

Gericht verbeteren met het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg

Met het grote aantal ouderen en mensen met meer dan één (chronische) ziekte tegelijkertijd in Nederland is de behoefte aan samenhangende zorg allang niet nieuw meer. Wanneer je de pech hebt dat je getroffen wordt door bijvoorbeeld dementie, hoop je toch dat de zorg die je krijgt van goede kwaliteit is. En dat de diverse zorgverleners die bijdragen aan jouw zorg en ondersteuning onderling samenwerken en afstemmen, ook als ze werken bij verschillende zorg- of welzijnsaanbieders. Ketensamenwerking is hierbij een veelgebruikte aanpak. Dit artikel bespreekt vraagstukken rondom het ontwikkelen van ketenzorg.

Door: M.M.N. Minkman

Vanuit de literatuur blijkt dat er voldoende redenen zijn om aan te nemen dat goede ketensamenwerking leidt tot een hogere cliënt-satisfactie, kwaliteit van leven, efficiency en betere zorguitkomsten bij lagere of gelijke kosten.¹⁻⁴ Geen wonder dus dat er in de afgelopen decennia talloze keteninitiatieven en netwerken zijn gestart of verstevigd. Maar het realiseren van ketensamenwerking is complex. In de praktijk zie je vaak een veelheid aan projecten en activiteiten binnen een keten. Bestaat daar wel altijd voldoende samenhang tussen? En werkt men aan de juiste activiteiten? Want waar begin je eigenlijk mee? Hoe geef je richting aan de ketensamenwerking en boek je resultaat? Ook geven veel ketens aan 'uniek' te zijn. Maar hoe anders is een keten voor mensen met dementie dan voor mensen met diabetes eigenlijk? Zijn er ondanks de verschillen geen onderliggende generieke principes? Zouden we de kennis over ketenzorg niet kunnen bundelen in een handzaam (kwaliteits)model dat ketens kan helpen bij hun implementatie en ontwikkeling?

Deze vragen waren de aanleiding voor het promotieonderzoek 'Developing Integrated Care' van Minkman.⁵ Het onderzoek, begeleid door promotoren Robbert Huijsman en Kees Ahaus, gaat over het vraagstuk wat essentieel is in de organisatie van ketenzorg en ketensamenwer-

king. Hoe ketensamenwerking effectief te organiseren, is ondanks de vele initiatieven in ons land nog lang niet uitgekristalliseerd. Ook de literatuur geeft allerlei verhandelingen over vormen van integratie, maar een set met essentiële elementen voor ketenzorg ontbrak nog. Om de aanwezige kennis over ketenzorg te bundelen en verdiepen, is onderzoek uitgevoerd naar welke bouwstenen belangrijk zijn voor het realiseren van ketenzorg. Ook is onderzocht hoe ketens zich kunnen ontwikkelen in de tijd. De resultaten van het onderzoek komen onder andere samen in het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg (OMK), dat bestaat uit 89 elementen, negen clusters en vier ontwikkelingsfasen. Dit model biedt handreikingen voor ketencoördinatoren, managers en professionals om ketenzorg te evalueren, te verbeteren en te ontwikkelen. Maar het onderzoek is ook interessant voor beleidsmakers en verzekeraars. In dit artikel beschrijven we het onderzoek, het OMK en de toepassing hiervan in de praktijk.

Onderzoek naar ketenzorg

Het onderzoek bestond uit drie delen waarin meerdere onderzoeksmethoden zijn ingezet. Er is gestart met een praktijkverkenning bij 23 CVA- ofwel beroorteketens en 8 dementieketens. Daarbij is gekeken naar hoe ketens verbeteren en naar de implementatie van casemanagement bij dementie. Een volgende stap was een literatuurstudie waarin gekeken is naar bestaande kwaliteitsmodellen, die wellicht behulpzaam kunnen zijn bij het verbeteren van ketenzorg. De modellen moesten internationaal veel gebruikt en zorgspecifiek zijn en een relatie veronderstellen tussen de organisatie van zorg en uitkomsten. Alleen het Chronic Care Model (CCM) en het model van de European Foundation for Quality Management in Health care (EFQM) en de daarop lijkende Malcolm Baldrige Quality Award criteria (MBQA) voldeden hieraan.⁶⁻⁸ Het bewijs dat de zorg verbeterde door toepassing van



Mirella Minkman



interventies gebaseerd op deze modellen was voor het CCM matig (maar is groeiende) en voor de EFQM/MBQA-modellen beperkt. De onderzochte modellen hebben niet primair de focus op ketenzorg en het CCM richt zich alleen op de chronische zorg.

Een generiek model gericht op ketensamenwerking in de zorg, gebaseerd op wetenschap en praktijk, waarbij ook aandacht is voor de ontwikkeling van ketens, ontbrak vooralsnog. Daarom startten we (wederom) een literatuurstudie, een Delphi-studie en een Concept Mapping-studie. De literatuurstudie resulteerde in een set van 101 elementen van ketenzorg. Een element is gedefinieerd als een activiteit die gericht is op het ontwikkelen (realiseren, verbeteren, innoveren of verduurzamen) van ketenzorg, bijvoorbeeld ‘methoden die zelfmanagement bevorderen inzetten als een onderdeel van ketenzorg’ of ‘het vaststellen van de behoeften van de cliënten in de keten’. Vervolgens beoordeelden 31 experts in drie Delphi-ronden (respons 100%) het belang van ieder element. De experts hadden aantoonbare expertise in ketenzorg in de praktijk, onderzoek of beleid. Ook konden de experts suggesties doen voor herformuleringen en nieuwe elementen voordragen. Er zijn 89 elementen geïncorporeerd in de uiteindelijke set. De Concept Mapping-methode bracht vervolgens de individuele clusterings van de experts samen tot negen clusters (zie tabel 1). De experts kwamen tot de volgende clusternamen: ‘cliëntgerichtheid’, ‘ketenregie en logistiek’,

‘resultaatsmanagement’, ‘optimale zorg’, ‘resultaatgericht leren’, ‘interprofessionele samenwerking’, ‘rol- en taakverdeling’, ‘ketencommitment’ en ‘transparant ondernemerschap’.

Een volgend onderwerp was de ontwikkeling van ketenzorg in de tijd. Er is in de literatuur veel geschreven over organisatieontwikkeling, maar over hoe zorgketens ontwikkelen is veel minder bekend. In de praktijk zien we echter verschillen in ontwikkeling. Waar in de ene regio de ketensamenwerking pas van start is gegaan, zijn in de andere keten al mooie resultaten bereikt en worden steeds nieuwe activiteiten opgepakt. Daarom is in een discussie met de experts gesproken over de vraag ‘hoe kan het ontwikkelproces van ketenzorg gekarakteriseerd worden?’

De conclusie was dat verschillende fasen van ontwikkeling te herkennen zijn in de praktijk. De experts benoemden vier fasen; de initiatief- en ontwerpfasen (fase 1); de experiment- en uitvoeringsfasen (fase 2); de uitbouw- en monitoringsfasen (fase 3) en de verduurzamings- en transformatiefasen (fase 4). Deze fasen worden nader toegelicht in tabel 2. In een vragenlijst-onderzoek met de experts zijn de beschrijvingen van de vier fasen opnieuw voorgelegd en scoorden zij hoe de 89 elementen van ketenzorg relevant waren in deze vier fasen.

In de laatste stap van het onderzoek is gewerkt aan de validatie van het model in de praktijk. Dit is aangepakt door in 84 heel diverse ketens, 32 CVA-ketens, 9 Acuut Myocard Infarct (AMI)-ketens en 43 dementieketens de ketencoördi-

Tabel 1. Clusters van het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg*Cluster 1: Cliëntgerichtheid*

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

Cluster 2: Ketenregie en logistiek

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

Cluster 3: Resultaatsmanagement

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

Cluster 4: Optimale zorg

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

Cluster 5: Resultaatgericht leren

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

Cluster 6: Interprofessionele samenwerking voor doelgroepen

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

Cluster 7: Rol- en taakverdeling

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

Cluster 8: Ketencollegialiteit

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

Cluster 9: Transparant ondernemerschap

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

natoren middels een vragenlijst de elementen en fasen voor te leggen. Zij scoorden of zij de items relevant vonden en in hoeverre de elementen van het model aanwezig waren in hun keten. Ook maakten ze een inschatting van hun fase van ontwikkeling.

Een Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg

De validatiestudie van het OMK in de praktijk liet zien dat de elementen van het model relevant waren, ondanks het feit dat de ketens erg verschilden in bijvoorbeeld regio, cliëntgroep, betrokken zorgaanbieders en hun geschiedenis. De relevantiescores waren zeer hoog.

Het aantal elementen dat al geïmplementeerd was in de praktijk wisselde, maar was gemiddeld voor de CVA-ketens 50, in de AMI-ketens 42 en in de dementieketens 45. Omdat de dementieketens pas later in de tijd van start zijn gegaan is dat voor die groep een hoog aantal. Waarschijnlijk hebben extra stimulansen, zoals landelijke implementatieprogramma's, de aandacht voor casemanagement en integrale financiering, de urgentie voor dementie en de sterke cliëntenbe-

weging hier een bijdrage aan geleverd.

Ook de ontwikkelingsfasen werden herkend in de praktijk en alle coördinatoren scoorden hun fase van ontwikkeling. Zij bevestigden eerdere fasen ook doorlopen te hebben. Nadere analyses lieten daarbij zien dat ketens in verdere fasen van ontwikkeling – zoals verwacht – ook meer elementen geïmplementeerd hadden en er nog minder op de planning hadden staan. Een logische uitkomst, maar nog nooit op deze wijze in onderzoek aangetoond.

Een andere bevestiging van ons model was dat elementen die typisch bij eerdere fasen van de ketenontwikkeling pasten, ook in de praktijk eerder geïmplementeerd waren. Dit geeft aan dat er overall gezien een bepaald patroon bestaat in activiteiten. Opvallend was wel dat de eigen fase-inschatting van de coördinatoren in twee derde van de gevallen niet overeenkwam met de fase die we op basis van het OMK én hun eigen antwoorden zouden verwachten. Hierbij was er niet alleen sprake van coördinatoren die hun eigen fasen 'verder' inschatten, maar ook andersom. Het is interessant om te

Tabel 2. Ontwikkelingsfasen van ketenzorg

Fase 1: Initiatief- en ontwerpfasen

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

Fase 2: Experiment- en uitvoeringsfasen

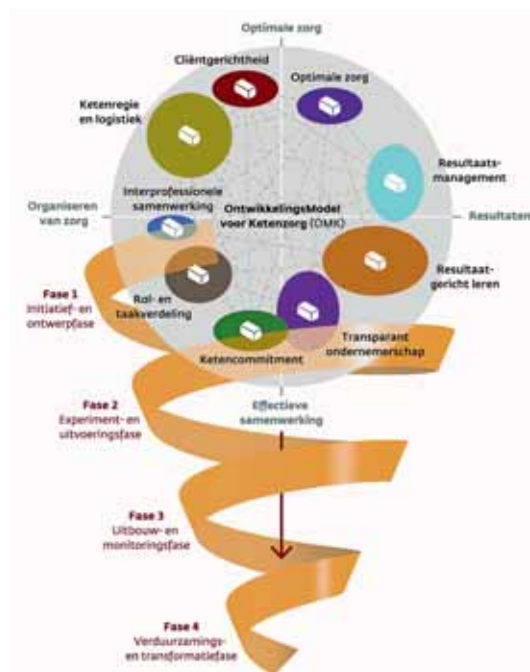
Er worden projecten of experimenten uitgevoerd. De doelen en inhoud van de ketensamenwerking worden aangescherpt en vastgelegd in afspraken en zorgpaden. Er is afstemming tussen ketenpartners middels een ketenoverleg en het benoemen van een persoon met een coördinerende rol. Gegevens over werkwijzen,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

Fase 3: Uitbouw- en monitoringsfasen

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

Fase 4: Verduurzamings- en transformatiefasen

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



Figuur 1. Het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg

speculeren waar dit verschil in zit, wetende dat veel factoren van invloed zijn wanneer iemand een inschatting moet maken, zoals recente ontwikkelingen, is men optimistisch of niet en vergelijkt men zich wellicht met anderen. In nieuw praktijkonderzoek laten we meerdere partners van de keten de fasen van ontwikkeling scoren om te zien of er vanuit verschillende perspectieven consensus is. Eerste resultaten laten zien dat er verschillend gedacht wordt maar dat er meestal wel een centrale tendens is tussen partners. Wanneer we de inschatting van het model laten zien, kunnen de betrokkenen zich hier (tot nog toe) altijd goed in vinden. Het is interessant om het OMK te vergelijken met andere kwaliteitsmodellen, zoals het CCM en het EFQM/MBQA.^{9, 10} Een aantal overeenkomsten valt op. De clusters 'management van processen' en 'management van medewerkers' van het EFQM/INK-model (en het daarop gebaseerde Kwaliteitsmodel Ketenzorg) en de clusters 'delivery system design' en 'clinical information systems' van het CCM overlappen met onze clusters 'ketenregie en logistiek', 'interprofessioneel teamwerk' en 'rollen en taken'. Ook besteden alle drie de modellen aandacht aan resultaten, hoewel ons model verschillende soorten resultaten samenpakt in één cluster 'resultaatsmanagement'. Een opvallend verschil is dat ons model meer aandacht heeft voor leren, ondernemerschap en effectieve samenwerking. In het cluster 'transparant ondernemerschap' gaat het over het spanningsveld tussen samenwerken, financiën en durven te experimenteren, dit komt minder

terug in de andere modellen.

Het aantal van vier ontwikkelingsfasen correspondeert met de studie van Phelps et al.¹¹ waarin zij bij 33 gevonden fasemodellen meestal vier en anders drie tot vijf fasen vonden. Andere kwaliteitsmodellen, zoals het CCM en het HKZ, zijn minder uitgesproken over fasering. Het CCM definieert vier (niet nader omschreven) stadia waarbij de mate van implementatie van de diverse elementen toeneemt per stadium. Het CCM geeft hiermee aan dat alle elementen in alle stadia aan de orde zijn. In onze studie blijken wel veel elementen in meerdere fasen van toepassing, maar niet altijd in dezelfde mate. Dit laat zien dat elke fase haar eigen accenten heeft en daarmee op te pakken activiteiten.

Gebruik in de praktijk

De kennis uit het onderzoek kan op verschillende manieren interessant zijn voor de praktijk. Het model en de fasen zijn niet bedoeld of geschikt om 'dwingend' voor te schrijven welke acties ondernomen moeten worden, of om ontwikkelingen te voorspellen. Daarvoor is de werkelijkheid te pluriform en complex; het model helpt om te spiegelen en te inspireren. Daarbij zijn de elementen algemeen beschreven en behoeven zij lokale inkleuring. Inmiddels zijn er al diverse projecten gestart waarin het OMK gebruikt is als zelfevaluatie-instrument om de ketensamenwerking te evalueren en zo verbeterpunten te identificeren. Met behulp van een nieuwe web-based tool kunnen ketencoördinatoren of meerdere ketenpartners scoren in hoeverre de elementen van het model in hun praktijk aanwezig zijn en of zij hiermee aan de slag willen. De antwoorden worden geanalyseerd, bekeken wordt of er consensus is, welke verbeter- of ontwikkelpunten interessant lijken, of de ingeschatte fase van ontwikkeling tussen partners gelijk is en in overeenstemming met het model. De uitkomsten worden vervolgens besproken in een workshop met de ketenpartners. Inmiddels is op deze manier het model ook bij andere ketens dan de dementie-, CVA- en AMI-ketens toegepast. Vier samenwerkingsverbanden en zorggroepen rondom mensen met diabetes, een autismenetwerk, een netwerk palliatieve zorg, een jeugdzorgketen en een samenwerkingsverband voor '3D' (dementie, depressie en delier) hebben het model toegepast. Ook bij deze, weer heel andere, ketens bleek het model relevant en bruikbaar.^{12, 13} De ketenpartners geven aan waarde te hechten aan een 'objectieve' kapstok, een model dat een spiegel kan bieden. Een ander genoemd voor-

deel is dat het generiek is; bij keuze voor dit model in bijvoorbeeld een transmuraal netwerk kan het breed ingezet worden. Een interessante vraag is wel hoe het model zich verhoudt tot de nu ingezette ‘populatiegerichte benadering’ en bij ‘multimorbiditeit’. Omdat het model generiek van aard is en juist bij mensen met multimorbiditeit samenhang essentieel is, heeft het wellicht potentie, maar meer kennis is nodig. Bij de mensen met dementie was uiteraard ook vaak sprake van multimorbiditeit, maar dit is niet expliciet onderzocht.

Het model kan tevens een basis zijn voor ketenvisites of -audits gericht op kwaliteitsverbetering van de keten. Het Landelijk CVA-netwerk Nederland heeft ervoor gekozen het OMK hiervoor als basis te gebruiken en gaat in 2012 zijn ketens uitnodigen mee te doen. Het doel is ketens een instrument aan te reiken om verder te kunnen verbeteren en te leren van elkaar. De totale gegevens maken het daarbij ook mogelijk dat ketens de eigen evaluatie spiegelen aan die van andere vergelijkbare ketens. Verzekeraars worstelen nogal eens met de inkoop van ketenzorg. Ook zij zien de ontwikkelingsverschillen in de praktijk, maar hoe maak je dit meer inzichtelijk en stimuleer je tot betere zorg? Verzekeraar Achmea/Agis onderneemt momenteel samen met Vilans een pilot om het OMK te gebruiken voor keteninkoop, zodat na een zelfevaluatie van de keten gerichte ontwikkeling gestimuleerd kan worden. De eerste ervaringen van de diabetesketens die hebben meegedaan zijn positief; zij zagen aanknopingspunten voor verbetering.

Niet alle vragen zijn in het onderzoek beantwoord. Belangrijke vervolgstappen zijn toepassing in meer ketens om de generiekheid verder te testen, internationale (externe) validatie van het model en meer inzicht in andere aspecten van de dynamiek van ketenontwikkeling, zoals belangen, macht en de handelingen van leiders. Maar de belangrijkste is wellicht onderzoek naar de relatie tussen de organisatie van de keten en de geboekte resultaten. Want betere kwaliteit van zorg en ondersteuning, daar was het allemaal om begonnen. Zodat u, mocht u toch de pech hebben om dementie te krijgen, de best mogelijke samenhangende zorg krijgt.

Literatuur

- 1 Kodner, D., All Together Now: A Conceptual Exploration of Integrated Care, *Healthcare Quality* 2009,13, October (special issue).
- 2 Nolte, E. en M. McKee, Integration and chronic care: a review. In: *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. WHO/European Observatory on Health Systems and Policies, Berkshire Open University Press, 2008.
- 3 Shortell, S., What does the evidence tell us? In: C. Ham en D. de Silva, *Integrating Care and Transforming Services: what works? Where next?* University of Birmingham, Health Services Management Centre Policy paper, 2009.
- 4 Singh, D. en C. Ham, *Improving Care for People with Long-term Conditions. A review of UK and International Frameworks*, NHS Institute for Innovation and Improvement, Birmingham, 2006.
- 5 Minkman, M., *Developing integrated care. Towards a development model for integrated care*. Deventer: Kluwer, 2011. ISBN 978-90-13-10026-6 (proefschrift met zeven artikelen).
- 6 Wagner, E.H., Austin, B.T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J. en A. Bonomi, Improving chronic illness care: translating evidence into action, *Health Affairs*, 20 2001, p. 64-78.
- 7 European Foundation for Quality Management, *Eight Essentials of Excellence - the Fundamental concepts and their benefits*, Brussels: EFQM Representative Brussel, 1999.
- 8 Baldrige National Quality Program, *Health Care Criteria for Performance Excellence*, Gaithersburg, NIST, 2006.
- 9 Minkman, M.M.N., Ahaus, K. en R. Huijsman, Modellen voor ketenkwaliteit. In: H. Rosendal (red.), *Ketenzorg, praktijk in perspectief*, Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2009, p. 277-292.
- 10 Minkman, M.M.N., Ahaus, K. en R. Huijsman, Het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg: ketenkennis gebundeld in een generiek toepasbaar kwaliteitsmodel, *M&O: Tijdschrift voor Management en Organisatie*, 64 (5), 2010, p. 26-43.
- 11 Phelps, R., Adams, R. en J. Bessant, Life cycles of growing organizations: A review with implications for knowledge and learning, *International Journal of Management Review*, 9, 2007, p. 1-30.
- 12 Driessen, S., Braak H. ter en M. Minkman, Zorggroep Synchroon brengt Diabetesketen in beeld. Ontwikkelingsmodel Ketenzorg richt zich op verbeterpunten, *De Eerstelijns*, nr 6, 2011, p. 24-25.
- 13 Digitale zelfevaluatiETOOL brengt keten in beeld. Interview met Mirella Minkman en Lidewij Vat, *De Eerstelijns*, december 2011, p. 24-25.

Informatie over de auteur

Mirella Minkman werkt als Programmaleider Kwaliteit en Innovatie Ouderenzorg bij Vilans, het Landelijk kenniscentrum voor de langdurende zorg en promoveerde onlangs op het onderwerp de ontwikkeling en organisatie van zorgketens. Daarnaast is zij toezichthouder bij Zorgcentra de Betuwe (m.minkman@vilans.nl).

Wat is bekend?

- Veel ketensamenwerkingsverbanden zoeken naar hoe goede ketenzorg te organiseren.

Wat is nieuw?

- Ondanks de diversiteit blijken ketens te bestaan uit generieke elementen die lokale inkleuring behoeven.
- Het gevalideerde Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg benoemt 89 elementen van ketenzorg in negen clusters en vier fasen van ontwikkeling.

Wat kun je ermee?

- Het model kan gebruikt worden als zelfevaluatie-spiegel, als basis voor ketenaudits en als beleidsinstrument voor verzekeraars of overheden.
- Vervolgstappen zijn toetsing van het model bij meer ketens, bij multimorbiditeit, externe (internationale) validatie en onderzoek naar de relatie tussen de organisatie van zorg en de behaalde resultaten.