



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Methoden-bijlagen

Bijlage bij RIVM-rapport 2024-0010,
Eindrapportage van
de Lerende evaluatie
Juiste Zorg Op de Juiste Plek

Colofon

© RIVM 2024

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

In deze bijlagen worden de methoden per hoofdstuk beschreven.

Dit is een uitgave van:
**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
Nederland
www.rivm.nl

Inhoudsopgave

1 Bijlage A (bij hoofdstuk 1) – 4

- 1.1 Leerregio's – 4
- 1.2 Leersessies – 5

2 Bijlage B (bij hoofdstuk 2) – 7

- 2.1 Deel 1: Hoogst scorende en onvoldoende bruikbare beschikbare indicatoren – 7
- 2.2 Deel 2: Aandeel per sector in de kosten per inwoner voor de zorgverzekeringswet – 13
- 2.3 Deel 3: Verschil in verzuim en personeelsverloop tussen 2022 en 2016 per arbeidsmarktregio – 14
- 2.4 Deel 4: Associatie tussen veranderingen van het percentage bewoners met een (zeer) goed ervaren gezondheid en SES-WOA score per buurt – 15

3 Bijlage C (bij hoofdstuk 3) – 16

- 3.1 Deel 1: Methoden en resultaten DSV-vragenlijst in de vorm van een fictief benchmarkrapport – 16
- 3.2 Resultaten per onderwerp – 16
 - 3.2.1 Spreiding over Nederland – 16
 - 3.2.2 Doelen en ervaren effectiviteit – 17
 - 3.2.3 Samenwerkingsstructuur – 19
 - 3.2.4 Samenwerkingsprocessen – 23
 - 3.2.5 Bouwstenen – 26
- 3.3 Ontwikkelstadia – 29
 - 3.3.1 Stadium 1 – 29
 - 3.3.2 Stadium 2 – 30
 - 3.3.3 Stadium 3 – 30
 - 3.3.4 Stadium 4 – 31
 - 3.3.5 Stadium 5 – 31
- 3.4 Achtergrond – 31
 - 3.4.1 Het onderzoeksproject – 31
 - 3.4.2 Definitie domeinoverstijgend samenwerkingsverband – 32
 - 3.4.3 Onderzoeksdoel – 32
 - 3.4.4 Gegevensbescherming – 32
 - 3.4.5 Wetenschappelijke verantwoording – 33
 - 3.4.6 Referenties – 36
- 3.5 Deel 2: Correlatietabel ervaren mate van DSV-effectiviteit en verandering in deelnemende organisaties – 37

4 Bijlage D (bij hoofdstuk 4) – 38

- 4.1 Selectie en werving per perspectief – 38
- 4.2 Dataverzameling – 39
- 4.3 Data-analyse – 39

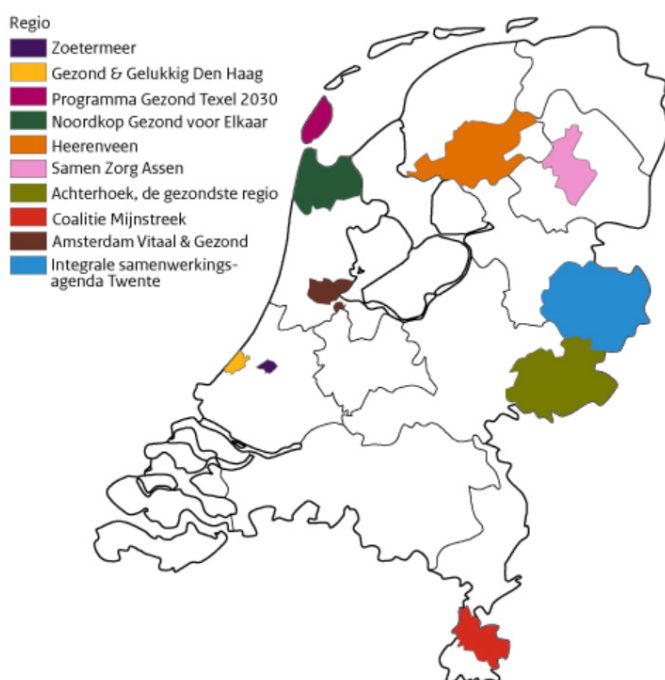
1 Bijlage A (bij hoofdstuk 1)

Deze bijlage geeft meer achtergrond over de betrokkenheid van de leerregio's en de invulling van de leersessies bij de lerende evaluatie JZOJP.

1.1 Leerregio's

Binnen de lerende evaluatie JZOJP zijn tien domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden geselecteerd om deel te nemen aan als leerregio aan de lerende evaluatie. Deze selectie was gebaseerd op verschil in stedelijke en krimp gebieden, verschillende preferente verzekeraars, zowel regio's met een academisch ziekenhuis alsook met een perifeer ziekenhuis, variatie van fase van netwerkvorming (van Vooren et al., 2020), variatie van beoogde strategieën (RIVM, 20219). Verder was het bij de selectie van deze leerregio's van belang dat deelnemende regio's, organisaties en professionals bereid waren om gezamenlijk te leren. Deelnemende regio's zijn gekenmerkt door een domeinoverstijgend netwerk. De regionale netwerkpartners zijn afkomstig uit meerdere domeinen en het regionale netwerk bestaat bij voorkeur uit minimaal één gemeente, één zorgverzekeraar, één ondersteunersaanbieder, betrokken inwoners en één eerstelijns- en één tweedelijns zorgaanbieder.

De deelnemende regio's zijn in Figuur A weergegeven.



1.2 Leersessies


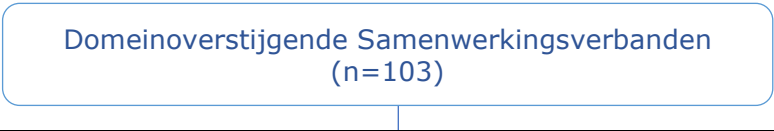

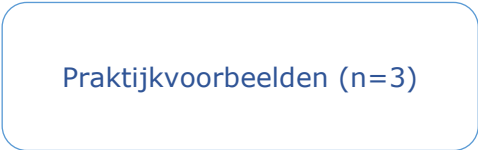
De lerende evaluatie JZOJP had tot doel om leervragen en inzichten kort-cyclisch te delen tussen praktijk, beleid en onderzoek. Gedurende de lerende evaluatie is dit op verschillende manieren vormgegeven. Zo zijn er leervragen opgehaald in 2020, zijn er thematafels geweest over specifieke onderwerpen en doelgroepen en is er een landelijk bestuurlijke tafel gefaciliteerd. Door de jaren heen hebben de volgende leersessies plaatsgevonden:

Jaar	Thema van sessie	Participanten in sessie
2020	Ontwikkelvragen en invloed coronapandemie op beweging	Betrokkenen uit leerregio's
	Ontwikkelvragen en invloed coronapandemie op beweging	Landelijke partijen
2021	Inwonertafel – perspectief op JZOJP	Inwoners
	Data en verbetercyclus	Betrokkenen uit leerregio's
	Bekostiging en financiering	Betrokkenen uit leerregio's
	Samenwerking en inwonerparticipatie	Betrokkenen uit leerregio's
	Aanbevelingen 2021	Landelijke partijen, betrokkenen uit leerregio's
2022	Samenwerkingsvraagstukken	Programma managers leerregio's en andere betrokkenen
	Leefstijl en preventie	Programma managers leerregio's en andere betrokkenen
	Lerend vermogen	Programma managers leerregio's en andere betrokkenen
2023	Integraal Zorgakkoord	Programma managers leerregio's en andere betrokkenen
	Behoeften inwoners centraal	Programma managers leerregio's en andere betrokkenen
	Reflectie op Lerende Evaluatie	Programma managers leerregio's

De wens vanuit de leerregio's voor meer interactieve uitwisseling van ervaringen zorgde in 2021 voor een aanpassing van thematafels naar 'intervisie'-sessies waarbij programmamangers van de betrokken leerregio's aangaven op welke thema's zij wilden uitwisselen en leren. Betrokken programmamangers is eind 2023 gevraagd te reflecteren op de lerende evaluatie.

De beweging van zorg naar gezondheid

2013-2018 Proeftuinen Toekomstbestendige Zorg
 2019-2023 Programma Juiste Zorg op de Juiste Plek
 2023-2026 IZA/GALA/WOZO

<p><i>Landelijk</i></p>		<p><i>Indicatoren JZJOP:</i> Secundair datagebruik voor het ontwikkelen van de indicatoren</p> <p><i>Landelijke partijen:</i> Interviews met HLA-, IZA-en regulerende partijen</p>
<p><i>Regionaal</i></p>		<p><i>DSV's:</i> Vragenlijst voor de netwerkinventarisatie ingevuld door programmamanagers van de DSV's.</p>
		<p><i>Leerregio's:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervisiesessies met programmamanagers - Interviews met programmamanagers en professionals uit de desbetreffende leerregio's
<p><i>Lokaal</i></p>		<p><i>Gezondheidscentrum Den Haag:</i> Participatief actieonderzoek met professionals en patiënten van gezondheidscentrum de Rubenshoek</p> <p><i>Meerlaagse sessies:</i> Meerlaagse sessies met inwoners, professionals en bestuurders</p> <p><i>Patiëntenfederatie:</i> Groepsinterview met leden van de Patiëntenfederatie Nederland (PFN)</p>

2 Bijlage B (bij hoofdstuk 2)

Deze bijlage beschrijft de onvoldoende bruikbare indicatoren uit de indicatorenset JZOJP en aanvullende cijfers waarnaar het tweede hoofdstuk van de rapportage specifiek verwijst.

2.1 Deel 1: Hoogst scorende en onvoldoende bruikbare beschikbare indicatoren

Hier staat informatie over elke beschikbare indicator die - ondanks dat deze indicator het hoogste scoorde voor een relevant thema voor JZOJP - als onvoldoende bruikbaar werd beoordeeld. Per indicator betreft deze informatie trends en een illustratieve quote voor meerdere kritische opmerkingen van het Delphi-panel die van toepassing waren op alle beschikbare indicatoren voor het thema (RIVM, 2023)

Thema

In-, door- en uitstroom (continuïteit) in de keten

Indicator

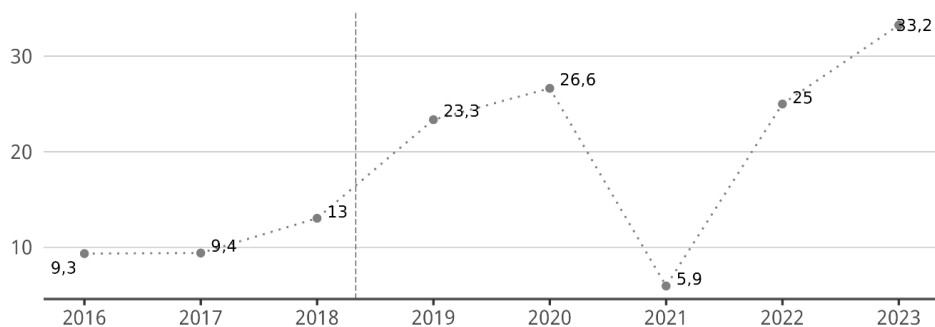
Aantal gedeclareerde verkeerd bed-prestaties voor patiënten die wachten op een plek in een verpleeghuis (totale kosten gedeeld door het maximaal tarief voor een ligdag per 10.000 inwoners) ([ZiNL](#), NZa)

Illustratieve quote beperking i.r.t. criteria

Beperkt relevant voor lokaal, regionaal of landelijk beleid voor JZOJP: *"Deze registratie wordt in ziekenhuizen gebruikt voor medische redenen van een langere klinische opname, bijv. omdat iemand complicaties krijgt. Dat zegt niets over jzojp of verkeerd bed"* (expert).

Beperkt domeinoverstijgend: *"Dit is te smal, denk bijv. ook aan ... de doorstroom van zorg in een instelling naar zorg thuis."* (betrokkene)

Aantal (geschat)



-- = Publicatiedatum rapportage taskforce JZOJP

Thema

(Digitale) uitwisseling patiëntinformatie

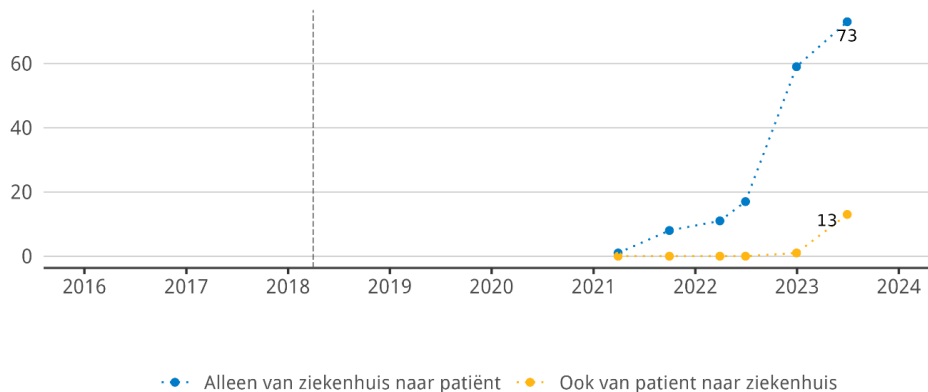
Indicator

Percentage instellingen in de medisch specialistische zorg dat digitaal informatie kan uitwisselen via de persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO): van instelling naar patiënten en van patiënten naar de instelling ([VIPP-monitor](#))

Illustratieve quote beperking i.r.t. criteria

Beperkt domeinoverstijgend: *"Bovenstaande gegevens gaan bijna alleen over medische patientgegevens, ik mis hier heel erg databronnen zoals gemeenten (werk en inkomen, armoede, Wmo en Jeugdhulp)."* (betrokkene)

Percentage



-- = Publicatiedatum rapportage taskforce JZOJP

Thema

Integrale gezondheids-bevorderende strategieën

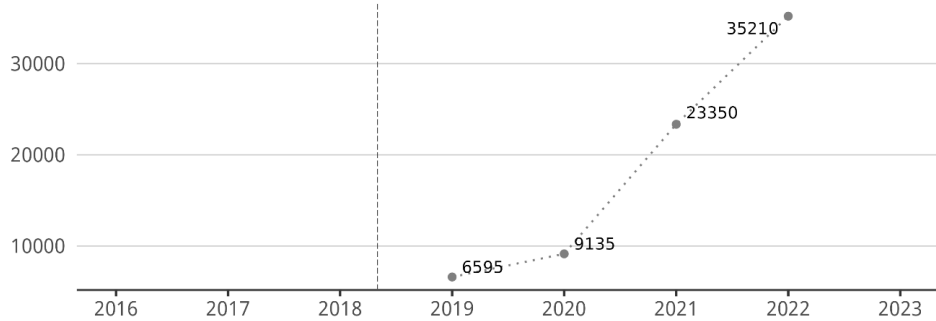
Indicator

Aantal deelnemers aan een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) voor volwassenen. De doelgroep bestaat uit volwassenen met een hoog BMI met andere kenmerken van overgewicht ([GLI monitor](#), [RIVM](#))

Illustratieve quote beperking i.r.t. criteria

Beperkt domeinoverstijgend: *"Dit vraagt een veel bredere en integrale aanpak en daarbij horende indicatoren. Leefstijl is hier een onderdeel van, maar denk ook aan bijv. kansrijke start, valpreventie, armoede, werk, eenzaamheid, etc."* (betrokkene)

Aantal



-- = Publicatiedatum rapportage taskforce JZJP

Thema

Patiëntervaringen ontvangen zorg

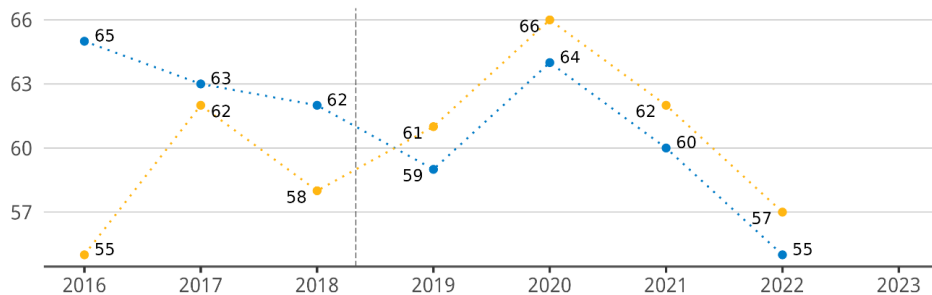
Indicator

Percentage volwassenen dat aangeeft dat de huisarts altijd: voldoende tijd neemt voor hem/haar; hem/haar betreft bij beslissingen over zorg en behandeling¹ ([Nivel, consumentenpanel zorg](#))

Illustratieve quote beperking i.r.t. criteria

Beperkt domeinoverstijgend: "Zinvolle indicatoren op zichzelf, maar de vraag in hoeverre het iets zegt over Juiste zorg op de juiste plek. Dit gaat over of je tevreden bent over de zorg in het ziekenhuis/instelling, maar niet of het de juiste zorg op de juiste plek was." (Betrokkene)

Percentage



•• Voldoende tijd neemt voor hem/haar •• Hem/haar betreft bij beslissingen over zorg en behandeling

-- = Publicatiedatum rapportage taskforce JZJP

Thema

Potentieel (deels) vermijdbare (her)opnamen en (her)behandelingen

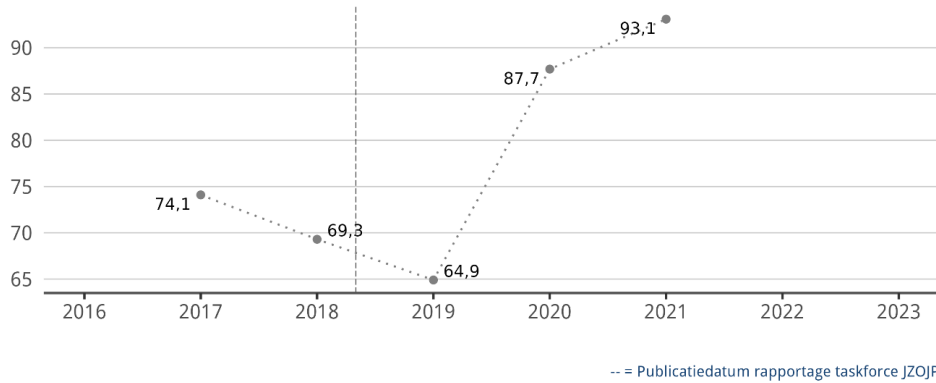
Indicator

Percentage ziekenhuizen met minder dan het verwachte aantal heropnamen binnen 30 dagen na de ontslagdatum van de indexopname van patiënten ([IGJ, DHD](#))

Illustratieve quote beperking i.r.t. criteria

Beperkt relevant voor lokaal, regionaal of landelijk beleid voor JZOJP:
 "Hoe dragen deze indicatoren bij aan het in kaart brengen van de beweging jzojp? Deze indicatoren meten de kwaliteit van zorg." (expert)

Percentage



Thema

Samenwerking over de domeinen heen

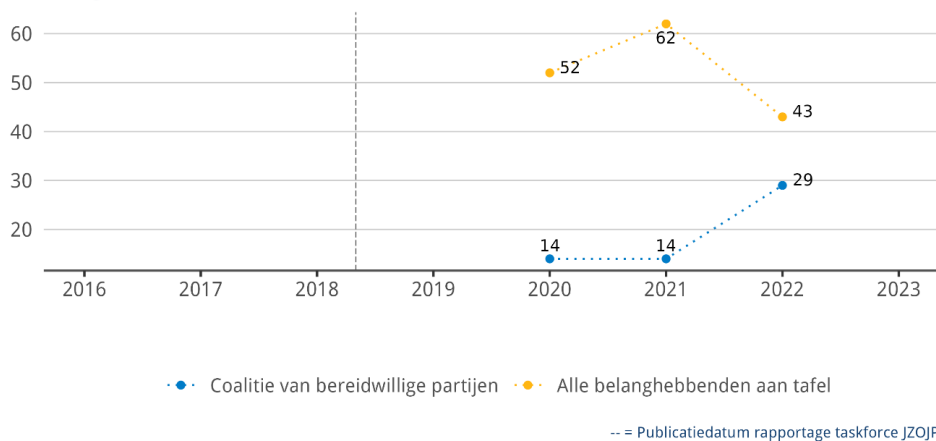
Indicator

Percentage ziekenhuizen dat samenwerking voor JZOJP regionaal structureel organiseerde met alle belanghebbenden aan tafel, of; een coalitie van bereidwillige partijen ([JuMP-scan](#), [NVZ](#))

Illustratieve quote beperking i.r.t. criteria

Beperkt domeinoverstijgend: "Ik kan eerlijk gezegd helemaal niet uit de voeten met bovenstaande opties. Dit is veelte veel vanuit ziekenhuizen, zorgorganisaties georganiseerd terwijl de kracht zit in de brede domein overstijgende samenwerking. Hoeveelheid samenwerkingsovereenkomsten is daarbij zeker geen goede indicator, juist de kracht deze zoveel mogelijk te verbinden." (betrokkene)

Percentage



Thema

Spoedeisende hulp

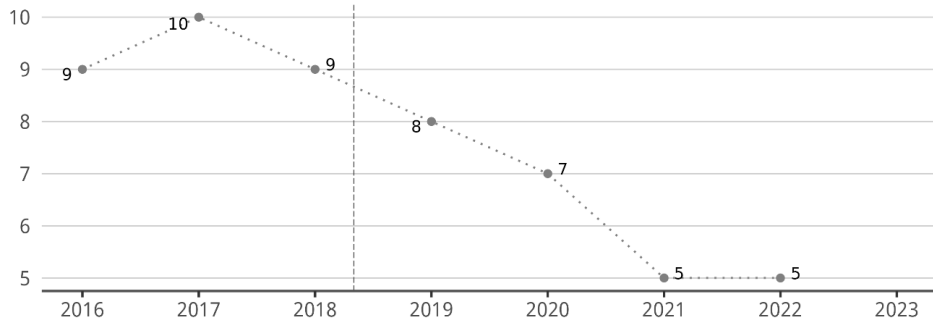
Indicator

Percentage zelfverwijzers op de spoedeisende hulp ([Landelijke traumaregistratie](#))

Illustratieve quote beperking i.r.t. criteria

Onvoldoende domeinoverstijgend: "Dit is te smal, denk ook aan gebruik huisartsenposten, ambulancezorg, crisis GGZ, inzet politie voor personen met verward gedrag, etc." (Betrokkene)

Percentage



-- = Publicatiedatum rapportage taskforce JZOJP

Thema

Vermijdbare sterfte

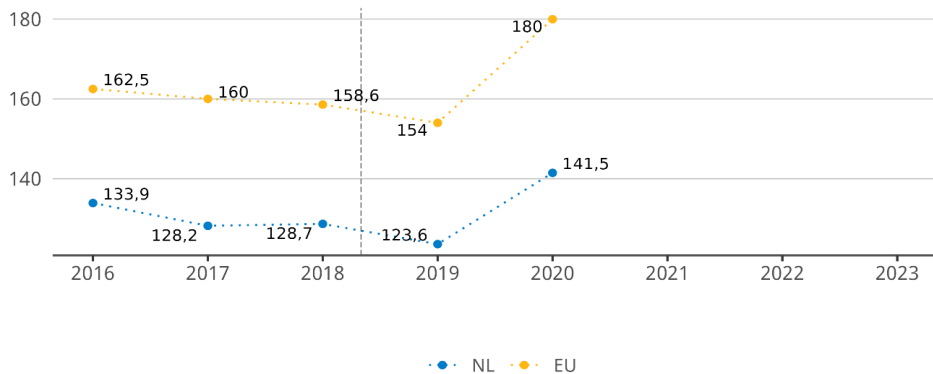
Indicator

Aantal potentieel vermijdbare sterftegevallen (gestandaardiseerd) per 100.000 inwoners ([Eurostat](#))

Illustratieve quote beperking i.r.t. criteria

Beperkt relevant voor lokaal, regionaal of landelijk beleid voor JZOJP: "Ik twijfel erg over dit onderdeel in de indicatorenset. Vermijdbare sterfte gaat zo vaak over complicaties of incidenten, tijdens een ingreep of behandeling die op zich de juiste zorg op de juiste plek was." (expert)

Aantal



-- = Publicatiedatum rapportage taskforce JZOJP

Thema

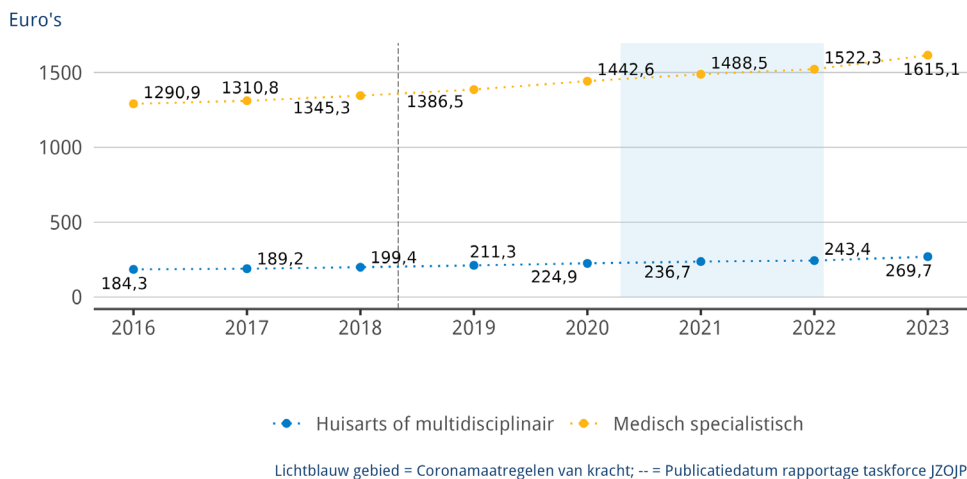
Verhouding eerste- en tweedelijns behandelingen

Indicator

Verhouding tussen de kosten per verzekerde binnen de huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg in vergelijking met de medisch specialistische zorg ([Vektis via zorgcijfers-databank \(ZiNL\)](#))

Illustratieve quote beperking i.r.t. criteria

Onvoldoende domeinoverstijgend: "De eerste lijn behelst meer dan alleen huisartsenzorg. Er is veel beleid gemaakt op substitutie van de tweede naar de eerste lijn, waarbij onder andere de paramedische zorg een grote rol kan spelen in conservatieve behandelingen voordat wordt overgegaan op invasieve behandelingen. Ook binnen de GGZ hebben er verschuivingen plaatsgevonden met de inzet van de POH-GGZ. Oftewel, deze indicatorenset kan veel vollediger (curatieve zorg is meer dan ziekenhuis + huisarts)." (expert)

**Thema**

Capaciteit

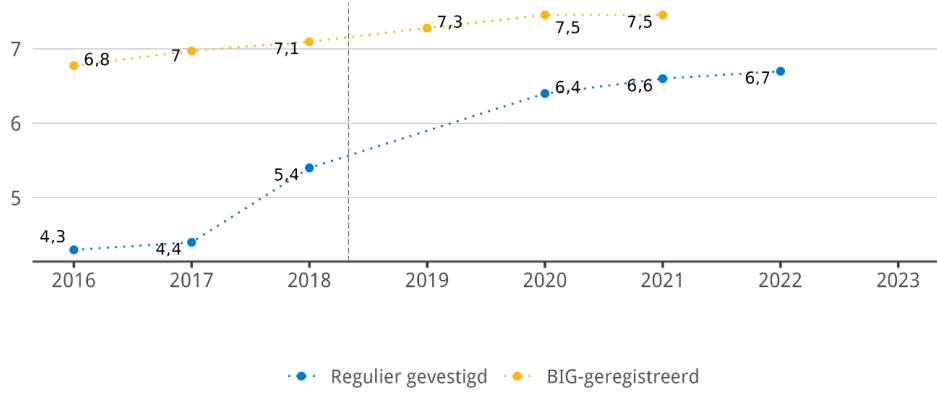
Indicator

Aantal huisartsen per 10.000 inwoners ([Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn](#))

Illustratieve quote beperking i.r.t. criteria

Onvoldoende domeinoverstijgend: "Bovenstaande maakt geen onderscheid in functies (artsen vs verpleegkundigen) en geen onderscheid in subsectoren (ZBC, ziekenhuis, wijkverpleging). Capaciteit voor verpleegkundigen verschilt sterk van artsen, en verschilt sterk in de ZBC versus wijkverpleging" (expert)

Aantal

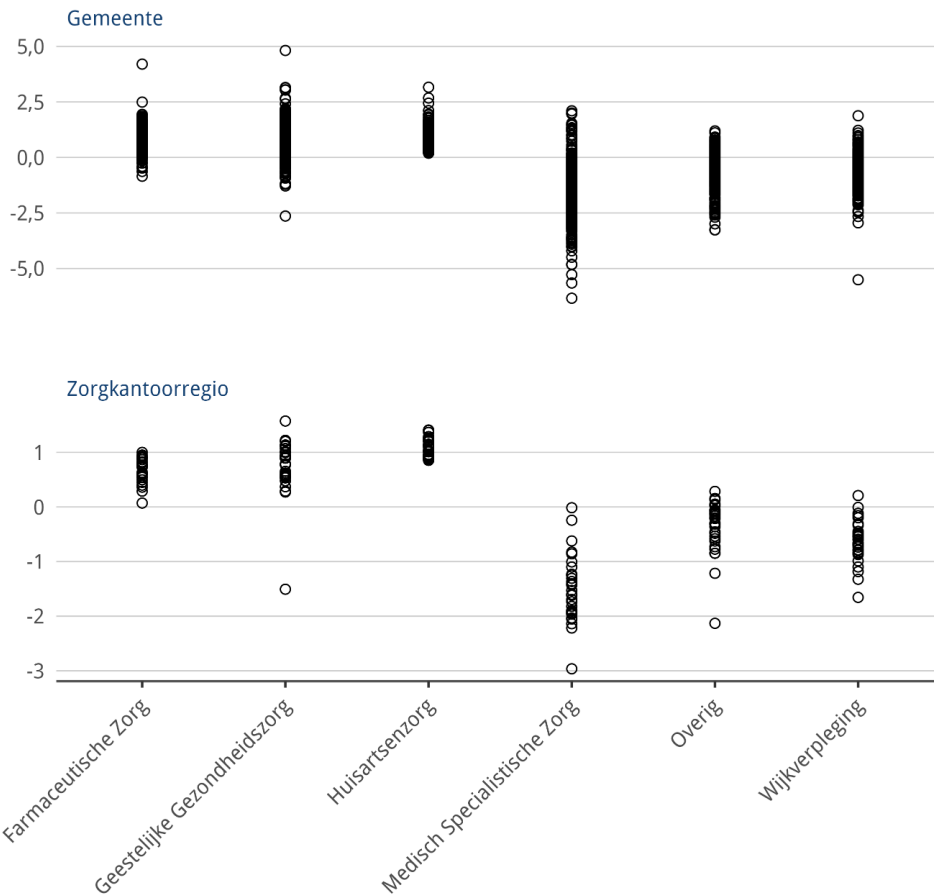


-- = Publicatiedatum rapportage taskforce JZOP

2.2

Deel 2: Aandeel per sector in de kosten per inwoner voor de zorgverzekeringswet

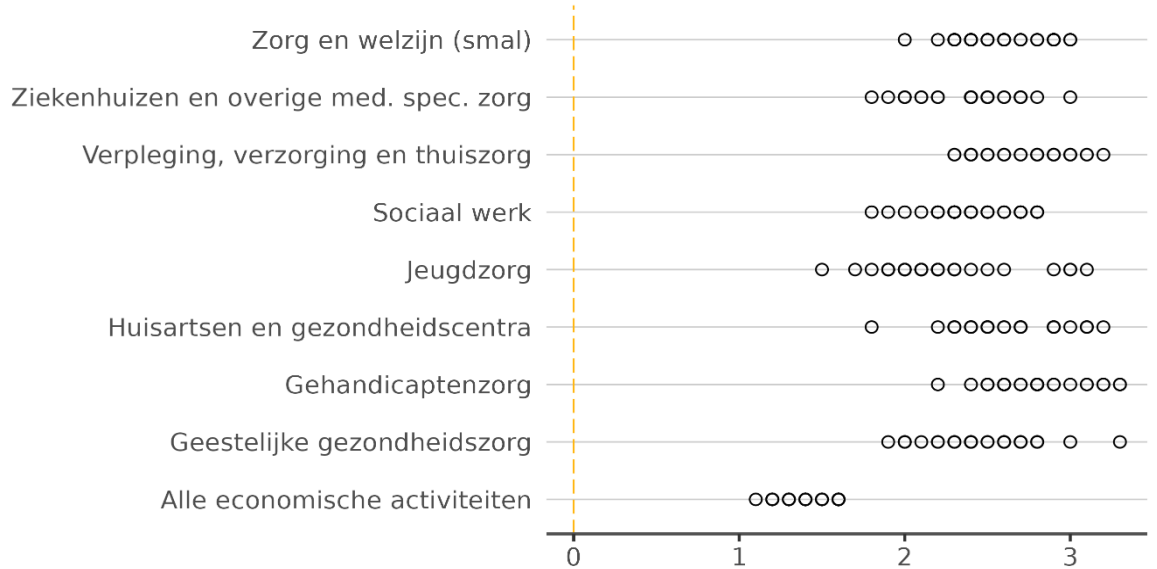
Vershil percentage 2020 - 2018



Deze figuur toont het aantal procentpunten verandering tussen 2018 en 2020 in het aandeel (percentage) van de kosten per sector binnen de totale kosten binnen de zorgverzekeringswet per inwoner voor gemeenten en zorgkantorregio's.

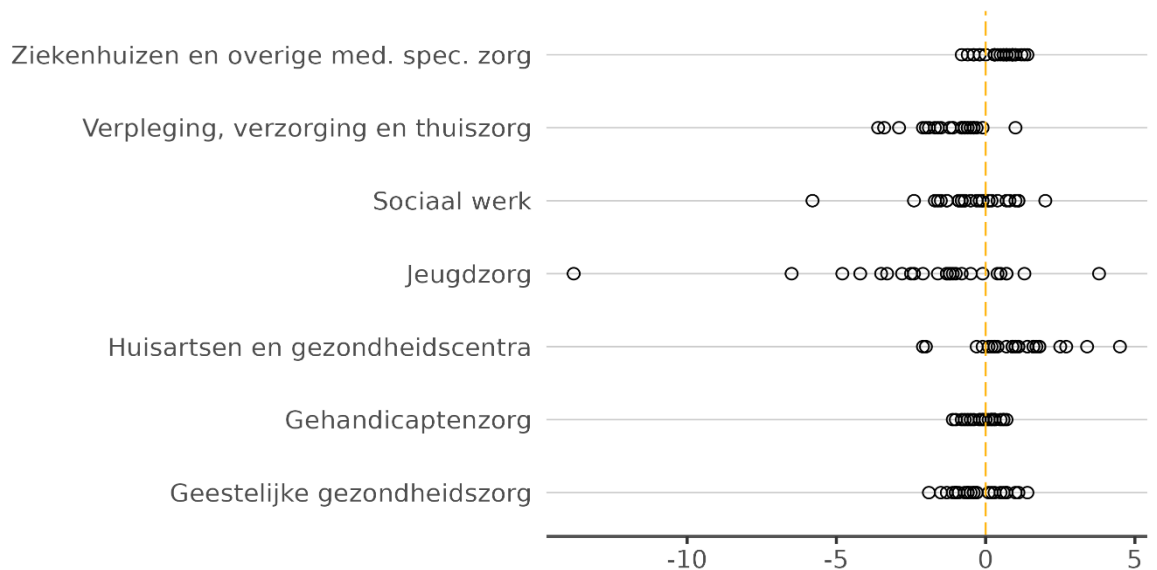
2.3 Deel 3: Verschil in verzuim en personeelsverloop tussen 2022 en 2016 per arbeidsmarktregio

Procentuele verandering (2022 - 2016)



Deze figuur toont het aantal procentpunten verandering tussen 2016 en 2022 in het ziekteverzuimpercentage naar branche binnen zorg en welzijn en voor alle economische activiteiten uitgevoerd door de beroepsbevolking.

Procentuele verandering van het driejaars-gemiddelde (2020:2022 - 2015:2017)



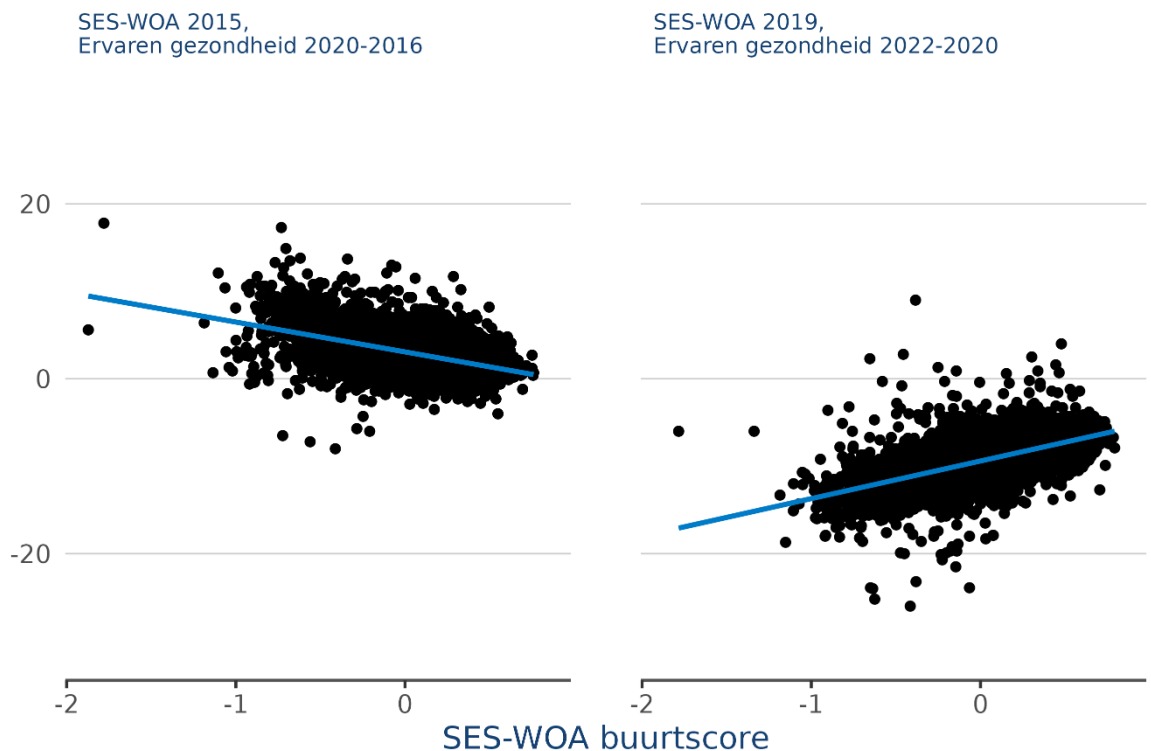
Deze figuur toont het aantal procentpunten verandering tussen 2015 en 2022 van het driejaar-gemiddelde netto verloop op de arbeidsmarkt naar branche binnen zorg en welzijn. Het netto verloop is het percentage werknemers (o.b.v. hoofd baan) dat in jaar 't-1' werkzaam is in de sector en op de peildatum in jaar 't' niet meer.

2.4 Deel 4: Associatie tussen veranderingen van het percentage bewoners met een (zeer) goed ervaren gezondheid en SES-WOA score per buurt

De onderstaande figuur en correlatiecoëfficiënten laten zien dat hoe lager de SES-WOA buurtscores (in respectievelijk 2015 en 2019) waren, hoe sterker het percentage buurtbewoners met een (zeer) goed ervaren gezondheid tussen 2016 en 2020 toenam en tussen 2020 en 2022 afnam.

Hiervoor is gekeken naar beschikbare gegevens over SES-WOA van buurten en wijken (CBS) en cijfers over ervaren gezondheid uit de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2022 (GGD'en/CBS/RIVM, bewerking o.b.v. SMAP-methodiek, RIVM). Van ongeveer 9000 buurten waren er gegevens beschikbaar om de betreffende associaties te bekijken en berekenen. Een deel van de buurten kon niet in de visualisatie en berekeningen worden meegenomen door veranderingen van buurtindelingen, ontbrekende SES-WOA cijfers, of ontbrekende cijfers over de ervaren gezondheid op één of beide meetmomenten.

Verandering percentage buurtbewoners met (zeer) goed ervaren gezondheid



Pearson correlatie (95% betrouwbaarheidsinterval):

-0.52 (-0.53 tot -0.50)
($t = -57.48$, $df = 8922$)

0.59 (0.57 tot 0.60)
($t = 69.13$, $df = 9068$)

3 Bijlage C (bij hoofdstuk 3)

Onderstaande bijlagen verwijzen naar een methodologische verantwoording en de correlatietabel waarnaar verwezen wordt in hoofdstuk 3 van de eindrapportage.

3.1 Deel 1: Methoden en resultaten DSV-vragenlijst in de vorm van een fictief benchmarkrapport

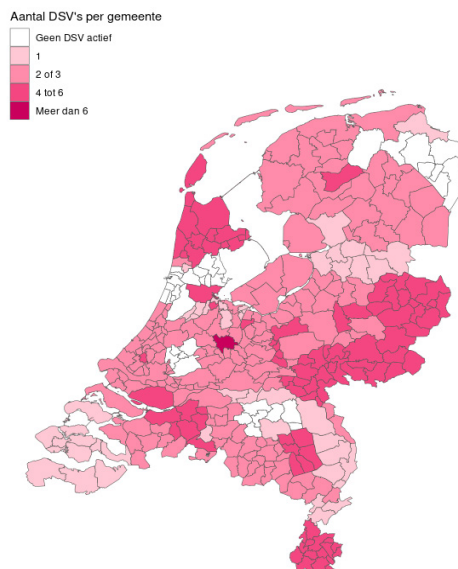
Deze bijlage geeft een overzicht van de methoden en resultaten van het vragenlijstonderzoek onder DSV's dat gebruikt is voor hoofdstuk 3 van de eindrapportage van de lerende evaluatie Juiste Zorg Op de Juiste Plek. Deze bijlage heeft de vorm van de benchmarkrapportage dat door alle deelnemers aan het vragenlijstonderzoek is ontvangen. Het doel van de benchmark was om het eigen domeinoverstijgende samenwerkingsverband (DSV) te kunnen vergelijken met de samengevoegde resultaten van alle deelnemende DSV's. In dit bestand is de specifieke DSV die vergeleken wordt vervangen door een fictieve DSV. Er is gedaan alsof bij elke vraag het meest gekozen antwoord op de specifieke DSV van toepassing is. Op sommige plekken zijn alleen de samengevoegde resultaten van alle deelnemende DSV's samen gepresenteerd.

Eerst zijn de resultaten per onderwerp gepresenteerd. Vervolgens is een selectie van resultaten in verband gebracht met verschillende ontwikkelstadia van DSV's. Het laatste onderdeel beschrijft de achtergrond en methoden van het onderzoek (de methoden m.b.t. hoofdstuk 3).

3.2 Resultaten per onderwerp

3.2.1 Spreiding over Nederland

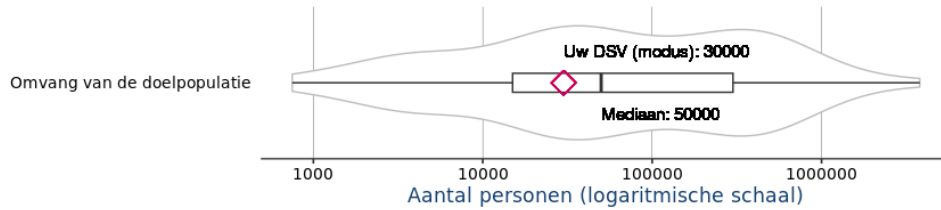
In de volgende figuur kunt u zien op welk geografisch gebied (per gemeente) de deelnemende DSV's zich richten.



3.2.2 Doelen en ervaren effectiviteit

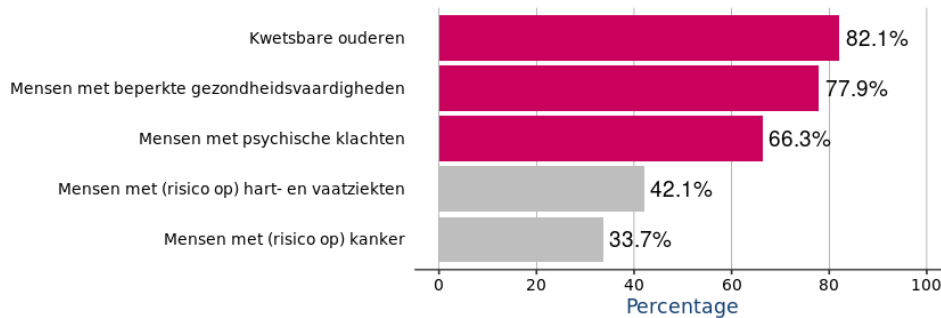
3.2.2.1 Doelpopulatie

De volgende figuur¹ geeft aan - met een oranje ruit - wat de omvang van de doelpopulatie van uw DSV is en hoe de omvang van de doelpopulatie is verdeeld voor alle deelnemende DSV's.

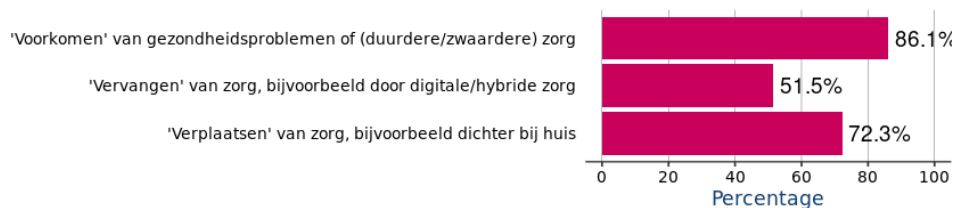


3.2.2.2 Gerichtheid op IZA-doelgroepen en JZOJP

Hier kunt u zien over of uw DSV zich wel (oranje) of niet (grijs) op één of meerdere IZA-doelgroepen richt. Het percentage betreft alle DSV's dat zich wel op de betreffende IZA-doelgroepen richt.



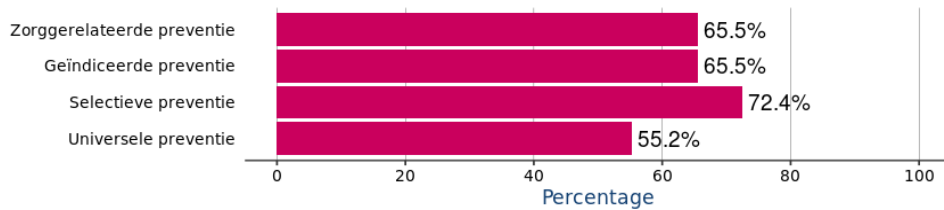
Hier ziet u of uw DSV zich wel (oranje) of niet (grijs) richt op de onderstaande drie kernaspecten van Juiste Zorg Op de Juiste Plek. Het percentage betreft alle DSV's die hier (ook) op gericht zijn.



¹ Verdelingen van scores van alle DSV's zijn in dit document weergegeven met een boxplot en een vioolplot: Een boxplot heeft links en rechts twee horizontale lijnen die verbonden zijn aan een rechthoek in het midden. De linkerzijde van de rechthoek ('Q1') markeert het einde van het bereik van het eerste kwart van de observaties en het begin van het tweede kwart. De rechter zijde van de rechthoek ('Q3') markeert het einde van het bereik van het derde kwart van de observaties en het begin van het vierde kwart. Het verticale lijntje in het midden van de rechthoek geeft de mediaan weer. De linker lijn begint bij $Q1 - 1.5 \times (Q3 - Q1)$ en de rechter lijn eindigt bij $Q3 + 1.5 \times (Q3 - Q1)$. Observaties die buiten de plot vallen - en als extreme waarden kunnen worden gezien - zijn in de boxplots in dit document weggelaten. Een vioolplot visualiseert de verdeling van een numerieke variabele met twee vloeiende lijnen. Deze lijnen komen bij elkaar bij de laagste en hoogste waarden die voorkomen. De afstand tussen de lijnen representeert hoe vaak waarden binnen een bepaald bereik geobserveerd zijn.

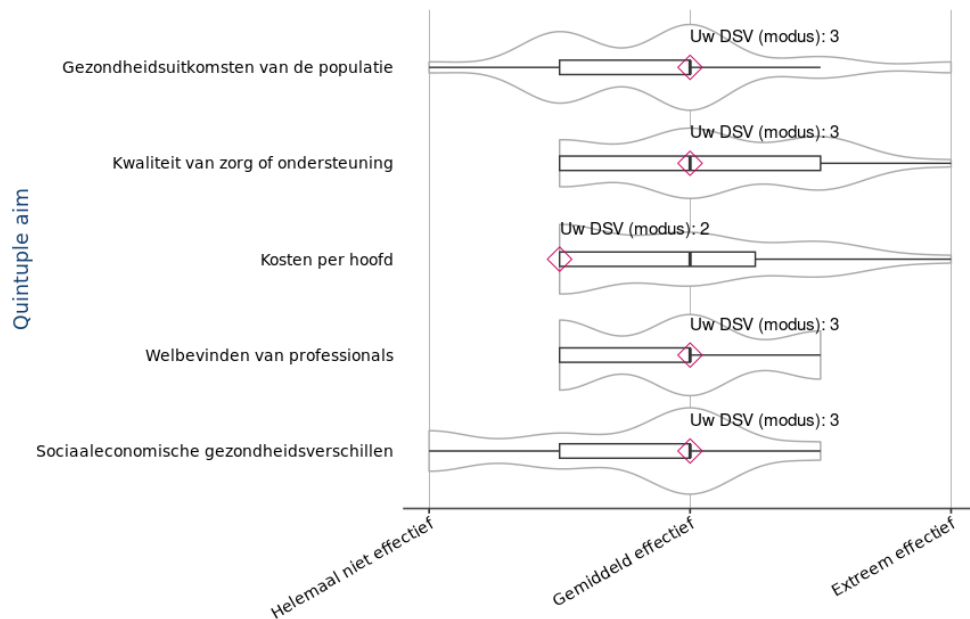
3.2.2.3 Preventie-aanpak

Voor DSV's die gericht zijn op preventie ('voorkomen' van zorg) is in de volgende figuur - per vorm van preventie - te zien hoeveel van de deelnemende DSV's zich daarop richten.



3.2.2.4 Ervaren effectiviteit op DSV- of populatieniveau

In de volgende figuur toont de ervaren mate waarin uw DSV en andere DSV's, als geheel, effectief zijn in het bereiken van gestelde gezamenlijke doelen (ruit = eigen DSV). Ervaren effectiviteit is per DSV beoordeeld voor vijf gebieden (*Quintuple Aims*) waarop de gezamenlijke doelen betrekking hadden².

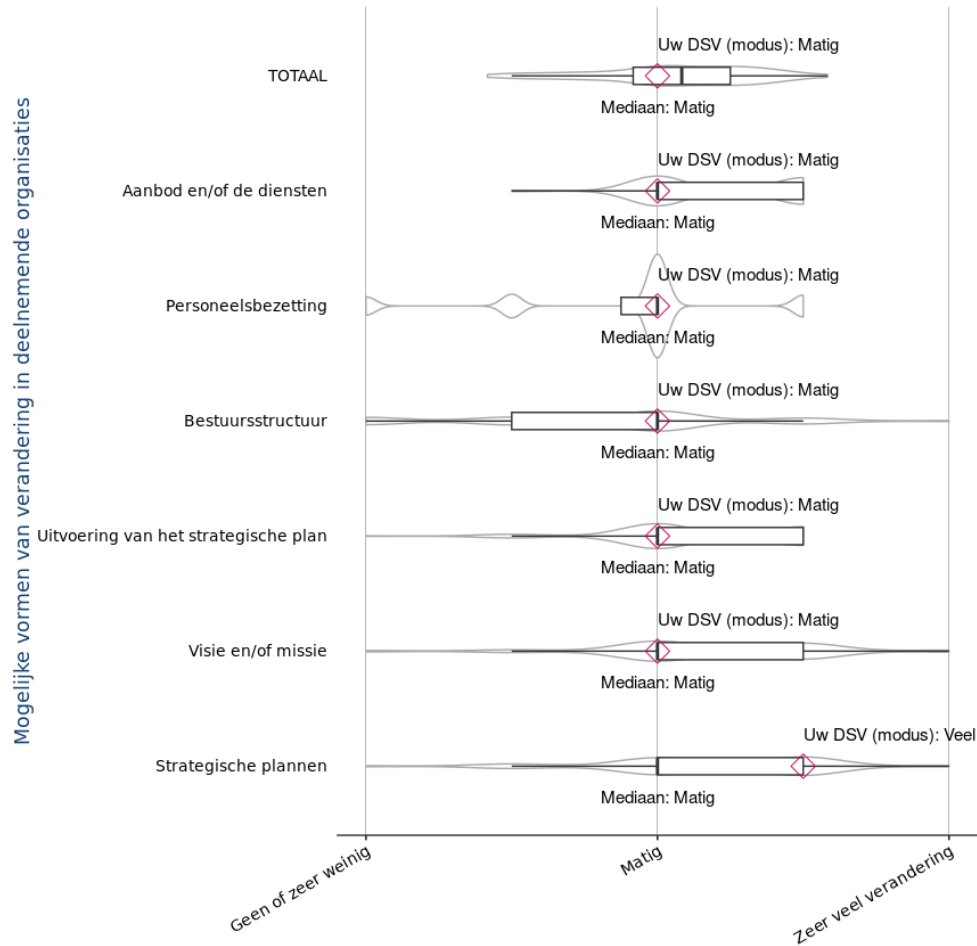


3.2.2.5 Ervaren veranderingen op organisatieniveau

In de volgende figuur ziet u in hoeverre er wordt ervaren dat de deelnemende organisaties binnen uw en andere DSV's (sinds de

² Voor het meten van ervaren effectiviteit op het netwerkniveau bestaat geen gevalideerd meetinstrument. Er is gevraagd naar effectiviteit in het bereiken van gestelde doelen met betrekking tot elk van de *quintuple aims* (Nundy, et al. 2022). De effectiviteitscores voor uiteenlopende *quintuple aims* hangen positief samen. Voor elke *quintuple aim* is de afgeronde mediane score een 3. Dit komt overeen met de antwoordcategorie 'gemiddeld effectief'. Desalniettemin zijn de verschillen tussen gemiddelde scores per *quintuple aim* statistisch significant. Het is daarmee plausibel dat de door een DSV ervaren mate van effectiviteit afhangt van wat het soort gemeenschappelijke doelen dat men stelt. Een ontbrekende ruit betekent dat een DSV zich op het betreffende gebied geen doelen stelt, de vraag is opengelaten, of de antwoordoptie 'weet ik niet' is gekozen. In het zwart ziet u de gemiddelden (bolletjes) en verdelingen van scores over alle DSV's.

oprichting van het DSV) in verschillende opzichten veranderd zijn in overeenstemming met de gezamenlijke ambities van het DSV³.



3.2.3 Samenwerkingsstructuur

3.2.3.1 Deelnemende organisaties

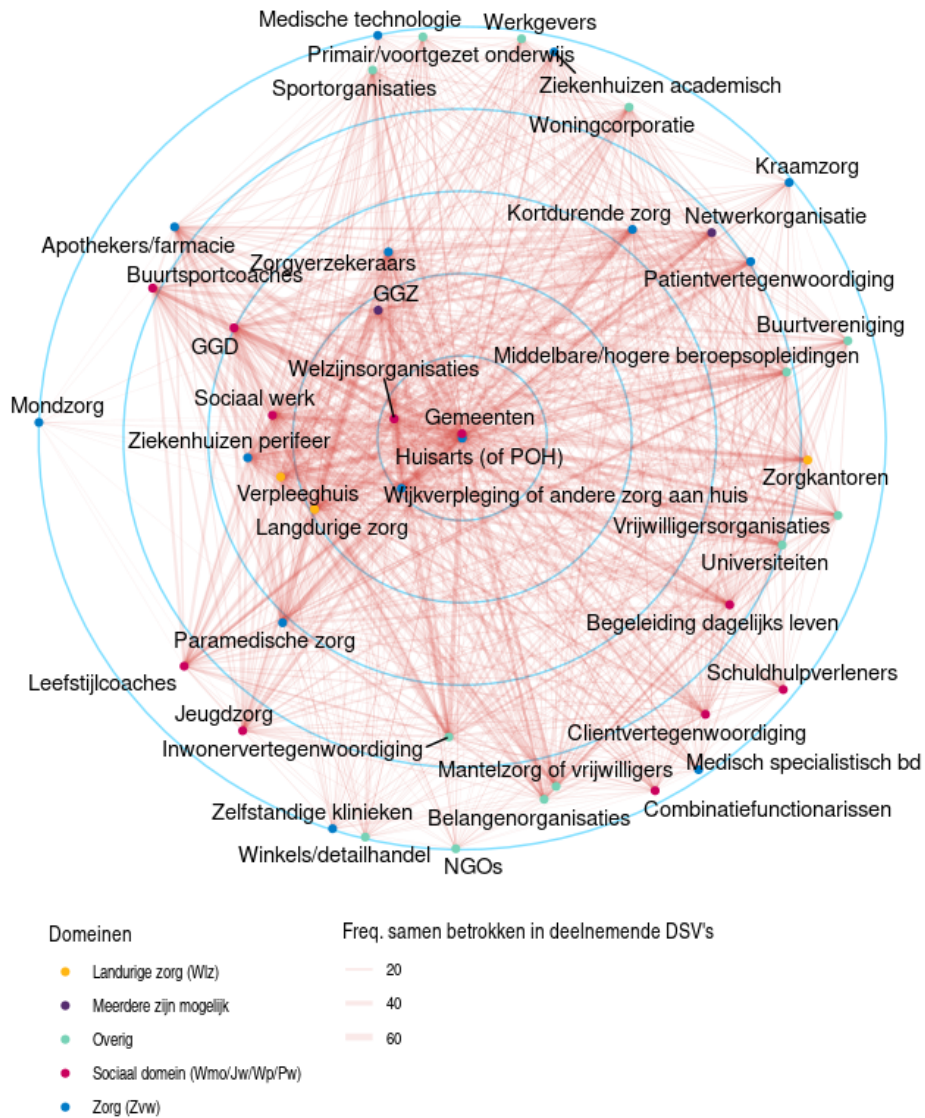
De volgende figuur toont de samenstelling van alle DSV's samen. Bolletjes⁴ representeren verschillende soorten betrokken organisaties. Lijnen (tussen bolletjes) betekenen dat de betreffende organisatiesoorten samen betrokken zijn in DSV's. De lijnen⁵ zeggen verder niets over het contact dat er werkelijk tussen specifieke (soorten)

³ Om te meten in hoeverre er ervaren wordt dat domeinoverstijgend samenwerken samengaat met veranderingen in deelnemende organisaties is een eerder in wetenschappelijk onderzoek toegepaste antwoordschaal aangepast (Hearld et al., 2012). Het gepresenteerde cijfer is het gemiddelde van gegeven waarderingen (1-5) over zes vragenlijstitems over veranderingen van missie en visie, strategie, uitvoering van strategie, bestuursstructuur, personeelsbezetting en het aanbod van deelnemende organisaties. De resultaten bevestigen dat de zes items samen een intern consistente schaal vormen om de ervaren verandering in deelnemende organisaties te meten. De mediaan van zowel de totaalscore als elk van de afzonderlijke items komt overeen met een waardering van matige verandering.

⁴ Hoe meer een bolletje dat betrekking heeft op een bepaalde organisatiesoort naar het midden van de figuur gepositioneerd is, hoe vaker deze organisatiesoort deel uitmaakt van een deelnemende DSV. Om visuele redenen is dit effect uitvergroot.

⁵ De lijndikte geeft aan in hoeveel DSV's de betreffende twee organisatiesoorten samen deelnemen. Een dikke lijn betekent dus dat de organisatiesoorten die ermee verbonden zijn deel uitmaken van veel DSV's.

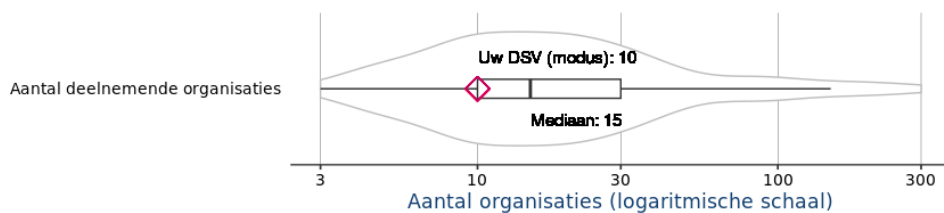
organisaties is. Daar kunnen we o.b.v. deze vragenlijst niets over zeggen.



3.2.3.2

Aantal betrokken organisaties

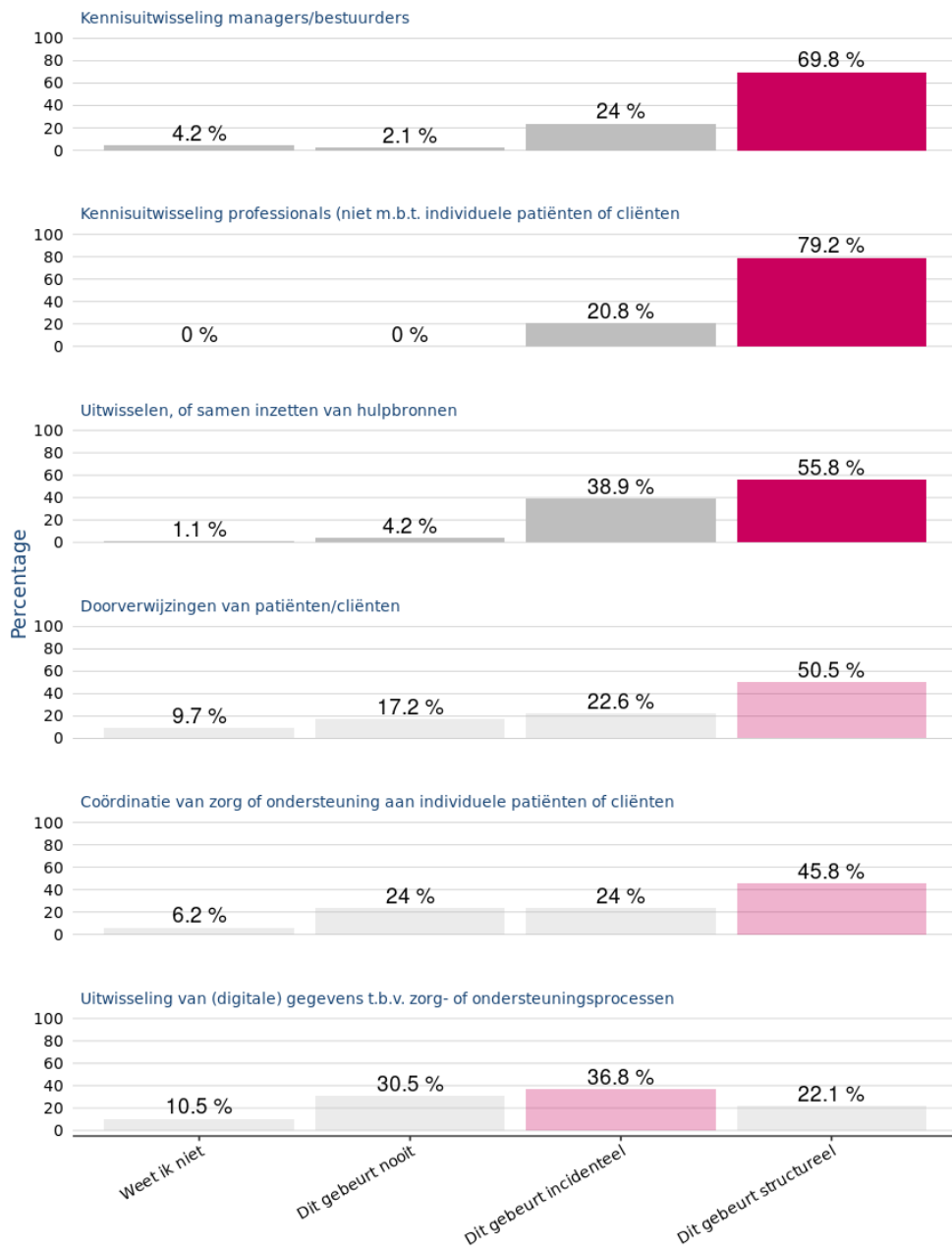
In de volgende figuur kunt u zien hoeveel organisaties er in totaal deelnemen binnen uw DSV en andere DSV's.



3.2.3.3

Vormen van verbinding in het DSV

Onderstaand figuur geeft weer op welke wijzen - en hoe structureel - deelnemende personen en organisaties binnen uw DSV (oranje) en alle DSV's contact hebben bij het werken aan de gezamenlijke activiteiten en ambities. Een vervaging van kleur betekent hier dat die vorm van contact niet voorkomt in uw DSV, omdat het DSV zich niet (direct) op inwoners, cliënten, of patiënten richt.



3.2.3.4

Afspraken

Onderstaand figuur geeft weer of en hoe formeel uw DSV en andere DSV's afspraken maakten over diverse onderwerpen voor het nemen van gezamenlijke verantwoordelijkheid.

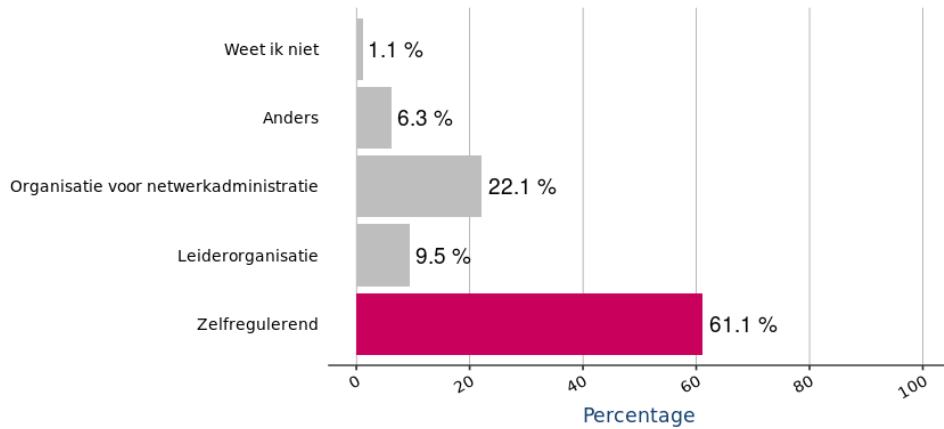


3.2.3.5 Vorm van netwerkaansturing (governance van het netwerk)

In de volgende figuur kunt u zien welke vorm van netwerkbestuur⁶ het meest van toepassing is in uw DSV en alle DSV's.

⁶ De term bestuur of 'governance' kan in relatie tot netwerken verschillend worden opgevat. Hier concentreren we ons op de betekenis van het aansturen of coördineren van een DSV 'als geheel'. Er zijn hiervoor diverse manieren. Wat de meest passende manier is hangt af van diverse omstandigheden, zoals hoeveel (verschillende) deelnemers er zijn, het aanwezige onderlinge vertrouwen, de mate van overeenstemming over doelen en benodigde samenwerkingscompetenties. Er zijn drie algemene netwerkaansturingsvormen te onderscheiden:

- Zelfregulerend ('self-governed'). Dit betreft een 'hechte' en sterk gedecentraliseerde vorm, waarbij deelnemende organisaties veel contact onderhouden met elkaar om zelf het netwerk aan te sturen.
- Leider-organisatie ('lead organisation'). Een sterk gecentraliseerde vorm waarbij één enkele organisatie de rol vervult van netwerkbemiddelaar of leidende organisatie en zich richt op cruciale kwesties van be- en onderhoud van het netwerk en waarbij er weinig direct contact is tussen organisaties onderling (buiten operationele kwesties, zoals verwijzingen of coördinatie van casussen).
- Organisatie voor netwerkadministratie (network administrative organisation, of 'NAO'). In deze vorm houden organisaties contact met elkaar, maar is ook sprake van centralisatie door het opzetten van een aparte bestuurlijke entiteit met de specifieke taak om het netwerk en zijn activiteiten aan te sturen. D.w.z. de NAO is gericht op kwesties van behoud en onderhoud van het netwerk. Een NAO kan door mandaat of door de leden zelf worden opgericht. Het NAO is vaak een non-profitorganisatie, maar kan ook een overheidsinstantie of private organisatie zijn.

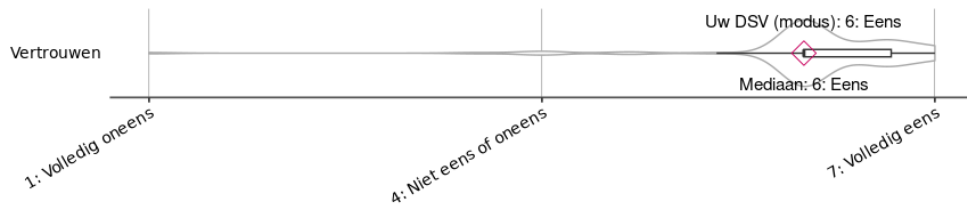


3.2.4 Samenwerkingsprocessen

Deze resultaten gaan over samenwerkingsprocessen binnen DSV's.

3.2.4.1 Vertrouwen

In de volgende figuur ziet u het resultaat over de mate van vertrouwen⁷ in samenwerkingspartners binnen uw DSV en binnen andere DSV's.

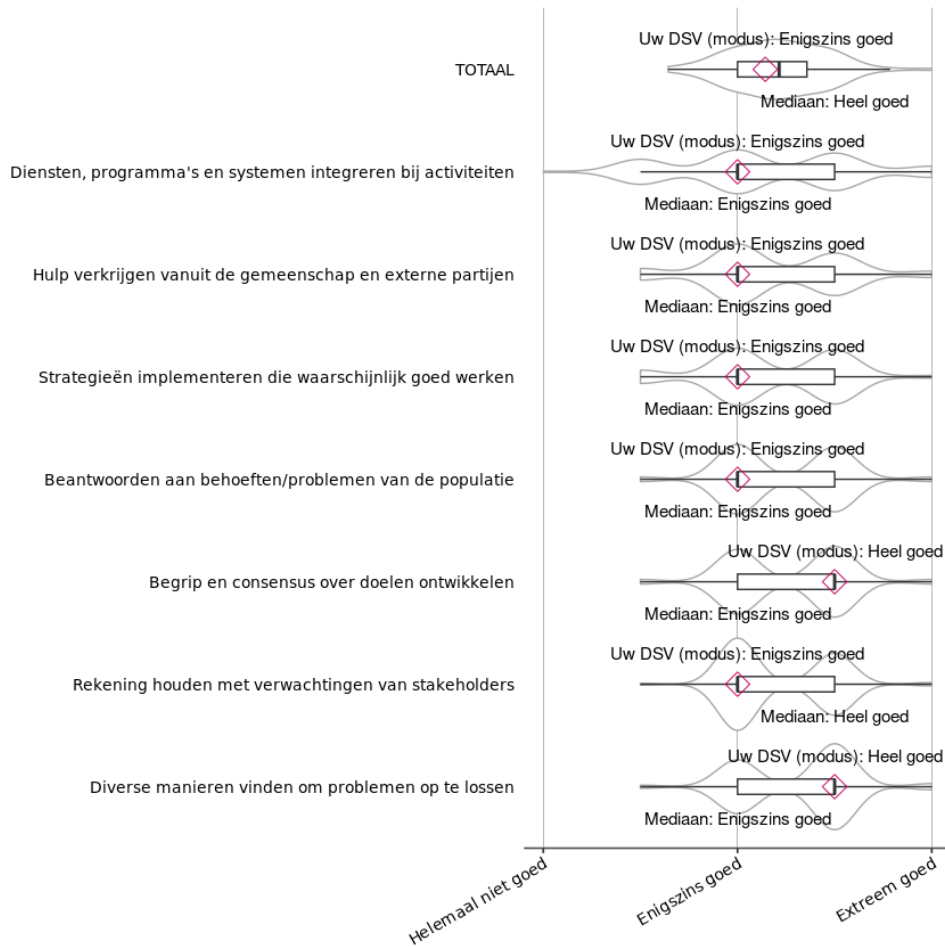


3.2.4.2 Samenwerkingscompetentie

In de volgende figuur ziet u in hoeverre door DSV's wordt ervaren dat partijen door samenwerking goed in staat zijn tot verschillende dingen (die men zonder samenwerking niet kan realiseren)⁸.

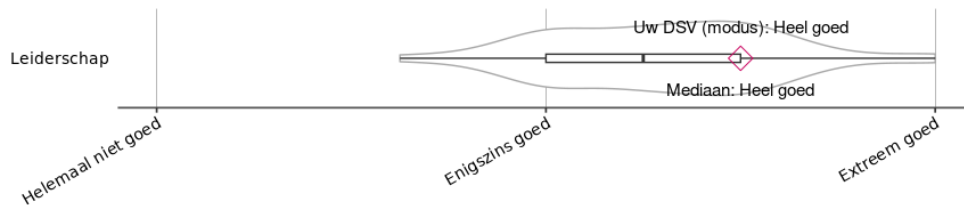
⁷ Vertrouwen is gedefinieerd als het geheel van verwachting van personen of organisaties over de welwillendheid, competentie en eerlijkheid van andere personen of organisaties. Vertrouwen (of wantrouwen) ontstaat door enige tijd samen te werken. Vertrouwen op organisatie- en persoonsniveau moeten als twee verschillende begrippen worden gezien waartussen een wederkerig positief verband bestaat. Vertrouwen is in dit onderzoek gemeten met een aangepaste versie van de gevalideerde schaal van Simons & Peterson (2000). Er is gevraagd naar verwachtingen van de invuller van de vragenlijst naar de verschillende partijen in het netwerk. De scores die u ziet zijn gemiddelden van waarderingen - op een schaal van 1 tot en met 7 - van drie stellingen over de verwachtingen (van de persoon die de vraag invulde) over de welwillendheid, competentie en eerlijkheid van andere partijen binnen het netwerk.

⁸ Samenwerkingscompetentie is gemeten met de *Partnership synergy*-schaal uit de verkorte versie van de gevalideerde 'Partnership Self-Assessment Tool' (short-PSAT) (Cramm, et al. 2011). *Partnership synergy* wordt verondersteld vooraf te gaan aan effectiviteit van zorgnetwerken. Op basis hiervan is ervaren samenwerkingscompetentie binnen uw DSV (volgens de invuller van de vragenlijst) betrouwbaar gemeten als het gemiddelde van scores (1-5) over zeven stellingen. Deze stellingen gaan over verschillende competenties waar deelnemers gezamenlijk over kunnen beschikken, waaronder 1) problemen oplossen, 2) reageren op uiteenlopende belangen, 3) doelconsensus vormen, 4) aansluiting op de vraag vanuit de populatie, 5) werkende strategieën implementeren, 6) inspelen op belemmerende en bevorderende externe (f)actoren en 7) activiteiten uitvoeren met diverse soorten organisaties.



3.2.4.3 Leiderschap

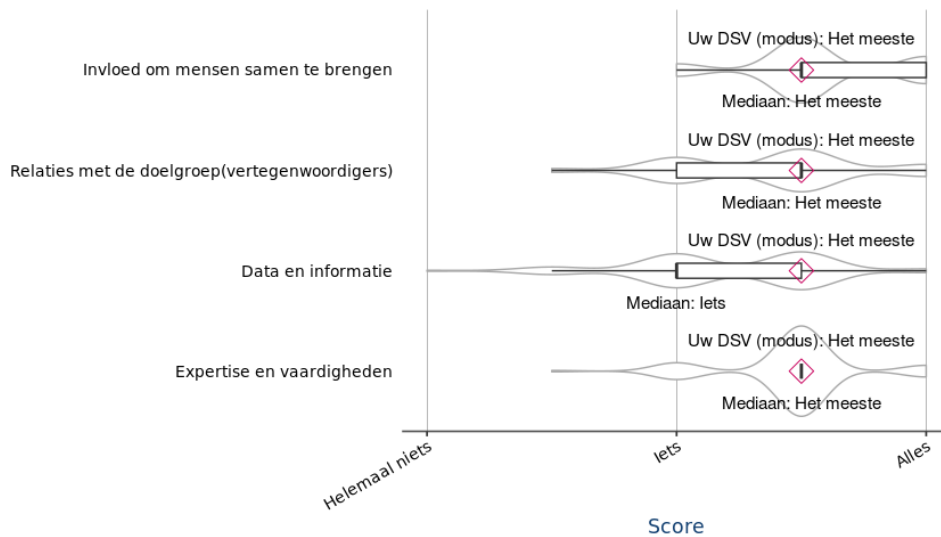
In de volgende figuur ziet u in hoeverre het leiderschap als geheel (één of meerdere formele of informele leiders) in DSV's als goed (effectief) wordt ervaren⁹.



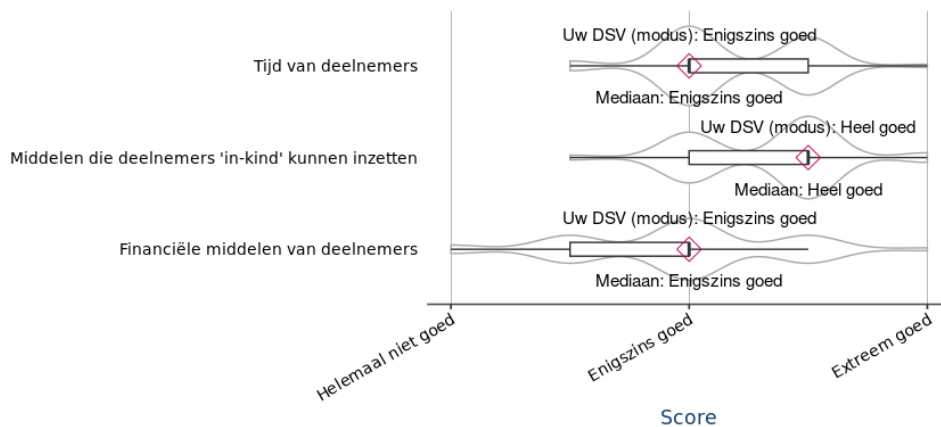
⁹ Wat voor soort leiderschap effectief is hangt sterk van de context af. De vier items van de gebruikte leiderschap-schaal zijn afkomstig uit de verkorte versie van de gevalideerde 'Partnership Self-Assessment Tool' (short-PSAT) (Cramm, et al. 2011). Deze antwoordschaal is ontwikkeld voor zorgnetwerken en gaat over verantwoordelijkheid nemen, deelnemers motiveren, mogelijkheden creëren om bij te dragen en diverse deelnemers werven. Het uitgangspunt is dat leiderschap zo bijdraagt aan vertrouwen, openheid voor bijdragen vanuit verschillende deelnemers en synergie. Voor de interpretatie van de geobserveerde scores is van belang dat de persoon die de vragenlijst invulde een significant aandeel heeft in het (in)formele leiderschap van het DSV en daarmee ook zichzelf beoordeelde.

3.2.4.4 Hulpmiddelen

In de volgende figuur kunt u zien in welke mate DSV's vinden voldoende te beschikken over verschillende benodigde niet-financiële hulpmiddelen¹⁰.



De laatste figuur over samenwerkingsprocessen geeft weer hoe goed verschillende hulpmiddelen, die beschikbaar zijn vanuit deelnemende organisaties, worden benut door DSV's¹¹.



¹⁰ De vier gebruikte items over diverse soorten niet-financiële hulpbronnen zijn afkomstig uit de verkorte versie van de gevalideerde 'Partnership Self-Assessment Tool' (short-PSAT) (Cramm, et al. 2011). Uit analyse (naar interne consistentie) blijkt onvoldoende samenhang tussen de itemscores om een betekenisvolle overkoepelende score te kunnen berekenen en presenteren. Daarom zijn de scores hier per item gepresenteerd.

¹¹ Ook deze drie items zijn gebaseerd op de verkorte versie van de gevalideerde 'Partnership Self-Assessment Tool' (short-PSAT) en gaan elk over een andere soort hulpbron (Cramm, et al. 2011). Om statistische redenen presenteren we opnieuw aparte scores per item en geen schaalscore (gemiddelde).

3.2.5 *Bouwstenen*

3.2.5.1 *Bouwsteen samenwerking*

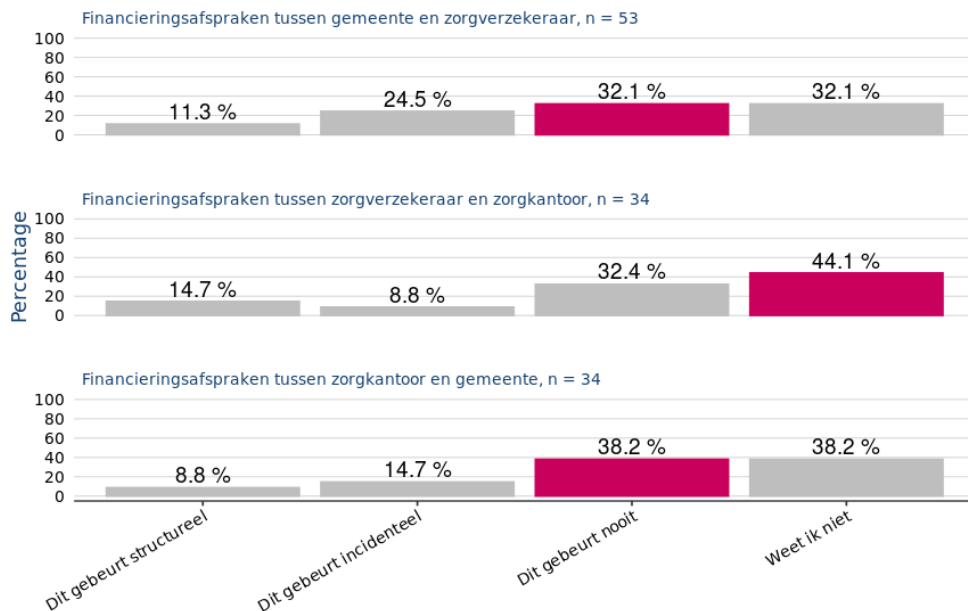
De vorige onderdelen '3.2.3 Samenwerkingsstructuur' en '3.2.4 Samenwerkingsprocessen' bevatten alle relevante resultaten over deze bouwsteen.

3.2.5.2 *Bouwsteen financiering en bekostiging*

De termen financiering en bekostiging worden vaak verschillend gebruikt. De gehanteerde definities zijn:

- **Financiering:** Hoe financiële middelen, op basis van stelselwetten (macroniveau), worden toegewezen aan verschillende vormen van zorg of ondersteuning.
- **Bekostiging:** Wat voor afspraken betalende en aanbieder met elkaar maken (op mesoniveau) over de hoeveelheid en voorwaarden van betalingen voor aangeboden zorg of ondersteuning.

In de volgende figuur kunt u zien in hoeverre gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren op een (in)formele manier gezamenlijk financiële middelen aanwenden of verdelen voor het structureel¹² uitvoeren van domeinoverstijgende activiteiten. Een lichtere kleur betekent dat over uw DSV ontbreekt geen resultaat beschikbaar is, omdat de betreffende combinatie van organisaties niet voorkomt in uw DSV of de vraag is opengelaten.



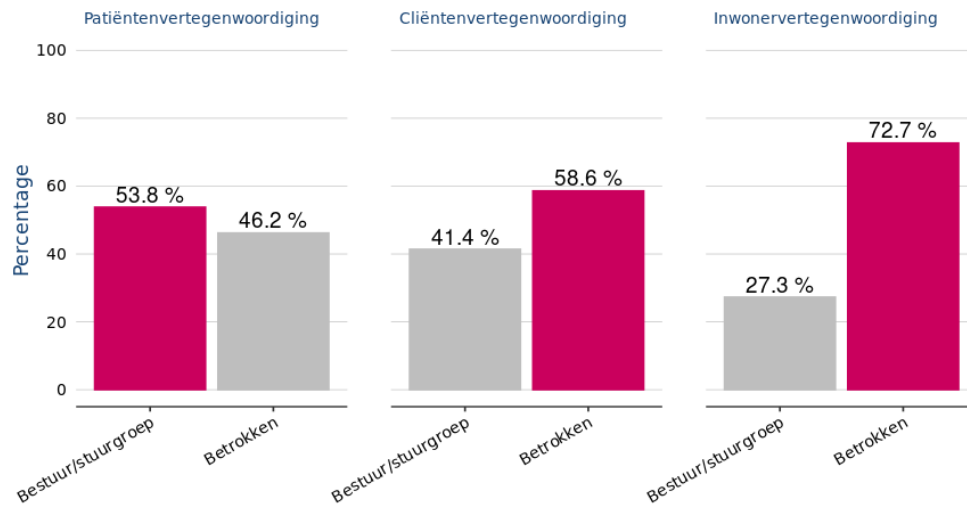
¹² Het aanwenden van tijdelijke financiële bronnen, zoals subsidies en transformatiegelden, is belangrijk voor de vorming en ontwikkeling van DSV's. In dit onderzoek concentreren we ons op ontwikkelingen op het gebied van structurele financiering en bekostiging, omdat dit als belangrijk wordt ervaren om veranderingen in zorg of ondersteuning de normale gang van zaken te laten worden. Zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren zijn organisaties die structurele geldstromen voor zorg of ondersteuning beheren. Elk doet dat op basis van andere macro-kaders. Om structureel over financiële middelen te kunnen beschikken voor uitvoering van domeinoverstijgende activiteiten, is het vaak van belang dat deze partijen onderling tot overeenstemming komen over ieders financiële bijdrage.

In de figuur onder het kopje 'Afspraken' is te zien in hoeveel DSV's er tussen partijen (in)formele bekostigingsafspraken bestaan die het nemen van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor DSV-ambities ondersteunen¹³.

3.2.5.3

Bouwsteen inwonerparticipatie

Onderstaand figuur beschrijft of doelgroep-vertegenwoordigers wel of niet betrokken zijn in uw DSV, op welk niveau (alleen betrokken of als onderdeel van bestuur/stuurgroep), en hoe vaak dat zo is onder alle DSV's¹⁴. Een lichtere kleur betekent dat uw DSV zich niet (direct) op patiënten, cliënten, of inwoners richt.

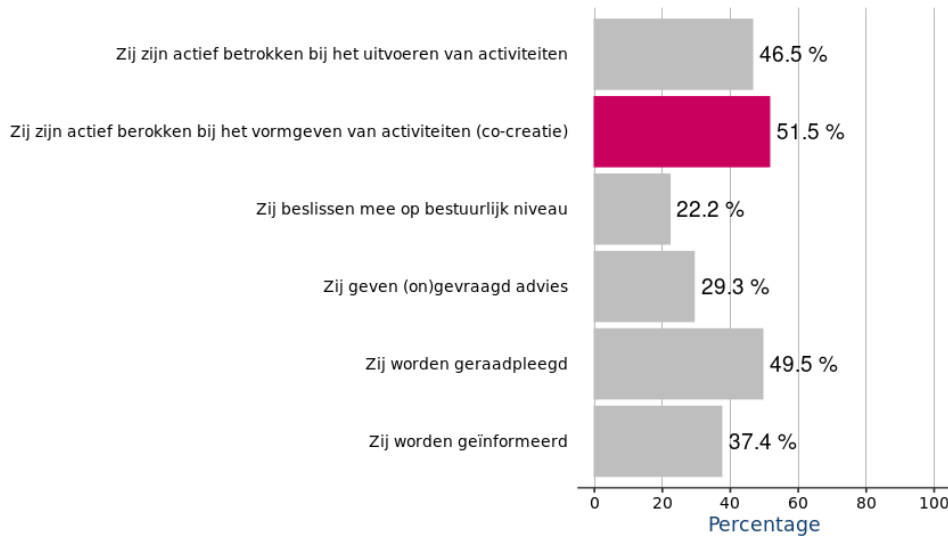


In de volgende figuur kunt u zien op welke wijze (vertegenwoordigers van) de doelgroepen betrokken worden binnen uw DSV en alle DSV's¹⁵.

¹³ Bekostigingsafspraken tussen partijen binnen DSV's bepalen aan welke financiële risico's en prikkels de betrokken organisaties worden blootgesteld. Dit bepaalt deels hoe zij zich zullen gedragen. Afspraken die niet in lijn zijn met het nemen van een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor DSV-doelen worden vaak als belemmerend ervaren, bijvoorbeeld voor een meer 'populatiegericht' aanbod. Er zijn diverse mogelijkheden om meer passende bekostigingsafspraken te maken, zoals het (experimenteel) introduceren van betaaltitels voor meer integrale prestaties, contracten met een langere looptijd om ruimte te bieden voor hervormingen in organisaties, of alternatieve vormen van bekostiging.

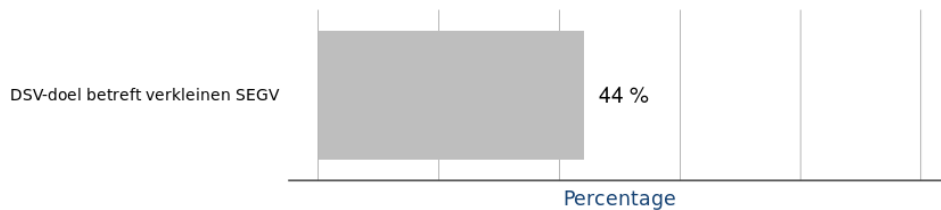
¹⁴ Om activiteiten te kunnen richten op de werkelijke behoeften en belangen van populaties is de vertegenwoordiging van patiënten, cliënten, of inwoners binnen het DSV cruciaal.

¹⁵ De wijze waarop participatie van de groepen aan wie de DSV-activiteiten zijn gericht wordt aangepakt is bepalend voor wat het oplevert. De mogelijke manieren om (vertegenwoordiging van) de doelgroep te betrekken die opgenomen zijn in de vragenlijst zijn gebaseerd op recent verschenen RIVM-onderzoek (De Weger et al. 2022).



3.2.5.4 Bouwsteen kwetsbare groepen

In de volgende figuur kunt u zien of uw DSV - en hoeveel DSV's in totaal - zich een gezamenlijk doel stellen over op het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV)¹⁶.



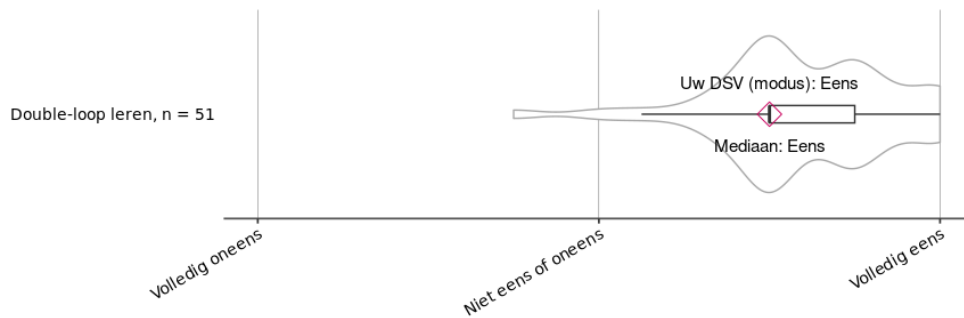
Onder 'doelen en ervaren effectiviteit' kunt u zien op welke IZA-doelgroepen DSV's zich richten.

3.2.5.5 Bouwsteen lerend vermogen

Onderstaand figuur laat zien in hoeverre leerstrategieën van DSV's - indien daar sprake van is - gericht zijn op leren transformeren (double-loop leren) en niet alleen optimaliseren (single-loop leren)¹⁷.

¹⁶ Een *Population Health Management* benadering kenmerkt zich, onder andere, door het ontwikkelen van activiteiten om het aanbod voor bepaalde risico-segmenten te verbeteren, zodat de belangrijkste gezondheidsproblemen van een bepaalde (lokale of regionale) populatie worden aangepakt. Deze benadering is een belangrijk uitgangspunt in het Integraal Zorgakkoord (o.a. van afspraken over regiobeelden en regioplannen). Het IZA benoemt ook een aantal doelgroepen met gezondheidsproblemen waarvoor verbetering van het lokaal/regionaal aanbod veel kan betekenen. Belangrijk bij het onderscheiden van groepen zijn niet alleen verschillen in gezondheid, maar ook de demografische en sociaaleconomische verschillen die daarmee samenhangen. We stelden geen detailvragen over een (eventuele) lokale of regionale risicostratificatie-aanpak.

¹⁷ Om lerend vermogen van DSV's te meten testten we een set van vier items (beantwoord met 5-punts Likert-schalen) over in hoeverre leerplannen ten behoeve van DSV's als geheel (indien deze bestaan) kenmerken hebben van *double-loop learning* (Argyris, 1977). Hiervoor is elke invuller gevraagd naar de mate waarin hij/zij het eens is met elk van vier stellingen over de leerstrategie voor het DSV. Deze stellingen gingen over of er plannen zijn voor het optimalisatie van activiteiten, herdefiniëren van normen, bijsturen van werkwijzen en doorontwikkelen van referentiekaders. De interne consistentie van de vragenset was 'voldoende' voor het berekenen en presenteren van een



Elders in dit rapport zijn andere resultaten te vinden die iets kunnen zeggen over het lerend vermogen van uw DSV en andere DSV's:

- Over kennisuitwisseling tussen professionals en tussen managers/bestuurders, zie onder 'vormen van verbinding in het DSV' bij het onderwerp 'samenwerkingsstructuur';
- Over voldoende beschikbaarheid van data en informatie, zie onder 'hulpbronnen' bij het onderwerp over 'samenwerkingsprocessen'.

3.3 Ontwikkelstadia

Dit deel verwijst naar specifieke resultaten die vermoedelijk relevant zijn om zelf in te kunnen schatten wat het ontwikkelstadium is van uw DSV¹⁸.

3.3.1 Stadium 1

Omschrijving: Er is een gezamenlijke ambitie en er is bereidheid om zorg en ondersteuning samen vorm te geven.

betekenisvolle gecombineerde score (een gemiddelde over de vier items). Met de vragenset kan niet het aangenomen onderscheid zichtbaar maken tussen de mate waarin leerplannen gericht zijn op 'loop 1' of 'loop 2' van *double-loop learning*.

¹⁸ De resultaten over ontwikkelstadia zijn uitsluitend bestemd voor deelnemende DSV's en worden niet als uitgangspunt voor iets anders gebruikt. Hopelijk dragen de resultaten bij aan het zelfbewustzijn over waar uw DSV staat en welke uitdagingen mogelijk nog zullen volgen. Ook nemen we u graag mee in een gezamenlijk leerproces van landelijke organisaties, wetenschappers en lokale en regionale ervaringsdeskundigen om stadia in de ontwikkeling van DSV's te kunnen onderscheiden.

De beschrijvingen van ontwikkelstadia zijn gebaseerd op voortschrijdend inzicht uit kwalitatief onderzoek onder negen vroegtijdige initiatieven voor 'populatiegezondheidsbeheersing' in Nederland (zgn. proeftuinen), gevolgd tussen 2014 en 2018 (Van Vooren et al., 2020). Op basis daarvan werd voorgesteld dat initiatieven een vijftal stadia meemaken bij transformatie van een zorgsysteem naar een gezondheidssysteem. Dit patroon werd herkend op basis van het regionale samenwerkingsmodel van Erikson (zie Siegel et al. 2018).

Het oordelen over het ontwikkelstadium uw DSV is aan betrokkenen van het DSV zelf. Wij stellen voor om uit te gaan van het principe dat 'een stadium is bereikt' als aan alle elementen van de omschrijving van een stadium, inclusief die van alle voorgaande stadia, van toepassing zijn. Ontwikkelstadia zijn gerelateerd aan de bestaansduur van een DSV, maar verloopt iteratief. Het 'ontwikkeltempo' en hoe DSV's in diverse opzichten 'stappen voor- en achteruit' maken varieert. De omschrijvingen bij elk stadium verwijzen naar een selectie van kenmerken, vooral over 'samenwerking' (bijv. netwerksamenstelling en samenwerkingscompetenties). In mindere mate gaan de omschrijvingen over andere 'bouwstenen' (financiering en bekostiging, lerend vermogen, inwonerparticipatie en gerichtheid op kwetsbare groepen). We veronderstellen dat een DSV idealiter in elk stadium ontwikkelingen doormaakt m.b.t. elke bouwsteen en dat samenwerking daar voortdurend een belangrijke voorwaarde voor is. In 2018 verkeerden alle initiatieven nog in het eerste tot en met het derde stadium.

Per definitie heeft een DSV zo'n ambitie. Een andere indicatie voor stadium 1 is in hoeverre deelnemers, door samen te werken, in staat zijn om doelen te stellen die breed begrepen en ondersteund worden.

- Zie samenwerkingscompetentie 'begrip en consensus over gemeenschappelijke doelen ontwikkelen' onder het kopje 'Samenwerkingscompetenties';
- Om consensus over gemeenschappelijke doelen in samenhang te bekijken met netwerkbestuur, zie kopje 'Vorm van netwerkaansturing'.

3.3.2 Stadium 2

Omschrijving: Partijen zijn er samen in geslaagd om concrete activiteiten (bijv. interventies of projecten) te ontwikkelen. Dit betreft in elk geval activiteiten binnen een bepaald domein (bijv. een activiteit van meerdere zorgpartijen).

Diverse mogelijk relevante indicaties voor het bereiken van stadium 2 zijn in dit rapport te vinden:

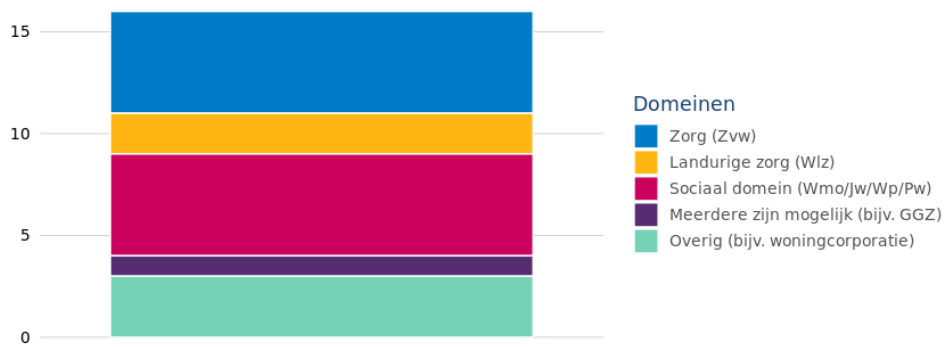
- Bekijk samenwerkingscompetenties m.b.t. probleemoplossing en implementatie van werkende strategieën onder het kopje 'Samenwerkingscompetenties';
- Kijk onder het kopje 'Vertrouwen';
- Bekijk gemaakte afspraken tussen deelnemende organisaties over werkwijzen, taken en de begrenzing van samenwerking onder 'Afspraken';
- Bekijk welke vormen van contact er bestaan tussen deelnemende organisaties bij 'Vormen van verbinding'.

3.3.3 Stadium 3

Omschrijving: Er is een voldoende mate van diversiteit van de betrokken organisaties om voor een populatie te kunnen komen tot verbetering in de vervulling van belangrijke behoeften, of in het functioneren/de gezondheid in brede zin. DSV's hebben de competenties om activiteiten met een domeinoverstijgend karakter uit te kunnen voeren. Er worden ondersteunende financiële afspraken gemaakt.

In de volgende figuur ziet u een vereenvoudigde weergave van hoeveel verschillende soorten organisaties uit verschillende domeinen er in de deelnemende DSV's betrokken zijn. De graaf bovenaan deel 3.2.4 bevat ook deze informatie.

Gemiddeld aantal organisatiesoorten per domein betrokken in DSV's



Mogelijk relevante indicaties voor het bereiken van stadium 3 die eerder dit rapport gepresenteerd zijn:

- Zie samenwerkingscompetenties en 'hulpbronnen';
- Zie vorm van netwerkaansturing';
- Bekijk resultaten over vormen van preventie waarop DSV's gericht zijn onder het kopje 'Preventie-aanpak';
- Zie resultaten over (strategische) veranderingen in deelnemende organisaties onder het kopje 'Ervaren veranderingen op organisatieniveau';
- Zie resultaten over financiering en bekostiging onder het kopje 'Bouwsteen financiering en bekostiging'.

In de vragenlijst was er beperkt ruimte voor meer gedetailleerde vragen over de DSV-activiteiten. Neemt u daarom het domeinoverstijgende karakter van de activiteiten binnen uw DSV mee in uw inschatting van het ontwikkelstadium van uw DSV.

3.3.4 Stadium 4

Omschrijving: De deelnemende organisaties reorganiseren en integreren hun diensten om te transformeren naar een gezondheids- en welzijnssysteem.

Mogelijk relevante indicaties voor het bereiken van stadium 4:

- Zie resultaten over (operationele) veranderingen in deelnemende organisaties onder het kopje 'Ervaren veranderingen op organisatieniveau'.
- Bekijk resultaten m.b.t. afspraken tussen deelnemende organisaties over bekostiging en kwaliteit voor het nemen van gemeenschappelijke verantwoordelijkheid onder het kopje 'Bouwsteen financiering en bekostiging'.

3.3.5 Stadium 5

Omschrijving: Structurele veranderingen zijn normaal geworden en de resultaten zijn merkbaar voor de populatie.

De omschrijving bij dit stadium impliceert dat de activiteiten van het DSV een groot deel van de doelpopulatie bereiken en daarmee potentieel effectief zijn op alle relevante niveaus (netwerk, organisatie en populatie). Goede indicaties daarover vereisen gegevens over de betreffende doelpopulatie. De vragenlijst kan dus geen goede indicaties geven voor het bereiken van dit stadium. In onderdeel 3.2.2 over doelen en ervaren effectiviteit kunt u wel resultaten vinden over de mate waarin (vanuit het DSV) ervaren wordt dat gestelde doelen voor populaties worden behaald.

3.4 Achtergrond

3.4.1 Het onderzoeksproject

Sinds 2019 voert het RIVM op verzoek van VWS de Lerende Evaluatie Juiste Zorg op de Juiste Plek (LE JZOJP) uit. Een onderdeel van deze evaluatie is het in kaart brengen van de ontwikkelingen van lokale en regionale domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden (DSV's). Dit deel van het onderzoek is doorontwikkeld om, onder andere, bij te dragen aan kennisbehoeften in verband met de landelijke akkoorden (IZA, GALA, WOZO). Het team van de LE JZOJP werkt samen met andere landelijke organisaties, projecten en activiteiten zoals het landelijk lerend netwerk domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden

(op initiatief van ZonMW) en een samenwerking (vanuit NZa) voor identificatie van samenwerkingsverbanden voor gezondheid in het kader van landelijke afspraken (IZA, GALA, WOZO).

3.4.2 *Definitie domeinoverstijgend samenwerkingsverband*

In de vragenlijst hanteren we de volgende definitie:

- Een groep van drie of meer organisaties waarin organisaties uit twee van de volgende drie categorieën vertegenwoordigd zijn: 1) het sociale domein (dienstverleners volgens de Wmo, Jw, Wpg, of Pw), 2) langdurige zorg (Wlz), of 3) overige zorg (Zvw). Er kunnen ook andere soorten organisaties deelnemen zoals inwonerinitiatieven, kennisinstellingen of bedrijven.
- Deze organisaties delen een ambitie om zorg en ondersteuning te verbeteren voor de inwoners van verschillende gebieden in Nederland: twee of meer wijken, of één of meer aangrenzende gemeenten of regio's.
- De organisaties hebben de intentie om langer dan een jaar samen te werken aan twee of meer concrete activiteiten (bijv. projecten of interventies), waarbij de behoeften en het functioneren van (kwetsbare) inwoners of patiënten centraal staan.

3.4.3 *Onderzoeksdoel*

Met het vragenlijstonderzoek willen we ontwikkelingen (relevante kenmerken over meerdere jaren) van Nederlandse DSV's beschrijven. Ook willen we verbanden ontdekken tussen eigenschappen van DSV's en *ervaringen* met het bereiken van gewenste veranderingen binnen organisaties en van uitkomsten voor de doelpopulaties. Het onderzoek richt zich op het beschrijven en verklaren van ontwikkelingen naar effectief domeinoverstijgend samenwerken. Het is voornamelijk niet mogelijk en niet de bedoeling om te oordelen hoe 'ontwikkeld' of 'effectief' individuele DSV's zijn. Op basis van de onderzoeksresultaten willen we bruikbare inzichten toegankelijk maken voor DSV's zelf en voor landelijke organisaties die DSV's stimuleren, begeleiden of faciliteren.

3.4.4 *Gegevensbescherming*

Informatie over individuele samenwerkingsverbanden wordt alleen gedeeld met een vertegenwoordiger van het betreffende samenwerkingsverband. Alleen onderzoekers die bij het project betrokken zijn, hebben ook toegang tot uw antwoorden en deze worden verwerkt binnen een beveiligde omgeving. Samengevoegde resultaten, over minimaal drie DSV's, worden wel openbaar gepubliceerd. Uw antwoorden worden nooit met anderen gedeeld zonder uw expliciete aanvullende toestemming. Als hiervoor in de vragenlijst aanvullende toestemming is gegeven, worden antwoorden - na verwijdering van persoonsgegevens - ook gedeeld voor wetenschappelijk onderzoek door Maastricht University.

De onderzoeksprocedures zijn goedgekeurd door de *Ethics Review Board* van de *Tilburg School of Social and Behavioral Sciences*. Voor eventuele opmerkingen of klachten over dit onderzoek kunt u ook contact opnemen met deze commissie via ERB@tilburguniversity.edu. Meer

informatie over het privacy beleid van het RIVM vindt u op onze website: <https://www.rivm.nl/documenten/privacyverklaring-rivm>.

3.4.5 *Wetenschappelijke verantwoording*

De onderwerpen in dit rapport en gebruikte meetinstrumenten zijn zorgvuldig geselecteerd op basis van lessen uit eerder RIVM-onderzoek (Lerende evaluatie JZOJP en Landelijke Monitor Proeftuinen) en internationale wetenschappelijke literatuur over effectief samenwerken aan gedeelde ambities voor gezondheid, of breder. Er is bij het verzamelen van data gezocht naar een balans tussen representativiteit voor DSV's in Nederland, compleetheid m.b.t. relevante ontwikkelingen en validiteit. Met betrekking tot elk van deze punten zijn er sterke punten en limitaties die aandacht vereisen bij toekomstige onderzoeksactiviteiten.

3.4.5.1 Representativiteit

Een 'gouden standaard' voor het beschrijven van de gehele populatie van DSV's - waaruit vervolgens een steekproef getrokken zou kunnen worden - bestaat niet. Netwerken zoals DSV's zijn bijvoorbeeld vaak geen formele juridische entiteit en veranderen regelmatig van ambitie, samenstelling of identiteit. In dit onderzoek zoeken we daarom vooralsnog pragmatisch naar zoveel mogelijk netwerken die aan de DSV definitie voldoen. Vervolgens hanteren we indicaties voor de representativiteit van DSV's uit verschillende gebieden, zoals (onverklaarbare) verschillen in aantallen DSV's tussen provincies, of de mate waarin gemeenten onderdeel uitmaken van de diverse populatiegebieden. Op basis van onze ervaringen adviseren we om te werken aan het continu/periodiek en landelijk inventarisatie van samenwerkingsverbanden. Over elk samenwerkingsverband wordt dan een kleine kernset van actuele gegevens verzameld. Daarbij kan worden uitgegaan van een bredere definitie m.b.t. relevante netwerken (o.b.v. soorten deelnemers, activiteiten, etc.).

3.4.5.2 Theoretische kaders

In de wetenschappelijke literatuur zijn erg veel uiteenlopende voorstellen over mogelijke antecedenten van 'effectiviteit' van inter-organisatorische samenwerking voor gezondheid, zoals DSV's (Peeters et al. 2023). Het omvat veel te veel om allemaal te bevragen in een enkele vragenlijst. Vanuit de volgende uitgangspunten zijn de onderwerpen en bijpassende vragen geselecteerd:

- *Theorie over netwerkeffectiviteit:* Uit deze literatuur is bekend dat het vaak niet lukt en over het algemeen lang duurt voordat netwerken hun ambities behalen. In het onderzoek vragen we naar ervaren effectiviteit. Om mogelijke antecedenten van (ervaren) effectiviteit te bestuderen selecteerden we vragen over grootte, bestaansduur, vertrouwen, netwerkcompetenties, consensus over doelen, diversiteit in deelnemende organisaties, hulpbronnen, governance van het gehele netwerk en effectiviteit. Effectiviteit wordt bevestigd op het niveau van het gehele netwerk en m.b.t. veranderingen in deelnemende organisaties. Effectiviteit van netwerken in elk relevant opzicht bepalen vereist ook metingen over de doelpopulatie die dit onderzoek niet doet (Provan & Milward 2001). Op basis van het onderzoek kunnen en zullen er ook geen causale interpretaties over de effecten van

domein-overstijgende samenwerking worden gedaan. Wel kan in de toekomst verkend worden of de verzamelde informatie - gekoppeld aan andere gegevensbronnen over populaties en met geschikte wetenschappelijke methoden - ook bruikbaar zijn om causale effecten en effecten op populatieniveau te onderzoeken.

- *Lopend onderzoek van Maastricht University* (promotieonderzoek Robin Peeters) richt zich onder andere op het inventariseren en categoriseren van voorgestelde antecedenten van netwerkeffectiviteit. Dit promotieonderzoek kijkt daarbij naar welke valide meetinstrumenten bruikbaar zijn om belangrijke antecedenten te meten. De gebruikte meetinstrumenten zijn gekozen op basis van tussentijdse resultaten uit dit onderzoek.
- *RIVM publicaties op basis van kwalitatief onderzoek* binnen relevante casussen (proeftuinen en leerregio's) die leidden tot bruikbare denkkaders, waaronder 'leidende principes', 'ontwikkelstadia' en 'bouwstenen' van populatiegezondheidsbeheersing (Van Vooren et al. 2020 & RIVM 2022). Een bouwsteen is bijvoorbeeld de participatie van inwoners/cliënten/patiënten (De Weger et al. 2022).

3.4.5.3 Aanvullende informatie over ontwikkelstadia

De volgende punten zijn van belang voor de interpretatie van resultaten in het hoofdstuk over ontwikkelstadia:

- Onze beschrijvingen van stadia zijn gebaseerd op voortschrijdend inzicht uit kwalitatief onderzoek onder negen vroegtijdige initiatieven voor 'populatiegezondheidsbeheersing' in Nederland (zgn. proeftuinen), gevolgd tussen 2014 en 2018 (Van Vooren et al., 2020). Er werd gevonden dat initiatieven mogelijk een vijftal stadia doorlopen bij transformatie van een zorgsysteem naar een gezondheidssysteem. Dit patroon werd herkend op basis van het regionale samenwerkingsmodel van Erikson (zie Siegel et al. 2018). De stadia werden in de geobserveerde casussen niet sequentieel maar cyclisch doorlopen. Ontwikkelstadia zijn gerelateerd aan de bestaansduur van een DSV, maar het 'ontwikkeltempo' en hoe DSV's in diverse opzichten 'stappen voor- en achteruit' varieert.
- De omschrijvingen bij elk stadium verwijzen naar een selectie van kenmerken, vooral over 'samenwerking' (bijv. netwerksamenstelling en samenwerkingscompetenties). In mindere mate gaan de omschrijvingen over andere relevante 'bouwstenen' van een populatiegezondheidsbenadering. We veronderstellen dat een DSV idealiter in elk stadium ontwikkelingen doormaakt m.b.t. elk van deze bouwstenen en dat samenwerking daar steeds een belangrijke voorwaarde voor is.
- In 2018 verkeerden alle initiatieven nog in het eerste tot en met het derde stadium.
- Patronen in ontwikkeling van DSV's ontdekken op basis van vergelijkend kwantitatief onderzoek onder veel netwerken vraagt nog om een grote onderzoeksinspanning. Het vragenlijst-onderzoek beoogt daaraan bij te dragen.

3.4.5.4 Validiteit

Om percepties van vertegenwoordigers van DSV's te meten is er waar mogelijk gebruik gemaakt van gevalideerde Likert-schalen. Daarmee kan worden geschat in hoeverre antwoorden op verschillende vragen over hetzelfde onderwerp consistent zijn ingevuld: een signaal dat een kenmerk van het DSV betrouwbaar is gemeten. In beschrijvende resultaten zijn alleen schaalscores opgenomen als de (interne) consistentie minstens 'voldoende' is (Cronbach's alpha > .7). Een algemene limitatie is dat vooralsnog een enkele informant per DSV de vragen invult. Er kunnen daarom geen samengestelde scores per onderwerp worden berekend uit antwoorden (m.b.t. percepties) van meerdere betrokkenen. Diverse eigenschappen van netwerken als geheel worden idealiter gemeten door afleiding uit antwoorden van vertegenwoordigers uit meerdere deelnemende organisaties. Een uitvraag per organisatie richt zich daarbij op bilaterale relaties met andere deelnemers, bijv. informatie-uitwisseling of vertrouwen. Deze aanpak is voorzien voor verdiepend vervolgonderzoek binnen DSV's die daar interesse in hebben.

Een korte toelichting per gebruikt instrument:

3.4.5.4.1 PSAT

Samenwerkingscompetenties, leiderschap en het aantrekken en goed inzetten van hulpbronnen zijn gemeten met Likert-schalen uit de verkorte versie van de gevalideerde 'Partnership Self-Assessment Tool' (short-PSAT) (zie Cramm, et al. 2011). De eerste Likert-schaal uit deze PSAT meet een algemene ervaring - bij goed functionerende samenwerking - dat voordelen van samenwerking (ten opzichte van ieder voor zich) zich manifesteren. Internationale wetenschappelijke literatuur over zorgnetwerken wordt dit omschreven als *partnership synergy* (Aunger et al. 2022 & Cramm et al. 2011).

3.4.5.4.2 Vertrouwen

Vertrouwen is gemeten met een aangepaste versie van de gevalideerde schaal van Simons & Peterson (2000).

3.4.5.4.3 Schaalscore planmatig leren

Om lerend vermogen van DSV's te meten testten we een korte Likert-schaal met vragen over twee veronderstelde dimensies van 'double-loop leren', op basis van een plan, binnen DSV's (Argyris, 1977).

3.4.5.4.4 Ervaren effectiviteit van het netwerk als geheel

Voor het meten van ervaren effectiviteit op het netwerkniveau was er geen gevalideerd meetinstrument beschikbaar. Er is gevraagd naar hoe effectief het DSV is in het bereiken van gestelde doelen met betrekking tot de van toepassing zijnde *quintuple aims* (Nundy, et al. 2022). Uit de gegeven antwoorden blijkt een positieve samenhang tussen effectiviteitswaarderingen voor uiteenlopende *quintuple aims*. Vanwege deze samenhang is het gemiddelde van ervaren effectiviteitswaarderingen betrouwbaar als algemene indicator voor de ervaren effectiviteit van een DSV. Gemiddelde scores van ervaren effectiviteit kunnen echter niet direct vergeleken worden tussen DSV's; zonder rekening te houden met dat de mate waarin ervaren effectiviteit afhangt van wat voor soort doelen dat men stelt.

3.4.5.4.5 Ervaren verandering in deelnemende organisaties

Om te meten in hoeverre ervaren wordt dat domeinoverstijgend samenwerken samengaat met veranderingen in deelnemende organisaties gebruikten we een eerder in wetenschappelijk onderzoek toegepaste antwoordschaal (Hearld et al., 2012). Het gepresenteerde cijfer is het gemiddelde van gegeven waarderingen (1-5) over zes vragenlijstitems over veranderingen van missie en visie, strategie, uitvoering van strategie, bestuursstructuur, personeelsbezetting en het aanbod van deelnemende organisaties.

3.4.6 Referenties

- Argyris, C. (1977). Double loop learning in organizations. *Harvard business review*, 55(5), 115-125.
- Aunger, J. A., Millar, R., Rafferty, A. M., Mannion, R., Greenhalgh, J., Faulks, D., & McLeod, H. (2022). How, when, and why do inter-organisational collaborations in healthcare work? A realist evaluation. *Plos one*, 17(4), e0266899.
- Cramm, J. M., Strating, M. M., & Nieboer, A. P. (2011). Development and validation of a short version of the Partnership Self-Assessment Tool (PSAT) among professionals in Dutch disease-management partnerships. *BMC research notes*, 4(1), 1-8.
- De Weger, E., Drewes, H. W., Van Vooren, N. J., Luijkx, K. G., & Baan, C. A. (2022). Engaging citizens in local health policymaking. A realist explorative case-study. *Plos one*, 17(3), e0265404.
- Hearld, L. R., Alexander, J. A., & Mittler, J. N. (2012). Fostering change within organizational participants of multisectoral health care alliances. *Health Care Management Review*, 37(3), 267-279.
- Nundy, S., Cooper, L. A., & Mate, K. S. (2022). The quintuple aim for health care improvement: a new imperative to advance health equity. *Jama*, 327(6), 521-522.
- Peeters, R., Westra, D., van Raak, A. J., & Ruwaard, D. (2023). So happy together: a review of the literature on the determinants of effectiveness of purpose-oriented networks in health care. *Medical Care Research and Review*, 80(3), 266-282.
- Provan, K. G., & Milward, H. B. (2001). Do networks really work? A framework for evaluating public-sector organizational networks. *Public administration review*, 61(4), 414-423.
- Provan, K. G., & Kenis, P. (2008). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of public administration research and theory*, 18(2), 229-252.
- RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2022). Update lerende evaluatie 2021: waar staan we met JZOJP? Bilthoven: RIVM.
- Siegel, B., Erickson, J., Milstein, B., & Pritchard, K. E. (2018). Multisector partnerships need further development to fulfill aspirations for transforming regional health and well-being. *Health Affairs*, 37(1), 30-37.
- Simons, T. L., & Peterson, R. S. (2000). Task conflict and relationship conflict in top management teams: the pivotal role of intragroup trust. *Journal of applied psychology*, 85(1), 102.
- Van Vooren, N. J. E., Steenkamer, B. M., Baan, C. A., & Drewes, H. W. (2020). Transforming towards sustainable health and wellbeing systems: Eight guiding principles based on the experiences of nine Dutch Population Health Management initiatives. *Health Policy*, 124(1), 37-43.

3.5 Deel 2: Correlatietabel ervaren mate van DSV-effectiviteit en verandering in deelnemende organisaties

Onderstaande tabel bevat de berekende correlaties (Spearman)⁺ tussen de – door programmamanagers - ervaren mate van:

- 1) Verandering in deelnemende organisaties - sinds het bestaan van het DSV – in overeenstemming met de gezamenlijke ambities (van het DSV). Hierbij kijken we naar twee specifieke aspecten waar verandering mogelijk betrekking op had: uitvoering van strategieën en het aanbod/de diensten van deelnemende organisaties.
- 2) Effectiviteit van het DSV als geheel in het bereiken van de gezamenlijk gestelde doelen binnen de vijf categorieën van de Quintuple Aims

	<i>Verandering in de strategische uitvoering</i>	<i>Verandering in het aanbod</i>
<i>Kwaliteit, n=53</i>	0.5*	0.7*
<i>Volksgezondheid, n=56</i>	0.3	0.4*
<i>Kosten, n=47</i>	0.4	0.5*
<i>Professioneel welbevinden, n=54</i>	0.5*	0.5*
<i>SEGV, n=31</i>	0.4	0.1

⁺ -1=perfect negatieve samenhang, 0=geen samenhang, 1=perfect positieve samenhang

*Statistisch significant bij tweezijdige toets met h_0 : correlatie=0 en $\alpha = 0,05$

4 Bijlage D (bij hoofdstuk 4)

Hoofdstuk 4 gaat in op onderzoeksvraag 3: *Wat zijn de leerervaringen van lokale, regionale en landelijke betrokkenen bij de beweging JZOJP?* Om inzicht te krijgen in deze ervaringen vanuit verschillende perspectieven zijn meerdere doelgroepen benaderd en meerdere dataverzamelmethode ingezet. Achtereenvolgens wordt beschreven welke doelgroep geselecteerd is voor dit onderzoek en hoe de werving heeft plaatsgevonden. Hierna wordt beschreven welke dataverzamelmethode zijn ingezet en hoe de data geanalyseerd zijn.

4.1 Selectie en werving per perspectief

Landelijke partijen

De landelijke IZA-partijen en enkele van de eerdere HLA-ondertekenaars, welke het IZA niet hebben ondertekend, zijn per mail uitgenodigd om deel te nemen aan een interview ter terugblik op de beweging JZOJP. Het betreft zowel brancheorganisaties als landelijke systeempartijen. Per landelijke organisatie is gevraagd aan de bestuurder en/of medewerker met de beweging JZOJP en/of IZA in hun portefeuille om deel te nemen aan een digitaal interview.

Lokale en regionale betrokkenen uit leerregio's

Om inzicht te krijgen in de ervaringen van lokale en regionale betrokkenen bij de beweging JZOJP zijn participanten geworven uit de tien DSV's die de leerregio's vormen van de lerende evaluatie. Per leerregio is via regiomanagers gevraagd te helpen bij het werven van bestuurders (vanuit zorg, welzijn en inwoner vertegenwoordigende organisaties), professionals (vanuit zorg en welzijn) en inwoners voor deelname aan een interview.

Groepsgesprekken patiënten en inwoners

Om ook vanuit het perspectief van inwoners naar JZOJP te kijken is een gevarieerde groep inwoners en patiënten geworven. De patiënten zijn via [ikzoekeenpatient.nl](https://www.ikzoekeenpatient.nl) benaderd voor een digitaal groepsgesprek ter reflectie op de beweging JZOJP en veranderingen in de zorg. In twee regio's zijn er meerlaagse sessies georganiseerd waar zowel bestuurders als professionals en inwoners gezamenlijk reflecteerden op de beweging aan de hand van lokale vraagstukken. In één leerregio is ook nog een groepsgesprek met drie inwoners gehouden over hun ervaringen met JZOJP.

Daarnaast is er in één leerregio een uitgebreid casusonderzoek uitgevoerd. Voor deze casus is met zorgverleners uit het sociaal en medisch domein gesproken over samenwerking tussen de domeinen en de organisatie van zorg en ondersteuning voor cliënten met zowel sociale als medische problematiek. Ook zijn cliënten en ervaringsdeskundigen gevraagd naar hun ervaringen met het lokale zorg- en ondersteuningsaanbod.

Tabel D Overzicht van perspectieven, dataverzamelmethode en aantal participanten

Perspectief	Dataverzamelmethode	Aantal participanten
Landelijke partijen	Interviews	27 HLA- en/of IZA-representanten (19 interviews)
Lokale en regionale professionals en bestuurders uit de leerregio's	Interviews	4 professionals en 11 bestuurders (14 interviews)
Inwoners en patiënten	Groepsgesprekken	3 inwoners uit één gemeente en 5 patiënten met variërende achtergrond (2 groepsgesprekken)
Lokale casus: Cliënten, ervaringsdeskundigen en professionals betrokken bij lokale aanpak Krachtige basiszorg	Interviews	7 cliënten, 6 ervaringsdeskundigen en 13 professionals
Meerlaagse sessies	Groepssessies	Inwoners, professionals en bestuurders uit 2 verschillende leerregio's
Gezamenlijke reflectie vanuit alle perspectieven	Uitwisselsessie	26; IZA-partijen, regiomanagers, bestuurders, professionals, inwonervertegenwoordiging en onderzoekers van het RIVM

4.2 Dataverzameling

Dataverzameling heeft plaatsgevonden met behulp van semi-gestructureerde interviews en groepsgesprekken. De interviews en groepsgesprekken hebben zowel fysiek als digitaal plaatsgevonden. Het groepsgesprek met inwoners en de meerlaagse sessies hebben plaatsgevonden op locatie in de desbetreffende gemeenten. De topiclijsten voor de interviews en groepsgesprekken waren gericht op de thema's: eigen definitie van de beweging JZOJP, eerdere inzet in de beweging JZOJP, ervaringen met de beweging JZOJP, geleerde lessen voor de toekomst.

4.3 Data-analyse

Na toestemming van de participanten zijn de interviews en groepsgesprekken opgenomen en letterlijk uitgetypt door uitgetypt.nl. Twee onderzoekers hebben de interviews gecodeerd met MaxQDA2022. De interviews zijn deductief gecodeerd op de eerdergenoemde thema's van de onderzoeksvragen. Hierbinnen zijn inductieve codes toegevoegd. De codes zijn hierna inductief op thema geclusterd om tot de belangrijkste resultaten te komen.