerk van Valentijn e.a. (2013, 2015) vat al deze ‘best practice-principes’ samen, maar voegt eveneens de systeemintegratie op macroniveau en de normatieve integratie toe.

1.1.1 Rainbow Model of Integrated Care

Het RMIC-model van Valentijn (2015) omvat meerdere dimensies van integratie, die een complementaire rol spelen in de integrale netwerkzorg. Valentijn (2015) onderscheidt drie niveaus van analyse (micro, meso en macro) en vier dimensies die onderling geïntegreerd kunnen zijn in een integraal zorgnetwerk: systeemintegratie (macro), organisatorische- en professionele integratie (meso) en klinische integratie (micro). Ten slotte voegt Valentijn nog twee dimensies van integratie toe, die de verwevenheid tussen alle vormen en alle niveaus binnen het integrale zorgnetwerk kunnen stimuleren: de functionele en normatieve integratie.

- 1) Klinische integratie (micro): Dit verwijst naar *“de coördinatie van persoonsgerichte zorg in één proces in tijd, plaats en discipline”*
- 2) Professionele integratie (meso): Dit verwijst naar *“op basis van interprofessionele partnerschappen op gedeelde competenties, rollen, verantwoordelijkheden en verantwoording om een alomvattend continuüm van zorg voor een bepaalde populatie te generen”*.
- 3) Organisatie integratie (meso): Dit verwijst naar *“interorganisatorische relaties met inbegrip van gemeenschappelijke besturingsmechanismen, om uitgebreide diensten te leveren aan een bepaalde populatie”*.
- 4) Systeemintegratie (macro): Dit verwijst naar *“een horizontaal en verticaal geïntegreerd systeem, gebaseerd op een samenhangende set van (informele en formele) regels en beleid tussen zorgaanbieders en externe belanghebbenden ten behoeve van mensen en populaties”*.
- 5) Functionele integratie (micro, meso en macro): Dit verwijst naar *“belangrijke ondersteunende functies en activiteiten gestructureerd rond het primaire proces om de dienstverlening te coördineren en verantwoording en besluitvorming tussen organisaties te ondersteunen”*
- 6) Normatieve integratie (micro, meso en macro): Dit verwijst naar *“het ontwikkelen en onderhouden van een gemeenschappelijk referentiekader (d.w.z. gedeelde missie, waarden en cultuur tussen organisaties, beroepsgroepen en individuen)”*.

1.2 Integratiestrategieën van integrale zorg

In deze scriptie zal met name gekeken worden naar de integratiestrategieën op mesoniveau 1) de professionele 2) de organisatorische en 3) de normatieve integratiestrategieën en de invloed van die integratiestrategieën op de institutionalisering van integrale netwerkzorg (Shaw et al., 2017). Deze keuze is gemaakt, omdat deze niveaus van analyse het best bij de bestuurskundige scope van het onderzoek past. Daarnaast wordt er niet gefocust op de patiënt, maar op experts/professionals en beleidsmakers in het netwerk. Daarmee vervalt de mogelijkheid om de klinische integratie (microniveau) of de systeemintegratie (macroniveau) te onderzoeken.

1.2.1 Organisatorische en professionele strategieën

Integrale zorg op mesoniveau refereert aan organisatorische en professionele integratie. De heersende structuren, processen en technieken die voorheen gefocust waren op de gespecialiseerde gezondheidszorg, moeten worden omgevormd naar structuren, processen en technieken die een holistische benadering vergemakkelijken. Idealiter worden de

organisatorische- of professionele grenzen van zorginstaties binnen een geïntegreerd gezondheidssysteem overschreden om een continuüm van zorg aan te bieden (Valentijn, 2015).

Organisatorische en professionele overkoepelende werkwijzen, procedures en structuren moeten anders worden gecoördineerd, met als uitgangspunt de versnippering van de diensten in het gezondheidssysteem tegen te gaan. De organisatorische integratie verwijst naar de mate, waarin diensten in samenhang met andere organisaties worden geleverd en/of worden geproduceerd. Een goede samenwerking tussen organisaties kan betere kwaliteit en efficiëntie genereren door de bundeling van vaardigheden en expertise. De integratie kan belemmerd worden door de organisatorische verschillen tussen gezondheids- of sociale zorgorganisaties, tegenstrijdige culturen, professionele rollen/expertiseniveaus of bureaucratische structuren (Valentijn, 2015). Een integratiestrategie op organisatorisch niveau kan betekenen, dat deelnemende organisaties actief stappen ondernemen om andere organisatieculturen beter te begrijpen. Of door gezamenlijk met andere organisaties binnen het integrale zorginitiatief doelstellingen te formuleren (Valentijn & Angus, 2018).

De professionele integratie op mesoniveau verwijst naar de partnerschappen en samenwerkingsverbanden van professionals binnen of tussen organisaties. De landelijke huisartsnetwerken zijn hier een goed voorbeeld van. Professionals uit verschillende disciplines en sectoren moeten gedeelde verantwoordelijkheid nemen voor de groeiende ziektelast en moeten de diensten juist integreren om goede gezondheid en welzijn te verzekeren (Valentijn, 2015). De professionele integratie kan echter belemmerd worden door traditionele ideeën van hiërarchie en professionele autonomie. Integratiestrategieën op professioneel niveau kunnen inhouden, dat netwerken van professionals een gedeeld begrip creëren over wat professionele zorg inhoudt, of dat de samenwerking van het initiatief wordt geëvalueerd op de mate professionele integratie (Valentijn & Angus, 2018).

1.2.2 Normatieve integratiestrategieën

Normatieve integratiestrategieën hebben betrekking op het creëren van gemeenschappelijke of wederzijds gerespecteerde waarden, normen, doelen en culturen. Waarden zijn zinvolle overtuigingen, principes of gedragsnormen, die verwijzen naar de gewenste doelen die acties en handelen motiveren (Zonneveld et al., 2018). Deze integratiestrategieën zijn van belang, omdat integrale netwerkzorg een collectief proces is, dat afhankelijk is van de samenwerking tussen professionals, organisaties, patiënten, overheden en zorgverzekeraars, aldus Zonneveld e.a. (2018). Deze organisaties werken samen in een netwerk, maar kunnen wel verschillende opvattingen, belangen, doelstellingen en werkwijzen hebben. Onderzoek naar de waarden, de

normatieve integratie, kan meer inzicht verschaffen in wat het gedrag in de samenwerking beïnvloedt.

Gedeelde waarden, normen, doelen en culturen zijn belangrijke determinanten voor gedrag en besluitvorming van organisaties in het netwerk. Geïntegreerde gezondheidsdiensten bestaan uit interactieprocessen tussen verschillende organisaties in een netwerk. Communicatie, de mate van vertrouwen en gezamenlijke doelen hebben invloed op deze interactieprocessen. Daarnaast hebben organisaties binnen integrale zorgnetwerken vaak geheel verschillende rollen. Overheden of verzekeraars zullen daarom andere belangen en/of waarden hebben binnen de integrale jeugdzorg dan onderwijsinstellingen of de jeugd-GGZ. Deze organisaties zullen ook andere aspecten binnen het jeugdzorgnetwerk belangrijk achten (Zonneveld et al., 2018).

Volgens Valentijn (2015) heeft de normatieve dimensie invloed op de integratie op alle niveaus (micro, meso en macro) van het integrale zorgnetwerk. Dit is gebaseerd op de aanname, dat als dezelfde waarden worden gedragen op alle niveaus binnen het integrale zorgnetwerk, de integratie zal verbeteren. Een gemeenschappelijke normatief frame, die een gezamenlijke missie, visie, waarden en doelen omvat, is een belangrijke parameter voor een succesvol integraal zorgnetwerk (Zonneveld et al., 2021). Ook benadrukte de WHO (2015) de noodzaak tot de vereniging van waarden in het kader van geïntegreerde zorg. Gemeenschappelijke waarden of het erkennen van waarden binnen een integraalzorgnetwerk zou uiteindelijk moeten leiden tot een gemeenschappelijke basis, wederzijds begrip en gedeelde motivatie, aldus WHO (2015).

Omdat Twentse Transformatie, Ontwikkeltafel 1 is opgericht om de jeugdzorg in Twente te transformeren tot een integraal netwerk, is verwachting 1 geschetst.

Verwachting 1 - integratiestrategieën

Verwachting 1: Binnen Ontwikkeltafel 1 van de Twentse Transformatie sprake is van organisatorische, professionele en normatieve integratiestrategieën door organisaties en professionals

2. Integrale zorg als nieuwe institutie

Het gebruik van de institutionele theorie biedt de mogelijkheid om meer inzicht te krijgen op de mate van integratie op het macro-, meso- en microniveau van geïntegreerde zorg. Dit perspectief geeft weer hoe institutionele ideeën, die vaak ingebed zijn in regels, culturen en gedragspatronen, invloed hebben op het handelen tussen organisaties of tussen individuen binnen organisaties. De institutionele theorie richt zich op systemen van culturele elementen, waarmee mensen, groepen en organisaties betekenis geven aan hun dagelijkse activiteiten. Hiermee geeft de theorie de mogelijkheid tot een theoretische verkenning van sociale mechanismen zoals normen, waarden, regels, gedragspatronen en routines die het gedrag van actoren in de maatschappij construeert. De sociale mechanismen die de institutionele theorie probeert te vatten, zijn in feite de “regels van het spel” die vaak, impliciet, een praktische handleiding bieden voor het handelen van individuen en organisaties (Thornton & Ocasio, 1999; Rao, Monin & Durand, 2003).

2.1 Institutionaliserings

In deze scriptie wordt het mogelijke proces van normatieve institutionalisering van integrale netwerkzorg onderzocht. Een proces waarbij de waarden, normen, doelen en culturen van integrale netwerkzorg bij verschillende organisaties, zorginstellingen, beleidsdomeinen in een specifiek netwerk wordt geïntegreerd. De kerngedachte van institutionalisering is dat het leidt tot het ontstaan en het blijven bestaan van maatschappelijke stabiliteit (Straten, 1996). Institutionalisering wordt in het proefschrift van Peper (1972) omschreven als “een proces waarbij zich rond een bepaald probleem (doelstelling, waarde) een sociaal handelings- en middelenpatroon ontwikkelt”.¹ Landman (1992) definieert institutionalisering als “een proces waarin interactie en communicatie tussen mensen wordt gestabiliseerd tot min of meer duurzame patronen”.² Van institutionalisering is sprake, als nieuwe ideeën, zoals grensoverschrijdende samenwerking in de zorg, ingebed raken in de bestaande structuren van handelen.

2.2 Pijlers van institutionalisering

Volgens de meeste theoretische formuleringen bevat een institutie zowel een normatieve (ideationele) als een materiële dimensie. De theorievorming die daar het dichtst in de buurt komt is de driedeling (normatief, cognitief en regulatief) van de socioloog Scott (1995). Scott (1995)

¹ Peper, *Vorming van Welzijnsbeleid*, 39-51.

² Landman, 6.

omschrijft instituties als “cognitieve, normatieve en regulerende structuren die zorgen voor stabiliteit en betekenis voor sociaal gedrag. Instituties worden vervoerd door verschillende dragers, - culturen, structuren en routines – en ze opereren op meerdere jurisdictieniveaus” (Scott, 1995). Deze driedeling wordt in het onderzoek van Koppenjan & Klijn (2014) ook erkend. De vaststelling van een nieuwe institutionele orde (institutionalisering) vereist ook een procesmatige verandering op die drie dimensies: 1) de regulatieve, 2) de normatieve en 3) de cognitieve (Scott, 1995, 2014; Koppenjan & Klijn, 2004).

- I. Regulatieve institutionalisering omvat het vermogen om regels vast te stellen en indien nodig de mogelijkheid tot sancties en beloningen om toekomstig gedrag te beïnvloeden (Scott, 2014; Klijn & Koppenjan, 2004). Regulatieve institutionalisering op het gebied van integrale gezondheidszorg verwijst naar de formele regulering van integrale netwerkzorg, zoals E-Health en financiering.
- II. Normatieve institutionalisering verwijst naar samenhangende normen, waarden en doelstellingen die de institutie vormen. Binnen normatieve institutionalisering is sociale dwang een regulator van gedrag (Klijn & Koppenjan, 2004). De normatieve institutionalisering van geïntegreerde zorg verwijst onder andere naar gezamenlijke normen-, waarden- en doelstellingen die de integrale netwerkzorg mogelijk maakt.
- III. Cognitieve institutionalisering heeft te maken met de gedeelde percepties die de aard van de sociale realiteit vormen en die een kader creëert waardoor betekenis wordt gegeven aan de dagelijkse activiteiten (Scott, 2014). Veelal vormen symbolen, woorden en tekens de belangrijke factoren voor de cognitieve institutionalisering (Klijn en Koppenjan, 2004). De cognitieve institutionalisering binnen integrale zorg kan bijvoorbeeld tot uiting komen in de onderliggende ideeën over hoe de integrale zorg wordt georganiseerd.

De mate van institutionalisering op de drie pijlers van Scott (1995, 2014) en Klijn en Koppenjan (2014) kan ook wel de institutionaliseringsgraad worden genoemd (Zijderveld, 1966). Hoe hoger de institutionaliseringsgraad, hoe sterker geïnstitutionaliseerd gezamenlijke belonings- en sanctiestructuren zijn, hoe sterker gedeelde normen, waarden en doelen zijn en hoe sterker vanzelfsprekendheden en gebruiken van organisaties in het netwerk worden gedeeld.

2.2.1 Normatieve institutionalisering

In deze scriptie wordt echter enkel gekeken naar de normatieve pijler van institutionalisering, naar de samenhangende normen, waarden, doelen en culturen die de institutie vormen. Dit onderzoek levert een bijdrage in het onderzoek naar de normatieve aspecten van integrale

netwerkgang, naar de rol van waarden bij de coördinatie en samenwerking. De belangrijkste aspecten van normatieve institutionalisering zijn doorgaans een gedeelde kernwaarden, normen, gedeelde doelen en een gedeelde cultuur (Poulsen et al., 2019).

Integrale zorg is een institutie met een eigen normatieve dimensie. Het onderzoek van Zonneveld e.a. (2018, 2020, 2021) geeft weer, dat er achttien verschillende kernwaarden zijn die integrale zorg idealiter kenmerken. Deze achttien kernwaarden worden door experts, beleidsmakers en zorgprofessionals in integrale zorgnetwerken belangrijk geacht en vormen dus de normatieve institutie van integrale zorg. Volgens het onderzoek van Zonneveld e.a. (2018, 2020, 2021) en het rapport van de WHO (2015) wordt integrale zorg vaak gedreven door dezelfde kernwaarden. De meest voorkomende kernwaarden van integrale zorg op micro-, macro- en mesoniveau zijn: coördinatie, vertrouwen, gedeelde verantwoordelijkheid en verantwoording, holisme, coproductie, continuïteit, flexibiliteit, empowerment, persoonsgericht, respect, whole-system thinking, volledigheid, samenwerking, prevention, efficiëntie, wederkerigheid, transparant en effectiviteit. De achttien onderzochte waarden uit het onderzoek van Zonneveld e.a. (2018, 2020, 2021) vormen een normatief kader van integrale zorg op micro-, meso- en macroniveau.

Als alle organisaties en professionals in Ontwikkeltafel 1 van de Twentse Transformatie de kernwaarden van integrale zorg erkennen en nastreven, dan is er sprake van een hoge institutionalisierungsgraad. Dat betekent dat het integrale zorgnetwerk hoog geïnstitutionaliseerd is, omdat het de kernwaarden, doelen en culturen van integrale zorg nastreeft (zie figuur 2). Als dit niet het geval is, dan is er sprake van een lage institutionalisering van integrale zorg in Ontwikkeltafel 1 van de Twentse Transformatie. Omdat de Twentse Transformatie een jeugdzorgnetwerk is, dat de ambitie heeft om te transformeren tot een integraal jeugdzorgnetwerk, is verwachting twee geschetst.

Verwachting 2: normatieve institutionalisering

Verwachting 2: De verwachting is dat Ontwikkeltafel 1 van de Twentse Transformatie hoog geïnstitutionaliseerd is (d.m.v een gezamenlijk normatief kader als leidraad voor organisatorisch handelen binnen het netwerk).

Figuur 2: normatieve institutionalisering (Scott, 1995, 2014; Poulsen et al., 2019; Zonneveld et al., 2018, 2020, 2021)



2.3 Nieuwe institutionele theorieën

De nieuwe institutionele theorieën omvatten verschillende benaderingen die proberen uit te leggen hoe organisaties worden beïnvloed door omgevingsfactoren. Wat de nieuwe institutionele theorie 'nieuw' maakt, is de behoefte om verder te kijken dan structurele en economische verklaringen voor acties van organisaties of menselijk handelen (DiMaggio & Powell, 1991; Mayer & Rowan, 1977 en Scott, 2014). In plaats daarvan richten de nieuwe institutionele theorieën zich op de vorming en hervorming van instituties, een proces dat ook wel institutionalisering wordt genoemd.

Het wetenschappelijke debat over de institutionele theorie gaat doorgaans over wat de rol van het menselijk handelen is binnen het institutionaliseringsproces, ook wel het structure-agency debat genoemd. Bepaald de institutie het gedrag van individuen of organisaties (structure) of andersom (agency)? (Zijderveld, 1972). De vraag of integrale zorg institutionaliseert, is onlosmakelijk verbonden met dit structure-agency debat. Het uitgangspunt in deze scriptie is dat het succes van een integrale zorg afhankelijk is van de doelgerichte acties van individuen om een integraal zorgnetwerk mogelijk te maken. Die doelgerichte acties kunnen de integratiestrategieën omvatten, zoals die zijn toegelicht in 1.2. Bijvoorbeeld psychische problematiek bij een jeugdige heeft impact op zijn of haar leercapaciteit. De kennis van de jeugd-GGZ, zou dan moeten worden geïntegreerd met andere domeinen zoals het onderwijs (Van Leeuwen, 2018). De GGZ-psycholoog kan er echter voor kiezen om de patiënt wel te behandelen, maar niet de verbinding te leggen met de andere domeinen zoals het onderwijs. In dit geval wordt de norm van holistisch en grensoverschrijdende samenwerking niet nageleefd.

2.3.1 Isomorfisme

Het isomorfisme is een van die nieuwe institutionele theorieën, die het institutionaliseringsproces probeert te verklaren vanuit de structure-zijde. Volgens het isomorfisme passen organisaties zich aan hun omgeving aan om legitimiteit en bestaanszekerheid te garanderen. Die collectieve aanpassing zorgt voor het stabiliseren van een nieuwe institutie. Volgens dit gedachtegoed zijn de keuzes en de acties van organisaties beïnvloed door het organisatieveld waartoe zij behoren (Vermeulen, 2002). Hoe groter de mate van sociale, professionele, economische en politieke verbondenheid tussen organisaties, hoe groter de kans op institutionalisering (DiMaggio & Powell, 1983). Oftewel, de toename van organisatorische interactie vergroot de kans op een gedeeld referentiekader van organisaties. Vertaald naar integrale zorg betekent dit, dat volgens het isomorfisme alle organisaties en instellingen die betrokken zijn bij integrale zorgnetwerken op elkaar gaan lijken en dezelfde waarden, doelen, culturen of werkwijzen gaan aanhangen.

2.3.2 Institutionele complexiteit

Een terugkerend thema binnen het institutionele onderzoek is echter de centrale uitdaging voor organisaties om samen te werken met heterogene instellingen of organisaties. Netwerken kunnen te kampen krijgen met verschillende en soms tegenstrijdige institutionele logica's, ook wel institutionele complexiteit genoemd (Friedland en Alford, 1991; Thornton et al., 2012). Het onderliggende argument is dat organisaties institutionele complexiteit ervaren, wanneer ze worden geconfronteerd met meerdere logica's (die voortkomen uit uiteenlopende culturele kenmerken, verwachtingen, waarden, begrip en identiteiten) (Greenwood et al., 2011).

Volgens het isomorfisme stelt de dominante heersende institutie de spelregels vast en de organisaties nemen die spelregels over in het proces van institutionalisering (DiMaggio & Powell, 1983; Emirbayer & Johnson, 2008; Scott, 2014). Deze benadering kan echter niet verklaren, waarom organisaties of organisatieleden binnen integrale zorgnetwerken verschillend zijn. Waarom verschillende organisaties binnen een integraal zorgnetwerk bijvoorbeeld tegenstrijdige werk- en denkwijzen kunnen hebben, waardoor ze kampen met institutionele complexiteit. Een gemeente kan om financiële overwegingen meer controle en stabiliteit hebben in de werkwijze, terwijl een zorgaanbieder omwille van goede zorg juist flexibeler tewerk gaat (Zonneveld et al., 2021).

Het isomorfisme schiet tekort in het verklaren van organisatieverschillen binnen integrale zorgnetwerken, in het verklaren van institutionele complexiteit (Greenwood et al., 2011). Institutionele complexiteit wordt veroorzaakt door verschillende of conflicterende

individuele regels, patronen of werkwijzen van organisaties die betrokken zijn bij het netwerk. Binnen het onderzoek naar institutionele complexiteit richten wetenschappers zich op hoe actoren handelen in omgevingen die bestaan uit meervoudige institutionele logica's, die tegenstrijdigheid en ambiguïteit creëert voor individuen, groepen en organisaties (Meyer & Höllerer, 2014).

Institutionele complexiteit ontstaat dus wanneer organisaties worden geconfronteerd met onverenigbare eisen van verschillende stakeholders, er is dan sprake van differentiatie van werk- en denkwijzen van de organisaties in het netwerk (Vermeulen, 2002). Met name integrale zorgnetwerken krijgen te maken met institutionele complexiteit, omdat er binnen netwerken vaak een groot aantal actoren worden betrokken met verschillende functies, achtergronden en kennis, die betrokken zijn bij complexe problematiek (WRR, 2004). Integrale netwerkzorg streeft juist naar een holistische aanpak, door samenwerking tussen organisaties met verschillende achtergronden, zoals de samenwerking tussen gezondheidszorg en sociale zorg. In een integraal zorgnetwerk brengt elke partner zijn eigen waarden, kennis en expertise mee om een holistische en patiënt/populatie gerichte zorg te genereren, aldus Zonneveld, Glimmerveen en Minkman (2021). Daarnaast is de ambitie van integrale zorg dat het traditionele sectoren en beleidsdomeinen overstijgt. Hierdoor komen professionals, beleidsmakers en patiënten met verschillende achtergronden, culturen en tradities samen. De kracht van een integraal zorgnetwerk is vanuit deze benadering dan ook juist dat die verschillende organisaties en specialisaties met elkaar samenwerken en elkaar kunnen aanvullen.

Het nastreven van isomorfisme, kan ook de diversiteit van een netwerk in gevaar brengen. Het is niet wenselijk dat alle organisaties in het netwerk isomorf worden aan elkaar. Het idee achter integrale zorgnetwerken is, dat het geheel meer is dan de som der delen. Juist in een non-hiërarchische samenwerking tussen verschillende organisaties zit de kracht van integrale zorgnetwerken. Ook binnen Ontwikkeltafel 1 van de Twentse Transformatie is er sprake van samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders, bijvoorbeeld een organisatie die gespecialiseerd is in verslavingszorg en een organisatie die gespecialiseerd is in opvoedkunde. De verwachting (4) is daarom dat er binnen Ontwikkeltafel 1 sprake is van institutionele complexiteit en dat deze institutionele complexiteit een rol speelt in de relatie tussen de integratiestrategieën en de normatieve institutionalisering.

3. Conceptueel model

Een succesvolle dienstverlening in de jeugdzorg vereist een fundamentele veranderingen, namelijk de institutionalisering van integrale zorg. Bij een succesvolle institutionalisering ‘integreeren’ de organisaties ten behoeve van de integrale dienstverlening. De optimale normatieve integratie die werd onderzocht door Zonneveld e.a. (2018, 2020, 2021) concludeerde, dat er achttien kernwaarden zijn die integrale zorg op alle niveaus kenmerkt. Deze kernwaarden van integrale zorg zijn in feite de algehele erkende waarden en normen van integrale zorg, omdat ze gedragen worden door verschillende experts, beleidsmakers en zorgprofessionals uit verschillende landen en zorgdomeinen. Hiermee vervullen deze achttien kernwaarden de normatieve institutie van integrale zorg.

Om tot deze fundamentele verandering te komen, zijn er echter wel integratiestrategieën nodig, die de verschillende organisaties kunnen integreren om tot de nieuwe institutionele orde van integrale zorg over te gaan, daarom is verwachting drie geschetst. In het RMIC-Model van Valentijn (2015) zijn professionele, organisatorische en normatieve integratiestrategieën omschreven die gebruikt kunnen worden als integratiemechanismen, om tot een succesvolle integrale samenwerking te komen.

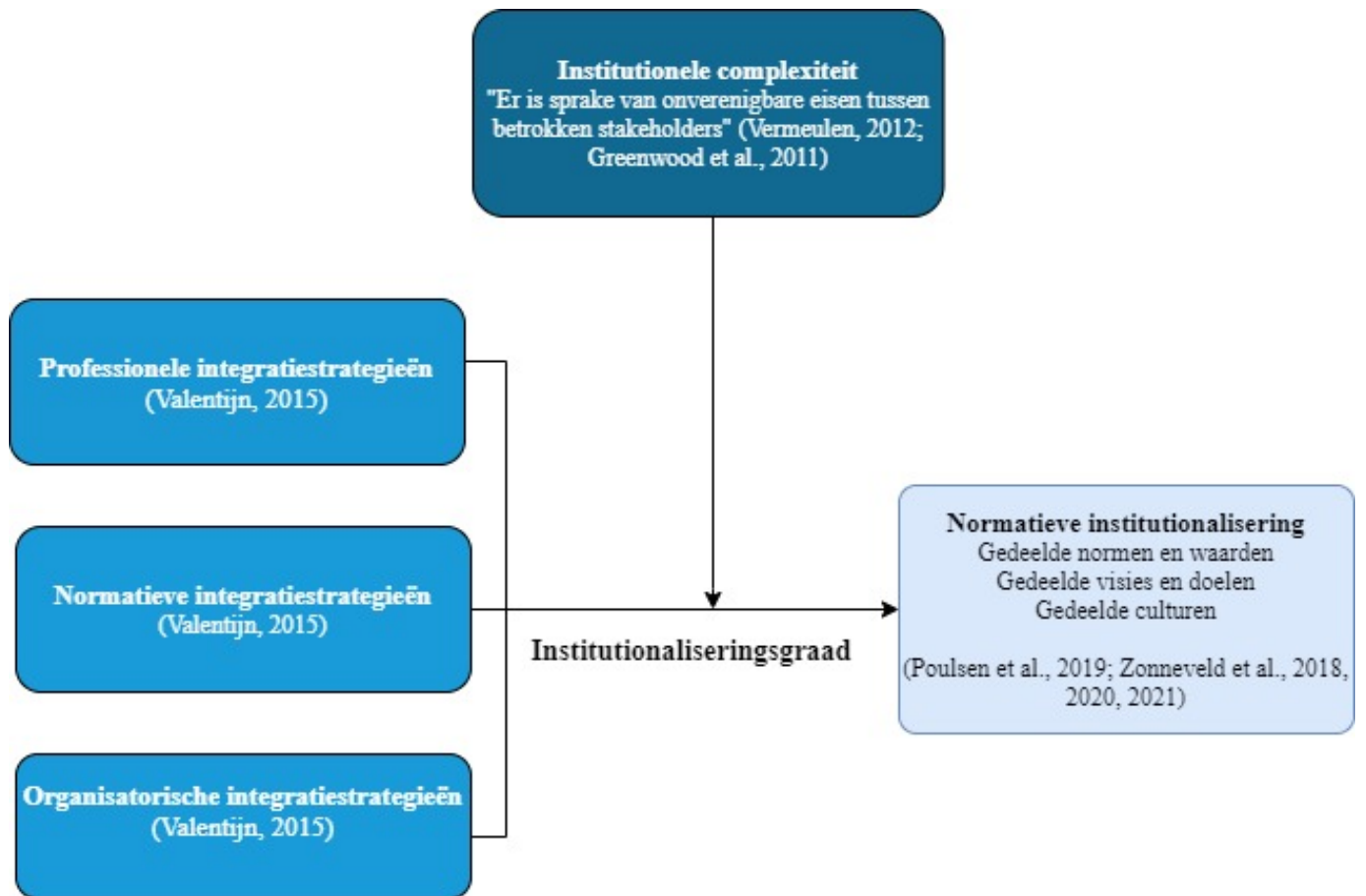
Integrale zorgnetwerken kunnen echter in praktijk te maken krijgen met gedifferentieerde werk- en denkwijzen, ofwel de institutionele complexiteit. De samenwerking tussen de verschillende organisaties en professionals met verschillende achtergronden en waarden, kan leiden tot conflicten die de integrale netwerkzorg in de weg kunnen staan. Institutionele complexiteit kan echter tevens zorgen voor diversiteit aan betrokken organisaties, waardoor de kans op holistische en integrale zorg groter wordt, dan in netwerken met homogene organisaties. De vraag is dus wat de rol van institutionele complexiteit is, binnen het institutionaliseringsproces van integrale zorg.

Verwachting 3 en 4: integratiestrategieën, normatieve institutionalisering en institutionele complexiteit

Verwachting 3: De verwachting is dat de integratiestrategieën van organisaties invloed hebben op de normatieve institutionalisering van integrale zorg.

Verwachting 4: De verwachting is dat er binnen Ontwikkeltafel 1 van de Twentse Transformatie sprake is van institutionele complexiteit en dat deze institutionele complexiteit een rol speelt in de relatie tussen de integratiestrategieën en de normatieve institutionalisering.

Figuur 3: conceptueel model op basis van theorievorming (Vermeulen, 2012; Greenwood et al., 2011; Poulsen et al., 2019; Zonneveld et al., 2018, 2019, 2021; Valentijn, 2015).



Operationalisering en methodologie

In dit hoofdstuk wordt een verantwoording gegeven van de methoden die gebruikt zijn om de hoofdvragen te beantwoorden. Er zal worden toegelicht wat de wetenschappelijke positionering en onderzoeksstrategie is, de operationalisering van de variabelen, hoe de dataverzameling en analyse zal verlopen en welke case en respondenten zijn geselecteerd.

1. Wetenschappelijke positionering en onderzoeksstrategie

De institutionalisering van integrale zorg is een dermate complex proces, dat niet alle invloedrijke factoren op voorhand vastgesteld kunnen worden. Een deductieve, toetsende onderzoeksmethodologie zal daarom geen volledig beeld geven van de integratiestrategieën en de mate van normatieve institutionalisering. Daarnaast is er nog geen bestaande theorie die de invloed van integratiestrategieën op normatieve institutionalisering omvat en wat de rol van institutionele complexiteit hierbinnen is. Daarom is er gekozen voor een inductieve strategie, die voornamelijk exploratief en verklarend van aard is. Een kwalitatieve en inductieve onderzoeksstrategie is overigens ook gepast omdat de institutionele theorie gebaseerd is op het sociaal constructivisme, waarin overtuigingen en normen worden geconstrueerd en gedeeld, door middel van een proces van sociale constructie (Oksavik et al., 2021). Kwalitatief onderzoek biedt de mogelijkheid om gegevens te verzamelen die de context beter kunnen weergeven (Yin, 2009), zodat gedeelde ervaringen, waarden en normen beter beschreven kunnen worden

2. Operationalisering variabelen

In het theoretische kader is een theoretische verkenning gedaan van de indicatoren uit de hoofdvraag, namelijk de integratiestrategieën, de normatieve institutionalisering en de institutionele complexiteit.

2.1 Operationalisering integratiestrategieën

De operationalisering van de integratiestrategieën is gebaseerd op de definitieve taxonomie van de belangrijkste strategieën van Valentijn (2015). In deze scriptie zijn de 16 strategieën die vallen onder 1) professionele, 2) organisatorische en 3) normatieve integratiestrategieën genomen. De aanname is dat de integratiestrategieën invloed hebben op de normatieve institutionalisering. Daarom kunnen afspraken over interdisciplinaire samenwerking bevorderlijk zijn om gedeelde doelen in het netwerk te krijgen.

Definitie professionele integratiestrategieën: het creëren van interprofessionele partnerschappen gebaseerd op een gedeeld begrip van competenties, rollen, verantwoordelijkheden en verantwoording om een alomvattend continuüm van zorg aan te bieden (Valentijn, 2015).

- Creëren van gedeeld begrip:
 - a. Competenties
 - b. Rollen
 - c. Verantwoordelijkheden
 - d. Verantwoording

Definitie organisatie integratiestrategieën: het creëren van interorganisatorische partnerschappen (bijv. overeenkomsten, contracten, strategische allianties, kennisnetwerken, fusies) op basis van een gezamenlijke verantwoording en gedeelde besturingsmechanismen, om een alomvattend continuüm van zorg aan te bieden (Valentijn, 2015).

- Creëren van gezamenlijke verantwoording
- Creëren van gedeelde besturingsmechanismen

Definitie normatieve integratiestrategieën: het creëren van wederzijds gerespecteerde culturele referentiekaders (d.w.z. gedeelde missie, visie, waarden en gedrag) tussen organisaties, professionele groepen en individuen om gedeelde doelen te bereiken (Valentijn, 2015).

- Creëren van een wederzijds gerespecteerd cultureel referentiekader
- Creëren van gedeelde doelen

Tabel 3: Definiëring belangrijkste kenmerken integratiestrategieën (Valentijn, 2015).

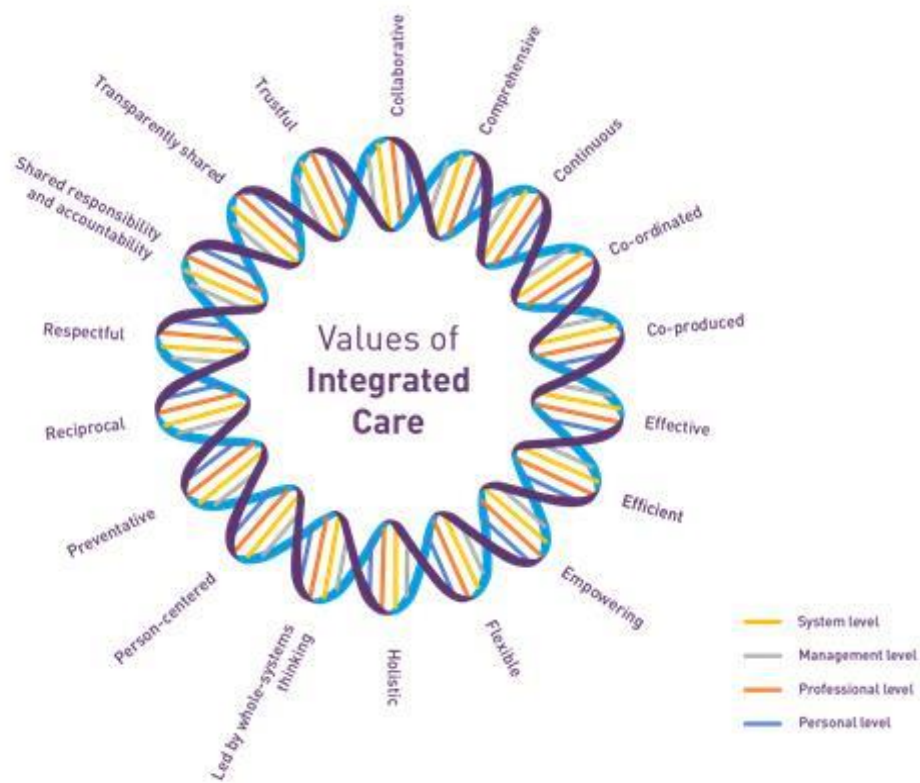
Niveau	Topic	Beschrijving
Professionele integratiestrategieën	Interprofessionele educatie	Interprofessioneel onderwijs voor professionals gericht op interdisciplinaire dienstverlening en samenwerking.
	Wederzijdse afhankelijkheid	Creëren van wederzijdse afhankelijkheden met betrekking tot interdisciplinaire samenwerking.
	Afspraken interdisciplinaire samenwerking	Afspraken over de totstandkoming van interdisciplinaire dienstverlening en samenwerking tussen de professionals.
Organisatorische integratiestrategieën	Waarde creatie door de professionals	De toegevoegde waarde door de geïntegreerde serviceleveringsbenadering voor de individuele professional.
	Interorganisatorische governance	De governance van het geïntegreerde servicemodel is gericht op openheid, integriteit en verantwoording tussen de betrokkenen organisaties en professionals.
	Interorganisatorische strategieën	Gezamenlijk uitgewerkte strategie tussen de organisaties die betrokken zijn bij het geïntegreerde service model.
	Vertrouwen	De mate waarin betrokkenen bij het integrale service model elkaar vertrouwen. De mate waarin de afspraken en beloften binnen het integrale service model worden nagekomen.
Normatieve integratiestrategieën	Gedeelde normen en waarden	Gedeelde normen en waarden gericht op de inhoud en organisatie van integrale zorg.
	Gedeelde visie	Gezamenlijk gedeelde lange termijnvisie onder de mensen die betrokken zijn bij het integrale service model.
	Visionair leiderschap	Leiderschap vanuit een visie die mensen inspireert en mobiliseert binnen het geïntegreerde servicemodel.
	Verbinden culturen (wederzijds gerespecteerd)	Het verbinden van culturen (bijv. Waarden en normen) met verschillende ideologische waarden binnen het geïntegreerde service model.
	Gedeelde doelstellingen (missie)	Gedeelde doelen gericht op de inhoud en de organisatie van integrale zorg.

2.2 Operationalisering normatieve institutionalisering

De afhankelijke variabele in dit onderzoek is de normatieve institutionalisering. Dit betekent dat de integratiestrategieën van organisaties invloed hebben op de normatieve institutionalisering van het netwerk. De normatieve institutionalisering wordt geoperationaliseerd, op basis van het onderzoek van Zonneveld e.a. (2018, 2020) en Poulsen e.a. (2019).

De drie belangrijkste aspecten van normatieve institutionalisering zijn, gedeelde kernwaarden/normen, gedeelde doelen en een gedeelde culturen (Poulsen et al., 2019). Het gedeelde normen/waarden en doelenkader zijn de achttien kernwaarden van integrale zorg (Zonneveld et al., 2018, 2020, 2021), zie figuur 4.

Figuur 4: values of integrated care (Zonneveld et al., 2018)



Tabel 4: operationalisering integratiestrategieën (Valentijn, 2015) en normatieve institutionalisering (Zonneveld, 2018, 2019, 2021; Poulsen et al., 2019)

Niveau	Topic	Institutionalisering	Strategie
Professionele integratiestrategieën	Interprofessionele educatie (Valentijn, 2015)	-	Aanwezig/afwezig
	Wederzijdse afhankelijkheid (Valentijn, 2015)	-	Aanwezig/afwezig
	Afspraken interdisciplinaire samenwerking (Valentijn, 2015)	-	Aanwezig/afwezig
Organisatorische integratiestrategieën	Waarde creatie door de professionals (Valentijn, 2015)	-	Aanwezig/afwezig
	Interorganisatorische governance (Valentijn, 2015)	-	Aanwezig/afwezig
	Interorganisatorische strategieën (Valentijn, 2015)	-	Aanwezig/afwezig
	Vertrouwen (Zonneveld, 2018, 2019, 2021; Poulsen, 2019, Valentijn 2015)	-	Aanwezig/afwezig
Normatieve integratiestrategieën	Gedeelde normen en waarden (Zonneveld, 2018, 2019, 2021; Poulsen, 2019, Valentijn 2015)	Er zijn gedeelde normen en waarden	Aanwezig/afwezig
	Gedeelde visie (Zonneveld, 2018, 2019, 2021; Poulsen, 2019, Valentijn 2015)	Er is een gedeelde visie	Aanwezig/afwezig
	Visionair leiderschap	-	Aanwezig/afwezig
	Verbinden culturen (wederzijds gerespecteerd) (Zonneveld, 2018, 2019, 2021; Poulsen, 2019, Valentijn 2015)	Er is sprake van verbinding tussen/en wederzijds gerespecteerde culturen	Aanwezig/afwezig
	Gedeelde doelstellingen (missie) (Zonneveld, 2018, 2019, 2021; Poulsen, 2019, Valentijn 2015)	Er zijn gedeelde doelstellingen	Aanwezig/afwezig

2.3 Operationalisering institutionele complexiteit

Van institutionele complexiteit is sprake wanneer organisaties worden geconfronteerd met onverenigbare eisen van verschillende stakeholders, er is dan sprake van differentiatie van werk- en denkwijzen van de organisaties in het netwerk (Vermeulen, 2002). Er is dus sprake van spanningen of complexiteit tussen de betrokken stakeholders in het netwerk.

Tabel 5: Operationalisering institutionele complexiteit

Niveau	Operationalisering	
Spanningen/complexiteit tussen gemeentes	Aanwezig	Afwezig
Spanningen/complexiteit tussen zorgaanbieders	Aanwezig	Afwezig
Spanningen/complexiteit tussen gemeente - zorgaanbieder	Aanwezig	Afwezig

3. Dataverzameling en analyse

De kwalitatieve data gaan over betekenissen en contexten. Betekenissen en contexten komen doorgaans aan de oppervlakte door middel van taal en actie (gedragingen). Kwalitatieve data zijn vaak in de vorm van woorden, ontleend aan observaties, interviews en documenten. De belangrijkste taak van kwalitatief onderzoek is om de percepties en betekenissen van deelnemers vast te leggen, te begrijpen en weer te geven door middel van hun eigen woorden (Swanson & Holton, 2005).

In dit onderzoek is er sprake van datatriangulatie. Met datatriangulatie worden er meerdere vormen van data verzameld, waardoor de validiteit van de bevindingen kan worden verhoogd (Bryman, 2008). In deze scriptie zal gebruik worden gemaakt van een 1) semi-gestructureerd interview, een 2) document-analyse, en een 3) korte vragenlijst met waardenprioritering.

De semi-gestructureerde interviews die zijn afgenomen in de periode april tot mei 2021. In deze interviews zijn de gegevens geselecteerd die normatieve uitspraken en uitspraken over integratiestrategieën bevatten. Om de integratiestrategieën verder te onderzoeken is er eveneens een document-analyse gedaan van de documenten die richtlijnen en normatieve aanbevelingen bevatten ten behoeve van de netwerksamenwerking binnen de Twentse Transformatie, zie tabel 6.

Tabel 6: documenten document-analyse

De Bouwplannen van Ontwikkeltafel 1	Maart 2021	126 blz.
Plan van doorpak – Ontwikkeltafel 1	November 2020	44 blz.
Regie	Handreiking regie in 7 samenwerkingsstappen	2 blz.
Op tijd dichterbij	Notitie april 2020	7 blz.

Bij een semi-gestructureerd interview zijn de onderwerpen en vragen van te voren vastgesteld (zie bijlage 1), maar is er wel ruimte om hiervan af te wijken. Door middel van interviews kunnen onderliggende factoren achter de integratiestrategieën worden onderzocht. Hiermee komt het verkennende karakter van de hoofdvraag beter tot zijn recht. De onderwerpen en vragen tijdens het interview zijn gebaseerd op het RMIC-Model van Valentijn (2015). Dit model wordt gebruikt als raamwerk voor de analyse van de integratiestrategieën. Op deze manier kan onderzocht worden welke integratiestrategieën door organisatieleden in het integrale zorgnetwerk worden gebruikt om bij te dragen aan de normatieve institutionalisering van integrale zorg.

Om de normatieve institutionalisering te onderzoeken, is er tijdens het semi-gestructureerde interview gevraagd naar gedeelde doelen, visies en culturen binnen de Ontwikkeltafel. Daarnaast is er van te voren aan de respondenten een waardenprioritering gevraagd. De waardenprioritering omvat de achttien kernwaarden van Zonneveld et al., (2018, 2020, 2021) (zie bijlage 2). Door de respondenten de kernwaarden te laten prioriteren, kan onderzocht worden welke waarden voor welke organisatieleden het belangrijkste worden gevonden. Op deze manier kunnen de verschillen of overeenkomsten tussen de waarden onderzocht worden. De respondenten moeten de drie belangrijkste en drie minst belangrijke kernwaarden voor hun organisatie prioriteren. Vervolgens moeten de respondenten dezelfde waardenprioritering doen, maar dan geredeneerd vanuit het netwerk (bijlage 2).

Tabel 7: verdeling dataverzameling per variabele

Niveau	Topic	Dataverzameling
Normatieve institutionalisering	Waardeprioritering	Questionnaire
Professionele integratiestrategieën	Interprofessionele educatie	Document-analyse
	Wederzijdse afhankelijkheid	Interview
	Afspraken interdisciplinaire samenwerking	Document-analyse
	Waarde creatie door de professionals	Interview
Organisatorische integratiestrategieën	Interorganisatorische governance	Document-analyse
	Interorganisatorische strategieën	Document-analyse
	Vertrouwen	Interview
Normatieve integratiestrategieën	Gedeelde normen en waarden	Questionnaire
	Gedeelde visie	Interview
	Visionair leiderschap	Interview
	Verbinden culturen (wederzijds gerespecteerd)	Interview
	Gedeelde doelstellingen (missie)	Interview

De analyse van de verzamelde data wordt via MAXQDA gecodeerd. Er wordt gesloten gecodeerd vanuit de theoretische constructen gebaseerd op Zonneveld (2018, 2019, 2021), Valentijn (2013, 2015) en Poulsen e.a. (2019). Het codeerschema dat vooraf is vastgesteld, is te zien in bijlage 4.

4. Case selectie en respondenten

In aanmerking komt één zorgnetwerk die te maken heeft met integrale netwerkzorg. Dit betekent dat er gekozen is voor een casestudie om de kwalitatieve data te verzamelen. Casestudies zijn met name relevant bij het uitvoeren van onderzoek in organisaties waar het de bedoeling is om systemen, individuen, programma's en evenementen te onderzoeken (Swanson & Holton, 2005). Een casestudie is het onderzoeken van een studie-eenheid in een bepaald proces of context. Yin (2003) definieert een casestudie als "een empirisch onderzoek dat een tijdelijk fenomeen onderzoekt binnen zijn werkelijke context, vooral wanneer de grenzen tussen fenomeen en context niet duidelijk zichtbaar zijn". De studie-eenheid kan betrekking hebben op individuen, bepaalde programma's, organisaties, organisatieveranderingen, een land, industrie of een beleidsplan/dossier (Yin, 2003). In dit onderzoek is de casestudie jeugdzorgnetwerk Ontwikkeltafel 1 van de Twentse Transformatie.

Het streven is dat er uit Ontwikkeltafel 1 uit elke participerende organisatie één respondent wordt gesproken. Dit betekent ook dat er met respondenten met verschillende rollen wordt gesproken, zoals beleidsmakers van de gemeente, zorgprofessionals en zorgbestuurders. Door respondenten met verschillende rollen in het zorgnetwerk te spreken kan de institutionalisering van integrale netwerkzorg binnen de verschillende organisaties beter worden onderzocht. Met N=15 respondenten is een interview via teams afgenomen. Met de overige N=2 respondenten is mailcontact geweest, zie bijlage 3 voor het contact.

Tabel 8: informatie respondenten en organisaties

Respondent Rol	Organisatie	Cluster
-----------------------	--------------------	----------------

5. Betrouwbaarheid en validiteit

Betrouwbaarheid en validiteit zijn belangrijke criteria binnen onderzoek. Kwantitatieve technieken zijn bijzonder sterk in het bestuderen van grote groepen mensen en het maken van generaliserende conclusies. Kwalitatieve methoden zijn met name sterk in het verwerven van diepgaande inzichten over een specifieke groep. Die specifieke groep gaat echter ten koste van de generaliseerbaarheid (Swanson & Holton, 2005). De voornaamste kritiek op kwalitatief onderzoek is dan ook dat het minder objectief is dan kwantitatief onderzoek, omdat kwalitatieve studies vaak beschrijvend zijn (Bryman, 2008). Deze beschrijvingen en verklaringen gaan doorgaans over de context, omdat sociaal gedrag en waarden vaak enkel begrepen kunnen worden in de juiste context. Doordat de positie van de onderzoeker beschrijvend is en niet-toetsend, wordt kwalitatief onderzoek als subjectief beschouwd, lijkt het onderzoek moeilijk te repliceren en lijken de resultaten niet generaliseerbaar.

Er zijn echter wel verschillende methodes ontworpen om de betrouwbaarheid en validiteit van het kwalitatieve onderzoek te verbeteren. Allereerst kan de methodologische- en datatriangulatie de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek verhogen. Daarnaast moet de data analyse door middel van een codeerboom de mogelijkheid tot het herhalen van het onderzoek vergroten. En zijn de codes die zijn toegewezen aan tekstfragmenten overlegd met meerdere codeurs, om intercodeur betrouwbaarheid te krijgen (Bryman, 2008). Door de tekstfragmenten door een extra codeur te laten analyseren en te coderen, wordt de betrouwbaarheid van het onderzoek verhoogd. Ten slotte kunnen de bevindingen van de onderzoeker gevalideerd worden door de bevindingen voor te leggen aan de respondenten van de onderzochte sociale setting (Bryman, 2008). In dit onderzoek zijn de bevindingen in een

presentatie voorgelegd aan de respondenten van Ontwikkeltafel 1 en is er ruimte geweest voor discussie.

Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van dit onderzoek gepresenteerd. Aan de hand van het theoretische kader en de methodologie zijn data verzameld. Deze data zijn verworven uit 1) een documentanalyse, 2) semi-gestructureerde interviews en 3) een waardenprioritering. In dit resultaten hoofdstuk worden de uitkomsten van de analyse per deelvraag gepresenteerd. Allereerst worden de integratiestrategieën, die er binnen Ontwikkeltafel 1 wel of niet worden gebruikt, geanalyseerd. Ten tweede wordt een weergave gegeven van de normatieve institutionalisering van het netwerk. Ten slotte zal er gekeken worden of er sprake is van institutionele complexiteit tussen de organisaties binnen Ontwikkeltafel 1 van de Twentse Transformatie.

1. Integratiestrategieën binnen Ontwikkeltafel 1

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de deelvraag: welke integratiestrategieën hanteren de organisaties en professionals ter bevordering van de samenwerking binnen Ontwikkeltafel 1 van de Twentse Transformatie? De verwachting (1) in het theoretische kader is geschetst dat er binnen Ontwikkeltafel 1 gebruik wordt gemaakt van professionele, organisatorische en normatieve integratiestrategieën. In de documentanalyse is onderzocht welke afspraken zijn gemaakt of welke strategieën er zijn gevormd om de integrale jeugdzorg binnen de Twentse Transformatie te coördineren. Daarnaast is er tijdens de interviews met de respondenten gericht gevraagd naar de verschillende strategieën die de organisaties gebruiken of het netwerk gebruikt om de integrale netwerkzorg vorm te geven. In deze paragraaf zal er per strategie van het RMIC-model van Valentijn (2013) nagegaan worden of er binnen de Ontwikkeltafel sprake is van deze strategie en hoe deze strategie wordt ingezet. De strategieën in tabel 9 zijn weergegeven met groen (aanwezig) en rood (afwezig). De respondenten afkomstig van zorgaanbieders, zijn donkerblauw gemarkeerd, de respondenten afkomstig van de gemeente, lichtblauw. Indien een strategie door de respondenten niet expliciet aanwezig of aanwezig is aangemerkt, is deze strategie aangegeven met een streepje (-).

1.1 Professionele integratiestrategieën

Volgens Valentijn (2015) hebben de professionele integratiestrategieën voornamelijk betrekking op het creëren van interprofessionele partnerschappen, die gebaseerd zijn op een gedeeld begrip van competenties, rollen, verantwoordelijkheden en verantwoording. Tijdens de interviews is aan de respondenten gevraagd naar de volgende integratiestrategieën gebaseerd op Valentijn (2015): 1) interprofessionele educatie, 2) wederzijdse afhankelijkheid, 3)

afspraken over interdisciplinaire samenwerking en 4) waardecreatie door de professional. Daarnaast is tijdens de interviews nog expliciet gevraagd naar het 5) gedeelde begrip van werkzaamheden en rollen van professionals en organisaties en 6) of er sprake was van een gezamenlijke verantwoordings- of verantwoordelijkheidsstructuur.

1.1.1 Interprofessionele educatie

De interprofessionele educatie is een van de integratiestrategieën die afwezig is binnen Ontwikkeltafel 1. Zowel uit de documentanalyse als uit de interviews blijkt dat er geen sprake is van een interprofessioneel educatieplan. Het aantal respondenten (N=13) geeft aan dat deze strategie afwezig is binnen Ontwikkeltafel 1. Het aantal respondenten (N=13) geeft echter wel aan de meerwaarde te zien van een interprofessioneel educatieplan.

Een aantal respondenten (N=6) geeft wel aan, dat er binnen de organisatie zelf wel sprake is van een interprofessioneel educatieplan, een interprofessioneel team of reflectiemomenten voor professionals vanuit verschillende organisaties. Dit wordt wel georganiseerd door enkele organisaties binnen Ontwikkeltafel 1, maar het wordt niet georganiseerd vanuit de Ontwikkeltafel. *R4: "Vanuit onze organisatie proberen we onze professionals wel mee te laten lopen bij andere organisaties. En we hebben een academische opleidingspoot".*

1.1.2 Wederzijdse afhankelijkheid

Het creëren van wederzijdse afhankelijkheid is volgens Valentijn (2015) een integratiemechanisme, omdat de organisaties binnen het netwerk afhankelijk zijn van de interdisciplinaire samenwerking tussen de betrokken organisaties. Het aantal respondenten (N=12) geeft aan afhankelijk te zijn van de samenwerking binnen de Ontwikkeltafel. De mate van afhankelijkheid is echter wel gelieerd aan de 'transformatie' gedachte. Hiermee bedoelen de respondenten, dat de organisaties enkel afhankelijk zijn van de samenwerking binnen het netwerk om het zorglandschap te transformeren tot een integraal landschap. *R4: "Ja als het gaat over wat we met die transformatie beogen, dan kunnen we dat niet alleen, dat kan niemand alleen"*

De wederzijdse afhankelijkheid binnen Ontwikkeltafel 1 van de Twentse Transformatie blijkt te verschillen per organisatie. Voor de individuele zorg voor de cliënt lijkt de samenwerking in een netwerk voor de organisaties niet altijd even noodzakelijk. Het aantal respondenten (N=8) geeft aan niet afhankelijk te zijn van het netwerk in dagelijkse uitvoering van taken. Zorgaanbieders geven bijvoorbeeld aan niet afhankelijk te zijn van het netwerk in

de uitvoering van de zorg. Daarnaast blijkt ook de afhankelijkheid van het zorgnetwerk per gemeente te verschillen. *R14: Dus je ziet de afhankelijkheden verschillen gewoonweg. En als we naar de gemeentes kijken, zie je ook dat die niet perse eenheid uitstralen, sommigen denken het te kunnen zonder samen te werken.*

1.1.3 Afspraken over interdisciplinaire samenwerking

Ook kunnen afspraken over interdisciplinaire samenwerking tussen de professionals een integratiemechanisme vormen. Binnen de Ontwikkeltafel blijken er enkele afspraken gemaakt te zijn gemaakt, die betrekking hebben op het ondersteunen of creëren van interdisciplinaire samenwerking.

Een van die afspraken is de integrale handreiking in zeven stappen, die is opgesteld door het ontwikkelteam 1 “regie”. De integrale handreiking is opgesteld vanuit de ambitie om het volgende probleem te verhelpen: *“Er zijn regelmatig onduidelijkheden over wie de regie voert tijdens de inzet van jeugdhulp. Deze nemen toe naarmate er meerdere professionals bij het gezin betrokken zijn. Dit zorgt voor samenwerkingsproblemen, soms voelt iedereen zich verantwoordelijk, soms niemand. (Plan van Doorpak, 2020, 9).* Om deze onduidelijkheden te verhelpen, heeft het ontwikkelteam Regie een handreiking samengesteld. Deze handreiking moet de interprofessionele samenwerking in 7 stappen doen verbeteren: *“R15: samen met mijn collega’s in de TT zijn we bezig met het opzetten van een handreiking om ervoor te zorgen, dat er meer en betere afspraken worden gemaakt, wanneer er met meerdere organisaties wordt gewerkt over wie de regie voert en wie de taken en verantwoordelijkheden heeft”.* De handreiking moet er voor zorgen, dat de hulpbehoevenden in Twente, waar meerdere (zorg) professionals bij betrokken zijn, weten volgens welke afspraken er wordt samengewerkt. Dit moet gaan zorgen voor meer rust, continuïteit en duidelijkheid voor de cliënt, het gezin en de professional.

Naast de handreiking heeft ontwikkelteam 2 “op tijd dichterbij”, Villa Pinedo opgericht. Het doel hiervan is om de omgeving van de kinderen en jongeren te versterken, door het verbeteren van kennis en vaardigheden rondom echtscheidingen op school (PO, VO en VSO). Vanuit Villa Pinedo wordt er een interprofessioneel team opgesteld, die het onderwijs deze kennis kan bijbrengen (Plan van Doorpak, 2020).

Ten slotte heeft ontwikkelteam 3 “intensief integraal”, interprofessionele afspraken gemaakt. Zoals het project ‘leren van casuïstiek’, waar complexe casussen gedeeld en behandeld worden, zodat de verschillende betrokken professionals van elkaar kunnen leren.

Hoewel deze projecten aan de Ontwikkeltafel zijn gestart, lijkt het integratiemechanisme “afspraken over interdisciplinaire samenwerking” binnen de organisaties niet geheel te worden gedragen. Enkele respondenten geven aan, dat de zorgaanbieders binnen de Ontwikkeltafel verschillende specialismen kennen en dat er nog niet altijd ‘grens overstijgend’ wordt gewerkt in de uitvoering. R14: *“Maar je ziet dat iedereen vanuit zijn eigen specifieke expertise blijft kijken. En er is niks mis met een expertise te hebben, maar heel veel kinderen zitten op het snijvlak. Je weet het nog niet, dus je moet met elkaar samenwerken. En daar doen we het nog niet goed in!”*

Daarnaast wijzen enkele respondenten op het feit, dat de plannen om de interdisciplinaire samenwerking te stimuleren, op microniveau wel verandering teweeg brengen, bijvoorbeeld de pilot ‘leren van casuïstiek’. Maar dat deze plannen nog niet doorwerken in de uitvoering van de zorg in de betrokken organisaties zelf. R9: *“Want wat ik nu merk dat, de organisaties willen wel van alles, ze committeren zich aan Ontwikkeltafels, ze zorgen dat er mensen voor worden geleverd. Maar intussen blijft het heel erg liggen bij de mensen die zich hebben aangemeld voor de pilot en het wordt dus niet wijdverspreid binnen de organisatie”.*

1.1.4 Waardecreatie door de professional

Het aantal respondenten (N=13) geeft aan, dat de samenwerking binnen Ontwikkeltafel 1 van de Twentse Transformatie een toegevoegde waarde heeft voor de jeugdzorg, zowel voor de professional als voor de cliënt.

Het aantal respondenten (N=9) geeft aan dat de samenwerking ervoor heeft gezorgd dat de verschillende werkzaamheden en rollen binnen de jeugdzorg in Twente duidelijker zijn geworden. Dit is van meerwaarde voor de werkzaamheden van de professional. Voornamelijk de verschillende rollen tussen de gemeentes en de zorgaanbieders. Het gros van de zorgaanbieders geeft bijvoorbeeld aan een beter begrip te hebben gekregen van het Twentse model op het gebied van zorginkoop en financiering. R15: *“Ik merk bijvoorbeeld dat ik bewuster doorverwijs naar ketenpartners. Maar ook doordat ik meer zicht heb gekregen op welke afwegingen er door de gemeente gemaakt worden om bepaalde beslissingen wel of niet toe te staan. Hoe het Twentsmodel tot stand is gekomen, is door dit hele proces nog scherper bij mij terecht gekomen. Dus op meerdere fronten merk ik, dat het voor mij scherper is geworden wat die rollen en taken zijn in de keten”.*

De meerwaarde van integrale netwerkzorg binnen het jeugddomein wordt erkend. De respondenten (N=9) menen dat de samenwerking binnen het integrale zorgnetwerk, resulteert

in betere zorg voor de cliënt. *R15: "De handreiking van regie, mits we het goed weten neer te zetten, gaat dat écht verandering opleveren. Zodat de cliënt meer overzicht heeft over wie waar betrokken is, in welk traject en dus ook meer overzicht en rust gaat creëren, ik denk zeker dat het bijdraagt"*.

Enkele respondenten (N=3) geven wel aan, dat de samenwerking binnen Ontwikkeltafel 1 nog geen toegevoegde waarde heeft voor de cliënt zelf. Ze geven aan dat ze zich afvragen wat het effect van de samenwerking binnen het netwerk is voor de cliënt van morgen. *R10: "Wat vaak door m'n hoofd schiet is dat ik ook wel denk van: wat heb ik hier voor mijn werk van morgen aan. Wat heeft mijn cliënt die ik morgen om 10:00 zie, hieraan. Wordt het er daadwerkelijk beter van?"*

1.2 Organisatorische integratiestrategieën

De organisatorische integratiestrategieën hebben betrekking op het creëren van interorganisatorische partnerschappen. Door middel van gezamenlijke verantwoordings- en gedeelde besturingsmechanismen moet de samenwerking tussen de verschillende organisaties binnen het integrale zorgmodel ingericht worden. In de documentanalyse is gekeken naar hoe het bestuur (de interorganisatorische governance) van Ontwikkeltafel 1 is vormgegeven. Daarnaast is aan de respondenten gevraagd welke afspraken en/of strategieën (interorganisatorische strategieën) er zijn gevormd om de samenwerking binnen de Ontwikkeltafel vorm te geven. Ten slotte is gevraagd, of de betrokken organisaties binnen de Ontwikkeltafel elkaar vertrouwen en wat eraan gedaan wordt om dit vertrouwen te stimuleren.

1.2.1 Interorganisatorische governance en strategieën

Zoals al toegelicht in de casusomschrijving is de Twentse Transformatie opgedeeld in drie Ontwikkeltafels en heeft Ontwikkeltafel 1 een eigen bestuurlijk model. Een aantal respondenten (N=6) geeft aan dat de verdeling van de Ontwikkeltafel in ontwikkelteams en projectteams de bestuurlijke structuur vormgeeft. Om de projecten uit te voeren, aan te sturen en te verbinden worden er op elk niveau binnen de Ontwikkeltafel digitale ontmoetingen georganiseerd: bestuurlijk trekkers 10 x per jaar, procesteam 4 x per jaar, ontwikkelteams 1 x per 3 weken, projectteams 1 x per 3 weken (De bouwplannen van Ontwikkeltafel, 2021, 12). *R12: "Ja dat is de inrichting van die drie Ontwikkeltafels, de bestuurlijke trekkers van de grote organisaties die zich hebben verbonden als een vliegwiel, het aanwijzen van projectleiders op die drie Ontwikkeltafels. Maar ook, als ik kijk naar mijn eigen tijdelijke functie, binnen die*

Ontwikkeltafels zijn dan ook weer tijdelijke projecten en projectleiders aangewezen om het verder vlak te trekken.”

Verder geeft het gros van de respondenten (N=6) aan niet geheel duidelijk voor ogen te hebben, welke strategieën er naast de opdeling in ontwikkel en projectteams verder nog gevormd zijn om te interorganisatorische samenwerking vorm te geven. Daarnaast menen veel respondenten belemmeringen te ondervinden in de interorganisatorische verantwoordings- en besturingsmechanismen. Respondenten zien belemmeringen in de wijze van financiering, het verschil in beleid, het vooropstellen van organisatiebelang, de concurrentie en de bedrijfsvoering van organisaties, die niet is afgestemd op de interorganisatorische dienstverlening. Ook het feit dat het organisatiebelang en het netwerkbelang botsen, werkt belemmerend (deze belemmeringen worden toegelicht in deelvraag 3).

1.2.2 Vertrouwen

Een aantal respondenten (N=11) geeft aan dat de samenwerking binnen de Ontwikkeltafel berust op vertrouwen en dat er actief stappen zijn ondernomen om dit vertrouwen te stimuleren. De respondenten geven aan dat de Ontwikkeltafel in de eerste fase veel aandacht heeft besteed aan het creëren van dit vertrouwen tussen alle betrokken organisaties: *R4: “En dat heeft Twente heel goed aangevoerd, door ook een select groepje te kiezen met zorgaanbieders, die 11 grote zorgaanbieders, die samen met die 14 wethouders hebben opgetrokken. En ook echt gesprekken hebben gevoerd van, waarom ben je nu wethouder? Waarom ben je bestuurder? Vertel eens he! Dan krijg je een heel intiem gesprek en dat verbindt enorm.”* Dit gaat echter wel om het vertrouwen tussen de afgevaardigde respondenten die met elkaar in de Ontwikkeltafel en de projecten zitten. Of de beoogde veranderingen ook binnen de organisaties zelf plaatsvinden is voor enkele respondenten onduidelijk.

Het vertrouwen tussen de organisaties wordt door enkele factoren belemmerd. Allereerst wijzen enkele respondenten die vanuit de zorgaanbieders binnen de Ontwikkeltafel aanwezig zijn, op een gebrek aan vertrouwen tussen de uitvoeringstak van de gemeente en de zorgprofessionals. *R12: “Waar ik merk dat ze botsen dat wij als inhoudelijk professionals een ander oordeel hebben toegedaan dan de wijkcoach of gemeente”.* Hiermee bedoelen de respondenten te zeggen, dat het behandelingstraject dat de zorgprofessional voorstelt, door de gemeente en de contractmanager van de gemeente, niet altijd in vertrouwen wordt genomen. Daarnaast merken de gemeentes op, dat ze de zorgaanbieders niet altijd vertrouwen, omdat aanbieders soms onverwacht achteraf hoge facturen voor het zorgtraject sturen. De gemeentes controleren zorgaanbieders daarom strenger om onverwachte facturen te voorkomen. *R7: “Als*

daar dan iets als verassing wordt gefactureerd, nadat je er niet op gerekend had. Dan wordt dat een hele lastige manier van communiceren. Vertrouwen versus controle!”

Ten slotte wijzen enkele respondenten ook op het vertrouwen tussen de organisaties dat belemmerd kan worden door de concurrentie, R14: *“ echt vertrouwen, weet ik niet. Ik denk dat mensen ook wel bang zijn hun marktpositie te verliezen, door samenwerking kun je cliënten verliezen, dus omzet. Ik denk dat er nog niet helemaal vertrouwen is.”*

1.3 Normatieve integratiestrategieën

De normatieve integratiestrategieën zijn gericht op het creëren van wederzijds gerespecteerde culturele referentiekaders (d.w.z. gedeelde missie, visie, waarden en gedrag) tussen organisaties, professionele groepen en individuen om gedeelde doelen te bereiken (Valentijn, 2015). Tijdens het interview is gevraagd naar 1) wat de doelstelling van de Twentse Transformatie is, 2) wat de visie van de respondent op de jeugdzorg is en hoe deze visie zich verhield tot de visie van de Twentse Transformatie, 3) hoe de respondent de samenwerking met verschillende organisatieculturen ervoer en wat eraan gedaan werd om organisatorische verschillen te overstijgen en 4) of er binnen de Twentse Transformatie sprake was van een visionair leider.

1.3.1 Gedeelde visies en doelstellingen

Het creëren van een gedeelde visie en een gedeelde doelstelling is een belangrijk integratiemechanisme voor een integraal zorgnetwerk. Alle respondenten (N=17) geven aan dat de organisaties binnen de Twentse Transformatie hetzelfde doel voor ogen hebben en dat er actief stappen zijn ondernomen om de koers te bepalen. Veelal gebeurde dit aan het begin van de samenwerking.

Enkele organisaties hebben een strategische koers te bepaald aan de hand van een visie die gericht is op de integrale zorgverlening en de ambities, zoals de Twentse Transformatie deze geformuleerd heeft. Karakter werkt bijvoorbeeld als zorgorganisatie wel met de strategie “Samen erop uit” . Hiermee wil de organisaties met de kennis en kunde verbinden, omwille van goede zorg, integrale zorg voor de jeugd.³ De meeste respondenten menen dat de visie of doelstelling van zijn of haar organisatie niet sterk verschilt van de visies en doelstellingen, zoals de Twentse Transformatie deze heeft geformuleerd (verder toegelicht in deelvraag 2).

³ Geparafraseerd tekst Respondent 4

Enkele respondenten menen echter wel een verschil te zien in de visievorming van de betrokken organisaties. Sommige organisaties zijn verder in de ‘integrale’ gedachten dan andere betrokken organisaties. *R4: “Ja ik denk wel dat heel veel organisaties de oriëntatie op samenwerking hebben. Maar de ene organisatie is daar gewoon verder in dan de andere”.*

1.3.2 Wederzijds gerespecteerde culturele referentiekaders

Alle respondenten (N=12) geven aan dat de samenwerking binnen de Ontwikkeltafel heeft geholpen om de verschillen tussen de participerende organisaties binnen de jeugdzorg te respecteren. Dit heeft volgens de respondenten te maken met het feit dat de organisaties elkaar meer op dagelijkse basis spreken. Hier wordt voornamelijk het verschil tussen gemeente en zorgaanbieder overbruggt. De meeste zorgaanbieders hadden al contact met elkaar voor de samenwerking binnen de Ontwikkeltafel. Daarnaast menen enkele respondenten (N=13), dat de Twentse Transformatie zich ook actief heeft ingezet om de culturele verschillen tussen de organisaties te overbruggen. Volgens de respondenten gebeurde dit voornamelijk, doordat de organisaties elkaar vaker spraken, doordat er een open gesprek plaatsvond en doordat er binnen de Ontwikkeltafel het gezamenlijke belang constant werd benadrukt. *R6: “Maar doordat je elkaar spreekt, ook kunt uitleggen de betekenis van sommige dingen, wat het betekent in de organisatie. En waar je voor staat als organisatie, helpt gewoon dat je begrip krijgt, dat je leert kijken vanuit elkaars perspectief. Vanuit dat ik ook kijk vanuit gemeente perspectief en hoe het daar georganiseerd is, en wat dat betekent voor de gemeente. En ook andersom, dat de gemeente naar de organisatie kijkt! En dat is helpend in het hele proces!”*

1.3.3 Visionair leiderschap

Binnen de Twentse Transformatie hebben alle drie de Ontwikkeltafels een projectleider en bestuurlijke trekkers. Alle respondenten (N=15) gaven aan, dat de projectleider de rol van visionair leider had binnen de Ontwikkeltafel.

Ook wezen enkele respondenten op het feit, dat dit ook de rol van alle participanten van de Ontwikkeltafel was. Omdat de participanten binnen de Ontwikkeltafel afgevaardigd zijn vanuit een organisatie en volgens hen moest de voornaamste verandering tot integrale dienstverlening in de organisatie zelf plaatsvinden. Dus de participanten binnen Ontwikkeltafel 1 hebben zelf ook een verantwoordelijkheid om de eigen organisatie te stimuleren en te inspireren ten behoeve van de integrale dienstverlening. *R13: “Dat zou iedereen moeten zijn! Want volgens mij zitten we er allemaal met hetzelfde doel! En dat is dat we die samenwerking willen verbeteren”*

Tabel 9: analyse per integratiestrategie

		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	R14	R15
Interprofessionele educatie	Netwerk															
	Organisatie		-	-				-	-			-	-		-	
Wederzijdse afhankelijkheid	Netwerk															
	Organisatie															
Afspraken interdisciplinaire Samenwerking	Netwerk															
	Organisatie		-	-		-	-	-				-		-	-	
Waardecreatie voor de professional	Netwerk															
	Organisatie	-	-	-		-	-			-		-	-			
Interorganisatorische governance	Netwerk															
	Organisatie	-		-			-	-	-							
Interorganisatorische strategieën	Netwerk															
	Organisatie		-		-		-	-								
Vertrouwen	Netwerk															
	Organisatie	-		-	-			-								
Visies en doelen	Netwerk															
	Organisatie	-		-	-	-		-								
Verbinden culturen	Netwerk															
	Organisatie	-	-	-	-	-	-	-								
Visionair leider	Netwerk															
	Organisatie	-	-		-	-	-	-								

1.4 Conclusie integratiestrategieën

In het theoretische kader werd de verwachting geschetst, dat er binnen Ontwikkeltafel 1 van de Twentse Transformatie sprake is van professionele, organisatorische en normatieve integratiestrategieën ter bevordering van integrale zorg. Uit de analyse van bovenstaande strategieën kan worden geconcludeerd, dat deze verwachting juist is. Binnen de Ontwikkeltafel zijn de volgende integratiemechanismen uit de theorie van Valentijn (2015) aanwezig, omdat deze door de meeste respondenten expliciet genoemd werden: wederzijdse afhankelijkheid (van het netwerk), afspraken over interdisciplinaire samenwerking, waardencreatie voor de professional, vertrouwen, gedeelde visie en doelstellingen en visionair leiderschap. De interorganisatorische governance en strategieën werden over het algemeen als afwezig beschouwd, of impliciet aanwezig. Impliciet aanwezig omdat niet elke respondent zich bewust was van het bestaan van deze strategieën, maar tijdens het interview wel de bestuurlijke vormgeving van de Ontwikkeltafel heeft toegelicht. De interorganisatorische governance en strategieën hebben betrekking tot de regulatieve pijler van institutionalisering of de functionele integratie van Valentijn (2015).

De integratiestrategieën kunnen echter belemmerd worden in hun werking als integratiemechanisme door de betrokken organisaties zelf. Belemmeringen als 1) mate van afhankelijkheid, 2) financiering, 3) concurrentie, 4) organisatiebelang, 5) behoud traditionele werkwijzen en 6) bedrijfsvoering passeren de revue. Deze belemmeringen worden verder toegelicht in deelvraag 3.

2. Normatieve institutionalisering binnen Ontwikkeltafel 1

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de volgende deelvraag: in welke mate is er sprake van normatieve institutionalisering binnen de Twentse Transformatie? Verwachting (2) is geschetst dat Ontwikkeltafel 1 van de Twentse Transformatie hoog geïnstitutionaliseerd is (d.m.v een gezamenlijk normatief kader als leidraad voor organisatorisch handelen binnen het netwerk). Om de normatieve institutionalisering te bevragen is gekeken naar de waardenprioritering gebaseerd op de 18 kernwaarden van Zonneveld e.a. (2018, 2020, 2021). Daarnaast is tijdens het interview gericht gevraagd waarom de organisaties meedoen aan het netwerk, of de samenwerking in het netwerk noodzakelijk is, of de organisaties in het netwerk alle hetzelfde doel voor ogen hebben en wat de visie van de respondent is op de transformatie.

Van normatieve institutionalisering is sprake, wanneer het idee van integrale zorg in het netwerk is geïnstitutionaliseerd. De drie belangrijkste aspecten van normatieve institutionalisering zijn doorgaans gedeelde waarden, gedeelde doelen en een gedeelde cultuur (Poulsen et al., 2019). Dit betekent dat de waarden, normen, doelen en culturen binnen het netwerk gericht moeten zijn op het organiseren van integrale jeugdzorg.

2.1 Gedeelde waarden

Om te kijken of de respondenten en organisaties binnen Ontwikkeltafel 1 van de Twentse Transformatie dezelfde waarden delen, is een waardenprioritering gevraagd aan de hand van de achttien kernwaarden van Zonneveld e.a. (2018, 2020, 2021). De respondenten moesten uit de achttien kernwaarden, de drie belangrijkste waarden en de drie minst belangrijke waarden voor het netwerk aangeven (zie tabel 10). Vervolgens werd tijdens het interview gevraagd naar een toelichting van deze waardenprioritering.

Uit de analyse blijkt, dat tien van de zeventien bevraagde respondenten samenwerking het belangrijkste vindt. Dit is ook de enige waarde die het vaakst voorkomt. Over de andere achttien kernwaarden lopen de prioriteringen meer uiteen. Het aantal respondenten (N=14) gaf echter wel aan, de prioritering lastig te vinden, omdat ze in alle waarden het belang zagen. Uitgebreid, continu en holistisch werden het vaakst als minder belangrijk geacht. De verklaring hiervoor is voornamelijk, dat het gaat om een jeugdzorgnetwerk, waarin levenslange en continu zorg niet het uitgangspunt van de zorg is, maar het vermogen van het kind en het gezin weer 'op eigen benen' te kunnen staan.

Tabel 10: waardenprioritering

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	R14	R15	R16	R17	Totaal	Totaal belangrijk	Totaal niet belangrijk
Samenwerken				+	+			+		+				+		+	+	7	7	0
Uitgebreid	-	-	-		-		-	-				-	-	-	-	-	-	-12	0	12
Continu			-						-			-			-	-		-5	0	5
Gecoördineerd	+			+			+			-								2	3	1
Coproductie					+		-						-					-1	1	2
Effectief	+	+	+	+		+			-	+		+	+	+			-	7	9	2
			-			+		+	+			+	+					3	4	1
Empowering					+			+	+			+			+	+		6	6	0
Flexibele zorg		+						-	+									1	2	1
Holistisch	-	-		-					-	-			-	-			+	-6	1	7
‘Whole-system thinking’			+				+	-				+		-	+			2	4	2
Persoonsgericht					-		-										+	-1	1	2
Preventief		+	+				+			+			+		-		-	3	5	2
Wederzijds	-			-	-					-						-		-5	0	5
Respectvol						+		+							+	+		4	4	0
Gedeelde verantwoordelijkheid/ verantwoording	+			-														0	1	1
Transparant		-																-1	0	1
Betrouwbaar																		0	0	0

2.2 Gedeelde doelen

Aan alle respondenten is zijn of haar visie op de jeugdzorg gevaagd. Voor gemeentes betekende dit de visie of doelstelling van het jeugdzorgbeleid binnen hun sociaal domein. Alle bevroegde respondenten (N=17) hebben een visie of doelstellingen van zijn of haar organisatie of beleidsdomein, waarin de volgende aspecten centraal staan: 1) preventief, 2) ambulant (zo veel mogelijk thuis), 3) het kind in zijn of haar contexten 4) empowerment, het kind en het gezin zo snel mogelijk weer in haar kracht zetten. Dit komt overeen met de visie en doelstelling die in de documentanalyse van de Twentse Transformatie is gevonden, zie tekstvak 6.

Tekstvak 6: visie Twentse Transformatie

Ambulant: Kinderen groeien op in hun eigen (liefdevolle) omgeving

Kind in zijn of haar context: Van Intensieve Specialistische zorg bieden aan jeugdigen naar eerder, brede zorg bieden aan jeugd in/en/of aan haar omgeving

Preventie en empowerment: De stagnaties in de zorg verminderen door samen vroegtijdig (preventieve en passende) zorg te bieden aan jeugd in en aan zijn/haar naaste omgeving. (Plan van Doorpak laatste versie, 2020: 8).

Tijdens de interviews en het mailcontact met de respondenten kwam naar voren dat alle respondenten (N=17) een visie hadden op de toekomst van de jeugdzorg, die niet sterk afweek van die van de Twentse Transformatie. De bovenstaande pijlers: ambulant, kind in zijn of haar context en preventie en empowerment kwamen bij de meeste respondenten in hun visie naar voren: R5: *“Dat je het kind écht centraal stelt. En dat je de deskundigheid aan de voorkant krijgt, om in één keer raak de diagnose aan de voorkant stellen. En het moet altijd de intentie hebben, dat je een kind altijd naar het eigen gezin moet terug kunnen, tenzij het echt niet anders kan, dat zou me ideaal zijn en daar moet je dan het systeem op aanpassen.”* En R15: *“Maar dat wij bij aanmeldingen, het kind in het hele gezin zien, waarbij wij tijdelijk ondersteunend zijn aan het kind en aan de ouders. En uitgaan van de kracht die er in het gezin zit. Zolang als nodig, maar zo snel als kan, ook weer willen uitvoegen bij gezinnen. Zodat ze weer verder kunnen.”* Naast de drie pijlers van de Twentse Transformatie, kwam in de visie van enkele respondenten (N=4) ook het integrale toekomstbeeld naar voren. De respondenten gaven aan dat in hun visie op de jeugdzorg organisaties de zorg met elkaar afstemden. R17: *“Als organisatie met haar medewerkers zijn we passanten voor jeugdigen en gezinnen in de*

ontwikkeling die ze doormaken. Vanuit deze visie vraagt het om op te gaan in een integrale blik en afstemming om beter in te spelen op de zorgvraag”.

Vervolgens werd er doorgevraagd, hoe deze visie zich verhiel ten opzichte van de Twentse Transformatie en wat de visie van de respondenten is op de Twentse Transformatie. Vrijwel alle respondenten (N=15) gaven aan dat de visie van zijn of haar organisatie aansloot op de visie van de Twentse Transformatie. Daarnaast gaf hetzelfde aantal respondenten ook aan, dat dat alle organisaties die meewerkten binnen de Twentse Transformatie, hetzelfde doel voor ogen hadden.

Opvallend is wel dat de doelstelling van de transformatie verschilde per respondent. Enkele respondenten gaven aan dat het doel van de transformatie de samenwerking betrof, zoals die nu is vormgegeven. Andere respondenten zagen het einddoel van de transformatie voornamelijk in de zin van verbetering voor de jeugdzorg en meenden daar nog niet genoeg van terug te zien. R2: *“Als je uiteindelijke doel is verbinden en samenwerken dan gaat het hartstikke goed! Maar als je doel is resultaat gericht transformeren van de zorg, dat denk ik dat dat wel lukt, maar dat dat met hele kleine stapjes gaat.”*

Veel van de visies van de respondenten op het netwerk bevatten een ideaal van samenwerken en een screening op voorhand. Hiermee bedoelen de respondenten, dat de cliënt zich ergens aanmeldt en dat de organisaties gezamenlijk kijken wat de cliënt en zijn of haar gezin nodig heeft tijdens het behandeltraject. Hierbij staan de behoeften van de cliënt centraal en leveren de organisaties in samenhang zorg aan de desbetreffende cliënt. R8: *“Dat je vanuit de cliënt kijkt, je wil dat die zich ergens aanmeldt, de gemeente of een huisarts. En je wil dat die de juiste zorg krijgt. Die aanbieders doen dat en die doen dan een intake en kijken samen welk aanbod heeft Mediant, Accare, Karakter, wie is nu de meest aangewezen persoon? En dat die triage al meer bovenin plaatsvindt! En niet dat iemand steeds wordt doorverwezen. En dat je dat samen doet, zodat de cliënt direct op de juiste plek zit.”*

Sommige respondenten zagen in de toekomst een nog grotere rol voor het netwerk, dat er een netwerkorganisatie komt waar de cliënten zich kunnen aanmelden en dat alle organisaties onder deze netwerkorganisatie vallen, R12: *“één grote paraplu kunt reguleren waar alles onder valt en waar vanuit alles gecoördineerd en aangestuurd kan worden.”* Ten slotte merkten ook nog enkele respondenten op dat er in het ideale zorgnetwerk alle organisaties vanuit hetzelfde gedachtegoed handelen, R9: *“Dan is er een goede samenwerking tussen zowel de zorgaanbieders als de gemeentes. Dan wordt er gewerkt met één kind, één plan, dan wordt er gewerkt vanuit één zelfde gedachte. En het liefst ook met één en hetzelfde zorgprogramma. En*

dat de zorg beheersbaar blijft. En dat kunnen we met z'n allen ook bewerkstelligen, als we meer met elkaar gaan samenwerken.”

2.3 Gedeelde culturen

Zoals in de paragraaf over de integratiestrategieën vermeld, is gebleken dat de Twente Transformatie actief stappen heeft ondernomen om de organisatorische verschillen te overstijgen. Het benadrukken van het gezamenlijke belang en het open gesprek hebben daarbij geholpen. Een aantal respondenten (N=11) gaf aan dat de samenwerking binnen het netwerk van de Twentse Transformatie hielp de verschillende organisatieculturen en verschillende werkzaamheden te overstijgen ten behoeve van de jeugdzorg. Hiermee werd duidelijk, dat gemeentes beter het ‘bestaansrecht’ of de keuzes van zorgprofessionals leken te begrijpen. En de zorgprofessionals kregen bijvoorbeeld meer inzicht op het Twentse zorg-inkoopmodel. R13: *“Ja want ik heb wel het idee dat we elkaar beter weten te vinden en de bewustwording en het begrip voor elkaars organisatie! Die groeit heel erg mee. Dus je begrijpt heel goed waarom een bepaalde instelling of organisatie bepaalde keuzes maakt. Dus volgens mij krijgen zij ook veel meer zicht in waarom de gemeente bepaalde keuzes maakt en waar je aan moet voldoen, ik denk we elkaar beter dat kennen en beter begrijpen”.*

Waar een respondent echter wel op wijst, is dat er binnen Ontwikkeltafel 1 überhaupt geen sprake is van tegenstrijdige culturen, R5: *“Ik denk dat die culturen niet zo ver uit elkaar uit elkaar liggen, want het zijn geen bouwvakkers die bij de zorg werken, bij de gemeente ook niet. Als je van de gemeente, van de zorgaanbieders en onderwijs, andere partijen, degene met passie voor het kind bij elkaar zet, dat ze heel snel erachter komen dat ze hetzelfde willen.”*

2.4 Conclusie normatieve institutionalisering

Uit het bovenstaande kan geconcludeerd worden, dat Ontwikkeltafel 1 van de Twentse Transformatie normatief geïnstitutionaliseerd is, omdat de afgevaardigde respondenten in Ontwikkeltafel 1 ten eerste de kernwaarden van integrale zorg aanhangen en ten tweede de visies en doelen van de Twentse Transformatie delen. De meeste respondenten hebben een organisatievisie op de jeugdzorg, waarin preventie, ambulant, het kind in zijn of haar context en empowerment centraal staat. Dit sluit aan bij de visies en doelen, zoals de Twentse Transformatie deze heeft geformuleerd. Daarnaast hebben de meeste respondenten ook niet geheel uiteenlopende ideeën als het gaat om de visie op het netwerk. Aspecten als samenwerking, gezamenlijke verantwoordelijkheid, combinatie van deskundigheid en goed

contact tussen gemeente en zorgaanbieder komen in de visies van de respondenten op het netwerk naar voren. Een derde argument voor de normatieve institutionalisering van Ontwikkeltafel 1 is, dat er sprake is van wederzijds gerespecteerde culturen. De respondenten geven aan het bestaansrecht van de betrokken organisaties te respecteren. Daarnaast menen de respondenten, dat de organisatieculturen niet eens zo heel verschillend zijn.

3. Institutionele complexiteit binnen Ontwikkeltafel 1

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de deelvraag: in hoeverre is er institutionele complexiteit binnen Ontwikkeltafel 1 van de Twentse Transformatie? De verwachting (4) is geschetst dat er binnen de Twentse Transformatie sprake is van institutionele complexiteit en dat deze complexiteit een rol speelt de relatie tussen integratiestrategieën en normatieve institutionalisering. Middels de code ‘spanning/complexiteit’ van organisatie en het netwerk zijn de interviews geanalyseerd en tekstfragmenten verzameld.

Uit de interviews en het mailcontact met de respondenten (N=17) is gebleken, dat er binnen de Ontwikkeltafel 1 van de Twentse Transformatie sprake is van institutionele complexiteit. Van institutionele complexiteit is sprake als het integrale zorgnetwerk te maken krijgt met onverenigbare eisen van betrokken stakeholders (Vermeulen, 2021). In deelvraag 1 is onderzocht welke integratiestrategieën er binnen Ontwikkeltafel 1 worden gebruikt. Veel van deze integratiestrategieën worden echter belemmerend door het gedrag van organisaties onderling. Deze belemmerde factoren werden in deelvraag één opgesomd als 1) mate van afhankelijkheid, 2) financiering, 3) concurrentie, 4) organisatiebelang, 5) behoud traditionele werkwijzen en 6) bedrijfsvoering. Deze zes aspecten zijn tot op heden nog onverenigbare eisen van de organisaties binnen Ontwikkeltafel 1.

3.1 Mate van afhankelijkheid

Bij de integratiestrategie ‘wederzijdse afhankelijkheid’ werd geconcludeerd dat de mate van afhankelijkheid per betrokken organisatie verschilde. Volgens (N=8) respondenten waren zorgaanbieders in de uitvoering van de zorg niet afhankelijk van de samenwerking binnen Ontwikkeltafel 1. Binnen Ontwikkeltafel 1 zijn vijf Twentse gemeentes en 11 zorgorganisaties betrokken. De zorgaanbieders verschillen o.a. in expertise, specialisme en regionaal/landelijk aanbod, zie tabel 1. Het is van belang om de verschillen tussen de organisaties inzichtelijk te krijgen, omdat enkele respondenten (N=8) erop hebben gewezen dat er een verschil is in afhankelijkheid van het integrale zorgnetwerk. Zorgaanbieders die bovenregionaal of landelijk werken, staan anders in het Twentse zorglandschap dan aanbieders die zich enkel op Twente richten. *R7: “Degene die echt wel afhankelijk is van de gemeentelijke financiering, die is altijd wel bereid om te veranderen. En degene die minder bereid is, zegt eerder van ik weet niet of ik wel wil veranderen, omdat ik ook nog andere bronnen heb waar ik allerlei zaken voor moet regelen.”* Daarnaast is jeugdzorg bij sommige organisaties de specifieke expertise, terwijl andere organisaties in het netwerk zich ook richten op zorg voor andere doelgroepen. *R16: “Wat ik belemmerend vind, is dat iedereen uniek en onderscheidend wil zijn, vanuit een*

concurrerende positie. Tegelijkertijd wil iedereen graag goed en innovatief samenwerken. Dat bijt elkaar af en toe flink. Als je binnen aanbestedingen niet meer hoeft te concurreren, dan komt dat de samenwerking en visie voor de regio ten goede.”

Daarnaast geven vier respondenten aan dat er verschil is tussen de gemeentes in de mate van afhankelijkheid. Kleinere gemeentes met een grotere jeugdzorgvraag lijken meer afhankelijkheid te tonen jegens de Ontwikkeltafel dan gemeentes met een kleinere zorgvraag. Of grote gemeentes geven aan minder afhankelijk te zijn van de Ontwikkeltafel, omdat alle benodigde zorgaanbieders zich al gevestigd hebben in de desbetreffende gemeentes. Dit verschil zit hem met name in de zorgvraag, zie tabel 2. R6: *“De zorgvraag kan per gemeente sterk verschillen en dat maakt het voor de gemeente ook soms moeilijk. Kijk, wij hebben voor die bovenregionale en hele complexe zorg, daar van kunnen kleine gemeentes zeggen: we hebben er maar één van in de twee jaar. Dus die belangen, die bovenregionale zorg, liggen voor een kleine gemeente heel anders dan voor een grote gemeente, die wel tien of vijftien van die zorgvragen op jaarbasis heeft”*.

3.2 Financiering en concurrentie

De wijze van financiering is door de meeste respondenten als belemmering aangewezen. R1: *“Dat de wil er is, omdat op een goede manier te doen, en dan komen ook tot de ontdekking, misschien hebben we niet de goede financierings- of bekostigingsafspraken gemaakt.”* De jeugdzorg wordt gefinancierd vanuit de gemeente. Dit gaat volgens een zogeheten PMOQ financiering. Dit is een inspannings- of productgerichte sturing. Binnen deze financieringsstructuur krijgt de instelling per cliënt geld. Als er tien cliënten bij de instelling zijn, krijgt de instelling ook voor tien cliënten betaald. Daarnaast wordt er op voorhand berekend welke inspanning of welke ondersteuningsbehoefte de cliënt nodig heeft en wordt er aan de hand van die ondersteuningsbehoefte op voorhand een prijsafpraak gemaakt.

Deze manier van financiering zorgt echter voor enkele belemmeringen in de integrale netwerkzorg. Omdat de financiering productgericht is, krijgen de instellingen betaald voor de uren die ze in de cliënt investeren. Dit is echter geen garantie, want als er geen cliënten zijn bij de instelling, krijgt de instelling ook geen financiering. Dit vormt geen prikkel om cliënten door te verwijzen naar ketenpartners. Dus dit werkt concurrentie in de hand. R12: *“Het zou maar zo kunnen zijn, dat je ook elkaars concurrenten bent, wat is dan je behoefte om samen te werken?”*

Daarnaast is de financiering per instelling niet ingericht op integrale dienstverlening. De bekostiging is eerder ingedeeld naar specialisme. De financiering per instelling zorgt ervoor, dat het minder makkelijk is om cliënten met multi-problematiek door verschillende instellingen

te laten behandelen. R4: *“ja in die detachering krijg je in feite gewoon geld voor per uur, voor die medewerker. Maar die instelling die het moet betalen, die moet het uit zijn zorgbudget betalen. Daar zit wel iets ingewikkelds want de bekostiging is niet ingericht op integrale jeugdhulp. De bekostiging is ingericht naar specialisme”*.

Om cliënten met multi-problematiek door meerdere specialismen te laten behandelen, worden er volgens enkele respondenten vormen van “onder contract” geregeld tussen aanbieders. Veel zorgaanbieders zien dit als een belemmering. Als er geen vorm van “onder contract” of detachering wordt geregeld, wordt de cliënt doorverwezen naar een nieuwe instelling met het juiste specialisme. Hierdoor komt de cliënt weer in de wachtrij. Dit staat haaks op de ambitie van de Twentse Transformatie om ‘de stagnaties in de zorg te verminderen door samen vroegtijdig zorg te bieden aan jeugd in en aan haar naaste omgeving’ R15: *“En dat maakt dat op het moment dat een cliënt wordt aangemeld in het verkeerde hokje, dat cliënten weer te maken krijgen met wachttijden bij de volgende en dat we daardoor ook problemen hebben gekregen met doorstroom, wachttijden heeft natuurlijk überhaupt met veel meer factoren te maken. Maar ik denk wel dat we de zorg efficiënter kunnen vormgeven, als we het ook meer integraal kunnen aanbieden. Dus daar liggen kansen”*.

Ten derde zorgt de productgerichte sturing voor enkele spanningen tussen gemeente en zorgaanbieder. Met dit model wordt er namelijk op voorhand een inschatting gemaakt over welk traject er nodig is om een cliënt te behandelen. Dit is echter niet gericht op het resultaat. Hierdoor ontstaat de kans dat behandeltrajecten duurder uitvallen, dan op voorhand is afgesproken. R9: *“het zou wel ergens botsen en dat komt met name vanuit de financiering vanuit de gemeente he. Dat dat botst, met onze waarden, omdat wij gaan voor de gesteldheid van de cliënt. En niet zozeer voor de financiën en je merkt dat het daar nog wel spaak kan lopen!”*

Ten slotte wijzen respondenten, voornamelijk zorgaanbieders, op financiële tekorten, waardoor organisaties eerst vanuit eigen belang denken, vorens ze aan het collectieve belang van het netwerk denken. R1: *“Dat er ook periodes zijn geweest en nog steeds speelt dat natuurlijk: dat ook de aanbieders moeite hadden om hun organisatie overeind te houden. Dus dat ze toch nog wel heel erg intern gericht zijn. Om eerst maar eens te zorgen dat je zelf de boel orde krijgt of houdt.”*

3.3 Organisatiebelang, behoud traditionele werkwijzen, bedrijfsvoering

Enkele respondenten (N=9) menen dat er op bestuurlijk en projectmatig niveau binnen de Ontwikkeltafel wel eensgezindheid bestaat en dat veranderingen richting een integraal jeugdzorgsysteem wel voorkomen op ‘microniveau’. Hiermee bedoelen de respondenten dat de

projecten zoals ‘leren van Casuïstiek’ wel succesvol zijn in de samenwerking tussen de afgevaardigden van de Ontwikkeltafel 1. Maar de daadwerkelijke grootschalige verandering binnen de organisaties is nog niet “gerealiseerd”, de werkzaamheden van de uitvoerende zorgprofessionals binnen de organisaties zelf zijn nog niet getransformeerd tot integrale zorg. R8:” *Wat ik zie is dat mensen bij de Ontwikkeltafel komen invliegen, die willen wel meewerken aan een project. Maar vervolgens gaan ze weer terug naar hun eigen organisatie. En wat daar verandert, daar heb ik geen idee van. Wat is de doorwerking ervan in de organisaties. We blijven eigenlijk doen wat we altijd deden en dat moet in een nieuw systeem passen. Maar eigenlijk moeten we met zijn allen iets anders gaan doen. En wat ik zie, is dat we in de Ontwikkeltafel op microniveau dingen veranderen, een projectje. Maar eigenlijk wil je het zo inrichten, dat je standaard een goed netwerk hebt, waarin je elkaar snel vindt en dat het goed loopt*”.⁴ Er is sprake van een gebrek aan organisatieverandering en dat gebrek kan voortkomen uit de volgende belemmeringen:

Allereerst stellen organisaties hun eigen organisatiebelang voorop. Organisaties moeten eigen belang echter aan de kant zetten, om tot een integrale werkwijze te komen. Dit is makkelijker gezegd dan gedaan. Door de forse bezuinigingen, de tekorten aan arbeidskrachten en de lange wachtrijen in de jeugdzorg waren de zorgaanbieders niet altijd in staat om vanuit het collectieve belang te blijven denken, R14: *“En we kunnen niet wachten, want wachtlijsten zijn natuurlijk enorm en uitstroom is lastig. Dat ze soms hun eigen groepen maar inrichten, omdat het sneller is dan dat integrale.”*

Ten tweede wijzen enkele respondenten erop, dat de zorg voor kinderen primair is en de tijd die wordt gestopt in het stimuleren van de integrale netwerkzorg secundair. Hierbij gaat de patiënt dus voor op het netwerk. R4: *“Als je specialist bent en je zit met suïcidale kinderen te behandelen. Dan ben je echt niet bezig met: moet ik hier nog heel veel andere partijen bij halen. Dan ben je bezig met het kind te neutraliseren en te stabiliseren. En pas daarna komt, het is ook best ingewikkeld om georiënteerd te blijven op samenwerking.”*

Ten derde merken respondenten (N=12) op, dat er botsingen kunnen zijn tussen het organisatiebelang en het netwerkbelang en dat verschillende netwerkpartners binnen Ontwikkeltafel 1 verschillende aspecten van de zorg belangrijk vinden. R8: *“Maar verschillende netwerkpartners zullen ook verschillende waarden belangrijk vinden, dus ik vond dat lastig. En ook van eigen organisatie hoor. Bijvoorbeeld, flexibele zorg, de gemeente vraagt om maatwerk, dat is hun beleid. We mogen niet meer in producten en modules denken. En als*

⁴ Ingekorte quote R8

je als zorgprofessional wetenschappelijk onderbouwde modules in wil zetten, dat staat een beetje haaks op elkaar!” Tijdens de interviews is gericht gevraagd of waarden wel eens botsten. De botsingen die het vaakst voorkwamen, waren de financiële controle van de gemeente versus de professionele behandelvrijheid en de efficiëntie van de zorgverlening versus het samenwerken in het integrale zorgmodel. Dit is namelijk een tijdrovend proces waarvan de directe resultaten voor de cliënt niet altijd even snel zichtbaar zijn. R10: *“Tijd en geld daar botst het altijd op. Dat zie je vanuit het netwerk terug, in het netwerk wil je uitgebreid en volledig zijn, je wil niemand overslaan, je wil respectvol zijn, je wil samenwerken, En een organisatie wil graag effectief en volgende week resultaat”*.

Ten vierde is er sprake van behoud van traditionele werkwijzen. Enkele respondenten merken op dat organisaties vasthouden aan eigen werkwijzen. Werkwijzen die niet afgestemd zijn op integrale jeugdzorgverlening, zoals bijvoorbeeld de urenregistratie. R15: *“Ik denk dat de afgelopen jaren het echt een uitdaging is geweest om echt met de transformatie bezig te zijn, omdat we toch nog heel erg in transitie zijn geweest, in combinatie met forse bezuinigingen! En dat de transformatie pas nu een beetje begint te komen. En dat het heel ingewikkeld is om een goede transformatie vorm te geven, omdat organisaties en ook de gemeente jarenlang werk op een bepaalde manier doen. En dat vraagt dus wel commitment en visieontwikkeling op hoe die transformatie er dan uit kan gaan zien.”* Ook menen enkele respondenten dat de gemeentes en organisaties snel weer teruggaan naar eigen beleid en dat er verschil zit in beleid. Zo wijst een respondent op het verschil in het jeugdzorg-beleid en/of op het verschil in terminologie van de uitvoerende tak van de gemeente (wijkcoaches/wijkregisseurs). R3: *“Dat vind ik lastig. Ik heb met veertien Twentse gemeentes te maken en die hebben allemaal een ander beleid en een andere visie. En ik vind dat echt gek. En behalve dat ik het gek vind, is het niet werkbaar!”*

Ten slotte wijst een respondent op het feit dat organisaties hun bedrijfsvoering zouden moeten aanpassen, om tot de integrale ambities van de Twentse Transformatie te komen. Een van de ambities van de Twentse Transformatie is om de jeugd zoveel mogelijk ambulante zorg te verlenen. Dit betekent dat organisaties die een verdienmodel hebben op bedden, de bedrijfsvoering anders moeten inrichten. Dit vergt echter wel een gezamenlijke verantwoordelijkheid van het netwerk. R5: *“Op het moment dat je een organisatie hebt die ook een verdienmodel heeft op bedden, hoe ga je dan dat in die organisatie oppakken? Dan is het een gedeelde verantwoordelijkheid, dat je misschien bereid bent om voor de bedden iets meer te betalen”*. Het aanpassen van de bedrijfsvoering om tot integrale netwerkzorg te komen is

echter veelgevraagd, aangezien de organisaties binnen de Ontwikkeltafel nog altijd concurrenten zijn van elkaar.

3.4 Conclusie institutionele complexiteit

Uit het bovenstaande kan geconcludeerd worden, dat er sprake is van institutionele complexiteit binnen de Twentse Transformatie. Er zijn enkele belemmeringen die zorgen voor differentiatie in de samenwerking van Ontwikkeltafel 1.

Ten eerste zit er een verschil in afhankelijkheid van de organisaties: 1) landelijke zorgorganisaties zijn minder afhankelijk van regionale afspraken, 2) grote zorgorganisaties met een redelijk zelfvoorzienend karakter in de dienstverlening zijn minder afhankelijk van andere organisaties in het netwerk, 3) kleine gemeentes met een lage zelfvoorzienendheid en grote zorgvraag zijn afhankelijker van het netwerk, dan grote zelfvoorzienende gemeentes met een lage tot gemiddelde zorgvraag.

Ten tweede zorgt de wijze van financiering voor complexiteit in het netwerk, omdat de wijze van financiering: 1) interdisciplinaire, interorganisatorische of interprofessionele samenwerking in de weg zit, 2) de concurrentie tussen zorgaanbieders in de hand werkt, 3) ervoor zorgt dat het vertrouwen tussen gemeente en zorgaanbieder soms op gespannen voet staat, en 4) financiële tekorten ervoor zorgen, dat organisaties denken uit eigenbelang.

Ten derde merken de meeste respondenten op dat binnen de Ontwikkeltafel er wel verandering plaatsvindt, maar dat deze verandering nog niet heeft plaatsgevonden binnen de organisaties zelf. Dit komt door 1) het vooropstellen van organisatiebelang door financiële tekorten, het tekort aan arbeidskracht en wachtlijsten. 2) dat er botsingen kunnen zijn in het netwerk- en organisatiebelang, 3) de concurrentie tussen de aanbieders die ervoor zorgt, dat organisaties hun bedrijfsvoering minder snel aanpassen aan de integrale jeugdhulpverlening, en 4) de concurrentie en de bedrijfsvoering die ervoor zorgen, dat de gezamenlijke verantwoordelijkheid minder snel wordt genomen.

Conclusie

Het doel van het onderzoek was kennis te ontwikkelen over de rol van integratiestrategieën en institutionele complexiteit bij het integreren van zorg. In dit onderzoek werden drie deelvragen onderzocht, die d.m.v. een kwalitatieve casestudie zijn beantwoord. Deze drie deelvragen geven gezamenlijk antwoord op de twee hoofdvragen: 1) hoe beïnvloeden de integratiestrategieën van organisaties en professionals binnen Ontwikkeltafel 1 van de Twentse Transformatie de normatieve institutionalisering van integrale zorg? En 2) welke rol speelt institutionele complexiteit hierin?

1. Deelvraag één

Deelvraag één onderzocht welke integratiestrategieën de organisaties en professionals binnen Ontwikkeltafel 1 van de Twentse Transformatie hanteren ten behoeve van de integrale zorgverlening? In het theoretische kader werd de verwachting geschetst, dat er binnen Ontwikkeltafel 1 gebruik werd gemaakt van professionele, organisatorische en normatieve integratiestrategieën. Uit de analyse van de strategieën in deelvraag 1 werd geconcludeerd, dat er binnen de Ontwikkeltafel gebruik werd gemaakt van professionele en normatieve integratiestrategieën. Binnen Ontwikkeltafel 1 kwamen de volgende strategieën voor: wederzijdse afhankelijkheid (van het netwerk), afspraken over interdisciplinaire samenwerking, waardencreatie voor de professional, vertrouwen, gedeelde visie en doelstellingen en visionair leiderschap.

Integratiestrategieën hebben het doel om de organisaties en professionals binnen integrale zorgnetwerken beter te 'integreren'. In deelvraag één kwam echter naar voren, dat sommige strategieën niet aanwezig waren, zoals de organisatorische integratiestrategieën (interorganisatorische governance en strategieën). Deze strategieën hebben voornamelijk betrekking op de functionele integratie van Valentijn (2015). Daarnaast werden sommige strategieën belemmerd door het gedrag van de organisaties zelf. Ten eerste menen niet alle organisaties afhankelijk te zijn van het netwerk in het leveren van zorg. Ten tweede is er sprake van concurrentie tussen de zorgorganisaties. Ten derde is de financiering niet ingericht op de integrale dienstverlening. Ten vierde kunnen de belangen van de organisatie weleens botsen met die van het netwerk. Ten slotte is er sprake van behoud van traditionele werkwijzen en bedrijfsvoering. Dit komt veelal door financiële tekorten en een gebrek aan werknemers.

2. Deelvraag twee

In deelvraag twee werd onderzocht in welke mate er sprake was van normatieve institutionalisering binnen Ontwikkeltafel 1. In het theoretische kader werd de verwachting geschetst, dat Ontwikkeltafel 1 van de Twente Transformatie hoog geïnstitutionaliseerd is d.m.v. een gezamenlijk normatief kader als leidraad voor handelen binnen het netwerk. Van normatieve institutionalisering is sprake, wanneer de betrokkenen in het netwerk de kernwaarden, doelen en culturen van integrale zorg delen of nastreven. In deelvraag 3 kwam als conclusie naar voren, dat de respondenten (N=17) de kernwaarden van integrale zorg erkennen, een soort gelijke visie op de toekomst van de jeugdzorg in Twente hebben en er sprake is van wederzijds gerespecteerde culturen binnen de Ontwikkeltafel.

Uit de interviews is gebleken, dat Ontwikkeltafel 1 veel aandacht heeft besteed aan de normatieve integratiestrategieën. Vrijwel alle respondenten gaven aan, dat de Ontwikkeltafel actief stappen heeft ondernomen om aspecten als gedeelde waarden, doelen en culturen te delen. De respondenten benadrukten, dat er tijdens de eerste fase van de Twentse Transformatie door de bestuurlijke trekkers veel aandacht is besteed aan het beter leren kennen van de verschillende organisaties en het benadrukken van het gezamenlijke belang en de doelen van de Twentse Transformatie. Deze strategieën hebben dus bijgedragen aan de normatieve institutionalisering van integrale zorg. Dit gaat echter wel om de normatieve institutionalisering van de afgevaardigden van de organisaties die betrokken zijn bij Ontwikkeltafel 1. Dit zegt echter nog niet genoeg over de normatieve institutionalisering van het personeel binnen de organisaties zelf.

3. Deelvraag drie

In deelvraag drie werd onderzocht in hoeverre er sprake was van institutionele complexiteit binnen Ontwikkeltafel 1 van de Twentse Transformatie. De verwachting in het theoretische kader werd geschetst, dat er binnen de Ontwikkeltafel sprake was van institutionele complexiteit en dat deze institutionele complexiteit een rol speelt in de relatie tussen de integratiestrategieën en de normatieve institutionalisering. In deelvraag twee werd geconcludeerd, dat er binnen de Ontwikkeltafel sprake was van institutionele complexiteit, omdat er sprake was onverenigbare eisen van betrokken stakeholders.

In deelvraag één kwam naar voren, dat er enkele belemmerende factoren waren die voortkwamen uit de organisaties zelf. Deze belemmeringen komen voort uit verschillen tussen organisaties of uit meningsverschillen over de inrichting van de integrale zorgverlening. Dit verschil wordt dan zichtbaar bij de integratiestrategieën. Allereerst verschillen de organisaties

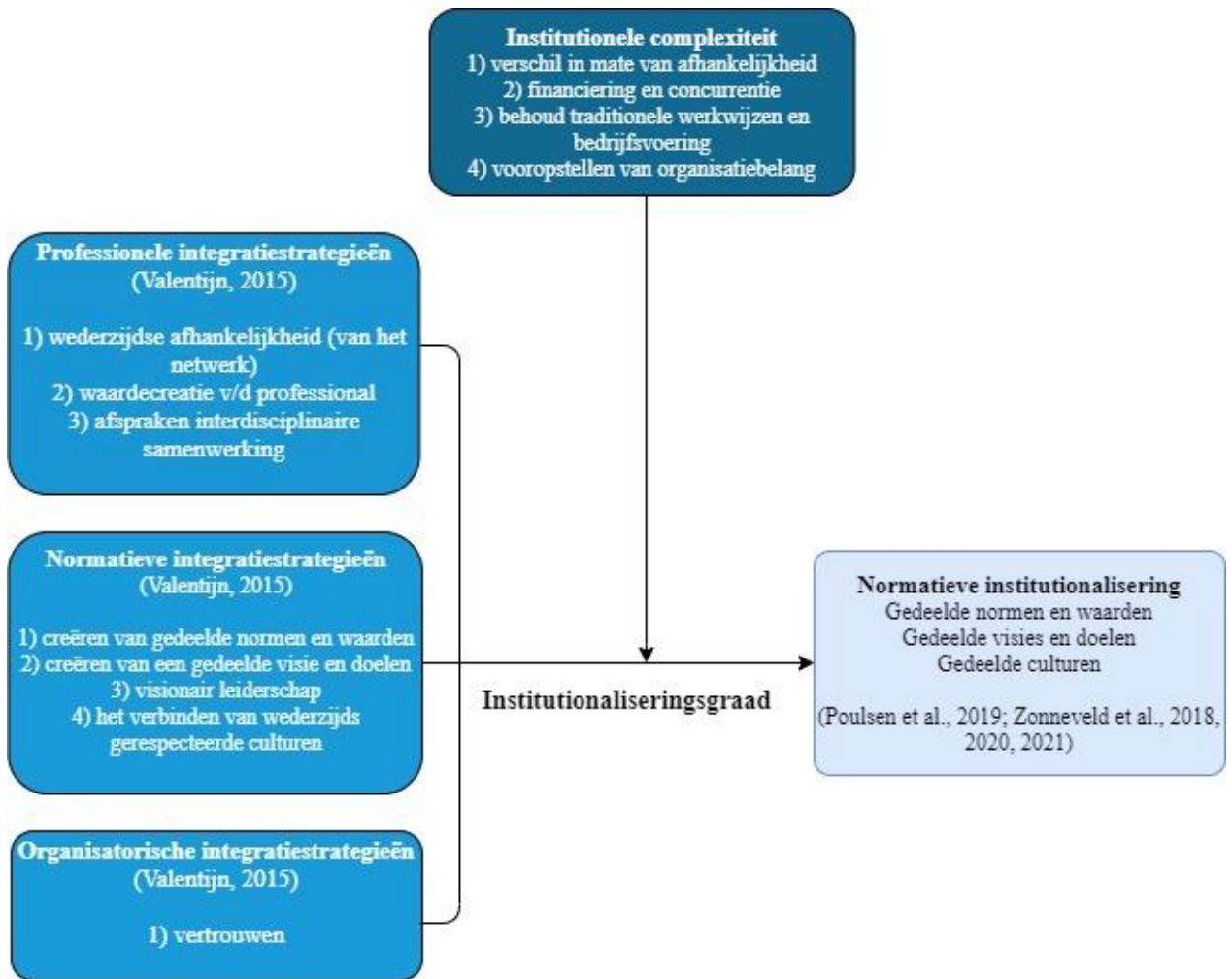
in de mate van afhankelijkheid van het netwerk. Landelijke organisaties hoeven zich bijvoorbeeld niet te conformeren aan regionale afspraken. Daardoor kan het samenwerken binnen een regionaal integraal jeugdzorgnetwerk worden bemoeilijkt. Ten tweede kunnen de organisaties het bijvoorbeeld niet eens worden over de inrichting van de financiering: aspecten zoals concurrentie of financiële tekorten bepalen de financieringsstructuur van het integrale zorgnetwerk. Ten derde stellen de organisaties het organisatiebelang boven netwerkbelang of botsen waarden binnen organisaties, zoals de behoefte van de gemeente aan efficiëntie en controle botst met de behoefte van zorgaanbieders om flexibele zorg te leveren. Ten slotte hebben enkele respondenten erop gewezen, dat organisaties nog traditionele werkwijzen behouden, omdat het personeel immers jarenlang op deze manier is opgeleid.

4. Hoofdvragen

Uit de conclusies van deelvraag één en twee kan geconcludeerd worden, dat de integratiestrategieën van de organisaties en professionals invloed hebben op de normatieve institutionalisering van het netwerk. In deelvraag één werd geconcludeerd, dat de Twentse Transformatie tijdens de eerste fase van de netwerksamenwerking veel aandacht heeft besteed aan het creëren van gedeelde waarden, het creëren doelen of visies en het creëren van wederzijds gerespecteerde culturen. In deelvraag twee werd geconcludeerd, dat alle afgevaardigden aan de Ontwikkeltafel een gelijke visie op de jeugdzorg hadden, dat de kernwaarden van integrale zorg belangrijk werden geacht en dat de organisaties elkaar respecteerden. De onderzoeksresultaten demonstreren, dat het hanteren van integratiestrategieën wel degelijk invloed kan hebben op hoe integrale zorg institutionaliseert.

Uit de conclusies van deelvragen één, twee en drie kan geconcludeerd worden, dat de institutionele complexiteit een rol speelt binnen het institutionaliseringsproces van integrale zorg als nieuwe normatieve institutie binnen de jeugdzorg. De institutionele complexiteit maakt de relatie tussen de integratiestrategieën en de normatieve institutionalisering ingewikkeld. De betrokken organisaties, of de stakeholders, verschillen van elkaar en kunnen het daarom tot op heden niet geheel eens worden over hoe de integrale dienstverlening eruit moet komen te zien. Deze verschillen of deze ‘onverenigbare eisen’ werken door in hoe de integratiestrategieën in praktijk werken binnen Ontwikkeltafel 1 van de Twentse Transformatie. De integratiestrategieën zoals wederzijdse afhankelijkheid of interorganisatorische governance en strategieën (financiering, bedrijfsvoering) worden door deze onverenigbare eisen belemmerd in hun werking als integratiemechanisme.

Figuur 5: conclusie conceptueel model



Discussie

Hoewel alle respondenten (N=17) een soortgelijke visie op de toekomst van de jeugdzorg in Twente hebben, lijkt de samenwerking binnen de Ontwikkeltafel nog niet te resulteren in een waterdicht integraal zorgnetwerk. Verschillende respondenten geven aan, dat er binnen de Ontwikkeltafel mooie initiatieven zijn opgesteld, maar menen dat deze stappen nog te beperkt zijn om de beoogde verandering ook in de organisaties zelf te implementeren.

Dat de samenwerking binnen de Ontwikkeltafel nog niet heeft geresulteerd in een succesvolle integrale netwerkzorg, zit hem voornamelijk in het ontbreken van enkele organisatorische integratiestrategieën en de wijze waarop de Ontwikkeltafel omgaat met institutionele complexiteit, zoals het gebrek aan concrete organisatieverandering, verschil in de werk- en denkwijzen van het uitvoerende personeel, het missen van een financieringssysteem dat integrale dienstverlening kan ondersteunen of het behoud van originele werkwijzen en bedrijfsvoering.

1. Ontbreken integratiestrategieën

In deelvraag één kwam naar voren, dat er binnen de Ontwikkeltafel enkele integratiestrategieën ontbraken. Allereerst waren de interorganisatorische governance en strategieën niet geheel duidelijk aanwezig voor de meeste respondenten. Uit de literatuur blijkt, dat de interorganisatorische integratie voornamelijk betrekking heeft op de financiering, de governance structuren (zoals informatie-uitwisseling en besluitvormingsprocessen) en de gezamenlijke verantwoordelijkheid/verantwoordingsstructuren (Valentijn, 2015).

Het gebrek aan een concrete strategie die de interorganisatorische samenwerking kan stimuleren, kan enerzijds betekenen dat de regulatieve pijler van Scott (1995) nog een lage institutionaliseringsgraad heeft. De regulatieve pijler op het gebied van integrale gezondheidszorg verwijst naar de formele regulering van integrale netwerkzorg (Scott, 1995). Anderzijds kan het betekenen dat er binnen de Ontwikkeltafel te weinig aandacht is besteed aan de functionele integratiemechanismen van Valentijn (2015). De functionele integratiestrategieën van Valentijn (2015) omvatten belangrijke ondersteunende functies en activiteiten die de integrale dienstverlening kunnen ondersteunen. De functionele integratiestrategieën van Valentijn e.a. (2015) zijn mechanismen die zouden moeten zorgen voor consistentie tussen het micro- (klinische), macro- (professioneel en organisatorisch) en meso- (systeem) niveau van de integrale netwerkzorg. Functionele integratiemechanismen hebben dan betrekking op: informatie-uitwisseling (patiënt- of behandelingsinformatie), prestatiegegevens of ondersteunende betalingssystemen (Valentijn & Angus, 2018).

Hoewel Valentijn (2015) de functionele en normatieve integratiestrategieën als twee afzonderlijke mechanismen positioneert, is het van essentieel belang om een wisselwerking te hebben tussen normatieve integratiestrategieën en functionele integratiestrategieën. Gedeelde waarden, visies en culturen zijn immers minder tastbare mechanismen die integrale netwerkzorg kunnen bevorderen. Functionele integratiestrategieën kunnen deze daarentegen juist stimuleren. Binnen Ontwikkeltafel 1 is er bijvoorbeeld sprake van concurrentie. Deze concurrentie wordt nog versterkt door financiële tekorten en hun traditionele bedrijfsvoering. Om tot integrale netwerkzorg te komen moet het netwerk een financieringsstructuur ontwikkelen, die ervoor kan zorgen dat de organisaties niet langer moeten samenwerken vanuit een concurrerende positie. Daarnaast is het belangrijk dat organisaties waarden zoals ‘samenwerken’ of ‘vertrouwen’ hoog in het vaandel hebben, zodat ze over de concurrentie heen kunnen stappen, omdat alle organisaties geloven in het belang van integrale zorg (Zonneveld e.a. 2021).

1.1 Suggesties voor vervolgonderzoek

Voor vervolgonderzoek zou het relevant kunnen zijn om niet alleen te focussen op normatieve integratie enerzijds en functionele integratie anderzijds, maar juist op de wisselwerking tussen deze twee mechanismen. In dit onderzoek is enkel gekeken naar de normatieve institutionalisering en daarom is met name gefocust op de normatieve integratiestrategieën van Valentijn (2015). Hierboven is echter beargumenteerd, dat deze twee mechanismen elkaar kunnen stimuleren.

2. Omgaan met institutionele complexiteit

Institutionele complexiteit speelt een rol in het institutionaliseringsproces van integrale zorg. Het uitgangspunt van de integratiestrategieën van Valentijn (2015) is, dat door het gebruik van deze strategieën differentiatie kan worden overstegen en de zorg daardoor goed gecoördineerd (en geïntegreerd) kan worden. Dit is dan een lineair proces, waarin integratiestrategieën ingezet kunnen worden, om organisatorische verschillen te overstijgen en tot integrale zorg te komen. Dit perspectief geeft echter te weinig inzicht in de complexiteit van netwerken.

Deze scriptie laat zien, dat integrale zorgnetwerken te maken krijgen met verschillende betrokken organisaties, die allemaal een eigen institutionele logica kennen. Hierdoor krijgen integrale zorgnetwerken te maken met institutionele complexiteit. Integrale zorgnetwerken hebben allemaal organisaties met eigen spelregels en de organisaties moeten dus samenwerken en tegelijkertijd op meerdere speelvelden tegelijkertijd acteren (Vermeulen, 2012).

Institutionele complexiteit is echter niet inherent slecht voor integrale zorgnetwerken. Zoals betoogd in de theoretische sectie, putten integrale zorgnetwerken juist kracht uit de samenwerking met verschillende organisaties. De onderzoeksresultaten in deze scriptie suggereren echter, dat institutionele complexiteit niet kan worden oversteegen met integratiestrategieën. Institutionele complexiteit is eerder een mechanisme, waar zorgnetwerken altijd mee te maken zullen krijgen en dus niet wegvaagt (zoals het isomorfisme beweert). De inzet van integratiestrategieën bij het proces van normatieve institutionalisering is dus geen lineair, maar een circulair proces. Dit betekent dat institutionele complexiteit zowel op voorhand als tijdens het institutionaliseringsproces een betekenisvolle rol speelt. Betrokken actoren in het netwerk moeten bewuster omgaan met de institutionele complexiteit, omdat deze een (blijvende) positieve of negatieve rol kan spelen in de integrale netwerkzorg.

2.1 Concrete organisatieverandering

In de discussie is ondervonden dat de vertaalslag van de ambities van het netwerk naar de organisatie lastig is, omdat integrale zorgnetwerken te maken krijgen met institutionele complexiteit. Alle respondenten die betrokken zijn bij Ontwikkeltafel 1, zijn tot op zekere hoogte normatief geïnstitutionaliseerd. Dat de samenwerking binnen de Twentse Transformatie nog niet heeft geresulteerd in een integrale netwerksamenwerking, komt zoals eerder genoemd mede doordat de beoogde verandering nog niet binnen de organisaties zelf heeft plaatsgevonden. De integrale ambities die de Twentse Transformatie heeft geformuleerd, moeten nu de vertaalslag gaan maken naar de dagelijkse uitvoering in de organisaties zelf.

Om te transformeren tot een integraal jeugdzorgnetwerk moeten er dus strategieën ingezet worden om de vertaalslag te maken naar de praktijk. Binnen de Ontwikkeltafel kunnen bijvoorbeeld de volgende veranderingen plaatsvinden: een integrale afstemming van de financieringsstructuur op integrale zorg, een verandering in de bedrijfsvoering van organisaties (zodat ze niet langer binnen één netwerk concurreren) en het transformeren van werkwijzen van personeel tot integrale werkwijzen. Daarnaast moeten alle organisaties zelf ook normatief institutionaliseren, dus niet alleen de afgevaardigden van de organisaties op netwerkniveau, maar ook het uitvoerende personeel. Zolang de werk- en denkwijze van integrale zorg nog niet op de werkvloer heerst, is het lastig om tot integrale netwerksamenwerking te komen.

2.1.1 Suggestie voor vervolgonderzoek

Er is echter meer onderzoek nodig om beter te begrijpen welke strategieën leiden tot een succesvolle verandering binnen de organisaties of het succesvol omgaan met de institutionele

complexiteit. Hoe reageren organisaties op verandering binnen hun institutionele omgeving? Het onderzoek dat zich richt op de ‘institutionalisering’ en dus de vaststelling van een nieuwe institutionele orde, moet in verband worden gebracht met theorieën over het innovatieve of adaptieve vermogen van het openbare bestuur. Innovatie is nodig om partners en stakeholders te betrekken om de dienstverlening te verbeteren of maatschappelijke problemen te tackelen (De Vries, Bekkers en Tummers, 2015). Voor vervolgonderzoek is het dus relevant om een beter begrip te krijgen van hoe organisaties reageren op veranderingen in hun omgeving.

2.2 Boundary spanner-theorie

Om alle stakeholders tevreden te stellen moeten de integrale zorgnetwerken strategisch omgaan met deze institutionele complexiteit. Die strategische rol kan gedragen worden door de ‘boundary spanners’ in het integrale zorgnetwerk.

Binnen Ontwikkeltafel 1 zijn 24 afgevaardigden van 16 organisaties betrokken. Deze afgevaardigden zijn als het ware ‘boundary spanners’. Boundary spanners, of grenswerkers, zijn personen die op de grens van hun organisatie werken en gespecialiseerd zijn in het coördineren van de samenwerking tussen organisatorische en institutionele grenzen (Williams, 2002). Met name binnen integrale zorgnetwerken is dit relevant, omdat deze te maken krijgen met verschillende contexten, verschillende logica’s en verschillende belangen (Meerkerk en Edelenbos, 2014).

Boundary spanners staan namelijk vaak met één been in hun eigen organisatie en één been in het netwerk (de omgeving). Hierdoor merken zij vaak als eerste de spanning die voortkomt uit de institutionele complexiteit, het moment dat belangen, identiteiten, werkwijzen en loyaliteit van de betrokken organisaties botsen (De Jong, Bakker en Robeest, 2018). De rol van de boundary spanner is om de samenwerking en het vertrouwen binnen netwerken (die kampen met institutionele complexiteit) te stimuleren. Dit doen ze door 1) het verbinden van personen en processen aan beide kanten van een grens (de grens tussen het netwerk en de organisatie, maar ook die tussen de organisaties onderling), 2) het verzamelen van relevante informatie aan weerszijde van de grens, en 3) het vertalen van deze informatie (Edelenbos en Van Meerkerk, 2015).’

In de boundary spanner-theorie van Williams (2002) wordt gesproken over een aantal competenties die de boundary spanner heeft, die ook relevant kunnen zijn voor de afgevaardigden van de organisaties binnen de Twentse Transformatie. Doordat de boundary spanner zowel interne als externe taken heeft, kan deze zich bijvoorbeeld bezighouden met het vertalen van de netwerkambities naar de werkvloer (intern) of juist issues en problematiek

binnen de organisatie kenbaar maken aan het netwerk (extern). De boundary spanner heeft hiermee dus zowel een verantwoordelijkheid in de organisatie, als in het netwerk. Het gebruik van deze theorie kan dus ook meer inzicht geven in hoe de vertaalslag gemaakt kan worden tussen de netwerkambitie en de betrokken organisaties.

2.2.1 Suggestie voor vervolgonderzoek

Onderzoek de rol van de afgevaardigde van de organisaties door middel van de boundary spanner-theorie. Door te kijken naar het individu die blootgesteld wordt aan een institutioneel complexe omgeving. Het gaat er dan eerder om hoe individuele actoren of besluitvormers institutionele complexiteit waarnemen, interpreteren en vervolgens vertalen in strategische acties voor zowel de organisatie als voor het netwerk (Vermeulen, 2012).

3. Aanbevelingen Twentse Transformatie

Allereerst kwam er tijdens de discussie naar voren, dat met name functionele aspecten van de samenwerking binnen de Ontwikkeltafel tot op heden een blokkade hebben gevormd om tot een succesvol integraal zorgnetwerk te komen.

Aanbeveling 1: om de integrale samenwerking binnen Ontwikkeltafel 1 van de Twentse Transformatie naar een nieuw niveau te tillen moet de Ontwikkeltafel zich meer richten op de functionele aspecten van integrale zorg. Tijdens de eerste fase van de netwerksamenwerking is de Ontwikkeltafel voornamelijk bezig geweest met de normatieve kant van het netwerk. Dit heeft ervoor gezorgd dat alle betrokken stakeholders zich verwant voelen met de ambitie en visie van de Ontwikkeltafel en daar ook samen aan willen werken. De regulatieve of functionele kant is echter achtergebleven. De aanbeveling is dat de Ontwikkeltafel zich moet richten op de functionele integratiestrategieën van Valentijn, die betrekking hebben op de mate waarin de belangrijkste ondersteunende diensten (zoals financieel management en officiële informatiekkanalen) zijn gecoördineerd (Valentijn, 2013;2015).

Ten tweede werd er geconcludeerd, dat de samenwerking binnen Ontwikkeltafel 1 van de Twentse Transformatie nog niet heeft geresulteerd in verandering binnen de organisaties. De meeste respondenten erkennen, dat de eerste stappen richting integrale netwerksamenwerking zijn gezet, maar dat de daadwerkelijke verandering nog in de organisaties zelf zit. In de vorige sectie werd de suggestie gedaan om in vervolgonderzoek te kijken naar de theorie over de boundary spanners.

Aanbeveling 2: de afgevaardigden die namens hun organisatie in Ontwikkeltafel 1 aanwezig zijn, moeten de vertaling maken van de visies en doelen van het netwerk naar de organisatiecontext. Deze afgevaardigden moeten de rol als boundary spanner aannemen, waarmee ze met één been in het netwerk staan en één been in de organisatie. Om de ambities van het netwerk te vertalen naar de organisatiecontext, kunnen de grenswerkers bijvoorbeeld de strategie van de organisatie zo bepalen dat deze in lijn is met de ambities van de Twentse Transformatie. Hierdoor kan het uitvoerende personeel van de zorgaanbieders ook vanuit deze strategie gaan werken. De grootste uitdaging voor deze boundary spanners is echter om voorbij te komen aan organisatiebelang en het belang van het netwerk als het ware ‘verkopen’ aan eigen bestaande organisatie.

Aanbeveling 3: veel respondenten, met name vanuit de zorgaanbiederskant, geven aan dat de samenwerking binnen de Twentse Transformatie een tijdrovend proces is. Sommige afgevaardigden vanuit de zorgaanbieders die betrokken zijn bij de Ontwikkeltafel, zijn ook dienstverlenend personeel. Om het dienstverlenende of uitvoerende personeel te ontlasten, kunnen de organisaties een relationeel manager aanstellen, die zich enkel op de taken als grenswerker concentreert. Dan kan deze grenswerker zich met name richten op het vertalen van de samenwerking naar de organisatiecontext. Deze relationele manager moet echter voorkomen, dat hij wordt gezien als een ‘onnodige extra managementlaag’, maar moet daarentegen goed contact onderhouden tussen de bestuurders en het dienstverlenende of uitvoerende personeel. Het kan hierbij helpen om een relationeel manager te kiezen die zowel op professioneel, als op organisatorisch niveau veel kennis heeft.

Ten slotte, in Ontwikkeltafel 1 van de Twentse Transformatie zitten veel organisaties die relatief veel op elkaar lijken. Het is daarom logisch dat veel respondenten spreken van de belemmerende factoren zoals concurrentie, of behoud bedrijfsvoering. Want waarom zou je samenwerken en de organisatiestructuur veranderen, terwijl je in een concurrerende positie bent?

Aanbeveling 4: om deze situatie te overbruggen, moeten de betrokken organisaties in het netwerk beter voor ogen krijgen, wat het verschil is tussen de betrokken organisaties en wat de specifieke expertise is van de organisatie, die onmisbaar is in het netwerk. Ook hieraan kan de grenswerker uit aanbeveling 2 en 3 een bijdrage leveren, omdat deze functie zich bezighoudt met het creëren van een beter begrip van de wederzijdse afhankelijkheid van de betrokken organisaties in het netwerk (Meerkerk en Edelenbos, 2015).

Reflectie

Het doel van het onderzoek was om kennis te ontwikkelen over de rol van integratiestrategieën en institutionele complexiteit bij het integreren van zorg. De keuze voor de institutionele theorie is gemaakt, omdat deze theorie de mogelijkheid biedt meer inzicht te krijgen in de mate van integratie. Door de Twentse Transformatie vanuit de institutionele theorie te benaderen, kunnen de onderliggende normen, waarden, regels en gedragspatronen van de betrokken organisaties in het netwerk onderzocht worden. Daarnaast maakt deze theorie het mogelijk om de differentiatie tussen de betrokken organisaties te onderzoeken, door de kijken naar de institutionele complexiteit.

Allereerst is er tijdens de theoretische verkenning van dit onderzoek de keuze gemaakt om enkel de normatieve pijler van instituties te onderzoeken. Deze keuze is gemaakt, omdat dit onderzoek een bijdrage levert aan de ‘zachtere’ kant van integrale zorgnetwerken, de rol van gedeelde waarden, doelen en culturen. Deze afbakening zorgt ervoor, dat gedurende de gehele scriptie goed gefocust kon worden op de normatieve kant van het netwerk. Door te richten op de onderliggende waarden, normen en culturen van de organisaties binnen het integrale zorgnetwerk, kan worden onderzocht waarom de organisaties binnen de Twentse Transformatie zich conformeren aan de samenwerking binnen het netwerk. Bij normatieve institutionalisering van integrale zorg baseren de betrokken organisaties en professionals hun gedrag op de kernwaarden, doelen en culturen van integrale zorg. Door het hebben van gelijke waarden, doelen en culturen kunnen interpersoonlijke communicatie en vertrouwen tussen betrokken partijen verbeteren. Dit kan er tevens voor zorgen dat uiteindelijke regulatieve aspecten zoals financiering en besluitvorming in het netwerk beter geregeld kunnen worden. Daarnaast is de keuze voor enkel de normatieve kant van de institutionele theorie gemaakt, omdat het een omvangrijke theorie is. Een onderzoek dat zich op alle pijlers van instituties richt, zou te groot zijn voor een masterscriptie.

De scope op de normatieve institutionalisering zorgt er echter wel voor dat de regulatieve aspecten van integrale netwerkzorg onderbelicht zijn. Regulatieve instituties kunnen namelijk ook zorgen voor een betere normatieve institutionalisering. Er moeten bijvoorbeeld verplichte vergaderingen georganiseerd worden met de verschillende organisaties van het integrale zorgnetwerk, om gezamenlijke waarden, doelen en culturen te krijgen. Als je elkaar niet dagelijks spreekt, is het immers niet mogelijk om elkaar beter te leren kennen.

Ten slotte zijn tijdens het onderzoek enkel de afgevaardigden van de organisaties aan de Ontwikkeltafel geïnterviewd. Dit vormt een limitering voor het onderzoek van het gedrag van de organisaties zelf (op de werkvloer) en de daadwerkelijke impact van de samenwerking

binnen de Twentse Transformatie op de organisaties zelf. Hiermee is echter tijdens het schrijven van de conclusies wel rekening gehouden: de conclusies hebben betrekking op de samenwerking aan de Ontwikkeltafel zelf. Om te onderzoeken of integrale zorg ook binnen organisaties zelf is geïnstitutionaliseerd, is het relevant om naast de afgevaardigden uit de Ontwikkeltafel tevens de uitvoerende werknemers van de organisaties te spreken, zoals jeugdconsulenten van de gemeente.

Literatuur

- Berger, P.L., & Luckman, T. (1966). *The social construction of reality*. Anchor Books, New York.
- Bryman, A. (2008). *Social Research methods*. Oxford: Oxford University Press.
- Yin, R.K. (1984). *Case study research: design and methods*. Thousand Oaks, CA: sage publications.
- CBS (2017). Jeugdzorg per gemeente. Centraal Bureau van de Statistiek (CBS). geraadpleegd op 04 mei 2021. <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2018/10/jeugdzorg-per-gemeente>
- CBS (2021). Inwoners per gemeente. Centraal Bureau van de Statistiek (CBS). Geraadpleegd op 04 mei 2021. <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/regionaal/inwoners>
- Delnoij D., Klazinga N., & Kulu, G.I. (2002) Integrated care in an international perspective. *International Journal of Integrated Care*. 2(2). <http://doi.org/10.5334/ijic.62>.
- DiMaggio, P., & Powell, W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147-160. doi:10.2307/2095101.
- Edelenbos, J., & Van Meerkerk, I. (2015). Connective capacity in water governance practices: the meaning of trust and boundary spanning for integrated performance. *Environmental sustainability*, 12, 25-29. doi:10.1016/j.cosust.2014.08.009.
- Emirbayer, M., & Johnson, V. (2008). Bourdieu and organizational analysis. *Theory and Society*, 37, 1–44. doi:10.1007/s11186-007-9052-y
- Fabricotti, I. (2007). *Taking care of Integrated Care: Integration and Fragmentation in the Development of Integrated Care Arrangements*. Dissertatie. Erasmus University Rotterdam. <http://doi.org/10.5334/ijic.179>.
- Friedland, R., & Robert R.A. (1991). Bringing society back in: Symbols, practices, and institutional contradictions. In W.W. Powell and P.J. DiMaggio, eds., *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago: University of Chicago Press. 232-263.
- Goodwin, N. (2010). Integrated care as a scientific discipline: the need for more theory and new analytical methods. *International Journal of Integrated Care*, 10: 76. doi:10.5334/ijic.589.
- Goodwin N. (2016) *Understanding and Evaluating the Implementation of Integrated Care: A*

- ‘Three Pipe’ Problem. *International Journal of Integrated Care*. 2016;16(4):19.
<http://doi.org/10.5334/ijic.2609>.
- Greenwood, R., Díaz, A. M., Li, S. X., & Lorente, J. C. (2010). The multiplicity of institutional logics and the heterogeneity of organizational responses. *Organization Science*, 21(2), 521–539. doi:10.1287/orsc.1090.0453
- Greenwood, R., Oliver, C., Lawrence, T.B., & Meyer, R.E. (2008). *The SAGE handbook of Organizational Institutionalism*, London: Sage.
- Hartley, J. (2005) Innovation in Governance and Public Services: Past and Present, *Public Money & Management*, 25(1), 27-34, doi:10.1111/j.1467-9302.2005.00447.x
- Haveman, H., & Gualtieri, G. (2017). Institutional logics. *Entrepreneurship, organization theory, organizational behaviour, research methods*, Online Publication Date: sept. 2017, 1-34. doi:10.31235/osf.io/3pv2k.
- Johansson, M.C. (2019). *The institutionalization of Validation and the transformation of vocational knowledge: the case of admission into vocational teacher education in Sweden*, Linnaeus University Dissertations.
- Provan, K. G., & Kenis, P. N. (2008). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(2), 229-252. doi:10.1093/jopart/mum015.
- Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002) Integrated care: meaning, logic, applications, and implications--a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*. 2(2). doi:10.5334/ijic.67
- Klijn, E.H., & Koppenjan, J.F.M. (2012). Governance network theory: past, present and future, *Policy & Politics*, 40 (4), 587–606. doi:10.1332/030557312X655431.
- Klijn, E.H., & Koppenjan, J.F.M. (2014). Complexity in governance network theory. In: *Complexity, Governance & Networks*, 1(1), 61-70. doi:10.7564/14-CGN8.
- Lawrence, T.B., & Suddaby, T. (2006). Institutions and institutional work. In S. R., Clegg, C., Hardy, T.B., Lawrence & W.R., Nord, eds., *Sage Handbook of Organization Studies*, 2nd Edition: 215-254. London: Sage.
- Leeuwen, van, H. (2018). Integrale jeugdhulp biedt ‘alles ineen’. Maar wat dan precies? *Jeugdbeleid*, 12(4), 207–211.
- Maguire, S., Hardy, C., & Lawrence, T.B. (2004). Institutional entrepreneurship in emerging fields: HIC/AIDS treatment advocacy in Canada, in *Academy of Management Journal*, 47(5), 657-679. doi:10.2307/20159610

- Meyer, R. E., & Höllerer, M.A. (2014). Does institutional theory need redirecting? *Journal of Management Studies*, 51(7), 1221–1233. doi:10.1111/joms.12089
- Meyer J., & Rowan, B. (1977) Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony. *American Journal of Sociology*, 83, 440–463. doi:10.1086/226550.
- Oksavik, J. D., Aarseth, T., Solbjør, M., & Kirchhoff, R. (2021). ‘What matters to you?’ Normative integration of an intervention to promote participation of older patients with multi morbidity – a qualitative case study. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1–15. doi:10.1186/s12913-021-06106-y.
- Poulsen, R. M., Pii, K. H., Bültmann, U., Meijer, M., Eplov, L. F., Albertsen, K., & Christensen, U. (2019). Developing normative integration among professionals in an intersectoral collaboration: A multi-method investigation of an integrated intervention for people on sick leave due to common mental disorders. *International Journal of Integrated Care*, 19(4), 1–12. doi:10.5334/ijic.4694
- Rao, H., Monin, P., & Durand, R. (2003). Institutional change in Tocque Ville: Nouvelle cuisine as an identity movement in French gastronomy. *American Journal of Sociology*, 108: 795-843. doi: 10.1086/367917
- Scott, W.R. (1995). *Institutions and organizations, ideas and interests*, Los Angeles: Sage.
- Scott, W.R. (2014). *Institutions and organizations, ideas, interests, and identities*, Los Angeles: Sage.
- Schneider, E., Burgers, J., Friedberg, M., Rosenthal, M. B., Leape, L., & Schneider, E. (2011). Defining and Measuring Integrated Patient Care: Promoting the Next Frontier in Health Care Delivery. *Medical Care Research and Review*, 68(1), 112–127. doi:10.1177/1077558710371485
- Shaw, J. A., Kontos, P., Martin, W., & Victor, C. (2017). The institutional logic of integrated care : an ethnography of patient transitions. *Journal of health organization management*, 31(1), 82–95. doi:10.1108/JHOM-06-2016-0123
- Sondeijker, F. E. P. L., van Rooij, F. B., Hermanns, J., & van Rijn-van Gelderen, L. (2016). Doeltreffendheid en werkzaamheid van het Wraparound Care Model in de ambulante jeugdhulp Empirical indications for effectiveness of the Wraparound Care Model in ambulatory care. *Kind En Adolescent*, 37(4), 195–212. doi:10.1007/s12453-016-0125-4
- Shortell, S. (2009). What does the evidence tell us? In *Integrating Care and Transforming*

- Services: what works? Where next?. Edited by: Ham C, de Silva D. University of Birmingham, Health Services Management Centre Policy paper. doi:ISBN:978 07044 28058
- Simoens, S., & Scott, A. (1999). *Toward a definition and taxonomy of integration in primary care*, Aberdeen: university of Aberdeen.
- Straten, G.F.M. (1996). In de beslotenheid van het openbare bestuur. De institutionalisering van informatietechnologie binnen de bevolkingsadministratie, dissertatie: Tilburg University.
- Swanson, R. A., & Holton, E. F. (2005). *Research in organizations : foundations and methods of inquiry*. San Francisco: Berrett-Koehler.
- Lawrence T, Suddaby R., & Leca B. (2011). Institutional work: refocusing institutional studies of organizations. *Journal of Management Inquiry*, 20, 52–58.
doi:10.1177/1056492610387222
- Peper, B. (1972). *Vorming van welzijnsbeleid: evolutie en evaluatie van het opbouwwerk*, Meppel: Boom, 1972.
- Thornton, P. H., & Ocasio, W. (1999). Institutional logics and the historical contingency of power in organizations: Executive succession in the higher education publishing industry, 1958 to 1990. *American Journal of Sociology*, 105 (3), 801-843.
doi:10.1086/210361
- Thornton, P.H., Ocasio, W., & Lounsbury, M. (2012). *The Institutional Logics Perspective: A New Approach to Culture, Structure and Process*. Oxford: Oxford University Press
- Valentijn, P. (2015). *Rainbow of chaos: A study into the theory and practice of integrated care*. Ede: Print Service Ede.
- Vermeulen, P. (2002). *Comgaan met institutionele complexiteit*. 5–21.
- De Vries, H., Bekkers, V., & Tummers, L. (2015). Innovation in the Public Sector: A Systematic Review and Future Research Agenda. *SSRN Electronic Journal*, 2-40.
doi:10.2139/ssrn.2638618
- Yin, R. K. (2003). *Case study research: Design & methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Zonneveld, N., Driessen, N., Stüssgen, R. A. J., & Minkman, M. M. N. (2018). Values of integrated care: A systematic review. *International Journal of Integrated Care*, 18(4), 1–12. doi:10.5334/ijic.4172
- Zonneveld, N., Nies, H., van Wijk, E., & Minkman, M. (2021). *Values in Integrated Care*.

How to Deliver Integrated Care, 95–114.

- Zonneveld, N., Raab, J., & Minkman, M.M.N. (2020). Towards a values framework for integrated health services: an international Delphi study. *BMC Health Services* 20, 224-238. doi:10.1186/s12913-020-5008-y
- Zonneveld, N., Vat, L.E., & Vlek, H. (2017). The development of integrated diabetes care in the Netherlands: a multiplayer self-assessment analysis. *BMC Health Services* 17, 219. 1-9. doi:10.1186/s12913-017-2167-6
- Zonneveld, N., Nies, H., van Wijk, E., & Minkman, M. (2021). Values in Integrated Care. *How to Deliver Integrated Care*, 95–114. <https://doi.org/10.1108/978-1-83867-527-120211010>
- WHO. (2015). World report on aging and health. World Health Organization (WHO). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>
- Williams, P. (2002). The competent boundary spanner. *Public Administration*, 80 (1), 103–124. doi:10.1111/1467-9299.00296
- Zijderveld, A.C., (1966) *Institutionalising: een studie over het methodologisch dilemma der sociale wetenschappen*. Hilversum: Paul Brand, 1966.

Bijlage I: Interview-guide

I. Introductie:

- Toelichting onderzoek: in mijn onderzoek probeer ik bloot te leggen welke samenwerkings-strategieën organisaties en het netwerk gebruiken om het integrale zorgproces te organiseren. Naast deze strategieën wordt er gefocust op wat de rol van normen en waarden binnen het integrale zorgproces is.
- Het zijn circa. 20 vragen. Ik begin met wat algemene vragen, daarna vragen met betrekking tot de vooraf ingevulde questionnaire en daarna de vragen met betrekking tot samenwerkings-strategieën.
- Het interview wordt opgenomen, de respondenten blijven anoniem (geen namen etc.)
- Bent u daar akkoord mee?

II. Introducerende vragen:

- In welke organisatie bent u werkzaam?
- Wat is uw functie binnen deze organisatie?
- Hoelang bent u al werkzaam binnen deze functie?
- Wat is de expertise van deze organisatie?
- Wat maakt uw organisatie binnen dit netwerk uniek?
- Wat maakt uw organisatie binnen dit netwerk nu juist anders of niet uniek?
- Wat is uw rol in het netwerk van de Twentse Transformatie?

III. Vragen met betrekking tot de normatieve aspecten van de organisatie en het netwerk

Vraag 1: waardenprioritering organisatie

- Welke 3 waarden zijn voor uw organisatie het belangrijkste? En welke het minst belangrijk?

Vraag 2: waardenprioritering netwerk

- En als je dit dan nog een keer zou kiezen, welke 3 waarden zijn voor het netwerk het belangrijkste? En welke het minst belangrijk?

Vraag 3: spanning organisatie versus netwerk

- Botsen deze waarden wel eens?

Vraag 4: strategieën om spanningen te verhelpen

- Wat doet u daar dan aan?
- Evt. doorvraag: wordt dat dan op collectief netwerkniveau geregeld, of echt vanuit de organisatie zelf?

IV. Vragen met betrekking tot de normatieve strategieën van de organisatie binnen het netwerk

Vraag 5: gedeelde visie

- Kunt u de visie van uw organisatie toelichten? (organisatieniveau)
- En hoe verhoudt die visie zich ten opzichte van de visie van de Twentse Transformatie? (netwerkniveau)

Vraag 10: wederzijdse afhankelijkheid

- Waarom doet uw organisatie mee aan dit netwerk? (organisatieniveau)
- Bent u als organisatie afhankelijk van andere organisaties binnen de Twentse Transformatie?, kunt u dat verder toelichten/hoe merkt u dat?
- Is de samenwerking in een integraal jeugdzorgnetwerk voor uw organisatie noodzakelijk?

Vraag 6: vertrouwen/betrouwbaar gedrag

- Hoe ervaart u de mate van vertrouwen in de samenwerking tussen de betrokken organisaties? Hoe merkt u dat de organisaties binnen het netwerk elkaar vertrouwen?
- En wat doet uw organisatie of het netwerk eraan om het vertrouwen te stimuleren of te bevorderen? (strategie)

Vraag 7: verbinden culturen (wederzijds gerespecteerd) / institutionele complexiteit

- Hoe ervaart u de samenwerking met verschillende organisaties en verschillende organisatieculturen? (organisatieniveau)
- En wat doet uw organisatie of het netwerk eraan om de samenwerking tussen deze verschillende organisaties en organisatieculturen te ondersteunen? (strategie)

Vraag 8: gedeelde doelstelling

- Kunt u de doelstelling van uw organisatie toelichten? (organisatieniveau)
- Hoe verhoudt die doelstelling zich ten opzichte van de doelstellingen van de Twentse Transformatie? (netwerkniveau)
- Denkt u dat alle organisaties binnen de TT hetzelfde doel voor ogen hebben?

Vraag 9: visionair leiderschap

- Is er iemand binnen de Twentse Transformatie aanwezig die zich actief inzet om de organisaties binnen het netwerk te inspireren en te mobiliseren ten behoeve van de integrale zorgverlening? (strategie), kunt u dat verder toelichten?

V. Vragen met betrekking tot de organisatorische- en professionele strategieën van het netwerk ten opzichte van de organisatie

Vraag 11: waarde creatie door de professional

- Heeft u het idee dat de interprofessionele en interorganisatorische samenwerking een toegevoegde waarde heeft in de jeugdzorg? (organisatieniveau), kunt u dat verder toelichten?

Vraag 12: interorganisatorische governance/interorganisatorische strategieën/interdisciplinaire samenwerking

- Zijn er afspraken gemaakt en/of strategieën gevormd om de samenwerking binnen de Twentse Transformatie te bevorderen? (strategie)
- Hoe ervaart uw organisatie de afspraken/strategieën die zijn gemaakt met betrekking tot de samenwerking binnen het netwerk? (organisatieniveau)
- Heeft u het idee dat er door de samenwerking een beter begrip ontstaan over de werkzaamheden van de verschillende organisaties binnen de TT?, kunt u dat verder

toelichten?

- Heeft het netwerk daar echt aan bijgedragen? (strategie)
- Is er sprake van een gezamenlijke verantwoordingsstructuur of verantwoordelijkheidsstructuur ten opzichte van het integraal aanbieden van de jeugdzorg?
- Hoe draagt de TT bij aan het beter organiseren van de samenwerking van de verschillende organisaties binnen de jeugdzorg?

Vraag 13: interprofessionele educatie

- Is er een educatieplan opgesteld ten behoeve van de integrale samenwerking? (strategie)
- Zo niet, wat zou u ervan vinden als er een educatieplan zou worden opgesteld? (organisatieniveau)

VI. Afsluiting

Heeft u alles kunnen zeggen tijdens het interview, of wilt u nog wat toevoegen?

Bijlage II: Brief respondenten en waardenprioritering

Beste respondent,

Bedankt dat u mee wil werken aan mijn onderzoek naar integrale netwerkzorg. Tijdens dit onderzoek kijk ik naar hoe het netwerk is georganiseerd en wat de rol van gemeenschappelijke waarden en doelen is binnen de netwerksamenwerking. Om tijdens het interview tijd te besparen, heb ik ervoor gekozen om voor het interview een korte waardenprioritering op te sturen zodat ik deze informatie niet meer hoeft te verzamelen tijdens het interview.

In bijlage 1 van de ze brief vind u een set van 18 kernwaarden (met omschrijving) die integrale zorg (idealiter) kenmerkt. Allereerst vraag ik u of u uit deze set van 18 kernwaarden de drie belangrijkste en de drie minst belangrijke waarden kan selecteren voor uw organisatie binnen het netwerk. Daarna vraag ik u of u deze waardenprioritering nog een keer wil doen, maar dan vanuit het netwerk geredeneerd. Deze waardenprioritering kan in bijlage 2 ingevuld worden.

Ten slotte heb ik een toestemmingsformulier van de Erasmus toegevoegd. Dit toestemmingsformulier heb ik (getekend) nodig om de data die verzameld zijn tijdens de interviews op legitieme wijze te verwerken voor mijn afstudeeronderzoek.

Graag ontvang ik beide bestanden ingevuld via de mail voor het interview. Mail: I.veldkamp@vilans.nl

Alvast bedankt en tot weerziens tijdens het interview!

Met vriendelijke groeten,

Ingeborg Veldkamp (0643210363)

Bijlage 1: Kernwaarden gebaseerd (Zonneveld et al., 2018, 2019, 2020, 2021).

Kernwaarde	Omschrijving
1. <i>Samenwerken</i>	Het aangaan en onderhouden van goede (werk) relaties tussen gebruikers, mantelzorgers, professionals en organisaties – door samen te werken in verschillende sectoren en netwerken, teams en gemeenschappen.
2. <i>Uitgebreid</i>	Gebruikers en mantelzorgers krijgen een volledig pakket aan zorg diensten en middelen die zijn ontworpen om aan hun behoefte en voorkeuren te voldoen.
3. <i>Continu</i>	Services die consistent, coherent en verbonden zijn, die inspelen op de behoeften van gebruikers gedurende hun hele leven.
4. <i>Gecoördineerd</i>	Verbinding en afstemming tussen gebruikers, mantelzorgers, professionals en organisaties in de zorgketen, om een gemeenschappelijke focus te bereiken die overeenkomt met de behoeften van de unieke patiënt.
5. <i>Coproductie</i>	Gebruikers, mantelzorgers en gemeenschappen betrekken bij het ontwerp, implementatie en verbetering van diensten, door partnerschappen, in samenwerking met professionals en aanbieders.
6. <i>Effectief</i>	Ervoor zorgen dat de zorg zo is ontworpen dat de resultaten dienen gezondheidsresultaten, kosten, gebruikerservaring en professionele ervaring.
7. <i>Efficiënt</i>	Gebruik van middelen zo verstandig mogelijk inzetten en dubbel werk voorkomen.
8. <i>Empowering</i>	Het vermogen en de verantwoordelijkheid van mensen ondersteunen om voort te bouwen op hun sterke punten, stimuleren dat mensen hun eigen beslissingen en gezondheid beheren, afhankelijk van hun behoeften en capaciteiten.
9. <i>Flexibele zorg</i>	Zorg bieden die in staat is snel en effectief te veranderen en in te spelen op de unieke, evoluerende behoeften van gebruikers en informele zorgverleners, zowel in professionele teams en organisaties.
10. <i>Holistisch</i>	Gebruikers en mantelzorgers centraal stellen in een dienst die in ‘hele persoon’ gefocust is, in termen van hun fysieke, sociale, sociaaleconomische, biomedische, psychologische, spirituele en emotionele behoeften.
11. <i>‘Whole-system thinking’</i>	Rekening houdend met verwevenheid en interactie, het realiseren van veranderingen in een deel van het systeem kan van invloed zijn op andere delen.
12. <i>Persoonsgericht</i>	Mensen waarderen door persoonlijk vast te stellen en te onderhouden contact en relaties, om ervoor te zorgen dat diensten en communicatie is gebaseerd op de unieke situaties van de gebruikers en mantelzorgers.
13. <i>Preventief</i>	De nadruk ligt op het bevorderen van gezondheid en welzijn en crises vermijden door tijdige detectie en actie door en met gebruikers, mantelzorgers en gemeenschappen.
14. <i>Wederzijds</i>	Zorg is gebaseerd op onderling afhankelijke relaties tussen gebruikers, mantelzorgers, professionals en aanbieders, en

	faciliteert coöperatieve, onderlinge uitwisseling van kennis, informatie en andere bronnen.
<i>15. Respectvol</i>	Mensen met respect en waardigheid behandelen, zich bewust zijn van hun ervaringen, gevoelens, percepties, cultuur en sociale situatie.
<i>16. Gedeelde verantwoordelijkheid en verantwoording</i>	De erkenning dat meerdere actoren verantwoordelijk zijn en verantwoording afleggen over de kwaliteit en uitkomsten van zorg, op basis van collectief eigenaarschap van acties, doelen en doelstellingen tussen gebruikers, mantelzorgers en aanbieders.
<i>17. Transparant</i>	Transparant delen van informatie, beslissingen, gevolgen en resultaten, tussen gebruikers, mantelzorgers, professionals, aanbieders, opdrachtgevers, financiers, beleidsmakers en het publiek.
<i>18. Betrouwbaar</i>	Wederzijds vertrouwen mogelijk maken tussen gebruikers, mantelzorgers, gemeenschappen, professionals en organisaties, in en over teams.

Bijlage 2: waardenprioritering

	Organisatie	Netwerk
Belangrijkste waarden	1.	1.
	2.	2.
	3.	3.
Minst belangrijke waarden	1.	1.
	2.	2.
	3.	3.

Bijlage III: Email overige respondenten

Beste respondent,

Fijn dat je nog enkele vragen wilt beantwoorden voor mijn afstudeeropdracht. Voor mijn scriptie onderzoek ik de netwerksamenwerking binnen Ontwikkeltafel 1. Voor de volledigheid van mijn scriptie wil ik nog wat informatie over organisatie X hebben. Deze kan je in alle rust via de mail beantwoorden!

- 1) Wat is organisatie X voor organisatie?
- 2) Wat is de specialiteit van organisatie X en wat maakt organisatie X binnen Ontwikkeltafel 1 uniek? (of noodzakelijk)
- 3) Wat is jouw (namens organisatie X) visie op de Twentse Transformatie en hoe ziet voor jou (namens organisatie X) het ideale jeugdzorglandschap eruit?
- 4) Kan je kort toelichten wat de Twentse Transformatie op dit moment voor organisatie X heeft toegevoegd?
- 5) Is er sprake van belemmeringen binnen de interorganisatorische samenwerking binnen de Twente Transformatie?

Zo ja, kan je kort toelichten welke belemmeringen organisatie X tot op heden heeft ervaren in de interorganisatorische samenwerking binnen de jeugdzorg? (denk hierbij zowel aan samenwerking met andere aanbieders, als aan de samenwerking met de betrokken gemeentes).

- 6) Een korte waardenprioritering. Zie bijlage voor de uitleg.

Ik zie graag je antwoord tegemoet, bedankt!

Met vriendelijke groeten, Ingeborg Veldkamp (0643210363)

Bijlage IV: Codeerboom

