

---

## **“Developing Integrated Care” een stap in de goede richting, maar er zijn ook vragen**

**Auteurs:** Teun W. Hardjono, Mirella M.N. Minkman

“Developing Integrated Care, towards a development model for integrated care” is het proefschrift van Mirella Minkman dat zij op 19 januari 2012 aan de Erasmus universiteit verdedigde met prof.dr. R. Huijsman MBA en prof.dr. ir. C.T. Ahaus als promotoren. Er is een groot verschil in traditie van schrijven van proefschriften tussen de medische wereld en de bedrijfskunde. In de medische wereld is het gebruikelijk te promoveren op een serie wetenschappelijke artikelen waarmee de kandidaat aantoonbaar langere tijd met een onderwerp bezig te zijn geweest en daar nieuwe kennis aan heeft toegevoegd. In de bedrijfskunde is het meer gebruikelijk dat een kandidaat een onderwerp benoemt, daar gericht onderzoek naar doet en de uitkomsten vastlegt in een proefschrift en daarmee aantoonbaar niet alleen nieuwe kennis te hebben toegevoegd maar ook in staat in om een groot meerjarig wetenschappelijk onderzoek uit te voeren. Overigens komen beide vormen in deze wetenschappelijke sectoren voor. Mirella Minkman heeft ervoor gekozen om “op basis van artikelen” op een bedrijfskundig onderwerp te promoveren. Niet alleen op die manier, maar ook wat betreft onderwerpkeuze heeft ze getracht twee werelden bijeen te brengen in een interessant proefschrift, dat ik met waardering heb gelezen.

Al jaren volg ik de ontwikkelingen en discussie over kwaliteit in de gezondheidszorg. Wat me daarbij opvalt, is dat er maar weinig verbanden zijn met de zorg voor kwaliteit zoals die in andere sectoren wordt toegepast. Nu wil ik niet beweren dat de gezondheidszorg zonder meer op een lijn te stellen is met een andere sector, maar dit argument geldt ook voor iedere andere sector.

Hoe dan ook, als men het over kwaliteit wilt hebben, moet duidelijk zijn wat het object is. De kwaliteit van een product of dienst is echt wat anders dan de kwaliteit van een proces of een systeem als een organisatie. Evenzo geldt dat voor de kwaliteit van een keten of van de maatschappij als totaal. Ik kan me niet aan de indruk onttrekken dat in de gezondheidszorg de focus enkel gericht is op de kwaliteit van het product of de dienst. In casu het medisch handelen en dat er weinig gehoor is als er aandacht wordt gevraagd voor de kwaliteit van een van de andere genoemde objecten, ook al vormen zij wel de context waarbinnen dat medisch handelen plaatsvindt. Ook Mirella Minkman heeft er naar het lijkt voor gekozen in haar reeks artikelen zich te richten op het medisch handelen, terwijl integratie van handelingen toch vooral een procesvraag is. Impliciet ontkent Mirella Minkman dat niet, ze voert immers een ontwikkelmodel op, maar vermijdt daarmee wel de vraag hoe je deskundigen die enkel oog hebben voor de kwaliteit van het medisch handelen zover krijgt hun blik te verleggen en oog te gaan krijgen voor het “productieproces”. Nogmaals, impliciet doet ze dat wel, maar ik vind het een gemiste kans dat ze het niet meer expliciet naar voren heeft gebracht. Het zou de weg hebben geopend naar aandacht voor de kwaliteit van de organisatie, kwaliteit van de keten van verschillende zorginstellingen en daarmee de kwaliteit van de samenleving. Een samenleving die worstelt met de kosten van de gezondheidszorg met alle paradoxen en dilemma's die daarbij horen. Hier komt het frustrerende gegeven bij, dat daarmee ook wordt gesuggereerd dat er iets mis is met de kwaliteit van het medisch handelen. Dit terwijl Nederland op dat punt met glans internationale vergelijkingen kan doorstaan.

Helaas kon ik niet deelnemen aan de openbare verdediging, maar had daarvoor wel vragen opgesteld, met de volgende observaties:

Mirella Minkman onderschrijft blijkbaar de eenvoudige definitie voor kwaliteit: Kwaliteit is de hoedanigheid van een entiteit. Ze merkt immers op dat zowel het EFQM-model als de Malcolm Baldrige Quality Award criteria zich richten op de kwaliteit en de kwaliteitsverbetering van de organisatie. De organisatie is blijkbaar bij deze modellen de entiteit, waar de hoedanigheden van beïnvloedbaar zijn. Ze verwijst naar het Chronic Care Model en schrijft op blz. 67: “The Chronic Model intensifies the essential

element of a (local) healthcare system that encourage high quality chronic disease care". Minkman wijst hier dus zelf op twee entiteiten: het "healthcare system" en de "chronic disease care". Ook omarmt ze het idee dat de hoedanigheden zijn te beïnvloeden, ze spreekt immers over "encourage high quality chronic disease care", hoewel men zich zou kunnen afvragen wat nu precies "high quality" is. Immers, als we uitgaan van de potentie van verbetering dan is alles nu "low quality", maar dit terzijde.

In datzelfde hoofdstuk concludeert ze dat het bewijs, dat er sprake is van "performance improvement" als gevolg van interventies met behulp van zowel het EFQM-model als de Malcolm Baldrige Award criteria, beperkt is. Tegelijkertijd claimt ze dat het bewijs voor het Chronic Care Model robuuster is en introduceert ze een "Four phase development mode for integrated care services in the Netherlands".

Deze observaties gaven mij aanleiding tot de vragen, die zoals dat hoort bij een openbare verdediging van een proefschrift, kritisch getoonzet zijn. Hier mag niet uit worden afgeleid dat ik het werk van Mirella Minkman niet zeer waardeer. Als lid van de kleine commissie heb ik immers van harte ingestemd met de toelating tot openbare verdediging:

1) De Nederlandse uitbreiding van het EFQMmodel, het zogenoemde INK-management model, noemt vijf fasen, die ook gelezen kunnen worden als entiteiten waarop verbetering mogelijk is. De kwaliteit van dan primaire activiteiten. In de context van de dissertatie: de kwaliteit van het medisch, cure, en verpleegkundig, care, handelen. De kwaliteit van de primaire processen, de kwaliteit van het systeem, lees organisatie. De kwaliteit van de keten en de kwaliteit van het leer- en verbeterproces. Persoonlijk pleit ik al van meet af aan het hier te hebben over de kwaliteit van de maatschappij, maar dat is nu even niet aan de orde. Mirella Minkman heeft het nadrukkelijk over de kwaliteit van het medisch handelen, cure dus en de kwaliteit van het verpleegkundig handelen, care, wat mijn inziens enkel door het begrip zorg is te vertalen. Met alle spraakverwarring van dien. Immers de gehele gezondheidszorg claimt, het woord zegt het al, zorg terwijl de praktijk, althans in ziekenhuizen toch vooral op cure is gericht. Hoe zit het dan met de kwaliteit van de processen, kwaliteit van de keten, en de kwaliteit van het leren en verbetering? Bij de behandeling van het EFQM-model en de Malcolm Baldrige Quality Award criteria, gaat zij ervan uit dat er een correlatie is tussen het medisch handelen en de organisatie, terwijl deze modellen toch expliciet een verband zien tussen de kwaliteit van de primaire processen, het betrekken van de stakeholders, lees de keten, het leren en verbeteren.

2) Hoe kan Mirella Minkman volhouden dat het Chronic Care Model robuuster onderbouwd is in vergelijking met modellen die al bijna twintig jaar bestaan, over de hele wereld zijn toegepast en er honderden rapporten bestaan die aantonen of op zijn minst aannemelijk maken dat er verbeteringen zijn. Variërend van de onderzoeken van de US Federal Accountantibity Office tot het recente verdedigde proefschrift van dr. Wouter ten Have, om maar niet te spreken van de tientallen juryrapporten die de basis vormen voor het uitreiken van onderscheidingen en het aanwijzen van winnaars. Haar onderzoek ziet er keurig uit maar is toch, al was het alleen maar kwantitatief, gelimiteerd. Overigens valt mij op dat er maar heel weinig referenties zijn naar literatuur buiten de medische wereld.

3) Eén van de artikelen waar het proefschrift op is gebaseerd gaat over de implementatie van het "Four Phase Development model" in Nederland. Ik ga er maar even vanuit dat Mirella Minkman en haar promotoren weten dat ook mijn proefschrift uit 1995 een "Four Phase Development Model" als uitkomst heeft en ook als zodanig benoemd en bekend is. Het proefschrift als geheel lijkt te claimen dat het hier om een innovatie gaat. In dat geval zou de definitie voor een innovatie moeten gelden: "een innovatie is een uitvinding of ontdekking die een toepassing krijgt en vervolgens leidt tot een paradigmashift". Uitgaande van deze definitie zal de invoering van dit soort processen per definitie niet lineair verlopen. Het lijkt erop dat de implementatie van het "Four Phase Development model" wel lineair lijkt te verlopen, wat leidt tot de vraag: wat maakt dat dit veranderingsmodel zo significant afwijkt van veel andere invoeringsmodellen? Te meer daar Mirella Minkman claimt dat haar model, net als andere veranderingsmodellen, leidt tot een mentaliteitsverandering of wel tot een paradigmashift.

4) Met name het EFQM model gaat uit van het principe dat de belangen van alle stakeholders gediend moeten worden. Deze Rijnlandse benadering is terug te vinden in zowel de opzet van de Nederlandse Gezondheidszorg als het typisch Nederlandse Poldermodel. Ik heb dat in zowel het onderzoek als in het Integrated Care Services Model, met vooral nadruk op het woord

"integrated", niet goed kunnen terugvinden.

### **Reactie dr. Minkman**

Met genoegen heb ik de opmerkingen van de heer Hardjono gelezen op mijn proefschrift. Het is namelijk altijd prettig om naast waardering voor mijn werk een kritische noot te mogen ervaren. Natuurlijk is het jammer dat de heer Hardjono niet bij de verdediging kon zijn, maar ik heb er volledig begrip voor dat deze situaties kunnen passeren. Het promoveren op artikelen is een aanpak die mij goed is bevallen, en die mijns inziens bij diverse wetenschappen en universiteiten wordt toegepast. Ik zal op een aantal punten van zijn betoog reageren.

De heer Hardjono illustreert mooi dat er verschillende brillen zijn om door te kijken. Aanvankelijk was ik verbaasd over zijn constatering dat ik me zou richten op (de kwaliteit van) het medisch handelen en niet op de procesvragen. In de eerste twee artikelen beschrijf en analyseer ik het verbeteren in de zorg voor mensen met dementie en een CVA, hetgeen je als 'medisch handelen' zou kunnen zien, maar het gaat daar mijns inziens vooral over hoe die verbeteringen in de werk- en ketenprocessen gestalte te geven, en over de vraag of en wanneer dat lukt. Ik denk dat mijn proefschrift zich bij uitstek richt op procesvraagstukken. In de artikelen waarin systematisch toegewerkt wordt naar een behulpzaam ontwikkelingsmodel voor ketenzorg, is door een generieke insteek te kiezen (en niet een patiëntgroep, medische, of ziekte specifieke benadering) juist de focus gelegd op het proces van ketensamenwerking, hoe zich dat kan ontwikkelen en wat daarbij van belang is (de gevonden 89 elementen). Een analyse van de 89 elementen, een belangrijke kern in het proefschrift, laat ook zien dat vele gaan over aspecten van processen zoals het regelen van informatieoverdracht tussen professionals of het maken van afspraken over de te bereiken resultaten. Gebruikers van mijn proefschrift in de praktijk (inmiddels ruim voorhanden) hebben wel eens de neiging om de elementen (beschreven als activiteiten om ketenzorg te realiseren) procesindicatoren te noemen, hoewel het geen indicatoren zijn. Ze geven aan dat ze het model juist aanvullend vinden op die procesaspecten naast bijvoorbeeld CQ-indexen of, vaak ziektespecifieke, uitkomstindicatoren die meer medisch gerelateerd zijn. Ik ben het met Hardjono eens dat professionals in wisselende mate aandacht hebben voor kwaliteit van de organisatie, naast de inhoud van het werk. Mijn ervaring is dat er ook veel professionals zijn die deze aandacht wel hebben, want alleen al een aspect zoals tijdig een behandeling kunnen starten (bijvoorbeeld door afspraken te maken over doorverwijzing) heeft direct invloed op het resultaat. Ketencoördinatoren (of ze heten projectleiders, regisseurs of nog anders), een belangrijke doelgroep van mijn proefschrift, hebben hier bij uitstek oog voor.

Wellicht is er wel sprake van, zoals Hardjono ook suggereert, spraakverwarring door de verschillende brillen, achtergronden en definities. Bij de behandeling van de diverse modellen zoals het EFQM-model en de MBQA-criteria ga ik niet uit van een relatie tussen het 'medisch handelen' en de organisatie, maar van een correlatie tussen de organisatie van (keten)zorg en uitkomsten c.q. resultaten. De resultaten van zorg (let op: dit is breder dan enkel het medisch handelen) betreffen niet alleen medische uitkomsten, maar juist ook uitkomsten op het gebied van processen, samenwerking, cliënt waardering/tevredenheid en kosten. Juist in de complexiteit van ketensamenwerking en de niet bij een persoon of organisatie belegde verantwoordelijkheid om cliënten vragen en behoeften zo goed mogelijk te beantwoorden, is een integrale kijk op resultaat belangrijk. Zowel voor professionals als managers in de praktijk, als voor partijen zoals verzekeraars of de Inspectie. Dat er meer kennis nodig is over de sterkte van deze relatie tussen organisatie en resultaat onderschrijf ik. Dat is ook een van de aanbevelingen die ik doe voor vervolgonderzoek. Hardjono verwijst naar het Chronic Care Model dat eveneens een relatie veronderstelt tussen het 'health care system' en 'high quality care'. Hij lijkt hierbij echter in verwarring te zijn door deze uitspraken aan mijn proefschrift toe te dichten ('ze spreekt over...'); het Chronic Care Model doet inderdaad deze uitspraken maar is ontwikkeld door de onderzoeksgroep van Wagner in de USA.

In mijn onderzoek kijk ik naar bestaande modellen en vergelijk deze met het door mij (en vele experts) ontwikkelde model. Hierin doe ik geen uitspraak over de robuustheid van mijn model ten opzichte van de anderen, wel heb ik gewerkt aan de validatie van mijn OMK model in de praktijk. Mijns inzien is dat een belangrijke stap. De validatieresultaten laten zien dat het model relevant wordt geacht en herkend in de praktijk.

Dat is een andersoortige studie en onderzoeksvraag dan in de literatuurstudie rondom de bestaande modellen. Daarin heb ik gekeken naar de hiervoor besproken relatie tussen organisatie en resultaten. Hoe resultaten beïnvloed worden door

toepassing van het OMK model is een volgende stap die buiten het blikveld van dit werk viel, maar uiteraard een interessant vervolg is. De benutte literatuur is inderdaad zorgspecifiek. Wellicht is dat een beperking, maar dit sloot aan bij de wens om een (ontwikkelings)model voor de zorg te verkrijgen. Juist omdat in deze sector in brede zin, zowel in de jeugd, ouderen, chronisch zieken als geestelijke gezondheidszorg, de vraag hoe meer integraal te organiseren erg actueel en (al) veelomvattend is.

Het proberen te vatten van de weerbarstige praktijk in een fasenmodel lokt natuurlijk uit tot de vraag of dit wel kan, of het de werkelijkheid niet versimpelt en wat dan de waarde nog is. Vandaar dat een van de stellingen bij mijn proefschrift ook was ' *een model is een (schematische) weergave van de werkelijkheid. Men moet niet verwachten dat welk model dan ook de werkelijkheid is*'. Deze stelling illustreert dat, evenals het in het discussiehoofdstuk besproken feit dat de praktijk weerbarstiger is dan welk (fasen) model dan ook, dat het fasendenken niet gelezen moet worden als een dogmatisch lineair proces. Het fasenmodel is het resultaat van het beschrijven en analyseren van wat men ziet gebeuren, van veel voorkomende patronen in de praktijk. Het is opvallend dat waar men mijn model gebruikt of ik erover vertel, juist het fasendenken aanspreekt. Het werkt vooral als denkkader, om zich bewust te zijn dat er verschillen zijn en dat de uitgangssituatie een belangrijke factor is bij het wegen van de in te zetten interventies. Diverse analyses, niet alleen van de expertvalidatie, maar ook van bijvoorbeeld tijdslijnen, lieten zien dat er toch echt een min of meer 'logische orde' is wanneer men acties om de ketensamenwerking gestalte te geven inzet.

Of het fasenmodel uniek is? Niet in de zin van dat het over fasen gaat, of het aantal fasen en er is uiteraard ook een overlap met andere modellen (zie ook hoofdstuk 6, p. 136-137 van het proefschrift). Wel in de zin dat dit model zich richt op ketensamenwerking in de context van de zorg en vertaald is in een goed onderbouwde maar praktisch bruikbare digitale Zelfevaluatie Ketenzorg tool door Vilans. Zo wordt de brug tussen wetenschap en de praktijk geslagen, wat een mooi (bijkomend) resultaat is. Ik was erg blij dat de jury van de Karolinska/EHMA Research award 2012 dat mede als reden van het toekennen van de prijs aan mijn proefschrift noemde.

---

## **Auteurs**

### ***Teun. W. Hardjono***

Hoogleraar Kwaliteitsmanagement en Certificatie Rotterdam School of Management, Erasmus University  
Hoogleraar Kwaliteitsmanagement en Certificatie. Rotterdam School of Management, Erasmus University, Rotterdam

### ***M.N. Minkman***

Erasmus Universiteit Rotterdam  
Programmameider Kwaliteit & innovatie in de Ouderenzorg, Vilans, Kenniscentrum voor de langdurende zorg, Utrecht  
thans lid Raad van Bestuur, Vilans en hoogleraar Erasmus universiteit

---