

Succesvol samenwerken binnen de jeugdzorg

Een spannend speelveld



Een onderzoek naar bevorderende en belemmerende factoren in de samenwerking tussen organisaties en professionals om kinderen integrale en goede zorg te bieden

André van Boekholt

April 2016

Master of Health Business Administration

Erasmus Centrum voor Zorgbestuur

“Spel is iets eigens. Het begrip daarvan is van een hogere orde dan dat van ernst.
Want ernst tracht spel uit te sluiten, maar spel kan zeer wel de ernst insluiten”

Johan Huizinga (1938)



**Erasmus
Centrum voor
Zorgbestuur**

De MHBA is een internationaal geaccrediteerd bedrijfskundig masterprogramma voor managers in de zorgsector. Het richt zich op optimaal vraaggerichte en efficiënte zorgverlening. Een strategisch perspectief wordt gecombineerd met de toepassing van innoverende bedrijfsconcepten. Het programma is een “executive MHBA program”. Het richt zich op managers die gevorderd zijn in hun loopbaan en zich eerder in leergangen en of de praktijk het gangbare bedrijfskundig instrumentarium hebben eigen gemaakt. Aan het diploma van de opleiding is de titel "Master of Health Business Administration" verbonden.

Deze thesis is de masterproef onder begeleiding en beoordeling van:
Dr. M. (Marco) de Witte & Dr. E.(Elly) Breedveld.

Foto voorkant: Polder Cup, een kunstwerk van de Spaanse kunstenares López (Ottoland, 2010)

Management Summary

In a short time the field of Youth care experienced a significant change due to the introduction of the Youth law on January first of 2015. This introduction consisted of two major changes: a transitional change (the structural change), as well as transformational change (the content renewal). The objective of these changes is to improve the overall care for children through a better and more integral healthcare system. This change is part of three decentralisations (Youth, WMO and Participation) in the social domain. Responsibilities are now shifted to local authorities, since they are expected to be able to arrange healthcare in a more organised matter. This shift demands a different kind of collaboration between health care providers and local authorities. Only a strong collaboration will enable to reach the objected goals, however collaborating in this newly created field will be challenging for all stakeholders.

Therefore, the aim of this study will be to measure the quality of the current collaborations between local authorities and health care providers in the social domain. The results of this study will be used to provide recommendations to health care professionals, policymakers and local authorities to improve collaborations, which would hopefully result in a better care provision for children. This study will have an exploratory nature, since most effects of the transformation in the Youth care are not yet quantifiable. Hence, effects of the transition will be identified by mapping the experiences of stakeholders in the social domain. Secondary data from a literature study as well as a case study of three town councils will be used to identify the effects. In addition, one of the town councils will be included in an participatory study, where current practices are evaluated by advisors and health care professionals and, if possible, improved.

A literature study gave insights into different theories on integral healthcare, collaboration, change management and learning processes. These insights are translated to a conceptual model, connecting these theories. An important element of this conceptual model is the notion of “moments of truth”, referring to critical incidents, where a good collaboration is necessary, but does not come naturally. These incidents will shape a new environment for professionals, which can be challenging. The quality of future collaborations will be mainly based on these incidents and the lessons that are learned from this new environment. Positive experiences will facilitate a good collaboration, while negative experiences can obstruct the collaboration. The empirical research at the three town councils focused on evolution of the collaboration and integral care. At one of the town councils professionals were asked about the quality of collaboration. They were asked about two “moments of truth”, one with a positive outcome and one with a negative outcome. These stories were analysed on factors influencing the collaboration. This analysis identified five clusters that facilitate good collaboration: attitudes of professionals; decision making processes; rule of game; organisation and sharing of knowledge. These clusters were worked out in storylines. Together with the policy advisors and health care professionals the conclusions of the research were translated into recommendations for improving the integral care for one specific town council.

This research shows that the transformation of Youth care is still at the beginning and it will take time to identify and fix all problems. In the new local field it is important to start with problems where collaboration is necessary. To succeed it is important that local authorities and health care providers determine a direction and set targets, to provide a framework for good practice. Health care professionals will benefit of a well-organised integral health care system, which gives them the space for own input and reflections, especially in this new environment with challenging collaborations. A dialogue between governors and professionals is necessary to determine how Youth care can be broadened and deepened. Future research should focus on comparable case studies and the effect of the transformation of Youth care by mixed methods (qualitative and quantitative research).

Inhoudsopgave

Management Summary.....	3
1. Inleiding en onderzoeksmodel	6
1.1. De transitie en transformatie van de jeugdzorg	6
1.2. Onderzoeksmodel	7
1.3. Vraagstelling	9
1.4. Onderzoeksmodel	9
1.5. Leeswijzer	10
2. Context van het onderzoek	11
2.1. Inleiding	11
2.1. De transitie en transformatie van de jeugdzorg	11
2.3. Conclusie	16
3. Literatuurstudie	17
3. 1. Inleiding	17
3.2. Integrale gezondheidszorg	17
3.3. Samenwerking tussen organisaties en professionals	19
3.4. Veranderkunde	26
3.5. Leerprocessen	28
3.6. Werkingsmechanismen succesvolle samenwerking: momenten van waarheid	30
4. Onderzoekopzet.....	32
4.1. Onderzoeksdesign	32
4.2. Dataverzameling	32
4.3. Data-analyse	34
4.4. Validiteit en betrouwbaarheid	34
5. Resultaten onderzoek.....	36
5.1. Inleiding	36
5.2. Ontwikkeling en aanpak jeugdzorg	36
5.3. Kwaliteit van samenwerking	44
5.4. Ervaren effecten van zorg	50
5.5. Belemmerende en bevorderende factoren voor samenwerking	51
6. Conclusies	55
6.1. Inleiding	55
6.2. Conclusies	55
6.3. Discussie	60

6.4. Aanbevelingen	64
7. Nawoord	67
Literatuurlijst	68
BIJLAGEN	71
Bijlage 1: Budget Jeugdwet	71
Bijlage 2: Raamwerk populatiegerichte aanpak (Baan)	72
Bijlage 3: Sleutelprincipes voor integratie van zorg (Suter)	73
Bijlage 4: Ontwikkelingsfasen van ketenzorg (Minkman)	74
Bijlage 5: Leren samenwerken tussen organisaties (Kaats en Opheij)	75
Bijlage 6: Ordening van samenwerking (Van Rijsdijk)	76
Bijlage 7: Samenwerkingsmodellen (Vilans)	77
Bijlage 8: De kunst van tegenstellingen (Stacey)	78
Bijlage 9: Deelnemers interviews	79
Bijlage 10: Interviewschema beleidsadviseurs	80
Bijlage 11: Interviewschema professionals	82
Bijlage 12: Momenten van waarheid: beschrijvingen	85
Bijlage 14: Overzicht momenten van waarheid: codering	92
Bijlage 15: Speelveld voor het bieden van integrale gezondheidszorg gemeente Overbetuwe ...	93

1. Inleiding en onderzoeksmodel

1.1. De transitie en transformatie van de jeugdzorg

Door de invoering van de jeugdwet en de transitie naar de gemeenten is het speelveld van de jeugdzorg in korte tijd enorm veranderd. De doelstelling van deze transitie is een transformatie van de jeugdzorg, waardoor het beter en beter betaalbaar wordt. Het gaat niet alleen om toedeling van patiënten naar een passende vorm van zorg (*matched care*) maar ook om betere samenwerking tussen aanbieders (*ketenzorg*). Binnen elke gemeentelijke regio¹ (42) in Nederland wordt vorm gegeven aan dit proces, waarbij er veel ruimte is voor een eigen invulling. Voorbeelden van deze ruimte zijn de diverse vormen van aanbesteding en organisatie van samenwerking. Een positieve redenering hierbij is dat de zorg verdeeld wordt over meerdere spelers, die complementair zijn aan elkaar en met elkaar het beste voor de patiënt voor hebben. Dit sluit aan bij de visie op samenwerking van Kaats en Opheij (2012).

Een samenwerking is kansrijk als mensen en organisaties zich met elkaar weten te verbinden in een betekenis gevend proces dat recht doet aan de belangen en gericht is op een betekenisvolle ambitie. Het is de grote opgave om daarvoor de juiste condities te scheppen.

De werkelijkheid is echter weerbarstig. Tegelijkertijd strijden spelers ook voor hun eigen belangen vanuit eigen overtuigingen en proberen ze de schaarse middelen (budgetten) binnen te halen met concurrentie tot gevolg. De transformatie van de jeugdzorg is nog volop in ontwikkeling en niet altijd succesvol volgens de transitiecommissie Sociaal Domein (3e voortgangsrapportage september 2015).

"Tussen gemeenten en de jeugdhulp bestaat een groot onderling wantrouwen en dat komt de zorg niet ten goede". " Wat de oorzaken ook zijn, het baart ons zorgen dat de discussie voornamelijk in de media en op bestuurlijk- en brancheniveau wordt gevoerd. Het bevestigt het beeld van een onderling institutioneel wantrouwen. Dat werkt averechts, zelfs escalerend, en dat brengt een oplossing niet dichterbij."

Met de invoering van de jeugdwet in 2014 en met de transitie naar de gemeenten is er in 2014 ervaring opgedaan met de nieuwe vorm van zorgverkoop. Een nieuw spel met nieuwe spelers, zonder dat alle spelregels allemaal duidelijk waren. Dit verklaart de grote variëteit van samenwerkingsafspraken binnen de 42 regio's en de variëteit in effecten voor spelers. Gedurende 2015 vindt de realisatie plaats en wordt al doende de uitvoering en verantwoording verbeterd. In de 2^e helft van 2015 vindt in veel gevallen de nieuwe zorgverkoop plaats en worden afspraken gemaakt over de uitvoering voor 2016. Voor de zorgaanbieders zoals de specialistische GGZ (SGGZ) en de generalistische basis GGZ (GBGGZ) is deze verandering een enorme transformatie voor zowel de financiering, de toedeling van patiënten als de verantwoording van de kwaliteit van de zorg. De dwingende veranderingen in het zorglandschap vragen om een herijking van de strategie van zorgaanbieders. Op welke wijze kunnen zij in het domein jeugdzorg omgaan met deze veranderingen? Hoe wordt samengewerkt met nieuwe spelers zoals de sociale wijkteams? Op welke wijze geeft iedere gemeentelijke regio, en daarbinnen de deelnemende gemeente, vorm aan de samenwerking als financier (betaler) en als klant (beslisser)? Wat levert deze samenwerking op in het licht van de beoogde doelstellingen van de jeugdwet? Deze ontwikkeling leidt binnen elke gemeentelijke regio tot een nieuwe marktverdeling en tot nieuwe vormen van samenwerking.

¹ Om de transitie jeugdzorg goed voor te bereiden hebben de gemeenten een landelijke indeling gemaakt van 42 regio's.

Binnen het sociaal domein is deze samenwerking een nieuwe werkelijkheid waar nog geen kant-en-klare oplossingen voor zijn en waar de verwachtingen van de stakeholders verschillend zijn over het mogelijke succes. Voor zorgaanbieders binnen dit sociaal domein is dit vraagstuk relevant omdat de complexiteit en onvoorspelbaarheid het lastig maakt om een goede strategie te bepalen. De benodigde strategie binnen één regio kan in een andere regio en zelfs gemeente weer verschillen doordat het speelveld varieert. Het is voor zorgaanbieders lastig om vooraf te voorspellen welke vorm van samenwerking succesvol is. Tegelijkertijd is het noodzakelijk om beter inzicht te krijgen op de condities voor succesvolle samenwerking omdat de ingezette transformatie onomkeerbaar lijkt en er meer moet worden samengewerkt. Zorgaanbieders zullen zich moeten verhouden tot deze nieuwe werkelijkheid en meer als netwerkorganisatie hierop moeten anticiperen. Voor gemeentelijke regio's is dit vraagstuk relevant omdat ze positieve invloed willen uitoefenen op de organisatie van de zorg. Het primaat van de regio van de zorg ligt bij de gemeenten en zij willen toezien op de wijze waarop zorgaanbieders elkaar aanvullen en op de noodzaak tot zorg om de vraag beter te reguleren.

1.2. Onderzoeksmodel

In deze scriptie doe ik onderzoek naar de bevorderende en belemmerende factoren in de samenwerking binnen het domein jeugdzorg, voor het bieden van integrale en goede zorg aan kinderen. Dit onderzoek vindt plaats binnen de gemeentelijke regio Arnhem, een regio die volop aan het onderzoeken is hoe zij haar dienstverlening kan verbeteren.

De doelstelling is:

Het doen van aanbevelingen aan professionals en bestuurders van zorgaanbieders en gemeenten over hoe zij de samenwerking kunnen verbeteren en daardoor kinderen integrale en goede zorg kunnen bieden.

Door onderzoek naar de bestaande praktijk wil ik de ontwikkeling van de samenwerking tussen organisaties en het effect op de zorg aan kinderen in beeld brengen. In welke mate leidt de samenwerking ook tot integrale en betere zorg? Binnen dit onderzoek gaat het om zorg waarvoor samenwerking nodig is.

Dit onderzoek is *maatschappelijk relevant* omdat de invoering van de jeugdwet en de transitie en transformatie van de jeugdzorg een ingrijpende verandering met hoge ambities is waarvan de effecten nog beperkt zichtbaar zijn. Na de start in 2015 met een focus op een nieuwe inrichting kunnen in 2016 de resultaten van deze ontwikkeling beter beoordeeld worden en benut worden voor doorontwikkeling. De noodzaak tot betere samenwerking om tot een groter maatschappelijk rendement te komen is bijvoorbeeld zichtbaar bij kinderen met een vermoeden tot autisme (zie box 1). Voor de deelnemende gemeenten is dit onderzoek ook *praktisch relevant* en beoogt het als actieonderzoek een bijdrage te leveren aan de bestaande praktijk. Dit onderzoek is *wetenschappelijk relevant* omdat het verbanden maakt tussen bestaande theorieën en van daaruit de praktijk onderzoekt. Door dit onderzoek probeer ik ook aanbevelingen te doen over praktijkgericht wetenschappelijk vervolgonderzoek.

Box 1: Integrale gezondheidszorg bij kinderen met autisme

Een specifieke doelgroep binnen de jeugdzorg zijn kinderen met autisme. In de maatschappelijke businesscase van de werkgroep “vanuit autisme bekeken (VAB)” (oktober 2015) wordt de decentralisatie als kans gezien waarin door betere samenwerking de vroegsignalering – en behandeling vergroot kan worden. Door een integrale en levensbrede aanpak kan de zelfredzaamheid en preventie vergroot worden. De preventie richt zich niet op het voorkomen van autisme, dat is niet mogelijk, maar op het herkennen van autisme, het creëren van een autismevriendelijke omgeving, en de juiste ondersteuning op momenten dat hulp nodig is. Voor jongeren duurt het nu gemiddeld 5 jaar voordat de juiste diagnose wordt gesteld en 4 trajecten voordat de juiste behandeling wordt aangeboden. Terwijl wetenschappelijk bekend is dat vroegsignalering en –behandeling effectief is. In de wetenschapsagenda GGZ (versie augustus 2015) is één van de drie pijlers vroegere behandeling om grotere negatieve effecten te voorkomen. In een brief van staatssecretaris Van Rijn aan de tweede kamer (12 oktober 2015) erkent hij het belang van verbeteringen en kondigt hij nader onderzoek aan voordat de aanbevelingen van de werkgroep VAB worden overgenomen.

Uit deze doelstelling volgt dat vroege herkenning en tijdig opschalen naar zwaardere zorg nodig is om grotere negatieve effecten te voorkomen. Waar vindt de eerste herkenning plaats en hoe kan dit op de juiste waarde worden ingeschat? Een diagnose autisme wordt in Nederland meestal niet vóór de kleuterperiode gesteld, terwijl er kennis en ervaring is op het gebied van vroegherkenning op jongere leeftijd. Binnen het Landelijk Netwerk Autismen Jonge Kind (LNAJK) en de academische werkplaats autisme “Samen doen!” wordt samengewerkt om vroegere herkenning van autisme en daarmee vroege interventie om de ontwikkeling van het kind en zijn omgeving optimaal te bevorderen.

De ervaring en doelstelling voor de integrale gezondheidszorg voor autisme sluit aan bij de doelstellingen van de transformatie van de jeugdzorg. Het is daarmee een goede illustratie van de mogelijkheid tot betere integrale gezondheidszorg en de noodzaak tot betere samenwerking tussen organisaties en professionals.

- Het kan leiden tot vroegere herkenning en interventie
- Het richt zich niet alleen op zorg maar ook op preventie en welzijn
- Het richt zich niet alleen op kind maar ook op het systeem

Alleen door betere samenwerking op het gebied van toegang, toeleiding en behandeling kunnen ook betere resultaten worden bereikt, waardoor het rendement van zorg wordt vergroot. In deze visie wordt uitgegaan van het principe van matched care waarbij een goede en vroege inschatting van de aard en de ernst van de stoornis leidt tot de juiste behandeling en zorg.

De werkgroep Vanuit Autismen Bekeken heeft begin 2016 een analyse gepubliceerd over de samenwerking rondom autisme in Nederland en het functioneren van de in 1999 opgerichte netwerken op basis van een Landelijk Convenant Autismen dat de brancheorganisaties van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en onderwijs met elkaar afsloten. Deze netwerken zijn van oorsprong gericht op samenwerking tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en onderwijs. In de huidige praktijk is het grootste deel van de leden zorgaanbieder. Organisaties die op andere levensterreinen werken zijn in mindere mate aangesloten. Onderwijs was vaak niet vertegenwoordigd door onderwijsorganisaties zelf, maar door de steunpunten autisme. Door de grote veranderingen in het sociale domein staat de samenwerking onder druk. Er zijn nieuwe partijen in het sociale domein en veel organisaties zijn vooral bezig met hun eigen positie, hun nieuwe taken en opgelegde bezuinigingen. Een acuut knelpunt voor de autismenetwerken is dat de steunpunten autisme in veel regio's verdwijnen, terwijl die steunpunten juist de verbinding met onderwijs vormden en vaak veel inhoudelijke expertise over autisme inbrachten bij casuïstiek besprekingen. Gemeenten en samenwerkingsverbanden onderwijs zijn op dit moment nog nauwelijks betrokken bij de autismenetwerken.

De werkgroep ziet een noodzaak om autisme-expertise voor de toekomst op een goede manier te vergroten en toegankelijk te maken voor vernieuwing en innovatie. De werkgroep doet enkele aanbevelingen voor verbetering van de samenwerking, zoals aansluiting bij de nieuwe regionale landschappen, faciliteren van ondersteuning over de schotten en leren van praktijkvoorbeelden in de regio.

1.3. Vraagstelling

Om een antwoord te geven op de doelstelling heb ik de volgende vraagstelling geformuleerd:

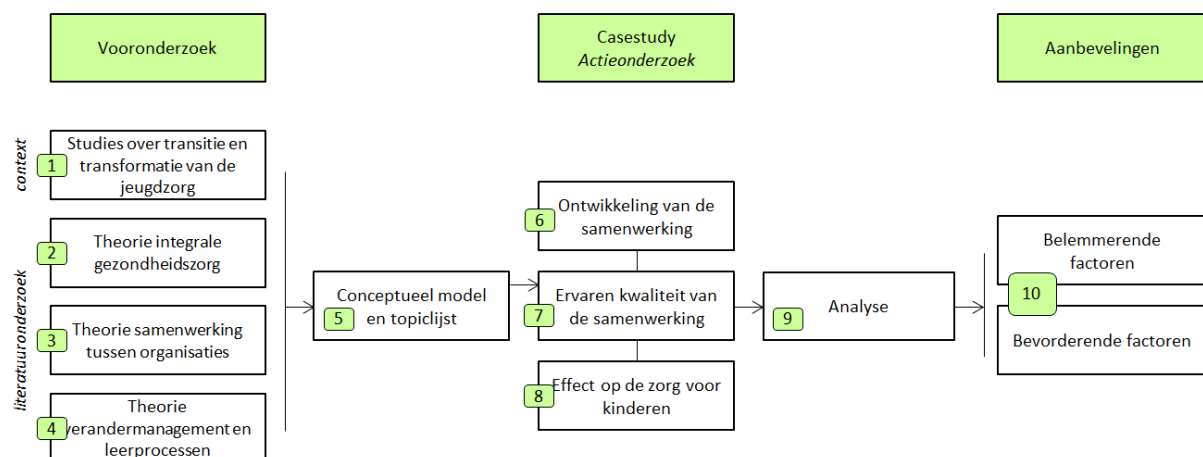
Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren in de samenwerking tussen organisaties en professionals om kinderen integrale en goede zorg te bieden?

Dit leidt tot de volgende deelvragen, met een verwijzing naar het hoofdstuk, paragraaf:

- 1) Wat is de context van de transitie van de jeugdzorg en wat betekent dit voor de samenwerking tussen organisaties? (*hoofdstuk 2*)
- 2) Welke condities worden in de literatuur gedefinieerd om tot een goede integrale gezondheidszorg te komen van kinderen? (*hoofdstuk 3.2*)
- 3) Welke condities worden in de literatuur gedefinieerd om succesvol samen te werken tussen organisaties en tussen professionals binnen deze context? (*hoofdstuk 3.3*)
- 4) Welke veranderaanpak past volgens de literatuur binnen het gegeven vraagstuk? (*hoofdstuk 3.4 en 3.5*)
- 5) Wat is gegeven bovenstaande onderzoeksvragen een model om onderzoek te doen naar de kwaliteit van samenwerking tussen organisaties en professionals om tot betere gezondheidszorg te komen? (*hoofdstuk 3.6 en 4*)
- 6) Welke vormen van samenwerking zijn binnen de regio uitgewerkt en hoe hebben deze zich ontwikkeld? (*hoofdstuk 5.2*)
- 7) Hoe ervaren de professionals deze vormen van samenwerking in het licht van de doelstelling?
 - o Welke interventies zijn ingezet en welke leerervaringen zijn opgedaan om de samenwerking te verbeteren? (*hoofdstuk 5.3*)
 - o In welke mate ervaren de professionals en beleidsadviseurs dat dit de realisatie van de doelstelling dichterbij brengt? (*hoofdstuk 5.3*)
- 8) Welke eerste effecten op de zorg van kinderen zijn al zichtbaar als gevolg van de samenwerking volgens de professionals? (*hoofdstuk 5.4*)
- 9) Welke belemmerende en bevorderende factoren in samenwerking tussen organisaties en professionals worden sinds de uitvoering van de jeugdwet ervaren? (*hoofdstuk 5.5*)
- 10) Welke aanbevelingen kunnen vanuit het literatuuronderzoek en de casestudie worden gedaan om succesvoller samen te werken? (*hoofdstuk 6*)

1.4. Onderzoeksmodel

Dit leidt tot onderstaand model (figuur 1) waarin de onderzoeksvragen worden weergegeven. Dit model wordt in hoofdstuk 4 uitgewerkt in een technisch onderzoeksmodel.



Figuur 1: Onderzoeksmodel

1.5. Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt de context van de transitie en de transformatie van de jeugdzorg beschreven. Wat is de aanleiding van deze verandering en wat zijn de ambities. Welke uitgangspunten worden gehanteerd bij de opdracht aan de gemeenten om integrale en goede jeugdzorg te organiseren. En welke uitdagingen worden hierbij verwacht en zijn al zichtbaar in de rapportages en studies over deze verandering.

In hoofdstuk 3 volgt een literatuurstudie over de samenhang tussen drie kennisgebieden: integrale gezondheidszorg, samenwerking en veranderkunde. Wat is integrale gezondheidszorg en waarom is dit nodig voor goede jeugdzorg. Waarom is samenwerking tussen organisaties en tussen professionals nodig voor integrale zorg. En welke veranderaanpak past bij deze specifieke verandering van de jeugdzorg zodat het ook leidt tot meer integrale zorg.

In hoofdstuk 4 wordt de onderzoeksopzet beschreven. Een casestudie bij drie gemeenten in regio Arnhem, waarbij zowel bureauonderzoek is gedaan als een empirische studie door interviews en observatie. Bij drie gemeenten is de ontwikkeling van de integrale zorg in beeld gebracht. Bij één van deze gemeenten is gekeken naar de ervaren kwaliteit van samenwerking tussen de professionals en organisaties en wordt het effect op de zorg van kinderen beschreven.

In hoofdstuk 5 worden de resultaten van dit onderzoek beschreven en geanalyseerd. In hoofdstuk 6 wordt door een vergelijking van de literatuurstudie en de resultaten, conclusies getrokken en aangegeven welke bevorderende en belemmerende factoren in de samenwerking zichtbaar zijn. Hierbij worden deze conclusies bediscussieerd en volgen er aanbevelingen voor gemeenten, zorgaanbieders en professionals. In hoofdstuk 7 sluit ik af met een nawoord.

In de thesis maak ik op meerdere plaatsen gebruik van een korte samenvatting van de voorgaande tekst. Hierin wordt de kern beschreven en een brug gevormd naar de volgende tekst. Het lezen van deze blauwe passages biedt de kans om snel de essentie te lezen.

Box 2: Poldervoetbal: een spannend speelveld

De Spaanse kunstenares López, internationaal bekend met uiteenlopende visuele ingrepen in de openbare ruimte, speelt met de Nederlandse liefde voor voetbal, water en polderen. In de polders bij het Zuid-Hollandse Ottoland schilderde ze in 2010 voetbalvelden op de weilanden. Sloten lopen dwars door de velden heen (*zie foto voorblad*). Ze organiseerde een wedstrijd, de Polder Cup. Deze visuele ingreep en de uitdaging van een wedstrijd verandert de voetbaltaal. López: "De voetbalregels worden onder meer bepaald door de vorm van het veld. Als je die vorm verandert, veranderen de regels en dus het voetbalspel zoals we het nu kennen. Het wordt een nieuw spel. Spelers moeten nieuwe tactieken bedenken en vinden zo het voetbal opnieuw uit."

De transitie van de jeugdzorg kun je zien als een nieuw speelveld. Dwars door de bestaande verdeling wordt een lokaal speelveld getekend en wordt onder regie van de gemeente verwacht dat het spel tot succes leidt. Maar wat gebeurt er nu echt in het veld? Welke spelers spelen mee en wie niet meer? Welke oude spelregels worden ingeruild voor nieuwe? Hoe wordt er omgegaan met overtredingen? Wordt er gepolderd als het spannend wordt? In deze thesis gebruik ik deze metafoor soms voor nieuwe inzichten. Ik nodig de lezer ook uit om deze metafoor in te zetten voor het eigen lokale speelveld.

2. Context van het onderzoek

2.1. Inleiding

In dit hoofdstuk schets ik de aanleiding en achtergrond van de transitie en transformatie van de jeugdzorg. Welke doelen zijn in deze verandering meegegeven en hoe hangt deze verandering samen met eerder ingezette veranderingen in het sociaal domein. Daarnaast schets ik de uitgangspunten binnen deze verandering in de opdracht aan de gemeenten om integrale en goede jeugdzorg te organiseren, en de uitdagingen die het afgelopen jaar zichtbaar werden in de rapportages en studies over deze verandering.

2.1. De transitie en transformatie van de jeugdzorg

In het regeerakkoord 2012 (Rutte & Samson, 2012) staat dat er een omslag gemaakt wordt binnen de langdurige (welzijns)zorg naar “meer maatwerk, meer zorg in de buurt, meer samenwerking tussen de verschillende aanbieders maar ook naar houdbaar gefinancierde voorzieningen, zodat ook latere generaties er nog gebruik van kunnen maken”. Vanaf 2014 heeft het kabinet ingezet op drie grote decentralisaties binnen het sociale domein. De gemeenten zijn verantwoordelijk gemaakt voor een groot aantal nieuwe taken via drie wetten: de Jeugdwet, de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en de Participatiewet. Deze drie decentralisaties zijn in eerste instantie ingezet om het voor de burgers beter en overzichtelijker te regelen. Ook wordt met de decentralisaties invulling gegeven aan de veranderende maatschappij: van verzorgingsstaat naar participatiemaatschappij. Het idee is dat door het dichtbij de burger te organiseren meer mogelijkheden worden gecreëerd om maatwerk te leveren en bureaucratie te voorkomen. Daarnaast is er ook een sterke financiële noodzaak voor veranderingen. Voor de jeugdhulpverlening in het bijzonder wordt vanaf 2015 nog meer gestuurd op een afname van de groei van alle typen hulpverlening (bijlage 1) in combinatie met grote bezuinigingen.

De decentralisatie in de jeugdhulpverlening gaat gepaard met een grote stelselwijziging en regelt wijzigingen in de jeugdhulp op drie niveaus (Spoorboekje transitie jeugdzorg, 2012):

- | | |
|--------------|--|
| Inhoudelijk: | een omslag (transformatie) van (complexe, verkokerde) zorg veraf naar (eenvoudige, integrale, preventieve) ondersteuning en zorg dichtbij (zie ook Bijlage 3). |
| Bestuurlijk: | verantwoordelijkheid van ministerie van VWS, ministerie van Veiligheid en Justitie, provincies en zorgverzekeraars/ zorgkantoren naar gemeenten (in samenhang met andere stelselwijzigingen, zoals passend onderwijs, sociale zekerheid, AWBZ en WMO). |
| Financieel: | bundeling van financieringsstromen , harmonisatie bekostigingssystemen, invoering jeugdzorg-brede eigen bijdrage. |

De inhoudelijke wijzigingen worden geëxpliciteerd in de transformatiedoelstellingen (figuur 2).

Jeugdwet	
Doelen	• Meer preventie en eerdere ondersteuning • Meer uitgaan van de eigen kracht van jeugdigen en hun ouders • Minder snel problemen medicaliseren • Betere samenwerking rond gezinnen • Integrale hulp op maat • Doordat de jeugdzorg één opdrachtgever heeft, wordt de jeugdhulp ontschot en worden perverse prikkels uit het oude systeem weggenomen.

Figuur 2: Transformatiedoelstellingen (Tazelaar, van der Steege en Peeters, 2015).

Ten aanzien van de bestuurlijke en financiële aspecten hebben de gemeenten een ruime mate van beleidsvrijheid gekregen. Wel zijn er bij de hele transitie (het proces rond het overhevelen van verantwoordelijkheden) een aantal belangrijke wijzigingen geformuleerd die effect hebben op de financiële kaders en marktwerking. Ten eerste wordt met de decentralisatie een bezuiniging opgelegd van 3% in 2015, 8,5% in 2016 en 12,5% in 2017 (basis 2013 exclusief indexering en groei) (VNG, september 2013). Ten tweede ontstaat voor de hele sector marktwerking op lokale schaal, waarbij gemeenten zelf met lokaal beleid de hulpverlening inkopen. Als derde is er sprake van niet opgelegde wijze van registreren, factureren en declareren in de niet-vrij toegankelijke hulpverlening. Ten vierde worden alle gemeenten verwijzers, waarbij er sprake is van (niet professionele) verwijzers die tevens financier zijn en een vorm van begeleiding kunnen bieden.

De decentralisatie betekent dat de gemeenten volledig verantwoordelijk worden voor de jeugdzorg, waaronder het vaststellen van nieuwe processen als probleemanalyse, indicatiestelling, toegang en toeleiding naar zorg. Veel gemeenten kiezen ervoor om wijkteams in te zetten, wat leidt tot een andere manier van organiseren van voorzieningen en een andere manier van vaststellen van behoeften ("keukentafelgesprekken"). Ook de ondersteuning wordt op een andere manier bepaald. Eén-gezin-één-plan-één-regisseur betekent: een samenspel van eigen kracht, vrijwillige inzet en professionele hulp. Er is sprake van nieuwe taken, grotendeels onbekende markt, nieuwe risico's en onzekerheid over de financiën. De actuele thema's binnen dat beleid hangen samen met de fase waarin de decentralisatie zich bevindt. Er kunnen drie fasen worden aangewezen:

- (1) tot en met 31-12-2014 met als einddoel dat de decentralisatie was voorbereid;
- (2) 2015-2017 met als einddoel de decentralisatie is geïmplementeerd;
- (3) 2018 en verder: de decentralisatie is geïntegreerd (Ministerie van BZK, 2014).

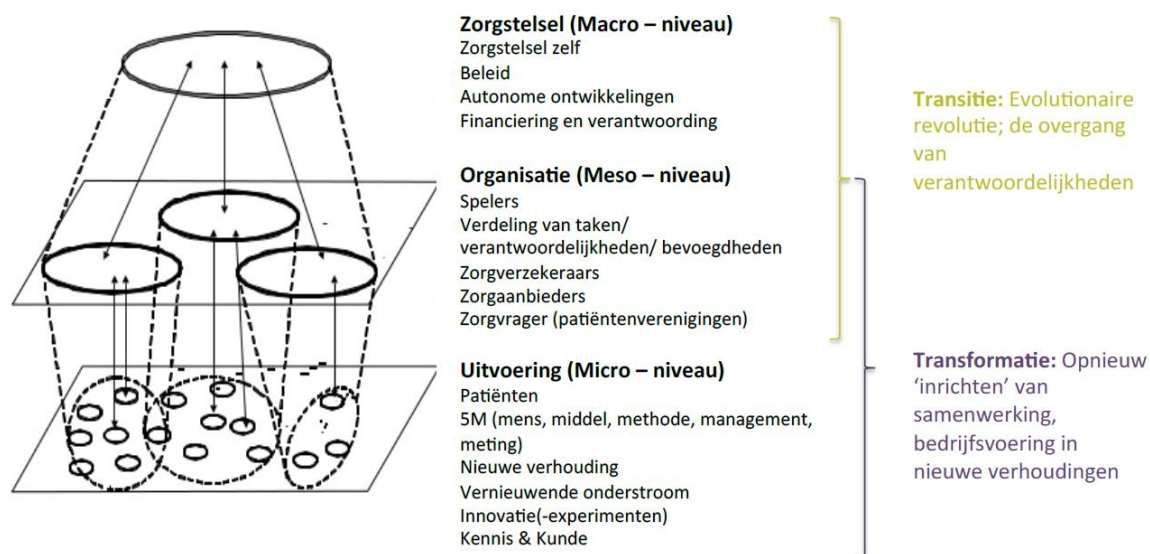
Volgens Rotmans (2013, congres In voor Zorg!) creëert deze hervorming een totaal ander zorgsysteem, waar een totaal nieuwe manier van denken en doen bij nodig is. Je kan volgens hem spreken van een paradigmashift, waarin we kantelen naar een nieuw zorgsysteem dat vraagt om horizontaler, flexibeler en meer ketengericht werken. Naast verschuiving van verantwoordelijkheid vraagt het nieuwe en betere afstemming en meer verbinding tussen de verschillende spelers die een rol in het zorgveld gaan spelen. Niet opgelegd, maar gefaciliteerd 'ontdekt'. Het vraagt onder meer om:

- regie op en verbinding van beleid (integraal);
- regie op en verbinding van de keten (samenwerking, afstemming taken, focus op synergie, organisatie);
- regie op en verbinding van wijk (preventie en interventie);
- regie op en verbinding van proces (Lean, leren verbeteren, integraal, klantgericht, flexibel/modulair), maar ook sturing op proces (beleidsdoel - procesprestatie – outputbeleidseffect).

In de stelselwijziging van de zorg spelen drie soorten vraagstukken een rol die sterk met elkaar samenhangen (zie figuur 3):

- bestuurlijk: het stelsel - onder andere afspraken tussen bestuurders, budgetverdeling(systemen), wet- en regelgeving, (be)sturing en toezicht;
- de organisatie: onder andere effecten, strategie, sturing, interactie, inkoop en verantwoording;
- de uitvoering: onder andere competenties, werkwijze, dienstverlening, interactie met burger/cliënt.

In 2016 is het eerste jaar van implementatie van de decentralisatie van de jeugdzorg achter de rug en zijn de eerste effecten zichtbaar van de transformatie. Een mooi moment om te onderzoeken in welke mate de transformatie is doorgevoerd en wat de effectiviteit is.



Figuur 3: Verhouding tussen transitie en transformatie (Rotmans, 2013)

Toegang en toeleiding van zorg

De twee termen lijken bijna synoniem, maar hebben een verschillende betekenis. De *toegang* van de jeugdzorg verloopt via verwijzers, zij vormen de toegang. Verwijzers kunnen op basis van eigen oordeel besluiten welke hulpverlening wordt ingezet en welke zorgaanbieder dit gaat uitvoeren, al dan niet op basis van een set uitgangspunten of afspraken – de *toeleiding* naar de zorgaanbieder. Na de decentralisatie is de differentiatie enorm toegenomen. Voor 1 januari 2015 waren vooral de huisarts en jeugdarts (jeugd-GGZ en jeugd-LVB) en Bureau Jeugdzorg (jeugd-LVB en Jeugdpvang) de verwijzende professionals naar tweede- en derdelijns instanties en professionals. Na 1 januari 2015 zijn dit 393 gemeenten, die voornamelijk werken met wijk- en gebiedsteams bestaande uit een team van medewerkers. Deze teams werken conform lokale regelgeving binnen de beleidsruimte van de gemeente. Naast de wijk- en gebiedsteams hebben de huisartsen en jeugdartsen het verwijsmandaat behouden en zijn Gecertificeerde Instellingen ²(GI), jeugdartsen en rechters toegevoegd. Er zijn nog beperkt resultaten bekend van de gevolgen van de toeleiding.

De wijziging in toegang en toeleiding betekent een grote verandering voor de samenwerking tussen organisaties en professionals. Spil in dit nieuwe speelveld zijn de wijk- en gebiedsteams³. Een sociaal wijkteam is een multidisciplinair samenwerkingsverband van professionals (en mogelijk niet-professionals) dat zich als doel stelt op integrale wijze hulp te verlenen aan individuen, gezinnen of huishoudens (Arum & Schoorl, 2015). Enkele kenmerken van wijkteams zijn dat ze interdisciplinair en integraal zijn. Zo werken in een sociaal wijkteam bijv. uitvoerende professionals op het terrein van (geestelijke) gezondheid, welzijn, jeugdzorg en verwante beleidsterreinen samen in één team. Er zijn verschillende modellen van sociale wijkteams te onderscheiden (Vrielink, Sterenburg & Koper, 2014) variërend van een breed integraal wijkteam, een generalistisch wijkteam met daarachter domeintteams tot een netwerkoverleg van verschillende samenwerkingspartners. De ideale inrichting van een sociaal wijkteam is nog niet bekend omdat de werkwijze nieuw is en veel teams nog in ontwikkeling zijn. Wel is het zo dat KPMG Plexus (2014) aan de hand van 5 principes een beeld geschetst bij de toekomst van deze teams die kunnen helpen bij de ontwikkeling.

² Instantie voor jeugdbescherming, -reclassering en voogdij

³ De grote variatie tussen de wijze van organisatie van wijk- en gebiedsteams leidt tot veel verschillende namen. In het vervolg van deze scriptie gebruik ik de term sociaal wijkteam.

Deze vijf principes zijn:

1. één huishouden, één plan, één hulpverlener vanuit één wijkteam;
2. integrale sociale werkers vormen het sociaal wijkteam;
3. sociale wijkteams krijgen zo veel mogelijk regelruimte;
4. gemeente faciliteert en stuurt;
5. bekostiging op basis van resultaten.

Ondanks de diversiteit in de vormgeving en ontwikkeling van sociale wijkteams is er ook een gemene deler: alle teams betreffen samenwerkingsverbanden waarin professionals op een intersectorale wijze samenwerken. In de gewenste samenwerking verdwijnen de schotten tussen de betrokken organisaties en ontstaat er een integraal ondersteuningsaanbod voor de kwetsbare burger: het zogenaamde zorgarrangement.

Uitdagingen van de transformatie van de jeugdzorg

Deze ontwikkelingen komen niet uit de lucht vallen. De invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning was in 2007 al de eerst grote decentralisatie in de maatschappelijke ondersteuning. Evaluatie van de wet in 2009 leidde tot de conclusie dat, ondanks vele goede opbrengsten, de ambitie en potentie van de WMO nog niet optimaal benut werden. Het stimuleringsprogramma Welzijn Nieuwe Stijl is vervolgens opgezet om hier verandering in te brengen van waaruit 8 bakens Welzijn Nieuwe Stijl zijn geformuleerd (zie figuur 4).



Figuur 4: De 8 bakens van Welzijn Nieuwe Stijl

Welzijn Nieuwe Stijl biedt ondersteuning aan gemeenten en instellingen om anders te gaan werken, om nieuwe verhoudingen te creëren in het Sociaal Domein en om nieuwe vormen van dienstverlening te realiseren (Transitiebureau WMO, 2013). De 8 bakens geven richting hieraan en zorgen voor een nieuwe manier van werken. De verantwoordelijkheid om op een nieuwe manier te gaan werken ligt in de praktijk op het lokale niveau waar meer regionale samenwerking, integrale dienstverlening aan burgers, wijkgericht werken en een fundamentele aanpassing van werkprocessen en informatisering tot stand komt (KPMG Plexus, 2014).

De gewenste kanteling van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving, van vangnet naar springplank, is een forse uitdaging voor gemeenten, maar biedt tegelijkertijd grote kansen. Er ligt een kans om een lokaal ondersteuningsstelsel te bouwen dat minder versnipperd en bureaucratisch is, en dat uitgaat van wat mensen (en hun omgeving) zelf nog kunnen, in plaats van claimbare rechten op strak omlijnde vormen van zorg. Er ligt een kans om vanuit nabijheid de ondersteuning vorm te geven, integraal, beginnend vanuit de vraag van een persoon of gezin. En er ligt een kans om

professionals de ruimte te geven om samen met de cliënt richting te geven aan de ondersteuning waarbij de professional vanuit zijn deskundigheid ook een afweging maakt over de inzet van middelen en zich daar medeverantwoordelijk voor voelt. Kortom, het moet anders en beter én het kan goedkoper (KPMG Plexus, 2014).

Deze veranderingen behelzen onder andere dat “ zorg en welzijn” anders georganiseerd moet gaan worden, dicht bij de burger, meer ruimte voor en ondersteuning bij burgerparticipatie en meer integraal geleverd. Ook hebben deze ontwikkelingen gevolgen voor de manier van (samen)werken en voor de competenties die van de zorg- en welzijnswerkers in de praktijk wordt gevraagd (Goede & Wijland, 2012). Om deze kansen te verzilveren en richting te geven aan de ingrijpende veranderingen, wordt volgens KPMG Plexus (2014) toegewerkt naar een nieuw zorgsysteem met nieuwe eisen (zie figuur 5):

1. De focus ligt op het versterken van de eigen regie bij burger, zelfredzaamheid, participatie, het sociale netwerk en buurtkracht.
2. Start vanuit wat mensen zelf kunnen en wat ze kunnen betekenen in de maatschappij, niet starten vanuit diagnoses, recht op zorg of problemen.
3. Het systeem werkt preventief en voorkomt escalaties en hoge kosten later, de daartoe benodigde ondersteuning in het Sociaal Domein is tijdig en proactief.
4. De ondersteuning staat dicht bij de burger en zijn omgeving, zodat de eigen kracht van de burger en zijn sociale netwerk optimaal ingezet wordt en er sprake is van wederkerigheid.
5. Waar ondersteuning nodig is, is die zo min mogelijk gefragmenteerd, zodat integraal maatwerk mogelijk is en afstemmingskosten en dure dubbele activiteiten worden voorkomen.
6. Zichtbaarheid en herkenbaarheid in de wijk is van belang.
7. De toegang voor burgers is helder, eenduidig en laagdrempelig.
8. Informele zorg en collectieve voorzieningen worden optimaal ingezet.
9. Dit alles vergt handelingsruimte én verantwoordelijkheid van en voor professionals met een minimum aan bureaucratie en verantwoordingslasten.

Figuur 5: Eisen aan nieuwe zorgsysteem (KPMG, 2014)

Welke eerste ervaringen zijn er met de transitie en transformatie van de jeugdzorg?

Een belangrijke aanname in een succesvolle transformatie van de jeugdzorg is dat samenwerking tussen organisaties en in het bijzonder interprofessioneel samenwerken leidt tot betere zorg. In een internationale verkenning van succesfactoren van interprofessioneel samenwerken in wijkteams (Rijsdijk et al, 2015) wordt gesteld dat er wel aanwijzingen zijn dat interprofessionele samenwerking gezondheidsprocessen en – uitkomsten kan verbeteren, maar dat het onder meer door problemen met conceptualiseren en meten van samenwerking moeilijk is om gegeneraliseerde conclusies te trekken over de effectiviteit van interprofessionele samenwerking in de gezondheidszorg.

De eerste rapporten over de transformatie van de jeugdzorg⁴ tonen vooral de problemen bij de transitie met een nadruk op de zorginkoop. De rapporten zijn vanuit verschillende perspectieven samengesteld en kenschetsen ook het groot aantal stakeholders met eigen belangen. In de meest recente rapporten, zoals de derde rapportage van de Transitiecommissie Sociaal Domein⁵ ligt meer nadruk op de transformatie en op de noodzaak tot volmondige samenwerking tussen al die

⁴ Over de transitie en transformatie van de jeugdzorg wordt gerapporteerd vanuit verschillende partijen en perspectieven. Voorbeelden zijn de Transitiecommissie Sociaal Domein, VNG, GGZ Nederland en de kindermobielist.

⁵ De Transitiecommissie Sociaal Domein is in 2014 door het kabinet opgericht om een vinger aan de pols te houden in het kader van de decentralisaties in het sociaal domein. De commissie rapporteert aan de regietafel Decentralisaties waarin de vier direct betrokken ministeries (BZK, SZW, VWS, V&J), gemeenten en de VNG zitting hebben.

organisaties die de mensen, de kennis en de kunde moeten leveren om tot dat integrale maatwerk te komen. In dit rapport wordt het risico aangegeven: “ *in die samenwerking, lijkt het nogal eens mis te gaan*” en wordt een pleidooi gehouden om te leren van ervaringen in de diverse en complexe praktijk.

Op basis van onderzoek van de Transitieautoriteit Jeugd (TAJ) lijken er grote verschuivingen plaats te vinden (zie verslag GGZ Nederland landelijke ontwikkelingen, maart 2016) in de toeleiding. In een vergelijking tussen het 1^e half jaar 2015 met het 1^e half jaar 2014, is er sprake van een substantiële daling van de Jeugd- en Opvoedhulp (- 34%) en een toename van de Jeugd GGZ zonder verblijf (+ 16%) tegenover een daling van de Jeugd GGZ met verblijf (-6%). Een deel van de ontwikkeling lijkt verklaarbaar door de al langer ingezette ambulantisering van de zorg. Voor de grote afname van de Jeugd- en Opvoedhulp lijkt ook een verklaring dat deze hulpverlening overgenomen is door professionals in sociale wijkteams. Deze zorg is nog niet in beeld in dit onderzoek. Het TAJ geeft aan dat het nog te vroeg is om uitspraken te doen over de vraagontwikkeling. In haar vierde rapportage (februari 2016) bevestigen ze weer hun zorg dat de gewenste samenwerking nog onvoldoende op gang is gekomen en dat het door niet-bedoelde effecten negatieve consequenties kan hebben voor gespecialiseerde instellingen. Ze geven aan dat ze de komende maanden nader onderzoeken of het proces van innovatie binnen de Jeugd-GGZ daadwerkelijk op gang komt en of de continuïteit van zorg afdoende is geborgd.

Specifiek voor de transformatie van de jeugdzorg kan worden gesteld dat de ontwikkeling van een nieuwe vorm van jeugdzorg een meerjarig proces is en dat volgens Minkman et al (2010), de transformatie pas in de experiment – en uitvoeringsfase is en dat daarom kanttekeningen gezet kunnen worden bij de kwaliteit van effectiviteitsmeting. Juist deze ontwikkelingsfasen bieden wel houvast om de kwaliteit van interprofessionele samenwerking te onderzoeken als voorwaarde voor betere zorg.

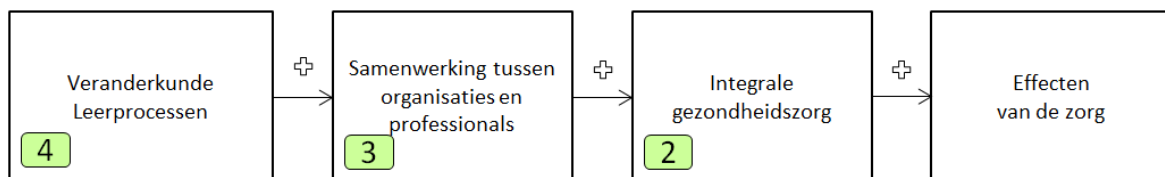
2.3. Conclusie

In de beschrijving van de context, de transitie en transformatie van de jeugdzorg, valt op dat het ambitieuze doelstellingen kent en dat dit een grote en complexe verandering vraagt die tijd kost. De doelstelling van de transformatie gaat breder dan zorg maar omvat ook preventie en welzijn. Daarbij wordt meer verwacht van de eigen kracht van burgers en buurten. Binnen deze transformatie wordt er veel waarde gehecht aan meer integrale gezondheidszorg om betere effecten te bereiken en ook kosten te besparen. Een belangrijke aanname is dat dit alleen kan als er meer en beter wordt samengewerkt tussen de verschillende zorgaanbieders en dat de gemeente een sleutelrol krijgt om dit lokaal goed te organiseren en uit te voeren. Uit de verschillende studies over deze transitie en transformatie van de jeugdzorg blijkt bovendien dat een belangrijk onderdeel de werkelijke samenwerking tussen professionals is. Daarom is het belangrijk om te onderzoeken welke factoren van invloed zijn op de samenwerking tussen organisaties en tussen professionals om integrale en goede zorg te bieden.

3. Literatuurstudie

3.1. Inleiding

In de literatuurstudie richt ik me op drie kennisgebieden: integrale gezondheidszorg, samenwerking tussen organisaties en professionals, veranderkunde en leerprocessen. De aanname is dat integrale gezondheidszorg leidt tot betere effecten van de zorg. Voor integrale gezondheidszorg is betere samenwerking tussen organisaties en tussen professionals nodig. Omdat de specifieke context van de transitie en transformatie van de jeugdzorg leidt tot grote veranderingen is voorwaarde voor succes ook veranderkunde en zijn de leerervaringen tijdens de verandering essentieel in de doorontwikkeling. Hieronder wordt deze verwachte samenhang tussen kennisgebieden en de beoogde effecten gevisualiseerd (figuur 6).



Figuur 6: Verwachte relatie tussen kennisgebieden

Bij ieder kennisgebied verken ik de relevante literatuur en sluit ik af met een conclusie op de relevantie voor de transformatie van de jeugdzorg en de samenhang met de andere kennisgebieden. Hiermee geef ik antwoord op de **onderzoeksvragen 2, 3 en 4**. In de laatste paragraaf beschrijf ik de samenhang tussen de kennisgebieden en verdiep ik me in de werkingsmechanismen voor succesvolle samenwerking om tot meer integrale gezondheidszorg te komen. Hierbij introduceer ik het begrip “momenten van waarheid” als belangrijke leerervaringen voor de ontwikkeling van samenwerking.

3.2. Integrale gezondheidszorg

Voor het literatuuronderzoek naar integrale gezondheidszorg is het belangrijk om allereerst het begrip gezondheidszorg nader te definiëren. Het begrip gezondheidszorg kent meerdere definities. Een actuele definitie van gezondheid wordt gegeven door Huber et al (2011):

“Gezondheid als het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.”

In vergelijking met de definitie van de World Health Organization (WHO) uit 1948 (“gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijk gebreken”) richt de definitie zich meer op het vermogen zich aan te passen en om te gaan met beperkingen en werkt de definitie volgens Huber geen medicalisering in de hand. De definitie van Huber sluit goed aan bij de doelstellingen van de transformatie van de jeugdzorg door het accent op het vermogen zich aan te passen en eigen regie te voeren. Binnen de definitie en de toepassing wordt aandacht gegeven aan de herstelgerichte benadering en het bevorderen van het vermogen om het aanpassingsvermogen te vergroten. De verantwoordelijkheid voor gezondheid ligt zowel bij de persoon als bij de omgeving.

Het begrip integrale gezondheidszorg kent ook meerdere definities. Baan (2015) definieert integrale zorg in haar inaugurale rede als volgt:

“Het in samenhang vormgeven van preventie, zorg en welzijn om daarmee de gezondheid van de populatie te verbeteren, de kwaliteit van de zorg te verbeteren en de groei van de kosten te verlagen.”

Baan richt zich in haar inaugurale rede vooral op chronische ziekten die steeds meer voorkomen. Iemand met een chronische ziekte moet met de gevolgen hiervan leren leven, men geneest er immers niet van. Daarbij heeft iemand met een chronische ziekte meestal te maken met meerder zorgverleners. Samenwerking tussen de zorgverleners en de regie op het eigen leven door de patiënt zijn belangrijke onderdelen van het leven met een chronische ziekte. Passend bij deze visie op het leven met en behandelen van een chronische ziekte benoemt Baan de holistische visie op gezondheid. In deze holistische visie staat de hele mens centraal en niet alleen zijn ziekte. In deze visie werkt iemand met een (chronische) ziekte aan het omgaan met zijn beperkingen en richt zich op wat hij nog wel kan. Tevens erkent deze visie dat er veel variëteit is in een groep mensen met dezelfde ziekte. Dit is ook een variëteit in het vermogen om zelf regie te voeren over het leven (met de ziekte). Voor passende zorg en ondersteuning is het daarmee noodzakelijk om continu te monitoren welke mogelijkheden en behoeften de patiënt heeft en daar de zorg en ondersteuning op aan te passen. Het is aannemelijk dat de noodzaak tot meer integrale zorg ook geldt voor kinderen met problemen, zeker als dit voorkomt uit chronische psychiatrische stoornissen zoals autisme (zie hoofdstuk 2).

De definitie die Baan gebruikt bevat drie samenhangende doelstellingen, in de literatuur over integrale zorg ook wel Triple Aim genoemd. Verbetering van gezondheid, verbetering van de kwaliteit van zorg en verlaging van de kosten. Hiermee sluiten de doelstellingen goed aan bij de doelstellingen van de transformatie van de jeugdzorg. Baan erkent in haar inaugurale rede dat de zoektocht van integratie van de zorg ingewikkeld is. Ze pleit voor het experimenteren met proeftuinen die door goede evaluatie ("*mixed methods*") de effectiviteit onderzoeken en daarmee de kwaliteit verbeteren. Dit leidt tot een raamwerk voor populatiegerichte aanpak (zie bijlage 2).

De proeftuinen kunnen worden gezien als een katalysator voor de transitie naar integrale zorg en ondersteuning. Deze transitie is een structurele maatschappelijke verandering die vraagt om gedragsveranderingen van betrokken actoren en om wijzigingen van cultuur en bestaande (organisatie)structuren. Een belangrijk onderdeel hiervan vormt de samenwerking tussen organisaties en professionals met een toenemend vertrouwen in elkaar.

Bij integrale zorg gaat het om zowel preventie als om zorg en welzijn. Drie velden die nu vaak los van elkaar werken zullen daadwerkelijk moeten gaan samenwerken om de gestelde doelen te bereiken. Dit vergt, gecombineerd met de visie op gezondheid die hierboven beschreven is, dat:

- preventie, zorg en welzijn in samenhang worden geboden in de buurt;
- er meer nadruk komt voor de eigen verantwoordelijkheid van de burger;
- de burger regie houdt op het eigen leven, ook bij ziekte.

In het kader van deze transitie moeten aanbieders van preventie, zorg en welzijn samenwerken en hun aanbod integreren. Suter et al (2009) hebben in een review tien sleutelprincipes benoemd die van belang zijn bij het realiseren van integrale zorg (bijlage 3), waarin ook het belang van samenwerking tussen organisaties en professionals wordt benoemd.

Minkman et al (2010) hebben een ontwikkelingsmodel voor ketenzorg ontworpen en in 2011 gevalideerd. Dit model is gericht op het tot stand brengen van geïntegreerde zorg in Nederland. Het is een descriptief model dat – naast ontwikkeling van geïntegreerde zorg – tevens een handreiking biedt om te reflecteren op de huidige initiatieven en het identificeren van eventuele verbetergebieden. De ketenzorg kan gericht zijn op een specifieke setting (bijv. de acute zorg) of een specifieke cliëntengroep (bijv. patiënten met een beroerte). Bij de transformatie van de jeugdzorg is er nog geen sprake van een specifieke setting of cliëntengroep. Een mogelijkheid is wel dat de transformatie in de toekomst kan leiden tot specificering. Mogelijke voorbeelden zijn de organisatie van de keten voor multiprobleem gezinnen, kinderen met hoog schoolverzuim of kinderen met autisme. In hoofdstuk 5 en 6 beschrijf ik binnen de casestudie welke specificatie al plaatsvindt.

Minkman geeft aan dat ketenzorg zich gefaseerd ontwikkelt en dat na het ontwerp een experimentele fase plaatsvindt (zie bijlage 4). Gedurende de hele ontwikkeling benadrukt Minkman het belang van samenwerking tussen organisatie en professionals.

Samenvatting

In de literatuur en het onderzoek van de praktijk staat voorop dat integrale gezondheidszorg een positief effect heeft op de kwaliteit van zorg, verbetering van gezondheid en verlaging van kosten. Een directe relatie tussen de integraliteit van de gezondheidszorg en de effecten op de zorg, de gezondheid en de kosten is echter afhankelijk van de fase van ontwikkeling en de specifieke context. Zowel Baan als Minkman beschrijven het belang van specificeren van de zorgvraag. Het voorbeeld van kinderen met autisme (hoofdstuk 1) toont aan dat er verwacht kan worden dat betere integrale zorg leidt tot vroegere herkenning en daardoor betere behandeling. Hiermee worden hogere kosten op termijn voorkomen. Dit voorbeeld is echter niet representatief voor alle vragen binnen de jeugdzorg. Bij veel vragen is er geen sprake van een duidelijke diagnose (volgens DSM) of is het positieve effect van het zorgaanbod op de vraag nog niet aangetoond. Toch lijkt het model van integrale gezondheidszorg relevant voor een specifieke aanpak en voor gericht onderzoek naar de effecten van de transformatie van de jeugdzorg. In de literatuurstudie wordt duidelijk dat de inrichting en realisatie van integrale gezondheidszorg goede samenwerking tussen organisaties en professionals vraagt en dat er bovendien ruimte moet zijn voor de verandering in de vorm van experimenten en het evalueren hiervan voor een goede doorontwikkeling. Dit vraagt meer inzicht in de theorie over samenwerking en veranderkunde.

3.3. Samenwerking tussen organisaties en professionals

Om tot een betere integrale gezondheidszorg te komen wordt steeds het belang van samenwerking aangegeven. Kenis (2013) definieert het samenwerken tussen meerdere organisaties of organisatienetwerken als:

“Het verbinden en delen van informatie, middelen, activiteiten en competenties van minimaal drie autonome organisaties om samen een outcome te bewerkstelligen die geen van de organisaties afzonderlijk tot stand kan brengen.”

Het gaat hierbij om het gezamenlijk creëren van waarde waarbij het netwerk zelf het productiesysteem is. De keuze voor een netwerk als organisatievorm is relevant wanneer de benodigde competenties om een probleem op te lossen niet in één organisatie te vinden zijn en wanneer er uniek maatwerk geleverd moet worden (Kenis, 2013).

Boonstra et al (2007) schetsen een multidisciplinair perspectief van ondernemen in allianties en netwerken. De perspectieven zijn respectievelijk organisatiekundig, bedrijfskundig, bestuurskundig, sociaalwetenschappelijk en psychologisch. Boonstra stelt dat grensoverschrijdende samenwerking kan helpen bij complexe maatschappelijke vraagstukken, zoals de jeugdzorg. Hij schetst ook dat het niet eenvoudig is en dat de kans op falen of tijdelijk succes groot is. In dit overzichtsartikel worden vanuit de verschillende perspectieven meerdere faal- en succesfactoren geschetst. Samenwerken gaat volgens Boonstra gepaard met spanningen en conflicten en het signaleren en benoemen hiervan is een succesvoorwaarde voor samenwerking in allianties en netwerken. Hij definieert grensoverschrijdende samenwerking als een ontwikkelingsproces dat tijd vraagt en gebaseerd is op leerervaringen.

In deze literatuurstudie op het gebied van samenwerking tussen organisaties en professionals maak ik onderscheid tussen twee perspectieven: de samenwerking tussen organisaties en de samenwerking tussen professionals. In het eerste perspectief gaat het om hoe organisaties afspraken

maken over samenwerking en daarop de inrichting en sturing neerzetten. In het tweede perspectief gaat het om hoe professionals elkaar in de praktijk ontmoeten en de integrale zorg uitvoeren.

Samenwerking tussen organisaties

Samenwerking tussen organisaties kan zeer waardevol zijn maar is niet vanzelfsprekend. Kaats en Opheij (2012) definiëren hun visie op samenwerking als volgt:

“Een samenwerking is kansrijk als mensen en organisaties zich met elkaar weten te verbinden in een betekenisgevend proces dat recht doet aan de belangen en gericht is op een betekenisvolle ambitie. Het is de grote opgave om daarvoor de juiste condities te scheppen.”

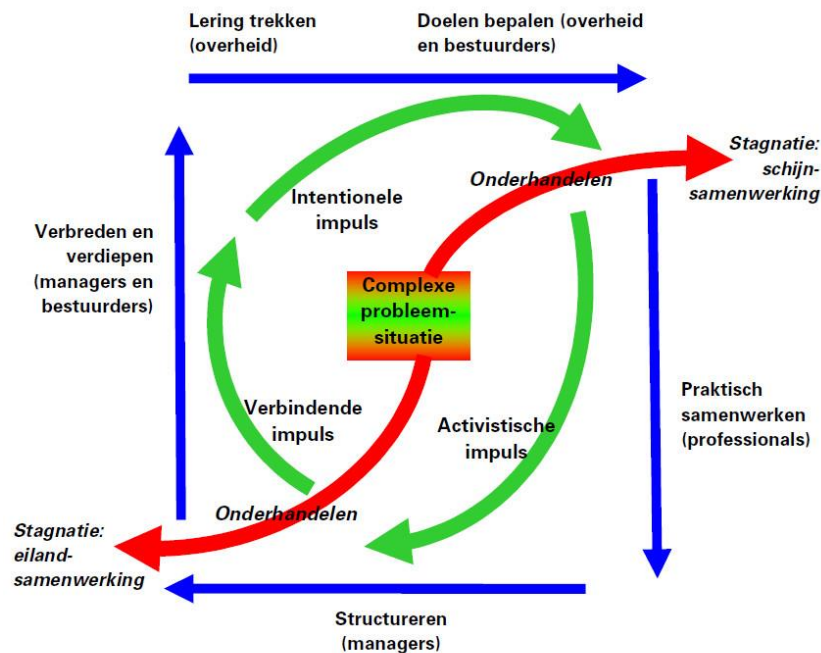
In deze definitie wordt samenwerking gezien als een ontwikkeling, een leerproces, waarbij bevorderende condities belangrijk zijn. Dit sluit aan bij de visie van Van Delden (2009) die in zijn dissertatie “Samenwerking in de publieke sector” het ontwikkelingsproces als een van de belangrijkste factoren benoemt voor het resultaat van samenwerking. Hij onderscheidt de volgende ontwikkelingsfasen van een samenwerkingsverband van organisaties in de publieke sector:

1. lering trekken;
2. doelen bepalen;
3. praktisch samenwerken;
4. structureren;
5. verbreden/verdiepen van de relaties tussen de partners.

Samenwerkingsverbanden ontwikkelen zich volgens Van Delden in de praktijk niet altijd zo lineair als de fasering doet vermoeden. De overgang tussen de fasen “lering trekken” en “doelen bepalen” en tussen “praktisch samenwerken” en “structureren” verloopt vaak vloeiend. “Praktisch samenwerken” en “structureren” kunnen ook in omgedraaide volgorde worden doorlopen. De overgang van “doelen bepalen” naar “praktisch samenwerken” en “structureren” naar “verbreden en verdiepen” is lastiger en deze overgangen zijn vaak ook redenen van stagnatie. Gedurende de ontwikkeling van een samenwerkingsverband wordt er vaak gependeld tussen de verschillende fasen. Zo worden de doelen en de opzet van het samenwerkingsverband gedurende de jaren steeds opnieuw geagendeerd en besproken. Dit versterkt de samenwerking.

Lering trekken, doelen bepalen, in praktijk brengen, structureren en verbreden en verdiepen vormen volgens van Delden een patroon van gevarieerde activiteiten, die kennelijk nodig zijn om samenwerking te ontwikkelen. Maar deze variatie van activiteiten is niet vanzelfsprekend. In zijn onderzoek schetst hij 2 vormen van stagnatie in de ontwikkeling. Soms bleven de partners steken in eindeloze evaluaties en doelstellingsdiscussies zonder aan de uitvoeringspraktijk toe te komen. Deze vorm van stagnatie in de ontwikkeling is te omschrijven als *schijnsamenwerking*. De uitvoerende professionals willen doorgaans wel aan de slag – zij voelen de druk van praktische problemen – maar krijgen te weinig uren en mandaat om dat echt inhoud te geven. In sommige gevallen lukt dat wel, maar slechts ten dele. De betrokkenen spraken veel over de samenwerking maar brengen die niet in praktijk. Een andere vorm van stagnatie deed zich voor in situaties waar in de uitvoering wel praktisch werd samengewerkt maar eigenlijk alleen in het direct betrokken team. De partnerorganisaties bleven verder los van elkaar functioneren zodat het uitvoeringsteam te maken had met slecht op elkaar passende werkwijzen en trage besluitvorming. Een verbreding en verdieping van de samenwerking kwam dan niet van de grond. Deze vorm van stagnatie is te typeren als *eilandsamenwerking*.

De vijf stadia in de ontwikkeling van samenwerkingsverbanden zijn te beschrijven als een terugkerende reeks activiteiten in de ontwikkeling van een samenwerkingsverband. Zo ontstaat een ontwikkelingscyclus. Maar in die cyclus zijn er stagnaties in de overgangen tussen de stadia. Op deze overgangen kan de samenwerking stuk lopen (zie figuur 7).



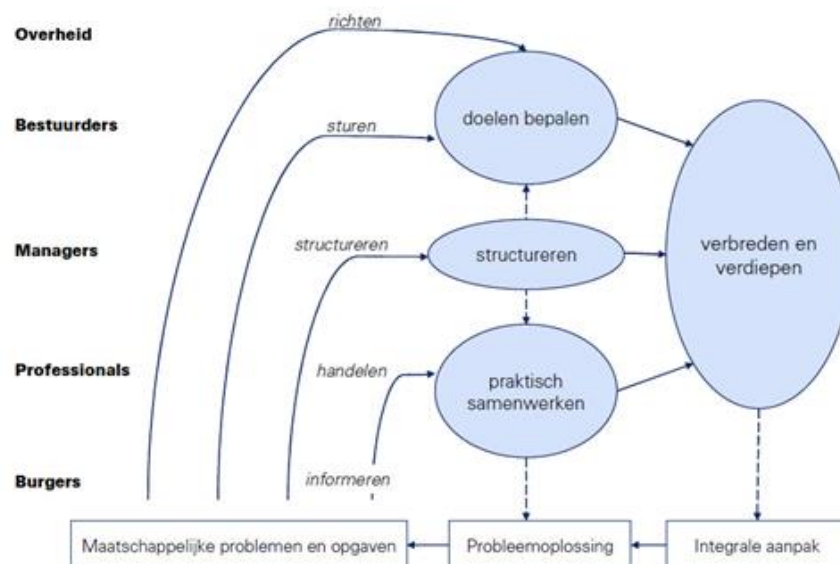
Figuur 7 Ontwikkeling van samenwerking tussen organisaties (Van Delden, 2009)

Van Delden onderscheidt drie drijvende krachten die samenwerking bevorderen, de groene pijlen in figuur 7. De *intentie*, de *actie* en de *verbinding*. In de eerste plaats gaat het om een *intentionele* drijvende kracht. Deze bestaat vooral uit urgentiebesef op bestuurlijk niveau en daaruit voortkomende initiatieven en regie door de overheid. Toch is dit geen garantie voor een maatschappelijk resultaat van de samenwerking. Intentionele acties komen in vrijwel alle samenwerkingssituaties voor. Ze zijn een voorwaarde om samenwerkingsverbanden verder te helpen, maar ze hebben nog geen relatie met resultaat. Volgens hem kan teveel intentionaliteit zelfs een remmend effect hebben. Dit ligt volgens Van Delden anders bij het tweede motief, de *activistische* drijvende kracht. Hierbij gaat het om het praktische samenspel tussen uitvoerende medewerkers, dus het aanpakken van concrete problemen, het verder helpen van cliënten en het oppakken van vraagstukken waarvan de burger direct iets merkt. Dit samenspel omvat ook het structureren van verantwoordelijkheden en overleg. Bestuurders nemen besluiten die de praktische samenwerking verder helpen. De nadruk ligt op het concrete uitvoerende handelen en het ondersteunen daarvan in structuur en sturing. Vooral de succesvolle samenwerkingsverbanden worden gekenmerkt door een *activistische* geest. Deze drijvende kracht werkt dus direct door in de resultaten van samenwerkingsverbanden. Ten slotte is er nog een derde motief, de *verbindende* drijvende kracht. Deze manifesteert zich in het tijdig bij elkaar brengen van alle relevante partners en het instellen van een krachtige ketenregie of -management. Dit zet zich door in afstemming van de organisaties van de partners. Het praktische samenwerkende team wordt ingebed in afspraken over het harmoniseren van werkprocessen tussen de partnerorganisaties. De samenwerking wordt geformaliseerd, vaak in een eigen werkorganisatie zoals een sociaal wijkteam. Deze platforms blijven effectief samenwerken, ook bij vertrek van de medewerkers die in het begin als 'pioniers' de handen ineensloegen. Niet alleen de professionals maar ook de organisaties zijn een partnerschap aangegaan. Deze *verbindende* drijvende kracht doet zich alleen voor bij de meest succesvolle en al langer bestaande samenwerkingsverbanden. Kennelijk wordt dit hoge niveau van sociale energie en samenwerking niet zo gemakkelijk bereikt.

Van Delden (2014) verkent in zijn boek “Steunend stelsel, transformatie van het sociaal domein” de route die het sociaal domein de komende jaren kan doorlopen om de beoogde transformatie succesvol te maken. Hij maakt onderscheid tussen *transitie* (decentralisatie naar gemeenten) en *transformatie* (nieuwe manier van werken), waarbij de laatste fase het lastigste is. Na een uitgebreide beschrijving van dit proces met risico’s, kansen en voornaamste opgaven, wordt afgesloten met een onderscheid van de drie sleutelopgaven: uitbouwen van sociale netwerken van burgers; creëren van een markante lokale ondersteuningsstructuur; samenhang brengen in het totale aanbod. Vooral de laatste twee opgaven zijn relevant voor samenwerking tussen organisaties. Hiervoor is een lokale en regionale ondersteuningsagenda nodig die met elkaar verbonden zijn en door de transformatie nog meer met elkaar verstrengeld zouden moeten. Hierdoor vindt er een verschuiving plaats tussen ondersteuning door burgers, generalistische en specialistische ondersteuning. Dit vraagt dat de aanwezige complementariteit benut wordt en dat spanningen door tegenstellingen gehanteerd worden om verschillen te overbruggen. Door de complexiteit van de transformatie is volgens hem knutselen met diepgang nodig: het benutten van zich voordoende kansen en omstandigheden en tegelijkertijd de blik gericht houden op de gewenste resultaten op langere termijn. Hij omschrijft het als een “*wicked problem*” en verwijst hiermee naar een begrip uit de veranderekunde (zie 3.4).

In de verschillende fasen van de ontwikkeling staat verschillend gedrag centraal en hebben verschillende actoren het meeste invloed (zie figuur 8):

- de overheid of bestuurders *richt(en)* het samenwerkingsverband naar aanleiding van knelpunten of beleid,
- de bestuurders *sturen* door te onderhandelen over doelen en de inzet van eigen medewerkers en middelen,
- het management *structureert* door afspraken te maken over procedures en capaciteit,
- (externe) regisseurs *verbinden* de partners praktisch en communicatief,
- professionals *handelen* door hun inzet in de uitvoering,
- burgers en cliënten *informer*en door knelpunten te noemen en wensen te uiten.

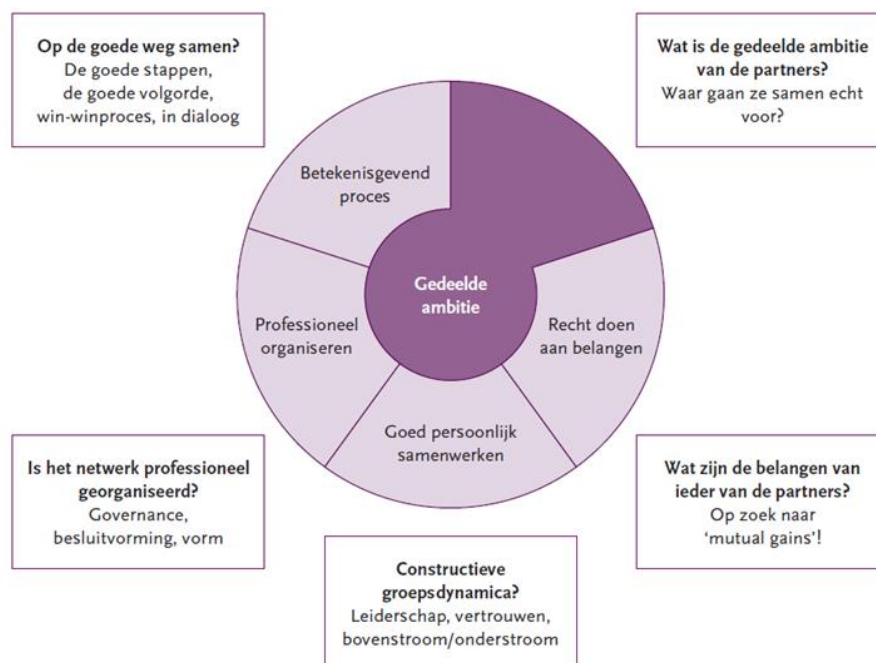


Figuur 8: Samenhang tussen gedrag actoren en ontwikkelingsfasen (Van Delden, 2009)

Een ontwikkeling van boven naar onder, maar ook van onder naar boven. Binnen de transitie en transformatie van de jeugdzorg wordt samenwerking tussen organisaties vanuit de overheid geïnitieerd en wordt het door bestuurders en management van gemeenten en zorgaanbieders georganiseerd. Dit leidt tot nieuwe vormen van samenwerking tussen organisaties. De daadwerkelijke samenwerking en de uitvoering van integrale gezondheidszorg vindt in de praktijk plaats door de professionals en de burgers. Op basis van deze leerervaringen kan de samenwerking worden verbreed en verdiept en daarmee leiden tot een betere integrale aanpak met grotere positief effecten. Van Delden (2009) pleit voor exploratieve strategie, waarin rondom een complexe probleemstrategie van *binnen uit* kansrijke situaties worden opgepakt. De primaire focus ligt bij de samenwerking in de praktijk. De sturing van boven af is vooral initiërend en faciliterend.

Bremekamp, Kaats en Opheij (2009) schetsen een handreiking om samenwerking tussen organisaties te versterken in complexe situaties, waarin sprake is van meerdere factoren: independentie; onduidelijk machtscentrum; nieuwe werkelijkheid; aantrekkingskracht van heterogeniteit; dynamische context. Hun model is een ringenmodel met van binnenuit: A (ambitie); B (belangen) en C (context). Iedere ring wordt toegelicht. Aan de buitenkant worden indicatoren gegeven om de kwaliteit van de samenwerking te beoordelen (opgebouwd vertrouwen; goede spelers; goed spel en goed instrumentarium) en op basis daarvan de juiste interventies te bepalen.

Kaats en Opheij (2012) borduren verder op dit artikel en schetsen in hun promotieonderzoek een model met 5 condities om tot goede samenwerking tussen organisaties te komen: gedeelde ambitie; recht doen aan belangen; goed persoonlijk samenwerken; professioneel organiseren; betekenisgevend proces (zie figuur 9). Per conditie worden de succesfactoren gegeven. Hiermee biedt het veel instrumenten aan om een analyse te maken van bestaande samenwerking en mogelijkheden tot verbetering (zie bijlage 6).



Figuur 9: Voorwaarden voor samenwerking (Kaats & Opheij, 2012)

Samenvatting

Uit deze literatuur over samenwerking tussen organisaties volgt dat de ontwikkeling een proces is, waarin bepaalde condities voorwaarde zijn voor een succesvol verloop. Deze ontwikkeling is niet vanzelfsprekend en kent grote uitdagingen. Wanneer hieraan niet voldaan wordt kan het leiden tot stagnatie of zelfs mislukking. Er kan op de ontwikkeling worden gestuurd door het creëren van condities die de kans op succes vergroten. De samenwerking tussen organisaties start door de inzet van bestuurders en managers door het bepalen van heldere doelen en het structureren van de organisatie en aanpak. Dit is voorwaarde voor de succesvolle samenwerking tussen professionals. De ontwikkeling kent een fasering waarin voor de realisatie van de doelen uiteindelijk één van de belangrijkste factoren de daadwerkelijke samenwerking tussen professionals is rondom een actueel en waardevol vraagstuk, zodat er een goede uitvoering van integrale gezondheidszorg plaatsvindt. Goede samenwerking tussen organisaties staat en valt bij de samenwerking tussen professionals in de praktijk: *“The proof of the pudding is in the eating”*. Daarom is het belangrijk om nog meer in te zoomen op de factoren die nodig zijn voor samenwerking tussen professionals en een verbinding te maken met veranderekunde.

Samenwerking tussen professionals

In hoofdstuk 2 is de transformatie van de jeugdzorg geschetst als een nieuwe vorm van samenwerking tussen organisaties waarbij één van de belangrijke vernieuwingen de interprofessionele samenwerking in sociale wijkteams is. Zowel Van Delden als Kaats & Opheij beschrijven het belang van de samenwerking op dit niveau. Vanuit de overheid wordt dit belang ook gezien en waar mogelijk ondersteund.

Van Rijsdijk et al (2015) hebben een internationale literatuurstudie op de succesfactoren voor interprofessioneel samenwerken gedaan en de betekenis voor onderwijs. Wijkgericht werken is een vorm van interprofessionele teams op het gebied van zorg en welzijn. In Engeland wordt het al sinds 1920 gepromoot. De WHO promoot sinds de zeventiger jaren het belang van interdisciplinaire samenwerking (WHO Alma Ata Declaration, 1978). De WHO (1985) definieert een *“primary health care team”* als:

“A group of persons who share a common health goal and common objectives determined by community needs, to which the achievement of each member of the team contributes, in a co-ordinated manner, in accordance with his/her competence and skills and respecting the functions of others.”

Uit deze internationale literatuurstudie volgt dat er slechts een beperkt aantal conceptuele en theoretische raamwerken voor samenwerking de link leggen met effecten op de cliënt. Er is wel meer literatuur over teamorganisatie en teamproces. Van Rijsdijk stelt dat interprofessionele samenwerking voordelen met zich mee brengt zoals flexibeler in kunnen springen op lastige vraagstukken en vergroten van probleemoplossend vermogen. Ze laat ook zien dat samenwerking niet vanzelfsprekend is en zelfs kan leiden tot conflicten en daarmee negatieve resultaten. In dit artikel worden verschillende vormen van interprofessioneel samenwerken in teams geschetst afhankelijk van de mate van gemeenschappelijke taken, verantwoordelijkheden en doelen en de mate waarin professionals taken van elkaar over kunnen nemen. (zie bijlage 7).

In de praktijk van de sociale wijkteam zijn er meerdere samenwerkingsmodellen zichtbaar. De Groen en Hurkmans van Vilans (2015) proberen een bijdrage te leveren in hoe generalisten in lokale teams en specialisten buiten de teams met elkaar kunnen samenwerken om goede zorg te leveren. In hun Q&A voor samenwerking tussen generalisten en specialisten binnen sociale teams laten zij een variëteit zien bij de invulling van de functies als ook in de samenwerkingsmodellen. Ze onderscheiden 3 modellen waarin de samenwerking tussen generalisten en specialisten vorm wordt gegeven: een expertiseteam; het expertisenetwerk en een vorm waarin een triagemedewerker zorgt voor de

verbinding tussen sociaal wijkteam en expertiseteam of –netwerk (zie bijlage 8). Daarnaast geven ze aan dat het van de professionals een open houding vraagt en competenties vraagt om samen te werken. Binnen een pilot in de stad Utrecht hebben de drie werkzame principes ontdekt voor succesvolle samenwerking: wekelijks overleg; gemeenschappelijk visie op toegang en integrale zorg; ambitie om echt te willen transformeren.

In het artikel van Van Rijdsdijk et al (2015) worden verschillende niveaus van succesfactoren van wijkgericht interdisciplinaire samenwerking geschetst: individueel- en interpersoonlijk-, team-, organisatie-, community- en nationaal niveau. In het kader van het onderzoek naar samenwerking tussen professionals focus ik me op de eerste twee niveaus, waarbij op het teamniveau nog onderscheid wordt gemaakt tussen teamproces en -structuur (zie figuur 10).

Niveau	Succesfactoren
A. Individueel- en interpersoonlijk	1) Kunnen begrijpen en waarderen van elkaars professionele rollen en verantwoordelijkheden, accepteren van wederzijdse afhankelijkheid in het belang van de cliënt 2) Effectief kunnen communiceren en kunnen onderhandelen over verschillen om tot een gedeelde aanpak te komen 3) Vermogen om (duurzame) relaties aan te gaan met wederzijds vertrouwen en respect 4) Continu willen leren en reflecteren en op eigen en anders handelen 5) Gelijkheid tussen professionals in de zeggenschap over de aanpak
B. Teamproces	1) Formuleren van duidelijke doelen en doelstellingen voor het team, het creëren van een gedeelde visie 2) Regelmatig overleg, uitvoering van audits en te kunnen reflecteren op het handelen 3) Onderling vertrouwen, wederkerigheid en respect 4) Effectieve coördinatie, protocollen en procedures om met conflicten om te gaan 5) Betrokkenheid en plichtsbesef van de leden 6) Heldere rolverwachtingen en focus op wat de cliënt nodig heeft
C. Teamstructuur	1) Teamgrootte zodat participatie mogelijk is en men effectief kan handelen 2) Herkenbare huisvesting 3) Heldere communicatie en korte communicatielijnen 4) Goed leiderschap

Figuur 10: Succesfactoren interdisciplinair samenwerken (Van Rijdsdijk, 2015)

In hun artikel concluderen Van Rijdsdijk et al dat het wijkgericht werken in interprofessionele teams op veel verschillende niveaus nogal wat implicaties heeft. Op individueel professioneel niveau zullen professionals andere kennis, beroepshouding en vaardigheden moeten ontwikkelen om effectief in interprofessionele team te kunnen samenwerken. Op teamniveau vraagt interprofessionele teamsamenwerking veel van de samenwerking tussen de verschillende professionals en van de teamleider; bijvoorbeeld het over je eigen professionele grenzen heen kunnen kijken, conflicten tussen professionals en tussen professionals en mantelzorgers kunnen hanteren, het open kunnen communiceren en het kunnen bouwen aan goede onderlinge relaties en vertrouwen.

De implicaties van dit internationale literatuuronderzoek is dat dit ook andere eisen stelt aan onderwijs en dat de nadruk meer moet komen te liggen op “*capabilities*” in plaats van “*competenties*”. Capabilities worden gedefinieerd als:

“the extent to which an individual can apply, adapt and synthesise new knowledge from experience and so continue to improve their performance” (Fraser & Greenhalgh, in Walsh et al., 2005, p. 232)

Hiermee doet het meer recht aan de complexiteit van de huidige samenleving en gezondheids- en welzijnspraktijk die vraagt om interprofessionele samenwerking, multi-stakeholder betrokkenheid en een aanpak waarbij de behoeften van de cliënt centraal staat in een context van voortdurende verandering.

Samenvatting

Uit deze literatuur over samenwerking tussen professionals volgt dat de ontwikkeling een leerproces is binnen een collectief van professionals, waarin bepaalde condities kunnen helpen bij de ontwikkeling. Er worden succesfactoren geschetst om samenwerking tussen professionals te verbeteren en er worden belemmeringen geschetst die succes juist in de weg staan. Er is nog weinig inzicht op de relatie van de samenwerking tussen professionals en de verbetering van de gezondheidszorg. Er wordt door de complexiteit van de samenwerking wel gepleit voor een aanpak waarin al doende geleerd wordt en waarin professionals zelf vorm geven aan deze samenwerking rondom actuele vraagstukken in het belang van de cliënt. Uit literatuuronderzoek blijkt dat dit veel vraagt van het leervermogen van de professionals.

Voor verbetering van samenwerking tussen organisaties is samenwerking tussen professionals nodig. Omdat de transformatie van de jeugdzorg een grote veranderopgave is, waarin leerervaringen een belangrijke rol spelen, is een belangrijk factor voor betere samenwerking, de veranderkundige aanpak. In de volgende paragraaf zoom ik in op de theorie over veranderkunde en leerprocessen.

3.4. Veranderkunde

Uit de beschrijving van de transitie en transformatie van de jeugdzorg blijkt dat het een grote veranderkundige uitdaging is. De *transitie* is een stelselwijziging waarin de financiering en organisatie van de jeugdzorg naar de gemeenten is gegaan. Door de snelheid waarop deze overdracht heeft plaatsgevonden zijn er enorme problemen bij de inrichting en uitvoering van bijv. administratieve processen. De *transformatie* is de vormgeving van betere integrale jeugdzorg binnen het sociaal domein. Deze transformatie vraagt om een wezenlijke andere vorm van samenwerken zonder te weten wat de meest optimale vorm is om het grootste effect te bereiken. Van Delden(2014) schetst de complexiteit en onderscheidt enkele sleutelopgaven: uitbouwen van netwerken van burgers, creëren van een markante lokale ondersteuningsstructuur en samenhang brengen in het totale aanbod. Hij typeert de verandering voor de gemeente als een grote operatie, waarin het succes bepaald wordt in de uitvoering.

De transitiecommissie Sociaal Domein publiceerde in januari 2016 een essaybundel met de pakkende titel “Wie houdt er niet van kakelbont?”. In de essays wordt gereflecteerd op de veranderkundige uitdagingen van de decentralisatie in de zorg. Abma reflecteert bijvoorbeeld vanuit een filosofische perspectief en benut de denkbeelden van Habermas, Foucault en Levinas om schrijnende tegenstellingen aan te tonen in de transitie.

De transitie omvat een ideaal van de goede samenleving en goed burgerschap die de overheid met rationele middelen wil realiseren. Een Habermasiaanse lezing van de transitie maakt duidelijk dat de implementatie van de transitie wordt geleid door een systeemlogica, die tragisch genoeg juist ondermijnend is voor de morele en zingevingskwesties die de transitie beoogt te realiseren. Deze systeemlogica leidt tot een miskenning van het complexe relationele werk van zorg- en welzijnswerkers, een miskenning van de ongelijkheden en verschillen tussen burgers en wijken, een miskenning van de behoefte om verschil te maken en een ondermijning van moraliteit en zingeving. We kunnen concluderen dat de transitie door de daaraan gekoppelde budgetreductie en tijdsdruk gemeenten in een spagaat heeft gebracht, en is geworden tot een soort militaire operatie.

Vanuit een Foucaultiaanse lezing is aan het licht gekomen dat het discours van de transitie met nadruk op eigen regie en eigen kracht burgers kneedt en disciplineert om te voldoen aan de toezichtlogica van de ondernemende participatiesamenleving. Burgers moeten om te passen in die participatiesamenleving actief, kostenbewust, ondernemend en verantwoordelijk worden gemaakt. Burgers internaliseren de idealen en gaan zich hier naar gedragen. Echter, dit pakt onevenwichtig uit voor degenen die hieraan niet kunnen voldoen. Oproepen tot zelfredzaamheid is paradoxaal als het gaat om mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben, en leiden juist tot uitsluiting van degenen die kwetsbaar zijn.

Het werk van Levinas helpt om te begrijpen waarom de transitie maar niet leidt tot vernieuwing. De transitie is een voorstelling ter beheersing van problemen die de verzorgingsstaat opriep, en zo krachtig omarmd door bestuurders dat zij het illusionaire karakter ervan niet meer onderkennen. Wat niet in de voorstelling past, wordt buitengesloten, zoals kritische opmerkingen van professionals of het hulpeloze gedrag van cliënten. De transitie krijgt zo dogmatische trekken. Levinas opent onze ogen voor de fundamentele onafgestemdheid van mensen en de waarde die dat kan hebben. Zij kunnen het logocentrische denken doorbreken.

Abma wijst met dit betoog niet alleen op tegenstellingen in het veranderproces, maar ook op de soms paradoxale effecten. De positieve intenties leiden soms tot tegenstrijdige uitkomsten. Door oog te hebben voor deze tegenstellingen en door spanningen te hanteren kan men stilstaan bij de oorspronkelijke bedoeling.

De Witte en Jonker (2014) maken bij veranderingen onderscheid in de veranderdiepte. Ze schetsen 3 orden van verandering:

- *Eerste-orde-verandering*: verbeteren van een bepaald aspect in de bestaande verandering.
- *Tweede-orde-verandering*: transformatie van de organisatie, waarin binnen een organisatie de businesspropositie wijzigt en er een fundamenteel ander organisatiespel ontstaat.
- *Derde-orde-verandering*: transitie van het systeem, waarin de wijze van organiseren fundamenteel wordt herzien.

Hoe dieper de verandering, hoe groter de impact en des te langer de duur. Opvallend is dat de auteurs een andere betekenis geven aan de begrippen transitie en transformatie. De transitie van de jeugdzorg (de stelselwijziging) is al een gigantische veranderopgave en heeft kenmerken van 2^e en 3^e orde-verandering. Het doel de transformatie van de jeugdzorg op landelijk en lokaal niveau is onmiskenbaar een 3^e orde-verandering. Voor iedere organisatie in dit complexe speelveld kan de veranderdiepte variëren, maar is het in ieder geval meer dan een 1^e orde-verandering. Voor de professionals vormen deze intensieve veranderingen grote uitdagingen voor hun eigen ontwikkeling. Voor iedere professional zal dit een eigen betekenis hebben.

Een eigenschap van de diepte van de verandering is dat het grote uitdagingen zijn die spanningen opleveren tussen en bij de spelers. De kunst van veranderen is het hanteren van deze spanningen en het overwinnen van tegenstellingen⁶. Kaats benoemt enkele paradoxen in de kunst van het samenwerken tussen organisaties (2015): alles samen versus werken met coalities; loslaten versus organiseren; verbinden op inhoud versus relatie; strak sturen versus kanaliseren. De Witte en Jonker (2014) geven aan dat veranderen in de praktijk vaak het worstelen is met dilemma's. Ze noemen dilemma's (inhoud en betekenis, deel en geheel, ratio en emotie) en pleiten er voor om niet te kiezen maar juist te overstijgen. Ook hier gaat het om het hanteren van de spanningen om te voorkomen dat het leidt tot conflicten en stagnatie. Vermaak (2009) gaat nog een stap verder door te pleiten om plezier te beleven aan taaie vraagstukken. Hij maakt onderscheid tussen taaie vraagstukken (gekenmerkt door hoge complexiteit) en weerbarstige omgevingen (gekenmerkt door fixaties). Vermaakt pleit voor vernieuwende processen, gekenmerkt door speelsheid, waarin alternatieven geschetst worden wanneer vernieuwing stagneert.

Binnen de literatuur over veranderkunde schetsen meerdere auteurs dat het onmogelijk is om bij complexe veranderopgaven de juiste veranderaanpak vooraf te bepalen en te plannen. Weick en Quinn (1999) pleiten voor een nieuw concept van continue verandering, waarin het belang van betekenis geven aan het vraagstuk essentieel is om vervolgens samen een nieuwe stap te zetten. Het bekende verandermotto van Lewin: *unfreeze – move – freeze*, hervormen ze tot *freeze – rebalance – unfreeze*. Hoverstadt (2004) pleit voor organische verandering, waarin binnen een onderdeel binnen het systeem gestart wordt omdat het hier als waardevol en uitvoerbaar gezien wordt. Wanneer dit succesvol is wordt het uitgebreid. Vermaak (2013) pleit voor continue verandering door emergente planning van kleine experimenten. Om tot vernieuwing te komen zijn "*small wins*" nodig.

Samenvatting

Het complexe vraagstuk "transformatie van de jeugdzorg" kent wel een landelijke agenda maar wordt in iedere gemeentelijke regio en gemeente anders aangepakt. De keuze om de jeugdzorg lokaal te organiseren kan gezien worden als een manier om anders om te gaan met de weerbarstigheid van de landelijke omgeving. Op een landelijk niveau is het onvoldoende gelukt en de overheid verwacht dat dit lokaal beter geregeld kan worden. Kenmerkend voor de taaierheid is dat de noodzaak door de verschillende spelers anders beleefd wordt en dat de ambities en belangen niet vanzelfsprekend gelijk zijn. Op dit moment zijn er signalen van weerbarstigheid in de gemeentelijke omgeving, maar is het nog te vroeg om hier een definitief oordeel over te vellen.

In de literatuur over veranderkunde wordt gepleit voor het erkennen van de complexiteit, het hanteren van de spanning van de uitdagingen en het kiezen van een aanpak van experimenteren om al doende te vernieuwen. Hiermee wordt de verandering gezien als een leerproces en zijn de leerervaringen (positief en negatief) bron voor vernieuwing. Er moet in de praktijk ruimte zijn voor het experiment en voor de reflectie. In de volgende paragraaf zoom ik daarom specifiek in op de theorie over leerprocessen als onderdeel van veranderkunde en belangrijke factor voor verbetering van de samenwerking tussen professionals.

3.5. Leerprocessen

Kaats en Opheij (2011) pleiten voor een betekenisgevend proces als één van de zes factoren bij het leren samenwerken tussen organisaties. In de literatuur over veranderkunde en leertheorieën wordt door meerdere auteurs aangegeven dat voor vernieuwing leren noodzakelijk is, maar dat het ook moeilijk is.

⁶ Stacey maakt een onderscheid in de intensiteit van tegenstellingen en de betekenis voor de aanpak (zie bijlage 8)

Wenger (2010) beschrijft organisaties en netwerken als sociaal lerende systemen. Hij beschrijft de eigenschappen en werking van deze systemen en geeft ook de uitdagingen aan om het leren te verbeteren. Belangrijke eigenschappen om tot sociaal lerende systemen te kunnen horen zijn *“engaging, imagination en alignment”* (betrokkenheid, verbeelding en verbinding). In het artikel laat hij zien dat identiteit en grenzen essentieel zijn om te leren. De tegenstellingen tolereren en overbruggen (bijv. wel en niet horen bij een gemeenschap) zijn juist belangrijk voor het leren en innoveren. Levitt (1988) is kritisch over het vermogen van organisaties om te leren. Er zijn verschillende beperkingen en hij concludeert dat het alleen in kleine stappen kan, abrupt en niet specifiek. Hij schetst ook de paradox dat hoe groter de intentie om te leren, des te groter de kans dat leren beperkt blijft. Levinthal & March (1993) problematiseren het concept van leervermogen in organisaties. Ze zien een grote belemmering doordat er een neiging is tot simplificatie in de vorm van *“myopia”* (bijziendheid). Het leervermogen kan alleen vergroot worden door het overwinnen van onwetendheid (van de toekomst en het verleden), conflict (tussen verschillende perspectieven en belangen binnen de organisatie) en ambiguïteit (over de gewenste identiteit van de organisatie). Drie belangrijke problemen van bijziendheid zijn: temporaal (vooral de focus op korte termijn i.p.v. lange termijn), ruimtelijk (vooral de focus op nabijheid i.p.v. geheel) en falen (focus op successen i.p.v. leren van fouten). Hoebeke (1995) benadrukt dat organisaties niet kunnen leren, maar dat mensen het niet kunnen laten. Hij houdt een pleidooi om in werksystemen speelruimte te organiseren om te kunnen leren. Leren kan alleen individueel en in (kleine) groepen. En binnen groepen zijn stabiele sociale relaties nodig om te kunnen leren. Verdonck & Keursten (2010) zien vernieuwing als een leerproces, waarbij het belangrijk is dat deelnemers vanaf het begin aan de vernieuwing vormgeven. Bij vernieuwing is leren en praktijk niet te scheiden en daarvoor gebruiken ze de term *“lerend werken”*. Vernieuwing gebeurt door een aaneenschakeling van betekenisgeving (verandering van mentaal model) en experimenteren (verandering van gedrag). Alhoewel ze onderkennen dat een leerproces zeer lastig is om te ontwerpen zien ze 11 ontwerpprincipes die het leren kunnen bevorderen of belemmeren. Wierdsma (2005) benadrukt ook het belang van collectief leren voor verandering. Hij pleit voor ruimte in de praktijk door tijdelijk werkbare overeenkomsten.

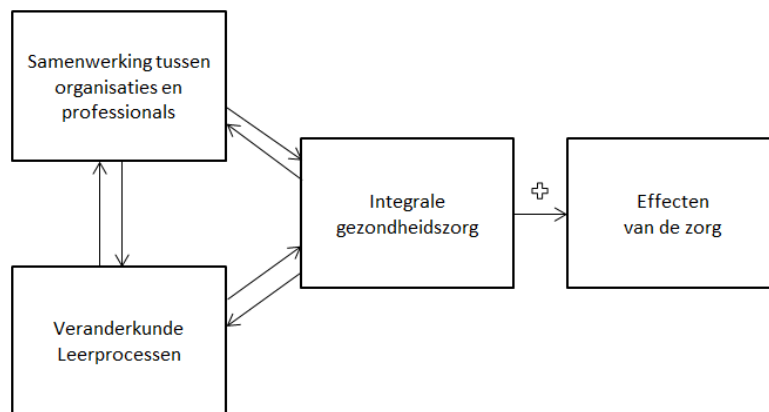
Samenvatting

In deze literatuur wordt het belang van leren gezien om te vernieuwen. Tegelijkertijd wordt aangegeven dat leren lastig is, het vele belemmeringen kent en niet goed van buiten te sturen is. De mogelijkheid tot leren lijkt vooral een combinatie van betekenisgeving en experimenteren. Zowel positieve als negatieve leerervaringen kunnen de vernieuwing faciliteren. Hiervoor zijn de juiste condities nodig zoals stabiele relaties en vermogen om conflicten en ambiguïteit te hanteren. Meerdere auteurs wijzen op het belang om tegenstellingen te tolereren en te overbruggen. Dit lijkt vooral van belang bij negatieve leerervaringen, wanneer de verwachtingen niet aansluiten bij de praktijk en het daarom essentieel is om zowel de verschillende verwachtingen als de gekozen aanpak te onderzoeken om hiervan te kunnen leren.

Om te onderzoeken hoe aan de transformatie vorm wordt gegeven door samenwerking tussen organisaties en tussen professionals is het dus belangrijk om deze leerervaringen in beeld te brengen. Wat kunnen wij leren van de praktijk, maar vooral wat leren professionals zelf van hun eigen praktijk en hoe delen ze dit met anderen om tot vernieuwing te komen? Wat gebeurt er als samenwerking noodzakelijk maar niet vanzelfsprekend is? Wat zijn de kritische momenten waarop de samenwerking onder druk staat en tegelijkertijd noodzakelijk is om tot betere jeugdzorg te komen? Mogelijk geeft dit inzicht in de belemmerende en bevorderende factoren voor succesvolle samenwerking.

3.6. Werkingsmechanismen succesvolle samenwerking: momenten van waarheid

Uit het literatuuronderzoek vanuit verschillende kennisgebieden volgt een logica hoe samenwerking tussen organisaties en professionals en veranderkunde kan bijdragen aan integrale jeugdzorg en daarmee aan positieve effecten voor de jeugd. Voor betere effecten is het nodig om integrale gezondheidszorg te organiseren. Voorwaarde hiervoor is allereerst hoe de samenwerking tussen de organisaties in dit speelveld wordt georganiseerd en daarna hoe er in de praktijk tussen professionals wordt samengewerkt. Omdat de transformatie een grote en ingewikkelde veranderopgave is, is de inrichting van de veranderproces belangrijk, met name de tijd en ruimte voor ontwikkeling. Wanneer samenwerking noodzakelijk maar niet vanzelfsprekend is, dan moet er voor de professionals ruimte zijn om te experimenteren en om de bij dit leerproces behorende spanningen te hanteren. Leren gebeurt op basis van positieve en negatieve ervaringen. De spanning door de tegenstellingen, maar ook door het belang van samenwerking voor de hulpvragen, zorgt voor een verbinding tussen ratio en emotie. Een positieve leerervaring nodigt uit tot meer en biedt vertrouwen. Negatieve ervaringen zijn mogelijk zeer waardevol, maar kunnen ook leiden tot wantrouwen en verwijdering wanneer er niet de ruimte gegeven wordt voor betekenisgeving (zie figuur 11).



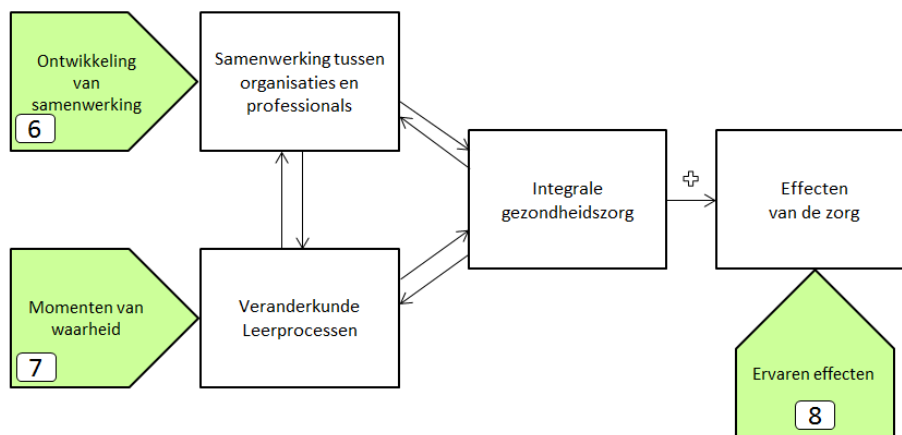
Figuur 11: conceptueel model, wisselwerking tussen kennisgebieden

In tegenstelling tot de verwachte causale relatie (zie 3.1) lijkt er veel meer sprake van een wisselwerking tussen de drie kennisgebieden. Zowel de samenwerking als de veranderaanpak zijn van invloed op de verbetering van de integrale gezondheidszorg. Tegelijkertijd lijkt de wijze van inrichting en ontwikkeling van de integrale gezondheidszorg invloed te hebben op de samenwerking en op de veranderaanpak. In de wisselwerking tussen samenwerking en veranderkunde spelen de leerervaringen in de praktijk op basis van de experimenten een belangrijke rol. Is er ruimte om te experimenteren en op basis van de leerervaringen te reflecteren en om het handelen aan te passen als het niet aansluit bij de verwachtingen?

Glimmerveen en Knol (2012) beschrijven hoe ze “momenten van waarheid” benutten om inzicht te krijgen hoe binnen de zorg vorm wordt gegeven aan klantwaarde. In deze momenten van waarheid wordt de klantgerichtheid op de proef gesteld en waardeert de patiënt de zorgorganisatie. Lukt het de professional om zich positief te onderscheiden, dan stijgt de klantwaarde. Lukt het juist niet dan daalt de klantwaarde. In hun artikel halen ze Martin (2002) aan die stelt dat momenten van waarheid gezien kunnen worden als manifestaties van de dynamiek van gebeurtenissen en de patronen van betekenissen in een organisatie. Vermaak (2009) beschrijft hoe hij in zijn onderzoek naar werkingsmechanismen bij vernieuwing vergelijkbare ervaringen, betekenisvolle gebeurtenissen, benut waardoor vernieuwing belemmerd of juist gestimuleerd wordt. Uit deze gebeurtenissen kunnen de werkingsmechanismen gedestilleerd worden.

In dit onderzoek focus ik me op leerervaringen in de samenwerking tussen professionals. De momenten van waarheid zijn kritische incidenten waarin samenwerking tussen professionals noodzakelijk is maar niet vanzelfsprekend. Het succes of juist het falen is bepalend voor het leerproces en voor verbetering van de samenwerking. In de momenten van waarheid wordt vormgegeven aan *waardevol* vraagstuk, wat voor de betrokkenen nog *nieuw* is, waardoor ze het als *spannend* ervaren. Dit zijn de verhalen die er toe doen.

Voor een onderzoek naar de effectiviteit van de nieuwe samenwerking binnen de transformatie van de jeugdzorg lijkt het nog te vroeg. Het is wel interessant om in de “verse” praktijk te starten met onderzoek aan de linkerkant van het model als start van een mogelijk breder en diepgaander implementatieonderzoek. De belangrijkste onderzoeksvragen zijn in figuur 13 gekoppeld aan het conceptueel model. Op welke wijze is nu door de drie gemeenten vorm gegeven aan de samenwerking tussen organisaties en tussen professionals en hoe heeft dit zich ontwikkeld (**onderzoeksvraag 6**)? Wat zijn de leerervaringen en wat zijn de momenten van waarheid waarin de samenwerking noodzakelijk maar niet vanzelfsprekend is (**onderzoeksvraag 7**)? De vraag op welke wijze de samenwerking en de veranderaanpak de integrale gezondheidszorg beïnvloedt en daarmee de effectiviteit van de jeugdzorg lijkt nu nog lastig te onderzoeken. In hoofdstuk 2 werd duidelijk dat het waarschijnlijk nog te vroeg is om objectieve effecten van de zorg te zien door meer integrale gezondheidszorg. Wel ga ik in mijn onderzoek in op de ervaren effecten en op de relatie met meer integrale gezondheidszorg door samenwerking (**onderzoeksvraag 8**). Een uitwerking van de onderzoeksopzet vindt in het volgende hoofdstuk plaats.



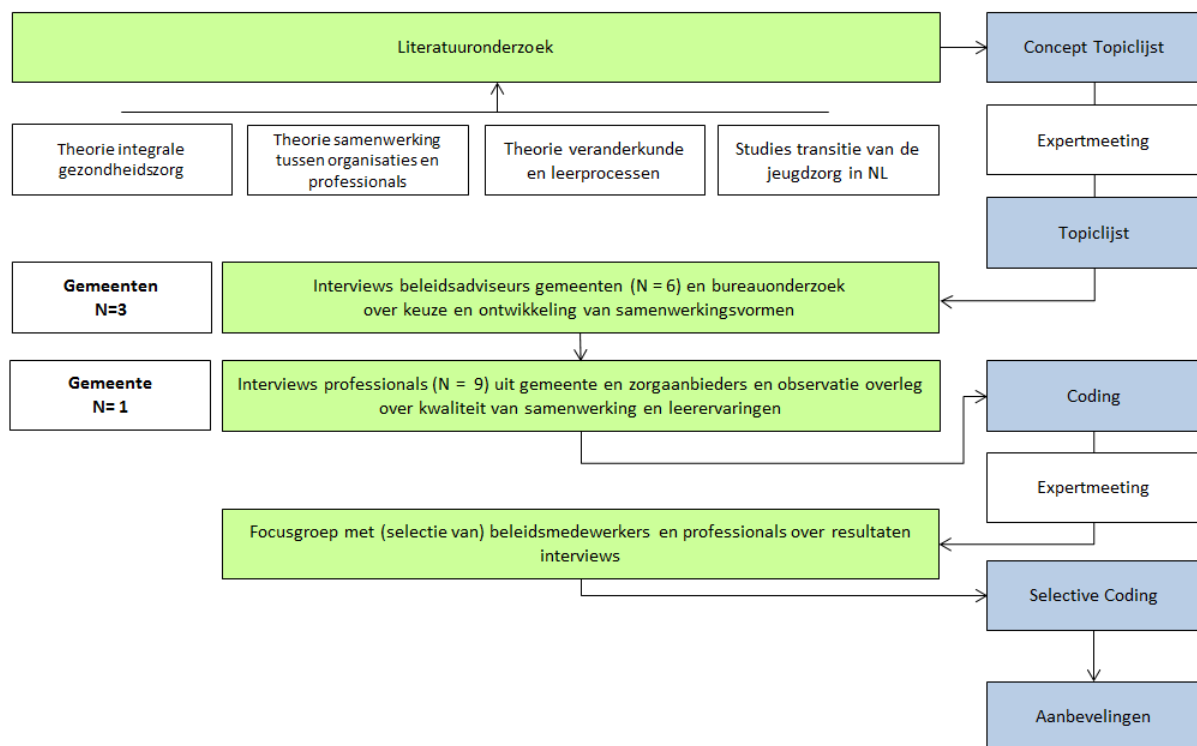
Figuur 12: wisselwerking tussen kennisgebieden en onderzoeksvragen

4. Onderzoeksopzet

4.1. Onderzoeksdesign

Het onderzoek naar het effect van de transformatie van de jeugdzorg start allereerst uit een nieuwsgierigheid naar de eerste ervaringen van professionals. Wat gebeurt er in de praktijk en hoe kan ik zelf ook een bijdrage leveren aan deze transformatie?

De aard van het onderzoek is een exploratief, verkennend onderzoek dat op basis van kwalitatieve methoden inzicht probeert te verwerven in de effectiviteit van de transformatie, in het bijzonder de nieuwe vormen van samenwerking in het sociaal domein. Het onderzoek bestaat uit een combinatie van literatuurstudie en een casestudie. Binnen de casestudie vindt een inventarisatie van meningen en ervaringen van de stakeholders plaats en een participatieve observatie van een overleg. Door de opzet van het onderzoek beoog ik ook een actieonderzoek waarin al doende met de beleidsadviseurs en professionals de bestaande praktijk in beeld wordt gebracht en waar mogelijk verbeterd. Hierdoor wordt betekenis gegeven aan de transformatie van de jeugdzorg. Actieonderzoek kun je zien als een combinatie van vier arena's: het verbeteren van werkpraktijken die voor de buitenwereld van waarde zijn; de professionele groei van betrokkenen; het wetenschappelijk oogsten van kennis; de institutionele inbedding en ontwikkeling (Vermaak, 2016). Voor het actieonderzoek is een focusgroep ingezet (zie ook 4.3). Het technisch ontwerp is hieronder grafisch weergegeven (zie figuur 13).



Figuur 13: technisch ontwerp

4.2. Dataverzameling

De eerste fase bestaat uit literatuuronderzoek en een inventarisatie van bestaande studies over de transitie en transformatie van de jeugdzorg (zoals voortgangsrapportages, evaluatieonderzoeken). Op basis van dit onderzoek is het concept "succesvol samenwerken" en factoren die hierop van toepassing zijn uitgewerkt. Dit leidde tot beantwoording van **onderzoeksvragen 1 t/m 4**. Het conceptueel model is uitgewerkt en getoetst bij een expertgroep. Het resultaat is een topic lijst, die ingezet wordt voor de tweede fase van onderzoek. Dit leidde tot een uitwerking van **onderzoeksvraag 5**.

De tweede fase bestaat uit een casestudie, waarin onderzocht wordt welke vorm van samenwerking is uitgewerkt en hoe deze vormen zich hebben ontwikkeld. Voor de case is contact gezocht met de gemeentelijke regio Arnhem, één van de regio's waarin Karakter actief is. De regio is benaderd omdat ze open staan voor onderzoek naar de effectiviteit van de transformatie van de jeugdzorg. De onderzoeksopzet is gedeeld met de programmamanager van de regio en van daaruit zijn gemeenten uitgenodigd voor deelname. Gemeente Arnhem, Duiven en Overbetuwe hebben aangegeven te willen participeren. Door interviews met zes beleidsadviseurs⁷ van deze gemeenten en door documentanalyse wordt de ontwikkeling van de vorm van samenwerking in beeld gebracht en leidt het tot beantwoording van **onderzoeksvraag 6**. De interviews met de beleidsadviseurs (zie bijlage 9) vonden plaats aan de hand van een semigestructureerd interviewschema (zie bijlage 10).

De derde fase is verdiepend onderzoek naar de ervaren kwaliteit van samenwerking binnen één van de gemeenten door interviews met negen professionals en observatie van één overlegvorm. Aanvankelijk hebben alle drie de gemeenten aangegeven mee te willen werken met de interviews met de professionals. Uiteindelijk gaf alleen gemeente Overbetuwe de ruimte voor verdiepend onderzoek. Met de beleidsadviseurs van deze gemeente is eerst het speelveld van stakeholders in beeld gebracht en samen met hen het aantal professionals bepaald die zijn geïnterviewd (zie bijlage 9) zodat er een representatief beeld kan ontstaan van ervaringen met de samenwerking (selectieve steekproef). Hierbij is gekeken naar criteria als ervaring en expertise. De professionals moeten actief zijn vanaf de start van de nieuwe werkwijze en ze moeten de verschillende organisaties representeren die actief deelnemen in de samenwerking. Het onderzoek bestond uit semigestructureerde interviews van de professionals (zie bijlage 11). Bij de ervaringen werd geïnterviewd wat voorwaarden voor betere samenwerking zijn, wat de momenten van waarheid waren en wat aanbevelingen voor verbetering van de samenwerking zijn. Naast de interviews is een interprofessionele overlegvorm geobserveerd. Dit leidde tot beantwoording van **onderzoeksvragen 7 en 8**.

De vierde fase is een focusgroep bestaande uit een selectie van beleidsadviseurs en professionals van gemeente Overbetuwe die aan dit onderzoek hebben deelgenomen. In de focusgroep zijn de resultaten van het onderzoeken besproken en als onderdeel van het actieonderzoek vertaald naar belemmerende en bevorderende factoren voor samenwerking. Hiermee wordt **onderzoeksvraag 9** beantwoord.

Bij de dataverzameling heb ik een onderzoeksmethodologie gehanteerd waarin ik vanuit verschillende perspectieven gezocht heb naar een verbinding tussen wetenschap en praktijk. Vanuit de literatuur heb ik onderzocht wat het belang is van samenwerking tussen organisaties en tussen professionals voor integrale gezondheidszorg om positieve effecten op de zorg te kunnen bereiken. De transformatie van de jeugdzorg en de ontwikkeling van nieuwe vormen van samenwerking zijn in 2016 in een fase waarin geëxperimenteerd en geleerd wordt. De literatuur geeft concepten waarmee de praktijk bekeken kan worden.

Door professionals te vragen naar hun ervaringen in de praktijk heb ik informatie verzameld en geanalyseerd. In de momenten van waarheid wordt vormgegeven aan *waardevol* vraagstuk, wat voor de betrokkenen nog *nieuw* is, waardoor ze het als *spannend* ervaren. Door naar deze "momenten van waarheid" te zoeken verwacht ik dat ik een goed beeld krijg van de nieuwe samenwerking. Patton (2002) spreekt over "*critical case sampling*". Het verzamelen van casuïstiek waar samenwerking noodzakelijk is. Vinden de professionals in het sociale domein elkaar op die momenten dat ze elkaar echt nodig hebben? Deze momenten kunnen een bijdrage leveren aan verbetering of juist verslechtering van de samenwerking, afhankelijk van de ervaring. Wat heeft

⁷ In deze thesis gebruik de naam beleidsadviseurs en professionals. In de praktijk kent het verschillende functienamen

iedere professional hiervan zelf geleerd en wat kunnen we van elkaar leren als we deze ervaringen delen en vergelijken? Deze verhalen zijn voorgelegd aan de focusgroep om te zien of ze herkenbaar en generaliseerbaar zijn en welke bevorderende en belemmerende factoren voor samenwerking hieruit gefilterd kunnen worden.

4.3. Data-analyse

Deze wijze van onderzoek is een vorm van naturalistisch onderzoek, waar in de interviews met de professionals meningen en *critical cases* zijn verzameld (Patton, 2002). Bij de ordening en interpretatie van de resultaten heb ik soms gebruik gemaakt van de theoretische modellen uit hoofdstuk 3 die goed aansluiten bij de praktijk. In de beschrijving en selectie van deze resultaten maak ik gebruik van letterlijke citaten, waarin door een code wordt aangegeven wie deze uitspraak heeft gedaan.

In de beschrijving van de momenten van waarheid heb ik de casussen geanonimiseerd. Bij de analyse van de van de momenten van waarheid is gebruik gemaakt van de techniek van *open* en *axiaal* coderen om tot een eerste indeling naar belemmerende en bevorderende factoren voor samenwerking te komen (Verschuren en Doorewaard, 2007). Bij het *open* coderen heb ik alle factoren die invloed hebben op de samenwerking in de beschrijving van de momenten van waarheid worden aangegeven geselecteerd. Ik heb ze bovendien gekleurd (groen of rood) op basis van de waarde die door de professional wordt toegekend. Groen als het een positief effect heeft op de samenwerking. Rood als het een negatief effect heeft op de samenwerking. Bij het *axiaal* coderen heb ik alle factoren geordend en gekoppeld aan labels. Deze labels geven betekenis aan de verschillende factoren waarom de factoren bijdragen aan de samenwerking. Tot slot zijn de verschillende labels weer geclusterd naar werkingsmechanismen. De open en axiale codering is voorgelegd aan een deel van de expertgroep om de werkwijze te valideren. De werkwijze en de resultaten van codering en zijn daarna voorgelegd aan een focusgroep bestaande uit een selectie van beleidsmedewerkers en professionals die aan dit onderzoek hebben deelgenomen om te zien of ze herkenbaar en generaliseerbaar zijn en welke werkingsmechanismen hieruit gefilterd kunnen worden. Hieruit volgt een beschrijving van de samenhang in de vorm van betooglijnen als een vorm van *selectief* coderen. Als onderdeel van dit actieonderzoek heb ik ook met hen conclusies aangescherpt en zijn er voor deze case aanbevelingen geformuleerd over de gewenste doorontwikkeling. Dit leidt tot beantwoording van **onderzoeksvraag 9**.

De verkregen inzichten zijn vervolgens nogmaals door mij getoetst aan de theorie. Welke werkingsmechanismen worden ook in de literatuur benoemd en blijken in deze praktijk waardevol te zijn? Welke werkingsmechanismen worden niet benoemd en blijken in deze praktijk waardevol te zijn? Hierop heb ik conclusies getrokken, de discussie aangegeven en aanbevelingen geformuleerd (zie hoofdstuk 6). Dit leg ik voor aan de lezers als een naturalistische generalisatie (zie 4.4). Een vorm van meta-analyse die leidt tot beantwoording van **onderzoeksvraag 10**.

4.4. Validiteit en betrouwbaarheid

Ik heb bewust gezocht naar gemeenten als opdrachtgever om te borgen dat het onderzoek plaatsvond in de praktijk waarin de gemeente de rol als regisseur heeft gekregen. Ik ben steeds transparant geweest over mijn positie als stafmanager van één van de zorgaanbieders in het speelveld. Doordat ik vanuit mijn functie geen directe relatie heb met de drie gemeenten binnen het onderzoek zijn er geen grote directe belangen in het spel, maar word ik wel gezien als een representant van Karakter en als mogelijk belanghebbende.

Doordat dit onderzoek een vorm van actieonderzoek is heb ik geprobeerd om me in het werkveld te verplaatsen door dicht aan te sluiten bij de praktijk en door ervaringen in beeld te brengen. Ik heb gestreefd naar professionele groei van de deelnemers aan het onderzoek door tijdens de interviews

en in de focusgroep hen ook zelf te laten reflecteren op hun ervaringen. Ik heb gestreefd naar verbetering van de werkpraktijk door de focusgroep in te zetten voor de interpretatie van de resultaten en het trekken van conclusies. Ik heb gestreefd naar het wetenschappelijk oogsten van kennis door het benutten van literatuur en ik heb gestreefd naar het benutten van de kennis voor een bredere werkpraktijk door de inzichten in deze casestudie te vertalen naar bredere conclusies.

In dit onderzoek heb ik de literatuur gebruikt om een richting voor het kwalitatief onderzoek te bepalen in de vorm van een conceptueel model dat als basis diende voor de interviews. In de casestudie heb ik vervolgens gekeken of in de praktijk deze concepten waardevol zijn voor een beter begrip van het belang van samenwerking binnen de transformatie van de jeugdzorg. Bij het maken van het conceptueel model en bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten heb ik gebruik gemaakt van een expertgroep. De expertgroep bestaat uit enkele externe stakeholders waaronder drie medestudenten. Hiermee heb ik geprobeerd om mijn positie als onafhankelijk onderzoeker te borgen en de resultaten te valideren.

Door deze dataverzameling is er sprake van datatriangulatie om de *interne validiteit* te vergroten. Zowel beleidsadviseurs als professionals zijn geïnterviewd. Daarnaast heb ik in de interviews zowel direct gevraagd naar de beleving van de kwaliteit van samenwerking als indirect in de vorm van momenten van waarheid. Daarnaast is er één overleg geobserveerd. Door het vergelijken van de verschillende resultaten en het onderzoeken van de overeenkomsten en verschillen is geprobeerd de interne validiteit te vergroten.

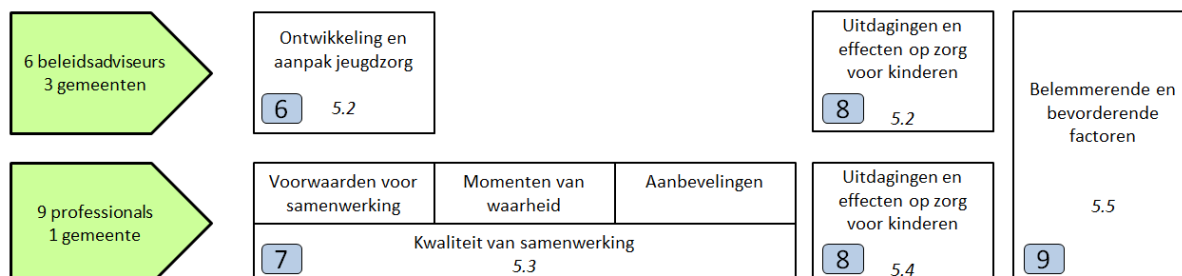
Omdat dit onderzoek een casestudie betreft is de *externe validiteit* beperkt. Door bij drie gemeenten de ontwikkeling en aanpak van de transformatie van de jeugdzorg te onderzoeken is er sprake van een onderlinge vergelijking die niet generaliseerbaar is naar alle gemeenten in Nederland. Het onderzoek naar de meningen en ervaringen van de professionals binnen één gemeente levert inzicht op over de belemmerende en bevorderende factoren voor samenwerking binnen deze gemeente. Deze inzichten zijn niet vanzelfsprekend generaliseerbaar naar andere situaties, ook al kunnen de beschrijvingen herkenbaar zijn. Van Dalen (2012) stelt in haar promotieonderzoek naar de werkingsmechanismen voor zorgvernieuwing door een casestudie bij twee organisaties (Buurtzorg en Esdégé Reigersdaal), dat de werking gebonden is aan ondoorgrondelijke, persoonlijke, toevallige en context specifieke factoren. Zij refereert aan Lincoln & Guba (1985) die het begrip naturalistische generalisatie hebben geïntroduceerd dat uitgaat van de idee dat goede praktijken niet verplaatsbaar zijn maar wel vertaalbaar. Van Dalen stelt: "Kennisoverdracht van de bestudeerde naar een andere specifieke context is zeker mogelijk. Echter niet door de onderzoeker, maar door de lezers, zij kunnen via de rijk geschakeerde gevalsbeschrijvingen, plaatsvervangende ervaringen opdoen en op grond van hun ervaringen bepalen in hoeverre inzichten overdraagbaar zijn naar hun eigen setting." In hoofdstuk 6 nodig ik de lezers uit om zelf conclusies te trekken en te kijken of de inzichten binnen de eigen specifieke context generaliseerbaar zijn.

Omdat dit onderzoek bestaat uit een casestudie is de *betrouwbaarheid* beperkt. Om de betrouwbaarheid te vergroten is er gewerkt met interviewschema's en zijn de resultaten van de interviews letterlijk uitgewerkt en in aparte bestanden bewaard. De momenten van waarheid zijn bewerkt in geanonimiseerde beschrijvingen. Bij de verwerking van resultaten uit de interviews is gewerkt met letterlijke citaten, waarin door een code wordt aangegeven wie deze uitspraak heeft gedaan. De namen van professionals en beleidsadviseurs zijn geanonimiseerd. Bij de publieksversie van deze thesis zijn ook de namen van de deelnemende gemeenten geanonimiseerd.

5. Resultaten onderzoek

5.1. Inleiding

De resultaten van onderzoek door interviews, documentanalyse en observatie worden uitgewerkt in dit hoofdstuk. Voor een goed overzicht van de verschillende resultaten en de bron is dit uitgewerkt in figuur 14. In elk blok wordt aangegeven waar de uitwerking staat in dit hoofdstuk. Elke paragraaf sluit af met een conclusie.



Figuur 14: samenhang resultaten

Eerst volgt de verwerking van de resultaten van de interviews met de beleidsadviseurs en beleidsdocumenten voor drie gemeenten om de ontwikkeling van de samenwerking in beeld te brengen (**onderzoeksvraag 6**). In deze paragraaf is ook meegenomen hoe de beleidsadviseurs kijken naar de uitdagingen en bereikte effecten op zorg voor de kinderen. Dit leidt tot een gedeeltelijke beantwoording van de **onderzoeksvraag 8**. Daarna volgen de resultaten van de interviews met de professionals binnen één gemeente over de ervaren kwaliteit van samenwerking (**onderzoeksvraag 7**), en de beleefde effecten van de jeugdzorg en uitdagingen die beleidsadviseurs en professionals nog zien in de doorontwikkeling (**onderzoeksvraag 8**). De resultaten zijn uitgewerkt in paragraaf 5.4. De resultaten zijn gedeeld in de focusgroep (selectie van beleidsadviseurs en professionals) en vertaald naar bevorderende en belemmerende factoren in de samenwerking. Ze worden als resultaten van dit onderzoek gepresenteerd in paragraaf 5.5 en dit geeft antwoord op **onderzoeksvraag 9**.

5.2. Ontwikkeling en aanpak jeugdzorg

Regio Arnhem bestaat uit twaalf gemeenten⁸, waaronder Arnhem, Duiven en Overbetuwe. Binnen de regio is een visienota vastgesteld "Naar een veerkrachtige samenleving" (september 2013) en zijn er in 2013 al 30 proeftuinen opgesteld. Iedere regio heeft de visie uitgewerkt in een eigen visienota en aanpak. Voor 2015 is er regionaal ingekocht, waarbij Arnhem als centrumgemeente, het contractmanagement heeft gevoerd. Iedere gemeente geeft zelf vorm aan de uitvoering van de jeugdzorg. Op regionaal niveau vindt er uitwisseling plaats om van elkaar te leren. In dit onderzoek wordt ingegaan op de transformatie van de jeugdzorg binnen drie gemeenten.

Gemeente Arnhem

Gemeente Arnhem heeft haar visie en aanpak in het sociale domein uitgewerkt in de kadernota "De veerkrachtige samenleving Arnhem" (december 2013). In deze aanpak wordt vormgegeven aan de drie decentralisatie: WMO, Jeugdwet en Participatiewet en aan de Wet Passend Onderwijs. Deze aanpak sluit aan op de regionale visie in de gemeentelijke regio Arnhem. In de uitwerking wordt uitgegaan van een gefaseerde transformatie waarbij in 2013 en 2014 al de voorbereiding heeft plaatsgevonden onder meer door proeftuinen. De volgende fase, 2015 en 2016, wordt gezien als een overgangperiode waarin al vorm wordt gegeven aan de transformatie. Vanaf 2017 vindt de

⁸ Gemeente Wageningen heeft zich in afwijking van de indeling door de overheid aangesloten bij regio Arnhem

doorontwikkeling plaats. Bij de uitwerking valt in het kader van dit onderzoek op dat gekozen wordt voor vier principes:

- mensen doen mee op basis van wat ze kunnen;
- dienstverlening in de buurt;
- één huishouden, één plan, één regisseur;
- budgetten per wijk en gebied.

Deze vier principes zijn vertaald in zes thema's voor de concrete aanpak:

- zelfredzaamheid en participatie als basis;
- integrale aanpak op de juiste schaal;
- gebiedsgerichte aanpak;
- burgergericht werken;
- vormgeven aan gefaseerde transformatie;
- overgang 2015 goed regelen.

Gemeente Arnhem bestaat oudsher uit 24 wijken, die om voldoende omvang te krijgen voor de dienstverlening, zijn samengevoegd tot 8 gebieden. De dienstverlening moet vooral vraaggericht zijn. Ieder gebied kent aparte gebiedsteams⁹ voor volwassenen en voor jeugd & gezin. Binnen elk team zitten circa 8 coaches en 1 teamcoach. Alle team vallen onder één eenheidsmanager die de samenhang borgt. De (team)coaches zijn vanuit zorgaanbieders gedetacheerd bij de gemeente. Alleen de eenheidsmanager is in dienst bij gemeente Arnhem. De toegang voor de jeugdzorg kan zowel centraal via een loket, het Klantcontactcentrum (KCC), plaatsvinden als via de wijkteams. De wijkteams Jeugd & Gezin proberen goed aan te sluiten op de vindplaatsen, zoals onderwijs.

Gemeente Arnhem heeft op basis van de eerste ervaringen een koersnota "Van wijken weten" (december 2015) vastgesteld waarin al de koers voor 2017 – 2019 wordt aangegeven. Voor het monitoren van de ervaringen van burgers is een evaluatie uitgezet begin 2016. De uitkomsten worden in april 2016 verwacht. In oktober is een nieuwsbrief "Wijkteams in beeld, zo doen we het in Arnhem" uitgebracht waarin de eerste resultaten aan de stad worden gepresenteerd in de vorm van feiten & cijfers en in door verhalen.

Gemeente Duiven

Gemeente Duiven heeft samen met drie andere gemeenten binnen de regio de Liemers haar visie en aanpak in het sociale domein uitgewerkt in de nota "Samen werken aan de samenleving" (december 2013). In deze aanpak wordt vormgegeven aan de drie decentralisatie: WMO, Jeugdwet en Participatiewet en aan de Wet Passend Onderwijs. Deze aanpak sluit aan op de regionale visie in de gemeentelijke regio Arnhem. In de uitwerking wordt uitgegaan van een gefaseerde transformatie waarbij 2015 en 2016 gezien wordt als een gewenningsperiode. Bij de uitwerking valt in het kader van dit onderzoek op dat gekozen wordt voor enkele principes:

- één integrale toegang: het sociale team (dus geen onderscheid tussen WMO en Jeugdwet);
- de gemeente is eigenaar van het transformatieproces – hierin wordt expliciet geformuleerd dat de gemeente de enige partij is die hierin initiërend en sturend kan zijn;
- de gemeente transformeert mee – hierin wordt de ambitie geformuleerd dat de gemeente op termijn zich meer wil richten op regievoering en de uitvoering wil beleggen bij maatschappelijke partners;
- werken binnen de opgelegde financiële kaders binnen het sociaal domein waarin ook de kortingen zijn verwerkt.

⁹ Gemeente Arnhem heeft later gekozen voor de naam wijkteam i.p.v. gebiedsteam omdat dit verwarrend was. Eén wijkteam is actief in 3 wijken.

Gemeente Duiven heeft de aanpak apart uitgewerkt in een notitie ("De toegang in het sociaal domein geregeld" 2014). De beleidsadviseur geeft aan dat de vier gemeenten binnen de regio de Liemers tot verschillende vormen zijn gekomen. Binnen gemeente Duiven heeft men uitdrukkelijk gekozen om vanuit de bestaande organisatie te groeien, waarbij de werkwijze van het Centrum Jeugd en Gezin overgenomen is. Hierin werd outreachend gewerkt, waarbij aangesloten wordt op de vindplaatsen van jeugd: het onderwijs.

Via één loket (voorheen WMO) kunnen alle vragen binnenkomen. Bij zwaardere en complexe problematiek wordt verwezen naar het sociale team. Er is één sociale team voor de hele gemeente, die poortwachter is voor de tweedelijnsvoorzieningen, bewaker van de preventieve werking van de nulde – en eerstelijnsvoorzieningen en regisseur in de multiproblematiek situaties. Het generalistisch sociale team bestaat uit specialisten voor WMO en Jeugd. De 3 jeugdconsulenten zijn geworven vanuit bestaande maatschappelijke organisaties. Alle drie zijn werkzaam bij Bureau Jeugdzorg Gelderland en gedetacheerd bij gemeente Duiven. De aansturing van het sociaal team vindt plaats door een coördinator, voorheen coördinator van het CJG. Sinds 2016 is zij in dienst van de gemeente.

Gemeente Overbetuwe

Gemeente Overbetuwe heeft in een beleidsnota Sociaal Domein 2015-2017 uitgewerkt hoe zij vorm wil geven aan de drie decentralisatie: WMO, Jeugdwet en Participatiewet en aan de Wet Passend Onderwijs. Deze aanpak sluit aan op de regionale visie in de gemeentelijke regio Arnhem. In de uitwerking wordt uitgegaan van een gefaseerde transformatie waarbij 2015 en 2016 gezien wordt als een overgangsfase waarin doorontwikkeling plaatsvindt. De eerder opgedane ervaring bij de uitvoering van de WMO lijkt bepalend voor de nieuwe taken. Bij de uitwerking valt in het kader van dit onderzoek op dat gekozen wordt voor enkele principes:

- één integrale toegang: het loket Samenleving;
- voorkomen is beter dan genezen: veel nadruk op preventie door de inzet van laagdrempelige sociale kernteams en daarmee voorkomen van zwaardere zorg;
- uitgaan van eigen kracht, zelfredzaamheid en een integrale benadering;
- werken binnen de opgelegde financiële kaders binnen het sociaal domein waarin ook de kortingen zijn verwerkt.

De toegang tot zorg is geregeld via één loket Samenleving. Enkele consulenten specifiek voor de jeugdzorg zijn in dienst van de gemeente, indiceren de zwaarte van de zorg en bepalen hierdoor het zorgaanbod. Bij een lichte zorgvraag kan verwezen worden naar de sociale kernteams. Bij een zwaardere zorgvraag (zoals multiproblematiek) vindt casusregie plaats op het zorgaanbod ("één gezin, één plan, één regisseur). De gemeente kent acht sociale kernteams, samengesteld uit medewerkers van zorgaanbieders en vrijwilligers. Medewerkers van zorgaanbieders werken vaak in meerdere sociale kernteams. Ze zijn niet in dienst van de gemeente maar van gesubsidieerde zorgaanbieders. Er heeft wel selectie plaatsgevonden door de gemeente op expertise en bekendheid met het netwerk. De focus ligt nog vooral op de uitvoering van de WMO (welzijn). Er vindt geen indicering plaats of begeleiding. Bij zwaardere vragen wordt verwezen naar het loket Samenleving.

De samenwerking tussen loket Samenleving en de sociale kernteams vindt plaats doordat de consulenten aanschuiven bij de kernteams en doordat er voor zwaardere zorgvragen overleg plaatsvindt in een Lokaal Expertisecentrum Jongeren Overbetuwe (LEJO). Tweewekelijks wordt hier casuïstiek besproken en wordt een casusregisseur aangewezen. Bij de bespreken wordt vooraf toestemming gevraagd aan de ouders en worden ze zelfs soms uitgenodigd bij de bespreking. Uitzondering is de casuïstiek waarin de veiligheid in het geding is. Aan het LEJO neemt een vertegenwoordiging van zorgaanbieders deel, de jeugdconsulenten en de politie. Afhankelijk van de case worden ook experts uitgenodigd buiten deze vaste kern. De regisseur Jeugdzorg zit het overleg

voor. Via het loket Samenleving vindt afstemming plaats met lokale en regionale zorgaanbieders. De samenwerking met huisartsen is in ontwikkeling en de gemeente stelt zich ten doel om hen meer te laten verwijzen naar lokale zorgaanbieders en lichtere zorg.

Vergelijking van organisatie en aanpak

Uit de beschrijving van de werkwijze binnen de 3 gemeenten blijkt dat ondanks een regionale visie en contractering er verschillen zijn in de wijze van aan organisatie en de aanpak van de jeugdzorg. In onderstaande tabel zijn de belangrijkste aspecten bij de organisatie in beeld gebracht (figuur 15). Deze aspecten komen deels uit een nota van Vilans over hoe je vorm geeft aan samenwerking (Q&A, samenwerking generalisten en specialisten sociale teams, oktober 2015).

Aspect	Arnhem	Duiven	Overbetuwe
Toegang zorgvraag	Via loket (KCC ¹⁰) of SWT	Via loket	Via loket
Toeleiding tot zorgaanbieders	Via loket of SWT	Via loket (voor lichtere zorg) Via SWT (voor zwaardere zorg)	Via loket (voor zwaardere zorg) Via SWT (voor lichtere zorg)
Doel en positie SWT	SWT per gebied (8), apart team voor volwassen en voor jeugd & gezin (specialistisch profiel)	1 SWT met generalistisch profiel	SWT per gebied (8), voor WMO en Jeugd (generalistisch profiel)
Samenstelling SWT	Professionals (detachering vanuit zorgaanbieders) Unidisciplinair	Professionals (detachering vanuit zorgaanbieders) Multidisciplinair	Professionals (detachering vanuit zorgaanbieders) Vrijwilligers Multidisciplinair
Samenwerking SWT en zorgaanbieders	Eenheidsmanager voor alle SWT's (in dienst van gemeente) Afstemming tussen SWT's via aandachtsgebieden (rol van professional)	Coördinator (in dienst van gemeente)	Specialistische consulenten jeugdzorg (onderdeel loket) stemmen af met SWT's Afstemming bij complexe casuïstiek met zorgaanbieders via LEJO ¹¹
Samenwerking zorgaanbieders	Via contractering	Via contractering	Via contractering 8 praktijken basisGGZ binnen gemeente mogen behandelen zonder diagnose
Ambities vanaf 2017	Gemeente richt zich op regie en monitoring Uitvoering door zorgaanbieders Iedere wijk eigen loket en budget	Gemeente is en blijft eigenaar en is daarom initiërend en sturend Onafhankelijke monitoring	Gemeente richt zich op regie en monitoring Uitvoering door zorgaanbieders en vrijwilligers

Figuur 15: Vergelijking organisatie jeugdzorg tussen 3 gemeenten

¹⁰ KCC = klantcontactcentrum bereikbaar per mail en telefonisch

¹¹ LEJO = lokaal expertisecentrum jongeren Overbetuwe

Uit de interviews met de beleidsadviseurs en uit de beleidsdocumenten komt een beeld hoe de gemeentes als bestuurders en managers (zie Van Delden, 2009) richting en sturing hebben gegeven aan de transformatie. In de vergelijking van de aanpak van de uitdagingen in de context komen hieronder drie thema's naar voren: het zoekproces, het speelveld en de resultaten. Ik sluit af met de uitdagingen die de beleidsadviseurs nog zien om betere effecten te bereiken.

Een geregisseerd zoekproces

Alle gemeentes hebben vanuit een regionale start een eigen visie uitgewerkt en daarop hun eigen aanpak bepaald. Opvallend in de beleidsdocumenten is dat iedere gemeente werkt met principes en daarop haar keuzes bouwt en verantwoordt. De principes (zie 2.c) lijken een directe vertaling van de uitgangspunten van de decentralisaties. Soms letterlijk (één gezin, één regisseur, één plan) en soms een duidelijke vertaling.

De ambitie van de overheid, betere en betaalbare jeugdzorg, lijkt overal omarmd te worden. Daarbij wordt de gehanteerde logica overgenomen dat integrale gezondheidszorg en meer eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid van de burgers deze ambities mogelijk moeten maken. Tegelijkertijd wordt aangegeven dat dit wel tijd kost en dat het een zoekproces is dat gefaseerd zal verlopen. Iedere gemeente hanteert dezelfde planning: 2014 voor de voorbereiding; 2015 en 2016 voor de overgang en vanaf 2017 is het echt anders. Toch zijn er ook subtiele verschillen:

- Arnhem is al actief geweest in de voorbereiding gedurende 2013 en 2014 door proeftuinen en publiceert eind 2015 al de nieuwe koers voor 2017 – 2019, de koersnota "Van Wijken Weten" waarin opnieuw uitgangspunten worden geformuleerd om het gezamenlijke ontwikkelproces vorm te geven. Er wordt nadrukkelijk beschreven dat het geen blauwdruk is, terwijl er ook strakke kaders worden aangegeven over wijksturing en budgetten. De eerder ingeslagen richting wordt vastgehouden.
- Duiven kiest er voor om vanuit de bestaande organisatie te groeien en noemt de periode 2015 en 2016 een "gewenningsperiode". De gemeente heeft tijdelijk een programmaleider ingehuurd om de overgang naar 2015 goed voor te bereiden. Er is nog geen visie vanaf 2017 uitgewerkt en in de interviews wordt een beeld gegeven van stabilisatie. Het budget staat vast.
- Overbetuwe lijkt bewust gekozen te hebben om het voor de jeugdzorg anders te doen vanaf 2015 en daarbij de leerervaringen met de uitvoering van de WMO te benutten. Opvallend in vergelijking tot Duiven is dat de bestaande zorgstructuur van het CJG niet benut is en een eigen werkwijze is ingericht waarin veel geïnvesteerd is in het organiseren van netwerkbijeenkomsten in de voorbereiding. Er is nog geen visie vanaf 2017 en het budget staat vast.

Alhoewel alle gemeenten schetsen dat het een zoekproces is waarin nog volop geëxperimenteerd moet worden, worden tegelijkertijd keuzes voor de toekomst gemaakt waaraan men zich vast wil houden. Een proces van zoeken en vasthouden, waarbij enkele onderwerpen vast lijken te staan en sommige nog meer open voor experiment (zie figuur 16).

Zoeken	Vasthouden
Werkwijze Samenwerking tussen spelers Monitoring	Doelen Principes en uitgangspunten Wijkstructuur, zorg dichtbij Budget (betaalbare zorg)

Figuur 16: een proces van zoeken en vasthouden

Dit roept het beeld op van een strakke regie over het zoekproces. In de interviews komt een “heilig” geloof naar voren dat dit zoekproces tot betere resultaten leidt. Soms komt het verschil uit het loslaten van het bestaande (“Het CJG was keurig bedacht, maar als het om oplossingen ging voor echte problemen, dan kon je weinig betekenen en was het een tandeloze tijger”, A1), (“Dan kom je ouders tegen die overbelast worden door hulpverleners, die allemaal vanuit hun eigen doelstelling, hun eigen plan, iets willen dat eigenlijk niet helpt”, D2). Soms komt het verschil uit het vertrouwen in een betere toekomst (“Het moet tot duurzame zorg leiden, minder hulpverleners op één gezin en een bredere kijk”, D2). Binnen gemeente Overbetuwe ga ik dieper in op deze dynamiek (5.3 t/m 5.5).

Een nieuw speelveld met oude/nieuwe spelers en nieuwe spelregels

Binnen dit onderzoek heb ik me gericht op het speelveld van de jeugdzorg, terwijl de transformatie ook voor de andere decentralisaties (WMO, Participatiewet) geldt. Unaniem geven de beleidsadviseurs aan dat de transformatie leidt tot een nieuw speelveld, waarin nieuwe en oude spelers met elkaar nieuwe spelregels opstellen. De beleidsadviseurs hebben een belangrijke rol gespeeld bij de inrichting (“Een hartstikke mooie opdracht en tegelijkertijd een heel ingewikkeld, complex speelveld waarin iedereen zich moet vinden en je jezelf moet uitvinden”, A2). De inrichting en aanpak is steeds aan de gemeenteraad voorgelegd ter besluitvorming.

Alle gemeenten schetsen in hun beleid de uitdaging om vorm te geven aan de drie decentralisaties: WMO, Jeugdwet en Participatiewet. Opvallend is dat iedere gemeente eigen keuzes maakt in de organisatie en aanpak en daarmee bevestigt dat men uitgaat van een lokaal speelveld (“er was een huiver over regionale samenwerking en een verlies aan autonomie, door presentaties in de gemeenteraad werd dit overwonnen omdat men zich in de ambities en aanpak herkende”, O1). De zorg moet allereerst goed geregeld zijn voor de burgers van de eigen gemeente. Waar nodig werkt men samen, zoals de contractering van zorgaanbieders voor 2015, maar bij deze transformatie vooral omdat men zelf nog niet ver genoeg was. Arnhem heeft als stad en als centrumgemeente in het begin een leidende rol gespeeld. In de transformatie lijkt men vooral gekozen te hebben voor voortzetting van bestaande zorg, maar wel met een korting in budget van de zorgaanbieders en het inrichten van een lokale ondersteuningsstructuur. Bij alle drie de gemeenten is de intentie om de contractering in de toekomst meer lokaal te doen en waar nodig regionaal.

Binnen het nieuwe speelveld zoekt iedere gemeente naar haar eigen spelregels. Als gemeente moet men de toegang tot zorg regelen en probeert men te sturen op de toeleiding op basis van de ernst van de zorgvraag. Alle gemeenten kennen een loket waarin de burger zich kan melden, naast de sociale wijkteams. Bij de organisatie van de sociale wijkteams komen alleen de eerste twee decentralisaties, jeugdwet en WMO, aan bod. Gemeente Arnhem organiseert dit apart per wijk (“Ze werken samen naast elkaar”, A2). Bij gemeente Duiven en Overbetuwe zie je bij de sociale wijkteams een gecombineerde aanpak, waarbij Duiven specialisten binnen het SWT inzet en Overbetuwe specialisten buiten het SWT inzet (zie figuur 17).

Focus SWT		
Deelnemers SWT	Jeugdzorg en WMO apart	Jeugdzorg en WMO samen
Specialistisch	Arnhem	Duiven
Generalistisch		Overbetuwe

Figuur 17: spelregels bij inrichting sociaal wijkteam

Alle gemeenten geven aan dat ze zorgvuldig gekeken hebben naar de samenstelling van de SWT's en voor Overbetuwe ook naar de inzet van specialisten buiten het SWT. Bij de selectie is gebruik gemaakt van de professionals van de bestaande zorgaanbieders (vooral basisGGZ) om daarmee continuïteit van zorg te leveren. Gemeenten hebben de volgende criteria gehanteerd: generalistische visie ("Breder kijken dan je vak", A1), expertise, bewezen ervaring ("Niet de jonkies", A1), coöperatieve houding, avontuurlijke werkhouding ("In het diepe durven te springen", A1). Alle beleidsadviseurs geven aan dat ze geselecteerd hebben, en in één gemeente werd duidelijk dat ze dit gedaan hebben als subsidievoorwaarde ("Betalen bepaalt", O6). Bijna zonder uitzondering zijn het professionals die voor 2015 al actief waren in de gemeente en die nu tijdelijk gedetacheerd zijn voor de jaren 2015 en 2016. Hiermee heeft er tijdelijke substitutie plaatsgevonden van de basisGGZ naar de gemeenten, waarmee de zorgaanbieders een deel van de budgetkorting (tijdelijk) hebben gerealiseerd. Gemeente Arnhem geeft aan dat men door wil gaan met een scheiding in de driehoek: beleid, uitvoering en administratie. De uitvoering komt helemaal binnen de wijk en daar krijgt men ook meer beleidsruimte en eigen budget. Gemeente Overbetuwe twijfelt nog over de keuze om de gedetacheerde professionals van enkele zorgaanbieders vanaf 2017 in dienst te nemen.

De specialistische zorgaanbieders zijn door contractering gehouden aan hun (vaak gekorte) budget. Binnen gemeente Overbetuwe heeft een deel van deze zorgaanbieders een plek in de overlegstructuur, waarin de toeleiding naar specialistische zorg wordt bepaald. Alle gemeenten lijken te worstelen met het grote aantal zorgaanbieders, die niet direct betrokken zijn in overleg waar de indicering plaatsvindt en dus het spel wordt verdeeld. De keuze is zo groot, dat het niet meer overzichtelijk is ("Het zijn er heel veel, het is onmogelijk om met iedereen in gesprek te gaan en goed samen te werken", D2). Het lijkt er op dat de overgangsperiode, 2015 en 2016, benut wordt om een keuze te maken. Gemeente Overbetuwe heeft tussentijds acht zelfstandige psychologenpraktijken gecontracteerd die met minder regels (geen formele diagnose DSM nodig) geïndiceerd kunnen worden. Naast formele regels spelen ook veel informele regels. Deze komen terug in 5.3 t/m 5.5.

Iedere gemeente worstelt nog met de positie van de huisartsen. Men erkent dat ze vooral een rol spelen in de jeugd GGZ, waarin ze veruit de belangrijkste verwijzer zijn en een zelfstandige bevoegdheid hebben. De gemeenten zoeken naar meer invloed ("We proberen de huisarts gemakkelijker door te laten verwijzen naar lokale zorgaanbieders en naar lichtere zorg", "Dit is een kwestie van lange adem en door leggen van persoonlijke contacten", O2) en ze geven aan dat dit nog beperkt lukt.

Monitoring van de ambities en resultaten

Alle gemeenten geven aan dat het bij het begin van de transformatie aan goede cijfers ontbreekt om de jeugdzorg goed te kunnen monitoren ("We zijn gehandicapt door de versnipperde informatie en de beperkte administratie, waardoor we snakken naar betere informatie", A2). Opvallend is dat de ambities vooral inhoudelijk zijn vertaald in doelen en principes, maar vaak nog niet in duidelijke meetbare resultaten. In gemeente Arnhem vindt een meting plaats naar de beleving van de burgers. Nu wordt er veel geëvalueerd op basis van ervaringen en verhalen ("Positieve ervaringen worden gedeeld, de verhalen worden belangrijker", A1). Hieruit spreekt een geloof dat door meer aandacht aan de lokale situatie beter in beeld wordt gebracht wat werkelijk nodig is ("Veel onderwerpen krijgen aandacht, 180 paar ogen in de wijk", A2).

Daarnaast kwam in de interviews ook naar voren dat de transformatie ruimte biedt voor persoonlijke ontwikkeling en dat dit de resultaten positief beïnvloedt ("Mensen vinden het hartstikke leuk dat er ontwikkelingen zijn waardoor ze zich persoonlijk kunnen ontwikkelen. Hierdoor is de kans groot dat het als een positief leerproces wordt gezien", O2). De transformatie wordt gezien als een leerproces wat kan leiden tot positieve effecten voor professionals en burgers. Hieruit spreekt een geloof dat door de verantwoordelijkheid dichterbij te beleggen dit leidt tot directer en beter resultaat.

Uitdagingen en effecten van zorg

De beleidsadviseurs geven in de interviews uitdagingen aan binnen het zoekproces. De uitdagingen kunnen gezien worden als nog niet bereikte effecten van de transformatie van de jeugdzorg: het bieden van meer integrale zorg door betere samenwerking tussen organisaties en professionals. Sommige uitdagingen worden gezien als dilemma's, waarbij het lastig is om te kiezen tussen één van beide alternatieven en deze dilemma's spanningen oproepen (figuur 18).

Uitdagingen	Passende citaten
Continuïteit of vernieuwing	"Doordat bestaande zorg gecontinueerd werd was de overgang behapbaar", "Niet elke zorgaanbieder werkte zoals wij werken" (O1)
Voorrang aan kwaliteit of betaalbaarheid	"Bij de evaluatie van de jeugdwet kwamen inhoudelijke zaken naar voren, die veranderd moesten worden. Hier stond geen garantie dat het goedkoper moest, maar wel dat het tot betere zorg moest leiden" (D2)
Sturing op resultaat of proces	"In je nieuwe rol als coördinator ga je minder in de inhoud en zorg je als coach, regisseur dat die ander dat doet. Je moet er boven blijven hangen en het proces bewaken" (D2)
Zeggenschap over de professionals	"Zijn ze loyaal naar de gemeente of naar de eigen zorgaanbieder?" (O2)
Standaardisatie of variëteit	"Het lokale speelveld leidt tot variatie die goed aansluit bij de verschillen per wijk, maar tegelijkertijd heb je ook standaardisatie nodig om versnippering te voorkomen" (A2)
Transparantie of vertrouwelijkheid	"We willen als wijkteams goed kunnen rapporteren over onze inzet", "We willen uit privacyoverwegingen en administratieve lasten niet meer registreren dan nodig", Nieuwsbrief Wijkteams in beeld, Arnhem

Figuur 18: uitdagingen bij samenwerking

Uit deze uitdaging blijkt dat de beoogde effecten nog niet zijn bereikt en dat het soms een spannend zoekproces is waarin getwijfeld wordt over de te maken keuzes. Bij elke keuze in een dilemma hoort een nadeel. Vernieuwen van het zorgaanbod, leidt bijv. tot discontinuïteit wat je eigenlijk liever niet wil. Meer zeggenschap op de professionals leidt tot minder onafhankelijkheid van de gemeente als regisseur. Minder transparantie leidt tot minder verantwoording kunnen afleggen.

Samenvatting

In de interviews met beleidsadviseurs en de documentanalyse blijkt dat de drie gemeenten grote overeenkomsten kennen in hun aanpak van de transformatie. De doelen, principes en uitgangspunten vormen de basis voor de wijze van organisatie. Iedere gemeente hanteert een gefaseerde ontwikkeling. Met het strikt hanteren van doelen binnen de financiële kaders is speelruimte in dit zoekproces beperkt. Men varieert vooral in de wijze waarop de toegang en toeleiding tot zorg is geregeld en hoe generalistische en specialistisch zorg wordt gestructureerd. Zonder uitzondering zoeken ze een nauwe samenwerking met enkele zorgaanbieders (met name uit de basis GGZ) om de eigen uitvoering te professionaliseren. Voor het monitoren van de effecten op zorg zijn er nog weinig betrouwbare resultaten. De evaluatie lijkt vooral plaats te vinden op basis van ervaringen en op de ambitie om te slagen. In deze verandering is het speelveld veranderd, zijn zowel nieuwe als oude spelers actief en hebben nieuwe spelregels vooral effect op de toegang en toeleiding van zorg. De vernieuwing nog niet is afgerond, maar lijkt al vaste vormen te krijgen.

5.3. Kwaliteit van samenwerking

In deze paragraaf staat de praktische samenwerking centraal. De professionals zijn bevraagd naar voorwaarden voor samenwerking, de momenten van waarheid en aanbevelingen om samenwerking te verbeteren. Ieder onderdeel wordt apart uitgewerkt en afgesloten met een conclusie.

Voorwaarden voor samenwerking

In de interviews met de professionals is steeds gevraagd wat men belangrijk vindt in de samenwerking om betere jeugdzorg te bieden (zie bijlage 11) en of men dit kan prioriteren. Op basis van deze resultaten heb ik een eigen ordening en overzicht gemaakt van de meest genoemde factoren (zie figuur 19). Er is door de professionals geen duidelijke prioritering aangegeven, de genoemde factoren worden in de interviews vaak als even belangrijk benoemd. Ik heb rood gekleurd waarin uit het citaat en het interview duidelijk blijkt dat de voorwaarde nog niet is ingevuld.

Factor	Passende citaten
Burger centraal Burgerparticipatie, gezin centraal	"Naast de burger gaan staan, dat sta je niet vanuit je positie maar je moet het wel proberen" (O5)
Visie en beleid Heldere visie, delen ambities, verbinding beleid en uitvoering, focus op preventie	"We hebben twee keer een meeting gehad en er werd uitgelegd wat de gemeente wilde. We mochten allemaal meedenken, ideeën sparren, brainstormen" (O8) "Voorkomen is beter dan genezen", "bij de politie was het vaak pleisters plakken" (O4) "Beleid kan heel mooie dingen verzinnen, maar de consultants zie ik toch andere dingen doen en vasthouden aan het oude denken, dat botst" (O6) "Gemeente gedraag je als een ondernemer en profileer het jeugdteam meer. Zorg dat ze een smoel krijgen, zodat ze identiteit krijgen en uitstralen: hier hoor ik bij en het is duidelijk waar we voor staan." (O10)
Integraal samenwerken Delen van informatie en bespreken van casuïstiek, benutten van verschillende perspectieven, duidelijke regie voeren, 1 team vormen	"Als je soms hoort hoe lang een gezin van hot naar her zweeft en er niemand is die de regie pakt. Vanuit het LEJO wordt dit georganiseerd" (O8) "Overleg hebben en niet dat beeld schetsen dat wij als gemeente beslissen" (O5) "Logo-vrij denken. De cliënt staat centraal en dat staat los van de organisatie. Dit speelt nu nog, onbedoeld onbewust, omdat we nog zo aan het profileren zijn en moeten opkomen voor de eigen organisatie" (O7) "Open minded zijn. Geïnteresseerd en nieuwsgierig naar elkaar. Je moet begrip hebben voor elkaars eigen dingetjes, waardoor de samenwerking beter loopt." (O7)
Communicatie Met elkaar goed communiceren, elkaar goed kunnen bereiken, elkaar regelmatig zien, fysieke aanwezigheid	"Het is smoelenwerk" (O3) "Ik ging midden tussen WMO zitten, waardoor mensen me steeds beter leerden kennen" (O6) "Als je meer samenwerkt, raakt het meer doorbloed" (O3) "Je moet elkaar kennen om goed te kunnen adviseren over verwijzing" (O9)
Goede uitvoering Voldoende tijd, prioriteiten stellen, duidelijke rolverdeling	"Je kunt geen ijzer met handen breken" (O3) "We doen alles zelf zodat we beter weten waar een dossier is" (O5) "Het vraagt tijd, blijf voor de inhoud gaan" (O10)

Figuur 19: voorwaarden voor succesvolle samenwerking

In de vraag wat gedaan is om de samenwerking te verbeteren worden diverse interventies genoemd:

- Zorgmarkten waarin zorgaanbieders presentaties geven.
- Werkbezoeken aan zorgaanbieders.
- Netwerklunches.
- Elkaar consulteren en met elkaar sparren.
- Casusbesprekingen – (“Iedereen heeft zijn eigen rugzak en daar leer je van”, O5).
- Zelforganisatie – (“Je krijgt de tijd en ruimte om zelf initiatief te nemen”, “Er was een behoefte aan verbetering samenwerking, maar management gaat uit van zelfsturende teams en doet weinig. Toen hebben we het aan de hand van casusbespreking zelf opgepakt”, O6).
- Nieuwe opzet van verwijzing, waarin ook mogelijkheid is gecreëerd om beschikking zonder diagnose af te geven – (“Zes partijen mogen nu zonder diagnoses werken”. “Het resultaat is mogelijk lagere kosten, door te voorkomen dat er te snel naar de specialistische GGZ wordt verwezen”, O10), (“Door oog te hebben voor interacties, problemen thuis of op school en die aan te pakken, is het misschien niet nodig een kind het etiket van een psychische stoornis op te plakken”, De Gelderlander 6 februari 2016).

Een interventie die heel vaak terug kwam was de centrale plek van het Lokaal Expertisecentrum Jeugd Overbetuwe (“in het LEJO leer je van verschillende perspectieven”, O5). Op basis van de interviews en een observatie van het overleg kwamen de volgende eigenschappen naar voren:

- Tweewekelijks overleg om ernstige casuïstiek te bespreken.
- Duidelijke rolverdeling, waarbij de regisseur Jeugd, als voorzitter, overleg leidt en zorgt dat iedere casus aandacht krijgt.
- Iedere casus wordt ingeleid (vaak al schriftelijk), informatie wordt gedeeld, perspectieven worden gedeeld, samen doel bepaald en afgerond met afspraken.
- Iedere casus krijgt een casusregisseur (jeugdconsulent of professional zorgaanbieder)
- Iedere casus wordt in principe met toestemming van de ouders besproken of de veiligheid moet in geding zijn.
- Waar mogelijk worden ouders uitgenodigd om deel te nemen.
- Waar nodig worden externe experts uitgenodigd.

Hierin worden enkele werkingsmechanismen voor succesvolle casusbespreking en samenwerking zichtbaar:

- Professionele verantwoordelijkheid om casus in te brengen en rol te pakken.
- Streven naar gedeelde beeld-, oordeels-, en besluitvorming.
- Meerdere perspectieven delen en zelfs ruimte voor nieuw perspectief (“de methodiek van de lege stoel, op deze stoel kan iemand buiten het netwerk plaatsnemen om een nieuw perspectief in te brengen”, O9).
- Sturen op resultaat (wat wil men bereiken) en op proces (casus wordt na inbreng gevolgd totdat doel is bereikt).
- Kennisdeling (“kruisbestuiving”, O4).

Samenvatting

Door dit overzicht van belangrijke voorwaarden voor samenwerking en ingezette interventies om de samenwerking te bevorderen te vergelijken met de door Kaats & Opheij aangegeven condities, valt op dat dit meerdere overeenkomsten kent. Er wordt veel waarde gehecht aan een gedeelde visie en beleid en door de investeringen in het begin in het opzetten van de samenwerking is geprobeerd recht te doen aan alle belangen van partners. In dit onderzoek heb ik vooral een beeld gekregen van de partners die zijn aangesloten bij de gemeente. Op dit moment lijkt het netwerk professioneel georganiseerd en is er met name door de overlegstructuur ruimte om goed persoonlijk samen te werken. Daarnaast lijkt de ontwikkeling nog niet afgerond en kan het beleid nog beter afgestemd worden met de praktijk. Meer aandacht voor een betekenisgevend proces waarin aandacht is voor de identiteit van elk team binnen de gemeente lijkt wenselijk. Er is veel aandacht voor veiligheid maar er lijkt nog geen duidelijk team dat opgesteld staat voor specifieke jeugdproblematiek.

Momenten van waarheid

In elk interview is gevraagd naar twee verhalen waarin samenwerking noodzakelijk was, de werkwijze nog nieuw was en daardoor spannend voor de professional. Eén verhaal wat geleid heeft tot goede zorg en één verhaal wat niet geleid heeft tot goede zorg. Bijna alle professionals konden gemakkelijk voorbeelden benoemen en na het doorvragen gedetailleerd beschrijven.

Ter illustratie worden hier enkele verhalen kort beschreven die in de focusgroep werden herkend als illustratieve voorbeelden van noodzaak tot samenwerking. Alle verhalen zijn in beknopte vorm te lezen in bijlage 12.

Dreiging van geweld: één schakel in de ketting wijkt af

Op basis van meerdere signalen wordt binnen de gemeente een inschatting gemaakt dat zowel de moeder als het kind slachtoffer kunnen worden van een nieuwe partner van de moeder. Kind woont al bij grootouders, maar lijkt zelfs daar niet veilig. In gezamenlijk overleg wordt een meersporenbeleid afgesproken, dat start bij een goede inschatting van de risico's door een apart overleg met moeder. De psychiater van de ingeschakelde zorgaanbieder wijzigt eenzijdig aanpak en spreekt moeder en partner samen, waardoor moeder niet aangeeft dat ze risico loopt en veiligheid voor moeder en kind nog steeds niet geborgd is. Bij evaluatie van aanpak ontbreekt psychiater, waardoor verschil in inzicht niet besproken kan worden en er geen goede afstemming is over gecoördineerde aanpak. Er moet een nieuw plan worden gemaakt, waarbij alleen de veiligheid van het kind kan worden geborgd.

Uithuisplaatsing: ingrijpen in belang van moeder en kinderen

Langdurig traject van begeleiding van alleenstaande moeder en behandeling van kinderen. Moeder lijkt niet in staat tot adequate behandeling van kinderen en na zorgvuldige afwegingen wordt besloten tot uithuisplaatsing van kinderen in pleeggezin en daarna behandeling. Twee behandelaren vanuit verschillende zorgaanbieders zijn betrokken en stemmen goed onderling af. Mededeling van besluit aan moeder vindt gezamenlijk plaats met veel aandacht in de voorbereiding en de opvang. Verschillende trajecten (begeleiding moeder en opvang en behandeling kinderen) vinden gecoördineerd plaats bij meerdere zorgaanbieders.

Vrijwillige behandeling met drang: net op tijd

Ernstige problemen met jongere, waarin tijd om nog verplichtend zorg aan te kunnen bieden heel beperkt is (net voor 18 jaar). In afstemming tussen consulent gemeente, zorgaanbieder en Raad voor Kinderbescherming wordt drangtraject ingezet en gekozen voor een specifiek zorgaanbod dat aansluit bij de ernst en bij de verwachtingen van ouders en gemeente. Door goede afstemming met deze zorgaanbieder wordt aanbod voor behandeling geaccepteerd door jongere, tot opluchting van ouders en betrokkenen. De eerste resultaten zijn positief.

Inschatten van ernst van de zaak en verdeling van verantwoordelijkheden: samen steggelen om het op te lossen

Alleenstaande moeder met zeer kwetsbare dochter van 17 jaar die hoge risico's loopt. De ingezette intensieve opvoedkundige hulp en spoedzorg is onvoldoende. Verzoek om dwangmaatregelen wordt na onderzoek door Raad van Kinderbescherming niet gehonoreerd omdat de ernst lager ingeschat wordt. Verschil in inzicht leidt ook tot discussie over verantwoordelijkheid. De gemeente voelt zich verantwoordelijk maar kan deze niet aanvaarden omdat de aanpak niet past bij de door hen ingeschatte ernst. Het verschil en de bijbehorende spanning wordt op initiatief van één van de professionals met betrokkenen besproken en verwachtingen worden gedeeld. Na uitwisseling wordt de aanpak beter gedeeld en is er meer vertrouwen in vervolg. De uitwisseling over verantwoordelijkheden op basis van deze case wordt breder gevoerd.

Afwijkend zorgaanbod: spanning tussen vraag en beschikking

Ouders met ernstig autistische zoon zoekt zelf naar passende hulp na lang en intensief behandelverleden. Ze bekostigen alternatieve behandeling eerst zelf en doen dan beroep op beschikking gemeente. Consulente gaat mee dit verzoek dat afwijkt van normale zorgaanbod mede door wanhoop ouders en geloof in dit alternatief. Zorgaanbod wordt na evaluatie verlengd, maar de ouders doen nogmaals op verlenging en intensivering. Hierbij hebben ze gemeente niet geïnformeerd over achteruitgang op school. Consulente voelt zich overvraagd en mist vroegtijdige afstemming. Daarnaast merkt ze dat het lastig is om keuzes voor maatwerk zorg goed te kunnen verantwoorden.

Een analyse van de 16 momenten van waarheid op thematiek en risico levert het volgende inzicht (figuur 20):

Thema	Frequentie	Risico
Veiligheid binnen gezin (multiproblem)	4	Hoog
Langdurige intensieve zorg gezin (multiproblem)	4	Hoog
Intensief zorgtraject jongere (drang of dwang)	2	Hoog
Schoolverzuim	2	
Indicering zorg (maatwerk of standaard)	2	
Begeleiding jongere (geen behandeling)	2	

Figuur 20: ordening momenten van waarheid naar thematiek en risico

Bij een hoog risico ben ik uitgegaan van zorgmeldingen waarbij het risico op geweld of verwaarlozing door ouders is aangegeven of een hoog risico voor de jongere bij uitblijven van een adequate aanpak.

Alle momenten van waarheid zijn geanalyseerd op de factoren die zijn genoemd als bijdrage aan de kwaliteit van samenwerking. In bijlage 13 wordt een overzicht gegeven van de factoren. Hierbij is zowel gekeken naar factoren die de samenwerking positief beïnvloeden als factoren die de samenwerking negatief beïnvloeden. Al deze factoren zijn vervolgens gecodeerd. Wanneer er sprake is van een negatieve factoren (bijv. "verschil van mening tussen hulpverleners over aanpak") is dit gecodeerd naar een neutrale factor (in dit geval "besluitvorming werkwijze"). De aanwezigheid van het kenmerk maakt het bevorderend voor samenwerking. De afwezigheid van de factor maakt het belemmerend voor samenwerking. In bijlage 14 wordt het overzicht gegeven van de codering en uit welke verhalen de factoren afkomstig zijn.

Samenvatting

De verhalen over de momenten van waarheid bieden een boeiend inzicht in de factoren die meespelen in de beleving of een samenwerking succesvol is. Bij bijna alle verhalen gaat het om grote uitdagingen zoals onveiligheid of intensieve behandeltrajecten. De succesverhalen bevatten vooral positieve kenmerken of er worden negatieve kenmerken overwonnen. Uiteindelijk lukt het om de uitdaging in te vullen en de bijkomende spanningen te overwinnen. Het resultaat is vaak maatwerk dat goed aansluit bij de zorgvraag. In de negatieve verhalen is er bijna altijd een combinatie van positieve en negatieve kenmerken. De doelstelling wordt niet of slechts ten dele gehaald en er is vaak geen gedeelde en gedragen aanpak. Op het moment dat verschillen zichtbaar worden en de spanning toeneemt wordt dit vaak niet benut voor reflectie en wijziging van de aanpak.

Aanbevelingen professionals

In de interviews met professionals is op het eind gevraagd naar aanbevelingen om samenwerking te verbeteren. De aanbevelingen zijn respectievelijk aan bestuur van de gemeente, collega's uit eigen organisatie en aan zorgaanbieders. De resultaten worden hieronder weergegeven.

Bestuur

Er worden veel aanbevelingen gegeven om de praktijk te verbeteren. Met behulp van het model van Van Delden (2009) waarin hij de samenhang beschrijft tussen het gedrag van de actoren en de ontwikkelingsfasen (paragraaf 3.3) zijn de aanbevelingen geordend (figuur 21). Het bestuur en het management heeft het meeste invloed op doelen bepalen en structureren. Het verbreden en verdiepen van de integrale zorg zal in samenwerking met de professionals plaats moeten vinden.

Ontwikkelingsfase	Aanbevelingen
Doelen bepalen	Continu sturen op gekanteld denken Versterking lokale veld (preventie, 0 ^e en 1 ^e lijn, eigen regie) Populatiegericht werken bevorderen
Structureren	Toegang voor burgers duidelijker maken Matched care (koppeling vraag aan passend aanbod, beperking dure zorg) Beperking aantal zorgaanbieders (voor beter overzicht) Overleg hanteerbaar houden (niet te groot maken) Kennis vergroten (binnen teams en door overdracht van zorgaanbieders naar lokaal) Intervisie organiseren Streven naar gelijkwaardigheid (ondanks verschillen in positie en expertise)
Verbreden en verdiepen	Beleid beter op praktijk afstemmen Meer oog voor jeugdgezondheidszorg (met name 0 – 4 jaar) Meer samenwerking met onderwijs Doorontwikkeling samenwerking zorgaanbieders (helderheid over ieders specifieke aanbod, versterken complementariteit)

Figuur 21: aanbevelingen aan bestuur en management

Uit de aanbevelingen volgt dat men het nodig acht dat zowel de lokale samenwerkingsstructuur tussen deelnemende professionals wordt verbeterd als tegelijkertijd een doorontwikkeling nodig is voor de samenwerking tussen organisaties om doelen te bereiken. De lokale ondersteuningsstructuur moet versterkt worden en waar nodig moet er een betere verbinding komen met regionale zorgaanbieders. Dit leidt tot een verdieping van de huidige aanpak. Het uitbreiden van doelgroepen (zoals kinderen 0 – 4 jaar) en samenwerking met onderwijs leidt tot een verbreding van de huidige aanpak.

Collega's

De professionals geven ook aanbevelingen aan hun collega's in de lokale ondersteuningsstructuur om samenwerking te verbeteren. Volgens Van Delden de fase van praktisch samenwerken (paragraaf 3.3). Dit geldt zowel voor de samenwerking binnen het SKT als binnen het loket Samenleven. Deze aanbevelingen zijn geordend (figuur 22) met het model voor succesfactoren van wijkgericht interdisciplinaire samenwerking (Van Rijsdijk, 2015, paragraaf 3.4).

Niveau samenwerking	Aanbevelingen
Individueel en interpersoonlijk	Plezier hebben in werk Advies durven geven en standpunt in durven nemen Uitgaan van gelijkheid (ook al heeft de gemeente de meeste macht) Minder oplossingsgericht denken, maar eigen regie aan zorgvrager geven
Teamproces	Onderling vertrouwen en veiligheid om te delen Kennis delen Warme overdracht bij casussen
Teamstructuur	Streven naar vast team (voor continuïteit)

Figuur 22: aanbevelingen interdisciplinaire samenwerking

Uit de aanbevelingen en de besproken ervaringen volgt dat de samenwerking binnen de verschillende teams (SKT's, loket Samenleving) gegroeid is, maar nog kan doorontwikkelen. Aandacht hierbij zijn thema's als de ongelijkheid in positie (waarin de gemeente bepalend is); de ongelijkheid in kennis (waarin professionals van zorgaanbieders meer expertise hebben) en de voorlopige indeling van teams (professionals zijn tijdelijk gedetacheerd vanuit zorgaanbieders). Door invulling aan de aanbevelingen raken de professionals binnen de teams beter op elkaar ingespeeld en kunnen ze nog meer bereiken.

Zorgaanbieders

Er worden aanbevelingen gegeven om de samenwerking tussen de gemeente en de zorgaanbieders te verbeteren. Ook hier zijn met behulp van het model van Van Delden (2009, paragraaf 3.3) de aanbevelingen geordend naar ontwikkelingsfase (figuur 23).

Ontwikkelingsfase	Aanbevelingen
Doelen bepalen	Aansluiten bij nieuwe visie op jeugdzorg (gekanteld denken)
Structureren	Vergroten van bereikbaarheid (korte lijnen)
Praktisch samenwerken	Durven delen van kennis Elkaar opzoeken en netwerken Durven loslaten van eigen casus Meer beroep op elkaar doen (buiten je eigen zorgaanbieder)
Verbreden en verdiepen	Meer feedback geven vanuit eigen expertise op model van samenwerking (minder voorzichtig)

Figuur 23: aanbevelingen aan zorgaanbieders

Uit de aanbevelingen en de besproken ervaringen volgt dat de zorgaanbieders uitgenodigd worden om nog meer lokaal aan te sluiten, bij de doelen aan te sluiten en te werken vanuit één visie. Van de zorgaanbieders wordt verwacht dat ze zich meer beperken tot hun specifieke aanbod (1^e, 2^e of 3^e lijn) maar wel van daaruit feedback geven om de lokale ondersteuningsstructuur te versterken. Deze aanbevelingen lijken de wens aan te geven om de lokale ondersteuningsstructuur te versterken maar ook de wens om te voorkomen dat deze los komt te staan van de zorgaanbieders waar een deel van de geïnterviewde professionals van afkomstig is. Van Delden (2009) noemt dit de uitdaging om de

mogelijke stagnatie van *eilandsamenwerking* te overwinnen: “niet alleen de professionals maar ook de organisaties zijn een partnerschap aangegaan”.

Samenvatting

De aanbevelingen aan het bestuur lijken een bevestiging van de ingezette lijn. Nog meer sturen op het gekantelde denken (meer preventie, meer lokale zorg) en nog meer faciliteren van de ontwikkeling van de professionals. Door het creëren van meer overzicht en het beperken van het aantal zorgaanbieders wordt verwacht dat de zorg zich verdiept. Een verbreding van zorg wordt wel als aanbeveling genoemd. Voor de collega's binnen de lokale ondersteuningsstructuur lijkt de nadruk te liggen op het individuele groei en versterking van het teamproces. Hiervoor wordt de behoefte geuit naar stabiliteit waardoor vertrouwen en veiligheid toeneemt. Voor de zorgaanbieders betekent dit nog beter samenwerken en elkaar benutten. Hier wordt ook aangegeven dat verschillen mogen worden vergroot zodat de complementariteit beter wordt benut. Tegelijkertijd lijkt er een behoefte te ontstaan om naast de goede samenwerking tussen professionals de verbinding met de zorgaanbieders te vergroten.

5.4. Ervaren effecten van zorg

In het zoekproces van de transformatie van de jeugdzorg worden uitdagingen aangegeven door zowel de beleidsadviseurs als de professionals. De uitdagingen kunnen gezien worden als nog niet bereikte effecten van de transformatie van de jeugdzorg. De uitdagingen liggen in het bieden van meer integrale zorg en in betere samenwerking tussen organisaties en professionals. Sommige uitdagingen worden gezien als dilemma's, waarbij het lastig is om te kiezen tussen één van beide alternatieven en deze dilemma's spanningen oproepen.

De uitdagingen in de ogen van de beleidsadviseurs zijn in 5.2 aangegeven. Uit de observatie en uit de interviews van de professionals komen ongevraagd ook uitdagingen naar voren om de samenwerking te verbeteren (figuur 24).

Uitdagingen	Passende citaten
Verlies aan expertise door generalistisch werken in SKT	“Helaas verdwijnt er veel kennis en knowhow. Over een paar jaar is het weggesijpeld in het wijkteams. Echt heel jammer, dit verdwijnt omdat professionals niet meer worden aangesproken op specialisme” (O6)
Omgaan met complementariteit en overlap in expertise, komen tot gedeelde belangen	“Er is soms sprake van complementariteit en soms van overlap” (O8)
Effectieve omvang van overleg (grootte en flexibiliteit)	“Word niet te groot binnen het LEJO, ook al is het verleidelijk omdat je altijd iemand mist” (O8)
Verbinding SKT's en specialisten	“Het SKT heeft elke maandag zijn overleg, ..., het LEJO is een heel ander overleg” (O6)
Loyaliteit aan gemeente en zorgaanbieder	“Dat is een ingewikkelde eigenlijk heb ik vanaf het begin gemerkt dat ik van beide kanten overvraagd wordt” (O7) “Wij hebben [als zorgaanbieder] een lange wachtlijst en daarom had ik zoiets van we moeten ons niet zo promoten. Wij zitten vol, zoek maar elders” (O8)
Sturen op samenwerking of sturen op macht (balanceren tussen dwang en vrijwilligheid)	“Niet vanuit je macht positioneren, want uiteindelijk ben je ook afhankelijk van degene die je hulp gaat leveren”(O5)
Transparantie en vertrouwelijkheid	“Ik vind dat er teveel nadruk ligt op privacy. Hier wordt teveel nadruk op gelegd waardoor zorg in het geding komt. Toestemming van ouders zou voldoende moeten zijn”

	(O11) "Als je weet wat er voor nodig is voor een beschikking. Less is more" (O6)
Samenwerking met huisartsen, omgang met autonomie	"Verwijzingen van de huisartsen zijn niet bij ons bekend. .. Het bestuur wil dat wij dan ook nog een keer de beschikking willen maken. Dat kost ons veel tijd en rompslomp" (O5)
Kiezen uit grote aanbod zorgaanbieders	"In de regio is er een overaanbod, een super aanbod en daardoor een totale versnippering" (O11)
Snelle toegang tot zorgaanbieders (wachtlijsten)	"Bij crisis is het vaak geregeld. Maar je hebt crisis en crisis. Welke betekenis geven we aan dit woord?"(O3)

Figuur 24: uitdagingen bij samenwerking

Samenvatting

In het onderzoek komt naar voren dat het met name bij zwaardere zorgvragen gelukt is om tot een integrale aanpak te komen door rondom de zorgvraag goed samen te werken. Binnen ieder team (sociale kernteams, jeugdteam) lijkt er een behoefte aan nog betere samenwerking om betere zorg te bieden. Voor sommige professionals is de werkwijze heel uitdagend, maar voor anderen is de wijze van organisatie, onderscheid in lichte en zware zorg, onvoldoende uitdagend. Daarnaast lijken de uitdagingen aan te geven dat de verschillende teams wel een eigen doelstelling en werkwijze kennen maar nog niet optimaal samenwerken. Door de overlegstructuren wordt gezocht naar een verbinding en ontstaat de neiging tot uitbreiding van het overleg, terwijl dit weer ten koste gaat van de teameffectiviteit. In de behandeling van casuïstiek is het ambitieniveau groot om een zo hoog mogelijk effect te bereiken en desnoods drang en dwang in te zetten en meer informatie te delen dan wettelijk mag. Dit kan mogelijk botsen met het principe van eigen regie en verantwoordelijkheid van de burgers en privacy. Bij de toegang en toeleiding is de samenwerking met huisartsen en het grote aantal zorgaanbieders nog niet gerealiseerd. Alleen bij een hoge noodzaak tot samenwerking, zoals een crisis, lijkt men elkaar beter te kunnen vinden.

5.5. Belemmerende en bevorderende factoren voor samenwerking

In de focusgroep, met twee beleidsadviseurs en twee professionals van gemeente Overbetuwe, is het onderzoek toegelicht en zijn de beschrijvingen van de momenten van waarheid doorgenomen (zie bijlage 12). De beschrijvingen worden zonder uitzondering herkend als belangrijke momenten waarin de samenwerking tussen professionals op de proef wordt gesteld. Bovendien geven ze aan dat het voorbeelden zijn van momenten die vaker voorkomen. Men geeft ook aan dat er vaak sprake is van ernstige zorgvragen, wat verklaarbaar is door de wijze van uitnodiging om momenten van waarheid te beschrijven. Door deze toetsing kan gesteld worden dat de momenten van waarheid benut kunnen worden voor een analyse op belemmerende en bevorderende factoren voor samenwerking, vooral als het noodzakelijk is. Voor de praktijk binnen gemeente Overbetuwe zijn de momenten van waarheid herkenbaar en generaliseerbaar.

Daarna heb ik uitgelegd hoe ik factoren heb geselecteerd, gecodeerd en geclusterd (zie bijlage 13 en 14). De werkwijze wordt herkend en de clustering lijkt logisch. Tijdens de focusgroep komt naar voren dat het opvalt dat sommige factoren meer voorkomen in de beschrijvingen van momenten van waarheid en de vraag wordt gesteld of deze factor dan ook belangrijker is¹². In het gesprek wordt genoemd dat zelfs de factoren die relatief weinig voorkomen in de momenten van waarheid als waardevol worden gezien. Factoren die vaak voorkomen zijn blijkbaar belangrijk en waarschijnlijk kritisch. Wanneer deze factor ontbreekt is de kans op succesvolle samenwerking kleiner.

¹² 11 van de 28 factoren komen 6 keer of meer voor in de momenten van waarheid.

In de focusgroep wordt betekenis gegeven aan de 5 clusters (zie figuur 25) in hoe ze bijdragen aan succesvolle samenwerking. Verschuren en Doorewaard (2007) spreken over een betooglijn.

Cluster	Factoren
Houding deelnemers	Verantwoordelijkheid, verbinding met zorgvrager, vertrouwen in elkaar, verwachtingen delen en gelijkwaardige positie
Besluitvormingsproces	Signalen inbrengen, beeld- en besluitvorming over oorzaak, ernst en aanpak, evalueren van effectiviteit
Spelregels	Spelen met mogelijkheden om doel te bereiken en maatwerk te leveren
Organisatie	Regievoering, rolverdeling, afstemming, overdracht, toegang en toeleiding
Kennisdeling	Delen van kennis in dienst van case en professionalisering

Figuur 25: clustering factoren momenten van waarheid

Houding deelnemers

Door een goede verbinding met de zorgvrager neemt iedere deelnemer de verantwoordelijkheid om samen de zorgvraag op te pakken, waarbij de zorgvrager zo goed mogelijk in regie blijft. Om hierin succesvol te zijn is het nodig dat je vertrouwen in elkaar hebt en dat je verwachtingen naar elkaar uitspreekt. Ondanks verschillen in macht probeer je uit te gaan van gelijkwaardigheid. Succesvolle samenwerking ontstaat door de verbinding met het vraagstuk en het aanvullen van elkaar. Door positieve ervaringen groeit de samenwerking, bij negatieve ervaringen is het belangrijk om verwachtingen uit te spreken en verschillen te hanteren.

Besluitvormingsproces

Het aanbieden van zorg start met het serieus nemen van vragen en signalen. Door deze informatie te delen en vanuit verschillende perspectieven met elkaar te bekijken ontstaat beter inzicht in de oorzaak en de ernst. Dit leidt tot een werkhypothese van waaruit een passende aanpak wordt bepaald. Vanuit de deelnemers aan het overleg worden mogelijke interventies afgewogen en een aanpak bepaald. Het is helder wie de regie heeft en wie deelneemt. Er worden afspraken gemaakt over de evaluatie. Succesvolle samenwerking ontstaat door verschillen in inzicht en aanpak te delen, te vergelijken en te streven naar één aanpak. Wanneer er verschil is inzicht is het belangrijk om met één aanpak op basis van een werkhypothese te starten en steeds te evalueren of het werkt. Dit is beter dan het blijven hangen in de analyse of het bieden van interventies die niet goed op elkaar zijn afgestemd.

Spelregels

Bij de aanbod is het belangrijk om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de zorgvraag om maatwerk te kunnen bieden. Het gaat hierbij om het op- en afschalen van de intensiteit van zorg maar ook om het inzetten van drang- en dwangmaatregelen als dit noodzakelijk is. Formele regels kunnen hierbij helpen, maar moeten ook losgelaten kunnen worden als het niet werkt. Wanneer in de praktijk de spelregels als beperkend worden ervaren is het belangrijk om te escaleren en op een hoger niveau te kijken of aanpassing van beleid mogelijk is. Succesvolle samenwerking ontstaat door samen maatwerk te bieden en te variëren in aanpak om zo goed mogelijke zorg te bieden.

Organisatie

Door het goed organiseren van toegang voor de zorgvraag en een goede toeleiding naar een passend zorgaanbod worden de mogelijkheden van iedere deelnemer benut. Dit vraagt een goed overzicht van de mogelijkheden en een snelle en goede afstemming bij het bepalen van de aanpak. Een duidelijke regievoering op inhoud en proces is een belangrijke voorwaarde. Onderdeel van de afstemming is elkaar kunnen consulteren en vragen en twijfels kunnen delen. Bij een overgang naar een andere zorgaanbieder is een goede overdracht noodzakelijk. Succesvolle samenwerking ontstaat

door het organiseren van een lokale ondersteuningstructuur en een goede samenhang van het aanbod.

Kennisdeling

Door informatie te delen in dienst van de casus wordt de kennis van iedere deelnemer vergroot en kan de zorgvrager beter geholpen worden. Succesvolle samenwerking ontstaat in een leerproces waarin niet alleen kennis wordt gedeeld maar waar ook wordt gereflecteerd op de spannende praktijk om het nog professioneler te kunnen aanpakken.

Een speelveld in ontwikkeling

In de focusgroep wordt door de afstemming tussen de beleidsadviseurs en de professionals duidelijk hoe de samenwerking zich heeft ontwikkeld in de praktijk. Een belangrijk moment omdat de beleidsadviseurs de nieuwe (regionale) inkoop voor 2017 aan het voorbereiden zijn en nadenken hoe het beleid nog beter kan aansluiten op de praktijk. De beleidsadviseurs en professionals erkennen dat ze vanaf 2015 volop aan het ontwikkelen zijn en dat belangrijk is om nu stil te staan bij de gewenste ontwikkeling. Op mijn verzoek is het huidige speelveld getekend en met elkaar besproken wat de gewenste veranderingen zijn (zie bijlage 15). Het maken van de tekening op een flipovervel was nog nooit eerder gebeurd en leidde tot een beeld waarin iedereen zijn perspectief deelde. De beweging is als volgt te schetsen:

- Nog meer aandacht voor preventie: kunnen signalen vroegtijdiger worden opgevangen en vertaald worden naar passende hulp en zorg?
- Nog meer aansluiting bij de vindplaatsen (zoals onderwijs en consultatiebureaus).
- Nog meer verbinding tussen de sociale kernteams en de 0^e en 1^e lijn zodat de basis zorg en hulp goed en dichtbij geregeld wordt en het voorkomt dat er onnodig generalistische en specialistische zorg wordt geboden.
- Meer aansluiting van de medici (huisartsen, jeugdartsen, kinderartsen ziekenhuis) bij het sociaal domein.
- Betere triage aan de voorkant (zowel bij huidige loket samenleven als bij huisartsen) zodat passende zorg en hulp geboden kan worden.
- Voor de zwaardere zorg is er een herkenbaar jeugdteam dat snel en deskundig een bijdrage heeft in de toegang en toeleiding tot zorg en de regie voert.
- Blijvend aandacht voor crisismeldingen door het interventieteam dat verbonden is met het jeugdteam en ook hier meer aandacht voor preventie (vermoeden van crisis en aanpakken mogelijke bredere oorzaak).
- Blijvend aandacht voor goed overleg om casuïstiek te bespreken en te zorgen voor goede toeleiding en op- en afschaling (zeker op vragen die liggen op de overlap tussen basiszorg en hulp en generalistische en specialistische zorg).

Tot slot zijn de uitdagingen (zie 5.4) in de focusgroep besproken. De deelnemers geven aan dat ze al trots zijn op de bereikte resultaten en dat het nog tijd kost om te komen tot betere samenwerking en integrale zorg. Enkele spannende uitdagingen zijn hieronder uitgewerkt, waarbij de indeling van sleutelopgaven is benut die Van Delden aangeeft (2014).

Uitbouwen van sociale netwerken van burgers

De sociale kernteams binnen gemeente Overbetuwe kennen een combinatie van professionals en vrijwilligers. De teams zijn nu nog vooral bezig met welzijnsvragen ("van 0 tot 104 jaar", O4) en minder met jeugdzorg. De ingezette professionals worden onvoldoende aangesproken op hun specialisme door de brede focus in de teams. De uitdaging is om binnen deze teams de focus te verdiepen op jeugdzorg en daarbij nog beter aan te sluiten op de vindplaatsen (zoals onderwijs en consultatiebureaus). De uitdaging is ook om meer onderscheid te maken tussen een zorg- en een hulpvraag en de mogelijkheden voor preventie te vergroten (bijv. thema schoolverzuim).

Creëren van een markante lokale ondersteuningsstructuur

Gemeente Overbetuwe heeft veel geïnvesteerd in de ontwikkeling van een lokale ondersteuningsstructuur. Het onderscheid tussen het loket samenleven (voor zwaardere zorgvraag) en de sociale kernteams (voor lichtere zorgvraag) en de onderlinge samenwerking lijkt vooral goed te werken bij vraagstukken waarin crisis en spoed een rol speelt. Rondom deze vraagstukken wordt een interventieteam ingezet en wordt casuïstiek gedeeld in het LEJO. De uitdaging is om tot nog betere samenwerking te komen en waarin de identiteit van het loket samenleven versterkt kan worden door dit uit te werken in een herkenbaar team van jeugdconsultants. De uitdaging is ook om een keuze te maken in de aanstelling van de professionals: worden ze medewerker van de gemeente of blijven ze medewerker van een zorgaanbieder die door samenwerkingsafspraken verbonden zijn met de gemeente? Een andere uitdaging is de verbinding met de medisch specialisten (huisartsen, jeugdartsen, kinderartsen van ziekenhuizen) waarin met respect voor hun autonomie de samenwerking wordt versterkt.

Samenhang aanbrengen in het totale aanbod

Met name door contractering en door overlegstructuren heeft gemeente Overbetuwe gestuurd op meer samenhang. De inzet van zelfstandige psychologenpraktijken ("Pool A") en de intensivering met enkele zorgaanbieders leidt tot meer grip op het zorgaanbod. Vanuit de professionals is er een behoefte aan een beperking van aanbod, vanuit de beleidsadviseurs is er een behoefte aan marktwerking en zelfs mogelijke uitbreiding van zorgaanbieders om kwaliteit en prijs te beïnvloeden. Een uitdaging is om deze verschillende visies te delen en te komen tot een werkzame aanpak. Een uitdaging is ook om vroegtijdig beter inzicht te krijgen in de ernst en noodzaak tot opschaling (lichte zorg waar mogelijk en zwaar waar nodig). Een beter onderscheid door meer kennis bij de professionals in de het lokale speelveld, maar ook door inzet van triage door de specialisten (op dit moment loopt er een pilot in regio Arnhem) kan hieraan bijdragen.

In de focusgroep leeft het besef er dat deze sleutelopgaven niet snel opgelost kunnen worden, maar dat ze een dialoog vragen en ruimte om te experimenteren. De deelnemers van de focusgroep geven aan dat deze bijeenkomst hen helpt bij het inzicht en bij de te maken keuzes. De beleidsadviseurs stellen voor om deze uitkomsten te delen met het bestuur. Wordt vervolgd

Samenvatting

Een analyse van momenten van waarheid levert op dat dit herkenbare en generaliseerbare ervaringen zijn van situaties waarin samenwerking noodzakelijk is. De 28 factoren die bijdragen aan succesvolle samenwerking tussen professionals zijn geordend in vijf clusters: houding van deelnemers, besluitvormingsproces, spelregels, organisatie en kennisdeling. Bij ieder cluster hoort een betooglijn die de samenhang met succesvolle samenwerking beschrijft. Wanneer samenwerking goed gaat zijn de clusters en factoren aanwezig. Wanneer het niet goed gaat en het spannend wordt, dan zullen binnen de clusters de factoren ontbreken. De kunst is dan om hierop te reflecteren en de aanpak aan te passen.

De transformatie van de jeugdzorg binnen gemeente Overbetuwe is nog volop in ontwikkeling. Een analyse van het speelveld levert inzicht op in de uitdagingen die er nog liggen om nog betere integrale gezondheidszorg te leveren. De uitdagingen kunnen gezien worden als een uitwerking van de door Van Delden (2014) genoemde sleutelopgaven: uitbouwen van sociale netwerken van burgers, creëren van een markante lokale ondersteuningsstructuur; samenhang aanbrengen in het totale aanbod. De analyse door dit onderzoek komt op het juiste moment zodat beleidsadviseurs (met een verbinding met het bestuur) en professionals (met een verbinding met de praktijk) aanbevelingen kunnen doen voor het verbreden en verdiepen van de integrale aanpak. De te maken keuzes zijn niet eenvoudig en zullen de komende jaren nog steeds als een leerproces georganiseerd moeten worden.

6. Conclusies

6.1. Inleiding

In dit hoofdstuk geef ik antwoord op de hoofdvraag:

Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren in de samenwerking tussen organisaties en professionals om kinderen integrale en goede zorg te bieden?

In paragraaf 6.2 geef ik eerst antwoord op de onderliggende onderzoeksvragen en dan op de hoofdvraag. Voor de onderliggende onderzoeksvragen is dit een overzicht van de antwoorden die in de voorgaande hoofdstukken beantwoord zijn. In paragraaf 6.3 sta ik in een discussie stil bij de confrontatie van het literatuuronderzoek en het empirisch onderzoek en de mogelijke betekenis buiten deze casestudie. In paragraaf 6.4 geef ik mijn aanbevelingen aan bestuurders van gemeenten en zorgaanbieders en aan professionals binnen de jeugdzorg.

6.2. Conclusies

Wat is de context van de transitie van de jeugdzorg en wat betekent dit voor de samenwerking tussen organisaties?

In de beschrijving van de context, de transitie en transformatie van de jeugdzorg, valt op dat het ambitieuze doelstellingen kent en dat dit een grote en complexe verandering vraagt die tijd kost. De doelstelling van de transformatie gaat breder dan zorg maar omvat ook preventie en welzijn. Daarbij wordt meer verwacht van de eigen kracht van burgers en buurten. Binnen deze transformatie wordt er veel waarde gehecht aan meer integrale gezondheidszorg om betere effecten te bereiken en ook kosten te besparen. Een belangrijke aanname is dat dit alleen kan als er meer en beter wordt samengewerkt tussen de verschillende zorgaanbieders en dat de gemeente een sleutelrol krijgt om dit lokaal goed te organiseren en uit te voeren. Uit de verschillende studies over deze transitie en transformatie van de jeugdzorg blijkt bovendien dat een belangrijk onderdeel de werkelijke samenwerking tussen professionals is. Daarom is het belangrijk om te onderzoeken welke factoren van invloed zijn op de samenwerking tussen organisaties en tussen professionals om integrale en goede zorg te bieden.

Welke condities worden in de literatuur gedefinieerd om tot een goede integrale gezondheidszorg te komen van kinderen?

In de literatuur en het onderzoek van de praktijk staat voorop dat integrale gezondheidszorg een positief effect heeft op de kwaliteit van zorg, verbetering van gezondheid en verlaging van kosten. Een directe relatie tussen de integraliteit van de gezondheidszorg en de effecten op de zorg, de gezondheid en de kosten is echter afhankelijk van de fase van ontwikkeling en de specifieke context. Zowel Baan als Minkman beschrijven het belang van specificeren van de zorgvraag. Het voorbeeld van kinderen met autisme (hoofdstuk 1) toont aan dat er verwacht kan worden dat betere integrale zorg leidt tot vroegere herkenning en daardoor betere behandeling. Hiermee worden hogere kosten op termijn voorkomen. Dit voorbeeld is echter niet representatief voor alle vragen binnen de jeugdzorg. Bij veel vragen is er geen sprake van een duidelijke diagnose (volgens DSM) of is het positieve effect van het zorgaanbod op de vraag nog niet aangetoond. Toch lijkt het model van integrale gezondheidszorg relevant voor een specifieke aanpak en voor gericht onderzoek naar de effecten van de transformatie van de jeugdzorg. In de literatuurstudie wordt duidelijk dat de inrichting en realisatie van integrale gezondheidszorg goede samenwerking tussen organisaties en professionals vraagt en dat er bovendien ruimte moet zijn voor de verandering in de vorm van experimenten en het evalueren hiervan voor een goede doorontwikkeling. Dit vraagt meer inzicht in de theorie over samenwerking en veranderkunde.

Welke condities worden in de literatuur gedefinieerd om succesvol samen te werken tussen organisaties en tussen professionals binnen deze context?

Uit de literatuur over samenwerking tussen organisaties volgt dat de ontwikkeling een proces is, waarin bepaalde condities voorwaarde zijn voor een succesvol verloop. Deze ontwikkeling is niet vanzelfsprekend en kent grote uitdagingen. Wanneer hieraan niet voldaan wordt kan het leiden tot stagnatie of zelfs mislukking. Er kan op de ontwikkeling worden gestuurd door het creëren van condities die de kans op succes vergroten. De samenwerking tussen organisaties start door de inzet van bestuurders en managers door het bepalen van heldere doelen en het structureren van de organisatie en aanpak. Dit is voorwaarde voor de succesvolle samenwerking tussen professionals. De ontwikkeling kent een fasering waarin voor de realisatie van de doelen uiteindelijk één van de belangrijkste factoren de daadwerkelijke samenwerking tussen professionals is rondom een actueel en waardevol vraagstuk, zodat er een goede uitvoering van integrale gezondheidszorg plaatsvindt. Goede samenwerking tussen organisaties staat en valt bij de samenwerking tussen professionals in de praktijk: *“The proof of the pudding is in the eating”*. Daarom is het belangrijk om nog meer in te zoomen op de factoren die nodig zijn voor samenwerking tussen professionals en een verbinding te maken met veranderkunde.

Uit de literatuur over samenwerking tussen professionals volgt dat de ontwikkeling een leerproces is binnen een collectief van professionals, waarin bepaalde condities kunnen helpen bij de ontwikkeling. Er worden succesfactoren geschetst om samenwerking tussen professionals te verbeteren en er worden belemmeringen geschetst die succes juist in de weg staan. Er is nog weinig inzicht op de relatie van de samenwerking tussen professionals en de verbetering van de gezondheidszorg. Er wordt door de complexiteit van de samenwerking wel gepleit voor een aanpak waarin al doende geleerd wordt en waarin professionals zelf vorm geven aan deze samenwerking rondom actuele vraagstukken in het belang van de cliënt. Uit literatuuronderzoek blijkt dat dit veel vraagt van het leervermogen van de professionals.

Voor verbetering van samenwerking tussen organisaties is samenwerking tussen professionals nodig. Omdat de transformatie van de jeugdzorg een grote veranderopgave is, waarin leerervaringen een belangrijke rol spelen, is een belangrijk factor voor betere samenwerking, de veranderkundige aanpak.

Welke veranderaanpak past volgens de literatuur binnen het gegeven vraagstuk?

Het complexe vraagstuk “transformatie van de jeugdzorg” kent wel een landelijke agenda maar wordt in iedere gemeentelijke regio en gemeente anders aangepakt. De keuze om de jeugdzorg lokaal te organiseren kan gezien worden als een manier om anders om te gaan met de weerbarstigheid van de landelijke omgeving. Op een landelijk niveau is het onvoldoende gelukt en de overheid verwacht dat dit lokaal beter geregeld kan worden. Kenmerkend voor de taaheid is dat de noodzaak door de verschillende spelers anders beleefd wordt en dat de ambities en belangen niet vanzelfsprekend gelijk zijn. Op dit moment zijn er signalen van weerbarstigheid in de gemeentelijke omgeving, maar is het nog te vroeg om hier een definitief oordeel over te vellen.

In de literatuur over veranderkunde wordt gepleit voor het erkennen van de complexiteit, het hanteren van de spanning van de uitdagingen en het kiezen van een aanpak van experimenteren om al doende te vernieuwen. Hiermee wordt de verandering gezien als een leerproces en zijn de leerervaringen (positief en negatief) bron voor vernieuwing. Er moet in de praktijk ruimte zijn voor het experiment en voor de reflectie. Hiervoor is een beter begrip van de theorie over leerprocessen als onderdeel van veranderkunde belangrijk. In deze literatuur wordt het belang van leren gezien om te vernieuwen. Tegelijkertijd wordt aangegeven dat leren lastig is, het vele belemmeringen kent en niet goed van buiten te sturen is. De mogelijkheid tot leren lijkt vooral een combinatie van betekenisgeving en experimenteren. Zowel positieve als negatieve leerervaringen kunnen de vernieuwing faciliteren. Hiervoor zijn de juiste condities nodig zoals stabiele relaties en vermogen om

conflicten en ambiguïteit te hanteren. Meerdere auteurs wijzen op het belang om tegenstellingen te tolereren en te overbruggen. Dit lijkt vooral van belang bij negatieve leerervaringen, wanneer de verwachtingen niet aansluiten bij de praktijk en het daarom essentieel is om zowel de verschillende verwachtingen als de gekozen aanpak te onderzoeken om hiervan te kunnen leren.

Om te onderzoeken hoe aan de transformatie vorm wordt gegeven door samenwerking tussen organisaties en tussen professionals is het dus belangrijk om deze leerervaringen in beeld te brengen. Wat kunnen wij leren van de praktijk, maar vooral wat leren professionals zelf van hun eigen praktijk en hoe delen ze dit met anderen om tot vernieuwing te komen? Wat gebeurt er als samenwerking noodzakelijk maar niet vanzelfsprekend is? Wat zijn de kritische momenten waarop de samenwerking onder druk staat en tegelijkertijd noodzakelijk is om tot betere jeugdzorg te komen? Mogelijk geeft dit inzicht in de belemmerende en bevorderende factoren voor succesvolle samenwerking.

Wat is gegeven bovenstaande onderzoeksvragen een model om onderzoek te doen naar de kwaliteit van samenwerking tussen organisaties en professionals om tot betere gezondheidszorg te komen?

Uit het literatuuronderzoek vanuit verschillende kennisgebieden volgt een logica hoe samenwerking tussen organisaties en professionals en verandering kan bijdragen aan integrale jeugdzorg en daarmee aan positieve effecten voor de jeugd. Voor betere effecten is het nodig om integrale gezondheidszorg te organiseren. Voorwaarde hiervoor is allereerst een betere samenwerking tussen de organisaties in dit speelveld, maar nog belangrijker hoe er in de praktijk tussen professionals wordt samengewerkt. Omdat de transformatie een grote en ingewikkelde veranderopgave is, is de inrichting van de veranderproces belangrijk, met ruimte voor experimenteren. Wanneer samenwerking noodzakelijk maar niet vanzelfsprekend is, dan moet er voor de professionals ruimte zijn om te experimenteren en om de bij dit leerproces behorende spanningen te hanteren. Leren gebeurt op basis van positieve en negatieve ervaringen. De spanning door de tegenstellingen, maar ook door het belang van samenwerking voor de hulpvragen, zorgt voor een verbinding tussen ratio en emotie. Een positieve leerervaring nodigt uit tot meer en biedt vertrouwen. Negatieve ervaringen zijn mogelijk zeer waardevol, maar kunnen ook leiden tot wantrouwen en verwijdering wanneer er niet de ruimte gegeven wordt voor betekenisgeving. Voor het onderzoek naar de praktijk van samenwerking tussen professionals gaat het om de momenten van waarheid. In de momenten van waarheid wordt vormgegeven aan *waardevol* vraagstuk, wat voor de betrokkenen nog *nieuw* is, waardoor ze het als *spannend* ervaren. Dit zijn de verhalen die er toe doen.

Welke vormen van samenwerking zijn binnen de regio uitgewerkt en hoe hebben deze zich ontwikkeld?

In de interviews met beleidsadviseurs en de documentanalyse blijkt dat de drie gemeenten grote overeenkomsten kennen in hun aanpak van de transformatie. De doelen, principes en uitgangspunten vormen de basis voor de wijze van organisatie. Iedere gemeente hanteert een gefaseerde ontwikkeling. Met het strikt hanteren van doelen binnen de financiële kaders is speelruimte in dit zoekproces beperkt. Men varieert vooral in de wijze waarop de toegang en toeleiding tot zorg is geregeld en hoe generalistische en specialistisch zorg wordt gestructureerd. Zonder uitzondering zoeken ze een nauwe samenwerking met enkele zorgaanbieders (met name uit de basis GGZ) om de eigen uitvoering te professionaliseren. Voor het monitoren van de effecten op zorg zijn er nog weinig betrouwbare resultaten. De evaluatie lijkt vooral plaats te vinden op basis van ervaringen en op de ambitie om te slagen. In deze verandering is het speelveld veranderd, zijn zowel nieuwe als oude spelers actief en hebben nieuwe spelregels vooral effect op de toegang en toeleiding van zorg. De vernieuwing nog niet is afgerond, maar lijkt al vaste vormen te krijgen.

Hoe ervaren de professionals deze vormen van samenwerking in het licht van de doelstelling? Welke interventies zijn ingezet en welke leerervaringen zijn opgedaan om de samenwerking te verbeteren? In welke mate ervaren de professionals en beleidsadviseurs dat dit de realisatie van de doelstelling dichterbij brengt?

Door dit overzicht van belangrijke voorwaarden voor samenwerking en ingezette interventies om de samenwerking te bevorderen te vergelijken met de door Kaats & Opheij aangegeven condities, valt op dat dit meerdere overeenkomsten kent. Er wordt veel waarde gehecht aan een gedeelde visie en beleid en door de investeringen in het begin in het opzetten van de samenwerking is geprobeerd recht te doen aan alle belangen van partners. In dit onderzoek heb ik vooral een beeld gekregen van de partners die zijn aangesloten bij de gemeente. Op dit moment lijkt het netwerk professioneel georganiseerd en is er met name door de overlegstructuur ruimte om goed persoonlijk samen te werken. Daarnaast lijkt de ontwikkeling nog niet afgerond is en kan het beleid nog beter afgestemd worden met de praktijk. Meer aandacht voor een betekenisgevend proces waarin aandacht is voor de identiteit van elk team binnen de gemeente lijkt wenselijk. Er is veel aandacht voor veiligheid maar er lijkt nog geen duidelijk team dat opgesteld staat voor specifieke jeugdproblematiek.

De aanbevelingen aan het bestuur lijken een bevestiging van de ingezette lijn. Nog meer sturen op het gekantelde denken (meer preventie, meer lokale zorg) en nog meer faciliteren van de ontwikkeling van de professionals. Door het creëren van meer overzicht en het beperken van het aantal zorgaanbieders wordt verwacht dat de zorg zich verdiept. Een verbreding van zorg wordt wel als aanbeveling genoemd. Voor de collega's binnen de lokale ondersteuningsstructuur lijken de aanbevelingen de nadruk te liggen op individuele groei en versterking van het teamproces. Hiervoor wordt de behoefte geuit naar stabiliteit waardoor vertrouwen en veiligheid toeneemt. Voor de zorgaanbieders richten de aanbevelingen zich op nog beter samenwerken en elkaar benutten. Hier wordt ook aangegeven dat verschillen mogen worden vergroot zodat de complementariteit beter wordt benut. Tegelijkertijd lijkt er een behoefte te ontstaan om naast de goede samenwerking tussen professionals de verbinding met de zorgaanbieders te vergroten.

Welke eerste effecten op de zorg van kinderen zijn al zichtbaar als gevolg van de samenwerking volgens de professionals?

In het onderzoek komt naar voren dat het met name bij zwaardere zorgvragen gelukt is om tot een integrale aanpak te komen door rondom de zorgvraag goed samen te werken. Binnen ieder team (sociale kernteams, jeugdteam) lijkt er een behoefte aan nog betere samenwerking om betere zorg te bieden. Voor sommige professionals is de werkwijze heel uitdagend, maar voor anderen is de wijze van organisatie, onderscheid in lichte en zware zorg, onvoldoende uitdagend. Daarnaast lijken de uitdagingen aan te geven dat de verschillende teams wel een eigen doelstelling en werkwijze kennen maar nog niet optimaal samenwerken. Door de overlegstructuren wordt gezocht naar een verbinding en ontstaat de neiging tot uitbreiding van het overleg, terwijl dit weer ten koste gaat van de teameffectiviteit. In de behandeling van casuïstiek is het ambitieniveau groot om een zo hoog mogelijk effect te bereiken en desnoods drang en dwang in te zetten en meer informatie te delen dan wettelijk mag. Dit kan mogelijk botsen met het principe van eigen regie en verantwoordelijkheid van de burgers en privacy. Bij de toegang en toeleiding is de samenwerking met huisartsen en het grote aantal zorgaanbieders nog niet gerealiseerd. Alleen bij een hoge noodzaak tot samenwerking, zoals een crisis, lijkt men elkaar beter te kunnen vinden.

Welke belemmerende en bevorderende factoren in samenwerking tussen organisaties en professionals worden sinds de uitvoering van de jeugdwet ervaren?

De verhalen over de momenten van waarheid bieden een boeiend inzicht in de factoren die meespelen in de beleving of een samenwerking succesvol is. Bij bijna alle verhalen gaat het om grote uitdagingen zoals onveiligheid of intensieve behandeltrajecten. De succesverhalen bevatten vooral positieve kenmerken of er worden negatieve kenmerken overwonnen. Uiteindelijk lukt het om de uitdaging in te vullen en de bijkomende spanningen te overwinnen. Het resultaat is vaak maatwerk

dat goed aansluit bij de situatie. In de negatieve verhalen is er bijna altijd een combinatie van positieve en negatieve kenmerken. De doelstelling wordt niet of slechts ten dele gehaald en er is vaak geen gedeelde en gedragen aanpak. Op het moment dat verschillen zichtbaar worden en de spanning toeneemt wordt dit vaak niet benut voor reflectie en wijziging van de aanpak. De 28 factoren die uit de analyse komen van de momenten van waarheid zijn geordend in vijf clusters: houding van de deelnemers, besluitvormingsproces, spelregels, organisatie en kennisdeling. Bij ieder cluster hoort een betooglijn die de samenhang met succesvolle samenwerking beschrijft. Wanneer samenwerking goed gaat zijn de clusters en factoren aanwezig. Wanneer het niet goed gaat en het spannend wordt, dan zullen binnen de clusters sommige factoren ontbreken. De kunst is dan om hierop te reflecteren en de aanpak aan te passen.

Welke aanbevelingen kunnen vanuit het literatuuronderzoek en de casestudie worden gedaan om succesvoller samen te werken voor gemeente Overbetuwe?

De transformatie van de jeugdzorg binnen gemeente Overbetuwe is nog volop in ontwikkeling. Een analyse van het speelveld levert inzicht op in de uitdagingen die er nog liggen om nog betere integrale gezondheidszorg te leveren. De uitdagingen kunnen gezien worden als een uitwerking van de door Van Delden (2014) genoemde sleutelopgaven: uitbouwen van sociale netwerken van burgers, creëren van een markante lokale ondersteuningsstructuur; samenhang aanbrengen in het totale aanbod. De analyse door dit onderzoek komt op het juiste moment zodat beleidsadviseurs (met een verbinding met het bestuur) en professionals (met een verbinding met de praktijk) aanbevelingen kunnen doen voor het verbreden en verdiepen van de integrale aanpak. De te maken keuzes zijn niet eenvoudig en zullen de komende jaren nog steeds als een leerproces georganiseerd moeten worden. De aanbevelingen die vanuit de interviews en uit de focusgroep naar voren komen zijn te vinden in paragraaf 5.5.

Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren in de samenwerking tussen organisaties en professionals om kinderen integrale en goede zorg te bieden?

De beantwoording van de deelvragen geeft het antwoord op de hoofdvraag. In de casestudie is een conclusie getrokken over welke factoren belemmerend en bevorderend werken om beter samen te werken en daardoor meer integrale zorg te bieden. Hieruit volgen voor de deelnemers aan de focusgroep ook logische aanbevelingen voor doorontwikkeling, die passen bij de wijze waarop de gemeente de jeugdzorg heeft ingericht en aangepakt. Door te starten met een duidelijke toegang van de zorg worden zorgvragen snel opgepakt en waar samenwerking nodig is, in de vorm van een overleg, besproken en een gezamenlijke aanpak bepaald. Dit geeft een beeld van een strakke organisatie met een duidelijke rolverdeling waarin ieder zijn eigen verantwoordelijkheid neemt en de aanpak en het effect wordt geëvalueerd. Tegelijkertijd geeft het ook een beeld van ruimte om perspectieven te delen, een open houding in te nemen en te spelen met bestaande werkwijzen. De samenwerking wordt gezien als een leerproces waarin ruimte is om kennis en ervaringen te delen en spanningen hanteerbaar worden gemaakt door hierop te reflecteren. Door een dialoog tussen beleidsadviseurs (verbinding met het bestuur) en professionals (verbinding met de praktijk) kan er een verbreding en verdieping van de integrale zorg plaatsvinden.

De analyse van de ontwikkeling van de samenwerking van de zorg biedt inzicht in de factoren die nodig zijn voor de samenwerking tussen organisaties. De analyse van met name de momenten van waarheid biedt inzicht in de factoren die nodig zijn voor de samenwerking tussen professionals.

In het onderzoek lijken de factoren voor samenwerking tussen organisaties sterk overeen te komen met een deel van de in de literatuur (Kaats & Opheij, 2012) genoemde condities: gedeelde ambitie, recht doen aan belangen, professioneel organiseren en betekenisgevend proces. Condities zijn factoren die bevorderend werken als ze aanwezig zijn en belemmerend als ze afwezig zijn. De vergelijking tussen de drie gemeenten laat zien dat de wijze van organiseren kan verschillen, maar dat er wel wordt gewerkt vanuit een visie, met doelen en met ruimte om te experimenteren zodat

integrale zorg zich gefaseerd kan ontwikkelen. Het onderzoek van de praktijk laat zien dat het ontwikkelingsproces lijkt op het door Van Delden (2009) geschetste gefaseerde ontwikkelingsproces, waarin de bestuurders en managers in eerste instantie belangrijk zijn voor de richting en structuur van de samenwerking tussen organisaties en waarin ze de professionals een kader maar ook ruimte bieden om praktisch samen te werken. Ook hier geldt dat het condities zijn die samenwerking kunnen stimuleren.

In het onderzoek worden de factoren voor samenwerking tussen professionals vooral gehaald uit een analyse van momenten van waarheid: houding, besluitvormingsproces, spelregels, organisatie en kennisdeling. Het zijn factoren die bevorderend werken als ze aanwezig zijn en belemmerend als ze afwezig zijn. In een vergelijking met het model van Kaats & Opheij (2012) lijken ze aan te sluiten bij alle genoemde condities, ook al zijn het succesfactoren voor samenwerking tussen organisaties. De factoren zijn: gedeelde ambitie, recht doen aan belangen, goed persoonlijk samenwerken, professioneel organiseren en een betekenisgevend proces. Wanneer de leerervaringen negatief zijn moet er ruimte zijn voor reflectie en wijzigen van aanpak. Dit lijkt goed aan te sluiten bij het belang van een leerproces in de literatuur (zie 3.5).

Bij de doorontwikkeling van de samenwerking tussen organisaties en tussen professionals lijken de resultaten van het onderzoek bij één gemeente aan te sluiten bij de door Van Delden (2009) genoemde fase van verbreden en verdiepen. Een conditie die hiervoor nodig is, is de dialoog tussen professionals, managers en bestuurders om met elkaar een partnerschap aan te gaan. Binnen dit onderzoek lijkt deze fase, bijna anderhalf jaar na de start, aan te breken.

Samenwerking is geen doel op zich. Het is een middel om betere integrale zorg te bieden en daarmee goede jeugdzorg voor burgers. In het onderzoek wordt zichtbaar hoe men gaandeweg zorgvragen segmenteert en hierbij aansluit bij het raamwerk van populatiegerichte aanpak van Baan (2015). De transformatie van de jeugdzorg lijkt zich in het onderzoek vooral te richten op zorgvragen waarin samenwerking noodzakelijk is (zoals veiligheid en multiproblematiek). Segmentering is als factor bevorderend voor samenwerking als het voor de professional waardevol is. In het onderzoek komt ook naar voren dat segmentering ook belemmerend kan worden als het niet waardevol is voor de professional geen uitdaging biedt. Een risico van segmentering kan zijn dat zorgvragen zo worden opgedeeld en georganiseerd dat het te weinig speelruimte biedt voor de professional om zijn toegevoegde waarde te laten zien en maatwerk te bieden.

6.3. Discussie

De transitie en transformatie van de jeugdzorg kent ambitieuze doelstellingen en is een grote en complexe verandering. In een relatief kort tijdsbestek is na het aannemen van de jeugdwet de transitie voorbereid en uitgevoerd. Deze verandering heeft al veel aandacht van de gemeenten gevraagd, maar de echte veranderopgave, de transformatie van de jeugdzorg, moet nog ingevuld worden. Bij de overheid en gemeenten speelt een ideologisch geloof dat door het inrichten van een lokale ondersteuningstructuur meer recht gedaan kan worden aan het aansluiten bij de zorgvraag van de burgers en het benutten van eigen regie en kracht. Hierdoor kan zorg verbeterd worden en onnodige zorg voorkomen worden. De transformatie kan alleen een succes worden als de zorgaanbieders en de gemeente als *organisaties* goed samenwerken en vooral als *professionals* samenwerken rondom actuele en waardevolle vraagstukken. In de literatuur worden geen pasklare antwoorden gegeven, maar wordt juist de complexiteit geschetst waardoor een transformatie veel tijd vraagt en vooral de ruimte om te experimenteren en leren. Deze lessen komen ook voor in vergelijkbare operaties zoals in Scandinavië.

De geschetste veranderopgave wordt lokaal ingevuld en kent een grote variëteit in de uitvoering. Een voordeel is dat het aansluit bij de specifieke context en daardoor effectiever kan zijn. Een nadeel is dat het kan leiden tot een vergaande versnippering van het zorgaanbod op regionaal en landelijk vertrouwen, terwijl de transitie en transformatie juist voortkomt uit een behoefte aan meer samenhang. Het nieuwe speelveld is een nieuwe werkelijkheid waarin met elkaar gewerkt moet worden aan betere jeugdzorg. De verschillen per gemeente als lokale speelvelden maken het heel lastig is om de effectiviteit van de transformatie van de jeugdzorg binnen heel Nederland te beoordelen. Dit is de reden geweest om voor de ontwikkeling van de organisatie van de jeugdzorg met een casestudie dieper in te zoomen op de praktijk binnen drie gemeenten, en voor de ervaren kwaliteit van samenwerking tussen professionals zelfs binnen één gemeente. Een waardevol onderzoek voor de betrokken gemeenten, maar welke vragen en discussies zijn relevant voor de hele jeugdzorg binnen Nederland en sluiten ook aan bij de lessen uit de literatuur. Vanuit drie perspectieven (speelveld, spelregels en tussenstand) doe ik een poging een bijdrage te leveren aan kennisontwikkeling, verwijzend naar de metafoor van het poldervoetbal (zie 1.5). Ik citeer hierbij de bekende voetballer Crujff: “je moet schieten, anders kun je niet scoren”.

Een speelveld in ontwikkeling

Je kunt de transitie zien als het trekken van andere lijnen om een nieuw speelveld te bepalen. De aanname is dat je door een lokaal speelveld betere samenhang kunt aanbrengen in de jeugdzorg. Onder regie van de gemeente kunnen zorgvraag en aanbod beter geregeld worden. Door het trekken van een lijn bepaal je ook wie wel en niet meespeelt. Bij de zorginkoop en de contractering van zorgaanbieders is in veel gevallen gekozen voor bestaande spelers, maar wel voor minder budget. Bovendien hebben gemeenten een eigen organisatie opgezet voor een deel van de uitvoering, zoals de sociale wijkteams. In dit onderzoek kwam naar voren dat daarvoor spelers van de zorgaanbieders tijdelijk zijn gehuurd.

Naast de buitenlijnen van het speelveld (de grenzen van de gemeente) worden er ook binnenlijnen getrokken (zoals de buurten en wijken) en staan de buitenlijnen open voor de omgeving, zoals voor regionale zorgaanbieders of bij zorgvragen waarin de zorgvragers niet binnen één gemeente wonen. In het onderzoek komen enkele uitdagingen naar voren die te maken hebben met het speelveld en die uitnodigen tot discussie.

Binnen- en buitenspel

Bij het bepalen van het speelveld wordt uitgegaan van een bepaalde lokale schaal, waarbinnen zorgvragen beter worden opgepakt. Binnen de drie gemeenten waren dit wijken, dorpen en gebieden. Voor de burgers binnen de lijnen wordt zorg en hulp geboden. Door zorg zo dichtbij mogelijk te organiseren lijkt er een voorkeur te ontstaan voor zorgaanbieders binnen de lijnen, of tenminste korte lijnen met een contactpersoon of vertegenwoordiger van de regionale zorgaanbieder. Dit leidt ongemerkt tot inclusie en exclusie. Hoe meer je binnen bent, des te meer mag je meespelen. En hoe langer je meespeelt des te beter verloopt het samenspel. Deze vertrouwdheid heeft volgens de literatuur vaak een positief effect op de samenwerking. Men raakt steeds beter op elkaar ingespeeld omdat men meer samenwerkt. De vraag is of dit ook leidt tot betere zorg, wanneer de beste zorg soms buiten de lijnen staat opgesteld en grensoverschrijdend samenwerken nodig is. Of wanneer spelers als huisartsen een autonome positie hebben en geneigd zijn hun eigen spel te spelen. De buitenlijnen zijn positief bedoeld en fungeren vaak ook als kaders. Het risico is dat ze scheidslijnen vormen en onbedoeld tot uitsluiting leiden. Dit risico is groot als integrale gezondheidszorg synoniem wordt aan lokale gezondheidszorg en de flexibiliteit ontbreekt om goed op- en af te schalen. Het goed bedoelde motto “één gezin, één regisseur, één plan” lijkt vooral bedoeld om samenhang te creëren, maar kan ook leiden tot een beperking van het aantal spelers tot wat vertrouwd is. Hiermee kan het zorgvernieuwing in de weg staan.

Polders en eilanden

Bij het bepalen van het speelveld is het bestuur aan zet. Zij geven de richting aan en formuleren de doelen. De echte wedstrijd wordt door de professionals gespeeld, zeker als ze zich samen richten op waardevolle vraagstukken. Van Delden wijst op het risico van stagnaties in het proces. Wanneer het speelveld niet goed wordt ingericht, omdat er bijv. geen echte keuzes worden gemaakt en door polderen voortdurend compromissen worden gesloten, dan kan dit leiden tot schijnsamenwerking. Professionals krijgen niet de speelruimte om echt te acteren of voelen niet de urgentie en het commitment vanuit de top. Tegelijkertijd als het spel wel op de wagen is maar er geen verbinding meer is met de oorspronkelijke organisatie dan kan dit leiden tot eilanden. Ook in het onderzoek komt naar voren dat bestuurders en professionals niet vanzelfsprekend samenwerken, maar dat dit wel nodig is om tot echte verbreding en verdieping van de zorg te komen. Dit vraagt om verbinding en om dialoog, wat door de tijdsdruk niet vanzelfsprekend is. Bestuurders willen vaak snel resultaat en politieke winst boeken. Professionals hebben behoefte aan ruimte om te experimenteren en reflecteren. De kwaliteit van samenwerking op alle niveaus kan alleen maar door de wederzijdse afhankelijkheid te accepteren. Samen kom je verder.

Het spelverloop en de spelregels

De transformatie van de jeugdzorg kun je zien als een zoekproces, waarin gaandeweg spelregels worden ontwikkeld. Omdat de jeugdzorg door het wijzigen van het speelveld diverse vormen van zorg en hulp heeft samengebracht, worden ook oude spelregels ingebracht en niet vanzelfsprekend ingeruild voor nieuwe spelregels als dit nodig is. Het is lastig om bestaande routines te doorbreken. Transformatie leidt volgens de literatuur tot tegenstellingen en vraagt om het hanteren van de spanning. In het onderzoek komen enkele uitdagingen naar voren die te maken hebben met spannende spelregels en die uitnodigen tot discussie.

Spelen met spelregels

De term *jeugdzorg* omvat meer dan zorg, maar ook welzijn en preventie. Binnen het nieuwe speelveld komen spelers samen die vanuit hun eigen spelregels verschillend betekenis geven aan de term *jeugdzorg*. Bijv. de jeugdhulp gericht op opvoedkundige begeleiding, de GGZ gericht op psychische stoornissen, de consultatiebureaus gericht op screening op ontwikkelingsstoornissen. Ieder kent zijn eigen doelen en werkwijze. Deze verschillende perspectieven vragen om een betekenisgevend proces, waarin met elkaar bepaald wordt wat het doel is en welke spelregels hierbij werken. In het onderzoek komen meerdere tegenstellingen voor, zoals:

- Voorrang aan kwaliteit versus voorrang aan betaalbaarheid;
- Standaardisatie versus variëteit;
- Transparantie versus vertrouwelijkheid;
- Sturing op resultaat of op het proces.

Spelregels kunnen dit proces hanteerbaar maken. In de momenten van waarheid kwam vaak naar voren dat de vraagstukken om maatwerk vragen en kunnen spelen met de bestaande spelregels. De mogelijkheid om bestaande spelregels in te ruilen voor betere is eigen aan een leerproces als de transformatie, maar is ook heel lastig, zeker als je nog niet weet wat het beste is. Een spelregel die enkele keer naar voren kwam als het echt spannend werd, was de time-out. Even het spel neerleggen om te kunnen reflecteren op wat er gebeurt en hoe het beter kan. Is het een idee om de time-out verplicht in te voeren?

Regie en zelfsturing

De transformatie van de jeugdzorg heeft tot doel de eigen regie van de burger te versterken. Hierdoor is er veel aandacht voor het systeem om de zorgvrager en er wordt een beroep gedaan op zelforganisatie. Tegelijkertijd is er ook een strakke regie vanuit de gemeente. Via inkoop komen tot contractering, via selectie komen tot de juiste spelers in het sociaal wijkteam, via casusregie beperken van het aantal zorgaanbieders, via beschikking sturen op het aanbod. De transformatie

moet leiden tot een groter zelforganiserend vermogen, maar dit moet wel door een strakke organisatie? In het onderzoek komt deze tegenstelling naar voren en zijn er ook mooie voorbeelden hoe burgers geregisseerd meer eigen regie gaan voeren, zoals de burger uitnodigen bij de casusbespreking. Tegelijkertijd komt ook de spanning naar voren als je interventies inzet voor de eigen bestwil van de burger, terwijl deze er niet altijd om vraagt. Of als coördinatie afgedwongen wordt door een casusregisseur te benoemen en de spelers niet zelf te laten bepalen wie aan zet is. Het lijkt mij belangrijk om oog te hebben voor deze tegenstelling en om hierin te durven variëren. Er kan nog meer gedaan worden met burgerparticipatie en shared decisionmaking. Er is nog steeds geregisseerde zorg nodig voor die burgers die zo kwetsbaar zijn dat ze hier niet toe in staat zijn. Er moet oog zijn voor situaties waar dit nog niet mogelijk is waarbij zelfsturing een middel is en geen heilig doel.

Segmentatie en samenhang

Binnen de gezondheidszorg is het al heel gewoon om te werken met zorgprofielen en zorgpaden. Iedere kwaal zijn eigen aanpak. Binnen de GGZ is dit ook ingevoerd en door de financiering via DBC's gestimuleerd. Binnen de hele jeugdzorg is het nog heel lastig om te segmenteren, terwijl afhankelijk van de zorgvraag waarschijnlijk wel een best passend aanbod is te bepalen. Kenmerkend in het onderzoek is dat er bijna altijd gekeken wordt naar het gezin. Een zorgvraag van één van de leden wordt niet los gezien van de directe omgeving. Is het eigen aan jeugdzorg dat het niet zo goed te segmenteren is en dat dit daarom om een andere aanpak vraagt? In het onderzoek komt nog geen duidelijke segmentatie naar voren. Er is een onderscheid op ernst, dat gekoppeld wordt aan de toeleiding naar zorg. Er komt zelfs de behoefte naar voren om geen segmentatie meer op diagnose te maken omdat dit onnodig zou medicaliseren of tot vertraging van aanpak kan leiden. De vraag is of dit een beperking is van de effectiviteit van integrale gezondheidszorg of een kans om het echt anders te doen? Een goede screening of triage aan de voorkant kan leiden tot een sneller passend aanbod (*matched care*). Starten met een werkhypothese kan onnodige zware zorg voorkomen, maar ook leiden tot onnodige uitstel van zwaardere zorg als dit nodig is (*stepped care*). Of is ook hier de werkelijkheid zo complex dat het soms wel en soms niet werkt, en dat we moeten accepteren dat segmenteren een leerproces is en dat de samenhang al doende ontwikkeld wordt?

De tussenstand

De transformatie van de jeugdzorg moet leiden tot betere zorg, meer welzijn en betere preventie. Het is nog te vroeg om te kunnen oordelen wat het resultaat is en of de transitie ook leidt tot betere resultaten. In het onderzoek komen enkele inzichten naar voren die uitnodigen tot discussie.

Het zijn de verhalen die er toe doen

Omdat de harde resultaten nog ontbreken, worden de effecten erg gevoed door de verhalen. Wat zijn de leerervaringen en hoe passen ze binnen de doelstellingen? In het onderzoek komt naar voren dat de verhalen belangrijk zijn. Het risico is dat dit vooral de verhalen zijn die de transformatie bevestigen en als best practices worden ingezet om verder uit te rollen. In het onderzoek is heel bewust gevraagd naar de momenten van waarheid om te kunnen achterhalen wat belemmerende en bevorderende factoren van samenwerking zijn. Door te vragen naar positieve en negatieve verhalen wordt gepoogd om ook te leren van uitkomsten die niet aan de verwachtingen voldoen. Door ruimte te creëren om echt stil te staan bij deze verhalen en te reflecteren op de leerervaringen kan er meer geleerd worden van de praktijk. Maar verhalen moeten gekoppeld worden aan resultaten. Wat levert het echt op? Het is belangrijk om, hoe lastig het ook is, ook de effectiviteit in beeld te brengen door de output en outcome te monitoren en te komen tot maatschappelijke businesscases. Een combinatie van resultaten en ervaringen. Dan worden het verhalen die er echt toe doen.

Alles wat aandacht krijgt groeit

In het onderzoek valt op dat rondom waardevolle vraagstukken processen worden georganiseerd, zoals de zorgmeldingen en de complexe multiprobleem gezinnen. En wat aandacht krijgt groeit. Er wordt geëxperimenteerd en er wordt geleerd. In het onderzoek komen mooie voorbeelden naar voren, zoals de vroegsignalering van onveiligheid. Dit leidt ongetwijfeld tot een verdieping van de zorg. Hoe kan het nog beter? Een risico is dat wat buiten het gezichtsveld valt minder aandacht krijgt en verwaarloosd wordt. In het onderzoek was dit een lastige vraag: wat geven we minder aandacht? Hierdoor kan er maar een beperkte verbreding plaats vinden van de vraag. Een voorbeeld is de aandacht voor vroegsignalering van psychiatrische stoornissen als autisme. In het onderzoek is het nog voorbehouden aan de huisartsen en de consultatiebureaus. Het is belangrijk dat je met elkaar bespreekt hoe het beter kan en voortdurend kijkt wat er nog meer mogelijk is. Groeien is niet alleen een verdieping van de zorg, maar ook een verbreding.

Een kwestie van vertrouwen

Bij de transitie is zeker in het begin een groot onderling wantrouwen naar voren gekomen (transitiecommissie Sociaal Domein, september 2015) dat de integrale zorg niet ten goede komt. Uit de contractering van zorgaanbieders en de afgedwongen samenwerking volgt dat men aan elkaar moet wennen en steeds meer vertrouwd raakt. Bestuurders zijn gespitst op resultaten. Wat levert deze samenwerking nu op? Wat vraagt het aan investeringen? Professionals geven in het onderzoek van de momenten van waarheid aan dat als ieder zijn verantwoordelijkheid neemt rondom de zorgvraag en men verwachtingen deelt dat het vertrouwen groeit. Verschillen kunnen aan het licht komen, maar als dit met elkaar gedeeld wordt en het leidt tot een gezamenlijke aanpak dan versterkt het juist het vertrouwen. Als verschillen blijven bestaan wordt het vertrouwen geschaad. Juist nu, na bijna anderhalf jaar, de tussenstand wordt opgenomen als voorbereiding van de nieuwe contractering voor 2017 worden spanningen zichtbaar. Wie doet er straks mee? Op grond van welke resultaten of afspraken wordt de selectie gemaakt? Bepaalt de contractmanager van de gemeente straks de marktwaarde of wordt afgegaan op de ervaren samenwerking? In het onderzoek kwam naar voren dat deze besluitvorming om een dialoog tussen bestuurders en professionals vraagt. En dat het resultaat niet heilig is, maar ook het vertrouwen in elkaar dat er straks betere resultaten worden geboekt. Een kwestie van vertrouwen en van langere adem.

6.4. Aanbevelingen

In deze paragraaf doe ik een poging om de doelstelling van dit onderzoek in te vullen:

Het doen van aanbevelingen aan professionals en bestuurders van zorgaanbieders en gemeenten over hoe zij de samenwerking kunnen verbeteren en daardoor kinderen integrale en goede zorg kunnen bieden.

De aanbevelingen orden ik naar aanbevelingen voor de praktijk en voor de wetenschap om uiteindelijk de werkpraktijk te verbeteren.

Aanbevelingen voor de praktijk

Deze aanbevelingen komen voor uit een literatuurstudie en uit een casestudie. In paragraaf 4.4 heb ik beschreven dat de generalisatie beperkt is, maar dat ik lezers uitnodig om de resultaten van dit onderzoek op hun specifieke waarde in te schatten en zelf te vertalen naar de eigen praktijk.

Aanbevelingen uit dit onderzoek voor *bestuurders* van gemeenten en zorgaanbieders zijn:

- Ben helder over het doel van de samenwerking. Geef aan wat je uiteindelijk wilt bereiken en neem de ruimte om deze ambities te delen met de organisaties waar je mee samenwerkt. Werk het uit in een visie en strategiedocument en evalueer de voortgang periodiek met elkaar.

- Maak goede afspraken over de samenwerking over de rolverdeling. Wie wordt binnen de gemeente aangesteld om bij te dragen aan betere jeugdzorg. Wie ontwikkelt en evalueert het beleid? Wie regisseert het proces? Wie wordt binnen de zorgaanbieders vrijgemaakt voor de uitvoering? Wie zijn de contactpersonen om de samenwerking vorm te geven en te evalueren? Alleen door een heldere rolverdeling bevordert je de samenwerking tussen organisaties en tussen professionals.
- Bepaal met elkaar welke zorgvragen doelgroepen waardevol zijn om aan te pakken en hoe je dit het beste kunt organiseren. Hierdoor kun je de zorgvragen segmenteren en met elkaar afstemmen welke zorgvragen zich het beste lenen om mee te starten.
- Benut de expertise die in het speelveld aanwezig is en deel kennis zodat uiteindelijk hiervan beter wordt. Benoem met elkaar waarin je elkaar aanvult en waar de overlap is. Door regelmatig met elkaar kennis te delen (bijv. door het organiseren van bijeenkomsten als referaten) wordt helder wie welke kennis heeft en wordt iedereen wijzer.
- Maak goede afspraken tussen organisaties die een kader bieden voor de positionering van professionals. Zorg hierbij dat de professionals van de zorgaanbieders en gemeente weten wat van ze verwacht wordt zodat ze niet onnodig in loyaliteitsconflicten komen.

Aanbevelingen uit dit onderzoek voor *professionals* van zorgaanbieders en gemeenten zijn:

- Start met een goede kennismaking zodat je met elkaar vertrouwd raakt en spreek af waar je elkaar ontmoet om te overleggen en kennis te delen.
- Bepaal met elkaar welke vraagstukken waardevol zijn om aan te pakken en hoe je dit het beste kunt organiseren. Deel je ervaringen.
- Bespreek de aanpak bij die vraagstukken waarin samenwerking noodzakelijk is en zorg dat je met elkaar een goed besluitvormingsproces hebt. Evalueer periodiek dit proces om te kijken of je het kunt verbeteren.
- Durf met elkaar te experimenteren en stel bestaande spelregels ter discussie. Zo lang je maar met elkaar evalueert of het werkt.
- Benut de leerervaringen en accepteer dat het soms spannend is. Juist die momenten van waarheid zijn waardevol om te leren, zelfs als de uitkomst tegenvalt. Zoek elkaar dan juist op en neem de tijd om te reflecteren.
- Organiseer professionalisering door kennisdeling en door intervisie. Geef ruimte voor professionele twijfels want door reflectie kun je je ontwikkelen.

Aanbevelingen uit dit onderzoek voor *bestuurders* en *professionals* zijn:

- Bepaal periodiek met elkaar op welke vraagstukken een verbreding van integrale zorg nodig is en waar een verdieping mogelijk is. Koppel dit aan de cyclus voor contractering en evaluatie van effecten.
- Ben je bewust dat de transformatie een leerproces is dat vraagt om een gezamenlijke evaluatie. Leer van de successen en van de mislukkingen.
- Plan de evaluatie op tijd en zorg dat dan iedereen aan tafel zit. Maak er een vorm van actieonderzoek van waarin met elkaar betekenis geeft en zoekt naar verbeteringen.
- Deel ervaringen met elkaar in de vorm van verhalen. Neem de ruimte om door te vragen naar ervaringen zoals met een methodiek als “de momenten van waarheid” omdat hieruit helder wordt wat onderliggende verwachtingen zijn en welke factoren dit beïnvloeden.
- Deel en vergelijk je ervaringen ook op regionaal niveau. De rijkheid van lokale verschillen biedt mogelijkheden tot vernieuwing en houdt elkaar scherp.

Aanbevelingen voor de wetenschap

Om de externe validatie van deze casestudie te vergroten doe ik ook enkele aanbevelingen vanuit wetenschappelijk perspectief voor vervolgonderzoek.

Aanbevelingen uit dit onderzoek voor *onderzoekers* zijn:

- Binnen deze thesis was er geen ruimte voor een vergelijkende casestudie. Ik nodig onderzoekers uit om in een vergelijkbare context dit onderzoek te herhalen en te analyseren wat een vergelijking oplevert.
- Binnen dit onderzoek waren er nog geen duidelijke effecten op de zorg meetbaar. Zet een vervolgonderzoek op in een vergelijkbare context als de effecten op de zorg beter gemeten wordt en analyseer welke relaties er bestaan in het conceptueel model. Voor dit onderzoek leent zich een combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek (mixed methods).
- Binnen dit onderzoek wordt duidelijk dat er nog geen duidelijke segmentering van zorgvragen is. Beperk je in een vervolgonderzoek op een specifieke zorgvraag en zet het op als een implementatieonderzoek om heel specifiek de effectiviteit van de samenwerking te kunnen analyseren op het effect voor de zorg voor dit segment.
- In dit onderzoek laat ik zien dat integrale zorg meerdere kennisgebieden raakt. Benut bij vervolgonderzoek de meerwaarde van de verschillende kennisgebieden om vanuit verschillende perspectieven naar de werkelijkheid te kijken. De complexiteit is zo groot dat de transformatie van de jeugdzorg alleen begrepen kan worden vanuit meerdere perspectieven.

Er zijn natuurlijk nog veel meer aanbevelingen denkbaar. Ik nodig de lezer uit om op basis van deze thesis eigen conclusies te trekken en aanbevelingen te formuleren voor de eigen werkpraktijk. Wat ga jij nu doen met deze informatie? Ik kan alleen maar zeggen: speel er mee en heb geen koud slootwater-vrees!



Figuur 26: zo maar een spannend speelveld (Google afbeeldingen)

7. Nawoord

Serieuze spelen

De transformatie van de jeugdzorg is heel serieus. Het gaat om een grote veranderopgave en om ernstige zorgvragen. Maar het is ook een groot spel. Met elkaar al spelenderwijze ontdekken hoe het anders kan. Hoe je geboeid door het serieuze vraagstuk naar nieuwe werkwijzen zoekt. Hoe je door de verandering van het speelveld nieuwe spelers ontmoet en relaties opbouwt. Succesvol samenwerken is het thema van deze thesis, maar in ogen van de kinderen, zouden we het eigenlijk samenspelen moeten noemen. Want hoe hoger de complexiteit van het vraagstuk, des te groter de noodzaak om samen te spelen. Echte vernieuwing gebeurt als experiment gezamenlijk en spelenderwijze.

Je bent nooit te oud om te leren

Het is een aparte ervaring als je voor het eerst in je leven de oudste in de klas bent. Bij het delen van ervaringen en verhalen blijkt je heel wat te vertellen te hebben, maar tegelijkertijd is het heerlijk om van al die andere verhalen te genieten. Zo raak je nooit uitgeleerd. Ik heb genoten van het samenspel met Eta, Greetje, Jessica, Jan, Ineke, Joris, Bart, Pien, Karlie, Peter, Irene, Nelien, Mirjam, Marieke, Judith, Rita, Erwin, Erwin en Erwin. Ik heb genoten van de wijze lessen van Inge, Elly en Marco en al die andere docenten. Ik bedank Karakter omdat ze me gesteund hebben in deze karaktervormende ervaring. Deze studie, de toepassing in de praktijk en alle prachtige ontmoetingen smaken naar meer. Ik hoop nog heel lang te kunnen leren van en met anderen. Het is nog te vroeg om alleen maar verhalen van vroeger te vertellen.

Zeker weten wat je loslaat

Wanneer je start vanuit nieuwsgierigheid naar wat er werkelijk gebeurt in samenwerking binnen de transformatie van de jeugdzorg kun je heel veel leren. Ik kijk met genoeg terug naar de vele ontmoetingen. Het delen van interesses. Het sparren over het onderzoeksdesign en het conceptueel model. Het ontmoeten van de mensen in de praktijk, zowel de beleidsadviseurs als professionals. Het mogen bijdragen aan een actieonderzoek waarin samen wordt geleerd. Het kostte veel tijd en moeite om dit alles goed op papier te zetten, maar het is nu tijd om het los te laten en te vertrouwen dat het zijn weg vindt. Het spel kan beginnen

André van Boekholt
April 2016

Literatuurlijst

- Arum, S. V., & Schoorl, R. (2015). *Sociale (wijk) teams in vogelvlucht*. State of the art.
- Baan, C. (2015). *Integrale gezondheidszorg: meer dan de som der delen*. Oratie, Universiteit van Tilburg
- Boonstra J. (2007). *Ondernemen in allianties en netwerken: een multidisciplinair perspectief*. Deventer, Kluwer.
- Barr, V., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., & Salivaras, S. (2003). *The expanded chronic care model*. *Hospital quarterly*, 7(1), 73-82.
- Bremekamp, R., Kaats, E. & en Opheij, W. (2009). *Een nieuw kijkglas voor een heldere blik op samenwerken*. *Strategic Organization*, 1(3), 327-335.
- De Bruijn, H. en ten Heuvelhof, E. (2007). *Management in netwerken*. Den Haag: Lemma.
- van Dalen, A. (2012). *Zorgvernieuwing, over anders besturen en organiseren*. Den Haag: Lemma.
- van Delden, P. (2009). *Samenwerking in de publieke dienstverlening*. Eburon Uitgeverij BV.
- van Delden, P (2011). *Samenwerking in de frontlijn. Een nieuw ijkpunt voor professionalisme*. *Tijdschrift voor Management en Organisatie*, 6, 16-28.
- van Delden, P. (2014). *Steunend stelsel, transformatie van het sociaal domein*. Amsterdam: Van Gennep.
- Glimmerveen, M. en J. Knol (2012). *Achter de momenten van waarheid ...* In Muijen et al (2012), *Spanning in en rond organisaties*. Deventer: Kluwer.
- Goede, E. D., & Wijland, Y. (2012). *Samenvatting competentieprofiel generalist*. Wijland advies & Coaching.
- GGZ Nederland (maart 2016). *Notitie landelijke ontwikkelingen*.
- Hoebeke, L. (1995). *Leren, organisaties kunnen het niet, mensen kunnen het niet laten*. *Holland Management Review*, 42, 40-48.
- Hoverstadt, P. (2004). *Mosaic transformation in organisations*. *Journal of Organisational Transformation and Social Change* Volume 1, Numbers 2–3.
- Huber, M., Kottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... & Schnabel, P. (2011). *How should we define health?*. *Bmj*, 343.
- Kaats, E. & Opheij, W., (2012). *Leren samenwerken tussen organisaties*. Alianties, netwerken, ketens, partnerships. Deventer: Kluwer.
- Kaats, E., Opheij, W. & Dees, T (2014). *Van samenwerkingsidee naar partnermodel*. *Holland Management Review*, november-december, 32-41.

- Kaats, E., Opheij, W., Willems, N. & van Wendel de Joode, R. (2015). *Leren werken in netwerken*. Management Executive, juli-augustus, 16-19.
- Kenis, P. en Provan, K. (2008). *The network governance perspective: Modes of network governance: Structure, management and effectiveness*. Journal of Public Administration Research and Theory, 18 (2), 229- 252. UvT 2008.
- KPMG Plexus. (2014). *De vormgeving van sociale (wijk) teams: inrichting, organisatie en vraagstukken*.
- Landelijke monitor proeftuinen(2015). *Samenwerken aan duurzame zorg*. Rijksinstituut van volksgezondheid en milieu.
- Levinthal, D.A, en March, J.G. (1993). *The Myopia of Learning*. Strategic Management Journal, Vol. 14, Special Issue: Organizations, Decision Making and Strategy, pp. 95-112.
- Levitt, B. en March, J.G. (1988). *Organizational Learning*. Annual Review of Sociology, Vol. 14. (1988), pp. 319-340.
- Lincoln, Y.S. & E.G. Guba (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- van de Loo, E. (2007). *Bewuste en onbewuste processen van netwerken*. In: Boonstra, J. Ondernemen in allianties en netwerken. Deventer: Kluwer.
- Minkman, M. M. N., Ahaus, C. T. B., & Huijsman, R. (2010). *Het ontwikkelingsmodel voor ketenzorg, ketenkennis gebundeld in een generiek toepasbaar kwaliteitsmodel*. In: M&O. Tijdschrift voor Management en Organisatie,5, 26-43.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative evaluation and research methods, third edition* . SAGE Publications, inc.
- Patel, H., Pettitt, M. & Wilson, J.R. (2012). *Factors of collaborative working: A framework for a collaboration model*. Applied Ergonomics, 43,1-26.
- Rijdsdijk, L. E., Hofhuis, J., Den, L. M. T., & Vries, S. D. (2015). *Interprofessioneel samenwerken in sociale wijkteams: succesfactoren en implicaties voor onderwijs: een internationale verkenning*. Windesheim
- Transitiebureau Jeugd (2012). *Spoorboekje transitie jeugdzorg*. Uitgave samenwerkingsverband ministerie VWS, V&J en VNG.
- Transitiebureau (2013). *Bondgenoten in de decentralisaties, invullinggeven aan het transformatieproces en de coalitieaanpak*. Uitgave Rijksoverheid.
- Transitiecommissie Sociaal Domein (2014). *Eerste rapportage*.
- Transitiecommissie Sociaal Domein (2015). *“Duurzaam partnerschap en standaarden: basis voor transformatie”* . Tweede rapportage.
- Transitiecommissie Sociaal Domein (2015). *“Mogelijk maken wat nodig is”* . Derde rapportage.

Transitiecommissie Sociaal Domein (2015). *“Mogelijk maken wat nodig is”*. E-book - Uitgave Rijksoverheid.

Transitiecommissie Sociaal Domein (2016). *“Eén sociaal domein”*. Vierde rapportage.

Gemeente Nijmegen (2015). *Kantelen doe je samen: evaluatie van het transformatieproces van 10 Sociaal wijkteams in Nijmegen met de leergerichte innovatie aanpak*. Eindrapportage november 2015.

Verdonschot, S. en Keursten P. (2010). *Ontwerpen van een leeromgeving voor leren en innoveren*. Tijdschrift voor Management en Organisatie, 4, 36-51.

Vermaak, H. (2009). *Plezier beleven aan taaie vraagstukken: werkingsmechanisme van vernieuwing en weerbaarheid*. Deventer: Kluwer.

Vermaak, H. en Engbers, N. (2016). *Onderzoekend samenwerken in de jeugdzorg, actieonderzoek als spiegel voor bestuurders*. In tijdschrift voor begeleidingskunde (nummer?)

Verschuren, P.J.M. & Doorewaard, J.A.C.M. (2007). *Het ontwerpen van onderzoek*. Den Haag; Boom Lemma uitgevers.

Vilans (2015). *Q & A's samenwerking generalisten en specialisten sociale teams*. Utrecht: uitgave Ondersteuningsteam Decentralisaties

Vrielink, M. O., Sterrenberg, L., & Koper, (2014). H. *Uitvoeringskracht in sociale wijkteams: een beproefd concept in een nieuwe context*.

Weick, K.E. & Quinn, R.E. (1999). *Organizational change and development*, in: Annual Review of Psychology, nr. 50: 361-386.

Wenger, E.C. (2000). *Communities of practice and social learning systems*, in: Organizations Articles, volume 7(2): 225-246.

Werkgroep vanuit Autisme Bekeken (2015). *Maatschappelijke businesscase levensbrede aanpak bij autisme*.

Werkgroep Vanuit Autisme Bekeken (2016). *Foto Autismenetwerken en steunpunten autisme anno 2015*.

Wierdsma, A. (2005). *Cocreatie van verandering*. Delft: Eburon.

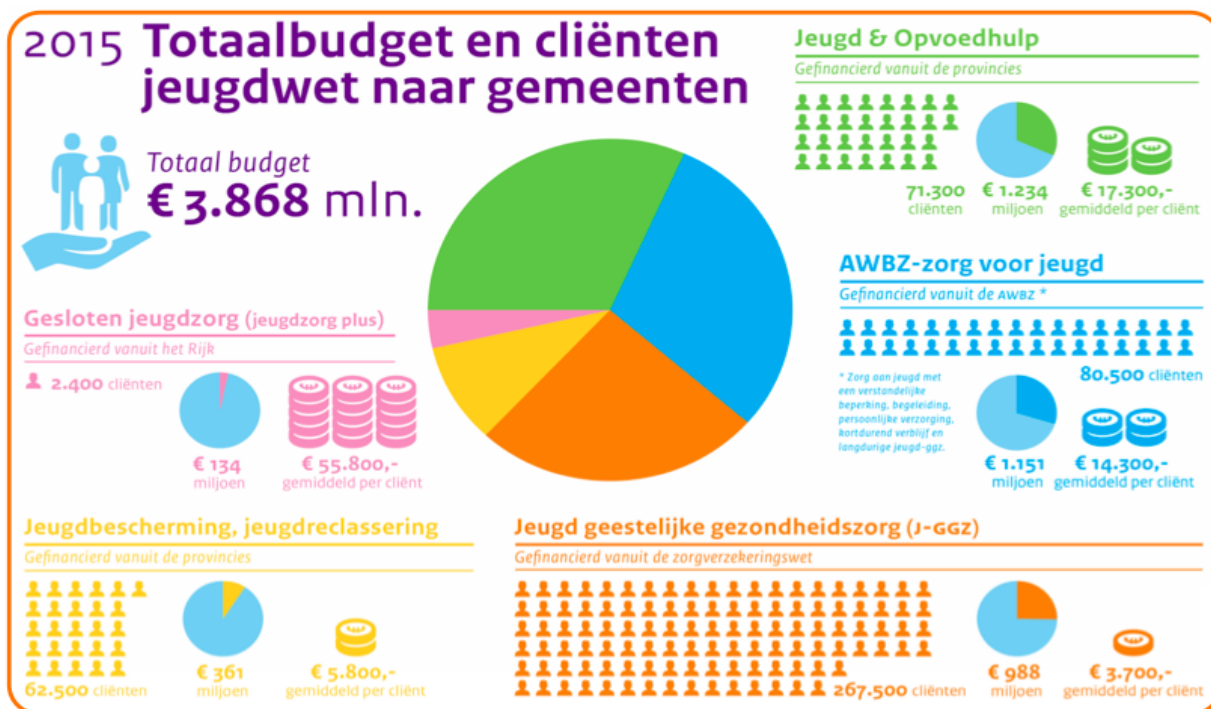
de Witte, M. en Jonker, J. (2014). *De kunst van veranderen*. Deventer: Kluwer.

BIJLAGEN

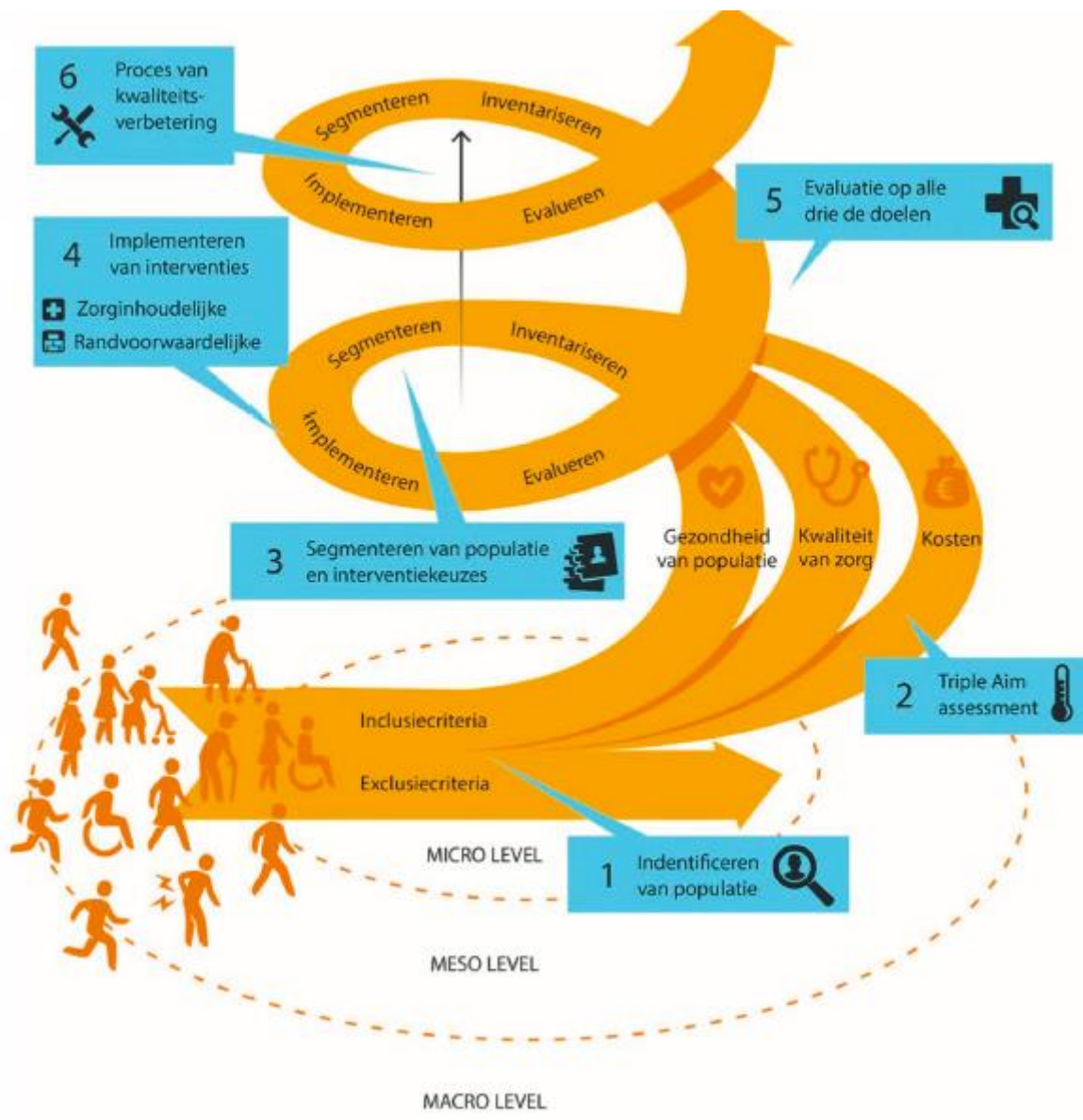
Bijlage 1: Budget Jeugdwet

Bron: Tazelaar, N., van der Steege, N. & Peeters, C. (2015). Bijlage en aanvullende informatie bij Zorglandschap Jeugdhulp. Status en ontwikkelingen binnen de verschillende jeugdhulpfuncties

Facts & figures nieuwe Jeugdwet



Bijlage 2: Raamwerk populatiegerichte aanpak (Baan)



Bijlage 3: Sleutelprincipes voor integratie van zorg (Suter)

Tien sleutelprincipes voor integratie van zorg
1. Uitgebreide services binnen het zorgcontinuüm: • Samenwerking tussen gezondheidszorg en maatschappelijke zorginstellingen; • Toegang tot de zorg via meerdere toegangen; • Nadruk op welzijn, preventie en zorg.
2. De patiënt centraal: • Patiëntgerichte filosofie: focus op de behoeften en vragen van de patiënt; • Patiënten zijn betrokken en nemen actief deel; • Gaat uit van een vooraf gedefinieerde populatie.
3. Geografische dekking: • Maximale toegankelijkheid voor de patiënt en minimale overlap van voorzieningen; • Gezamenlijke aanbieders zijn verantwoordelijk voor dekkende planning: patiënt kan kiezen en bepaalt deelname zelf.
4. Gestandaardiseerde zorg door multidisciplinaire teams: • Multidisciplinaire teams met leden uit het hele zorgcontinuüm; • Door de aanbieders zelf ontwikkelde evidence based richtlijnen en protocollen die door alle betrokkenen toegepast worden.
5. Prestatiemanagement: • Commitment op afspraken m.b.t. kwaliteit, meten en verbeteren; • Diagnose, behandeling en zorg interventies worden gerelateerd aan uitkomsten voor de patiënt.
6. Informatiesysteem: • Adequaat informatiesysteem dat activiteiten en informatie registreert, volgt en er over rapporteert; • Efficiënt informatiesysteem dat communicatie en informatiestromen ondersteunt door het hele zorgcontinuüm heen.
7. Organisatiecultuur en leiderschap: • Ondersteuning van en zichtbaar commitment door de 'moederorganisaties'; • Visionaire leiders die een cultuur van sterke verbondenheid kunnen neerzetten.
8. Betrokkenheid artsen: • Artsen zijn in veel gevallen de toegang tot het geïntegreerde zorgsysteem; • Artsen invloed geven op en betrekken bij alle niveaus van de samenwerking en deelname door hen stimuleren; • EPD dat door alle aanbieders benut wordt.
9. Governance (besturing): • Governance dat alle betrokken partijen en hun onderling verband representeert; • Organisatiestructuur die samenwerking faciliteert door optimale coördinatie van en voor alle betrokken partijen.
10. Financieel management: • Aanpassen van de financiering zodat de middelen 'eerlijk' verdeeld kunnen worden over de partijen, ook als deze middelen uit verschillende financieringskaders komen; • Financieringsstructuur moet de samenwerking tussen de partijen bevorderen; • Financiering moet preventie bevorderen; • Voldoende financiële middelen voor een duurzame verandering.

Bijlage 4: Ontwikkelingsfasen van ketenzorg (Minkman)

Ontwikkelingsfasen van Ketenzorg

Fase 1: Initiatief- en ontwerpfase

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 uitvoeringsfase

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 door middel van 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.

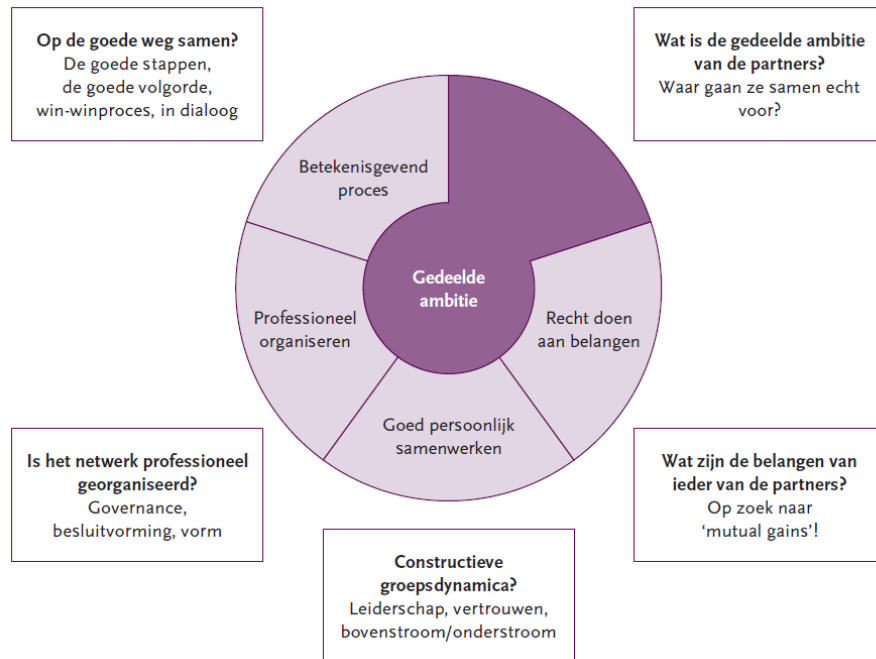
Fase 3: Uitbouw- en monitoringsfase

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.

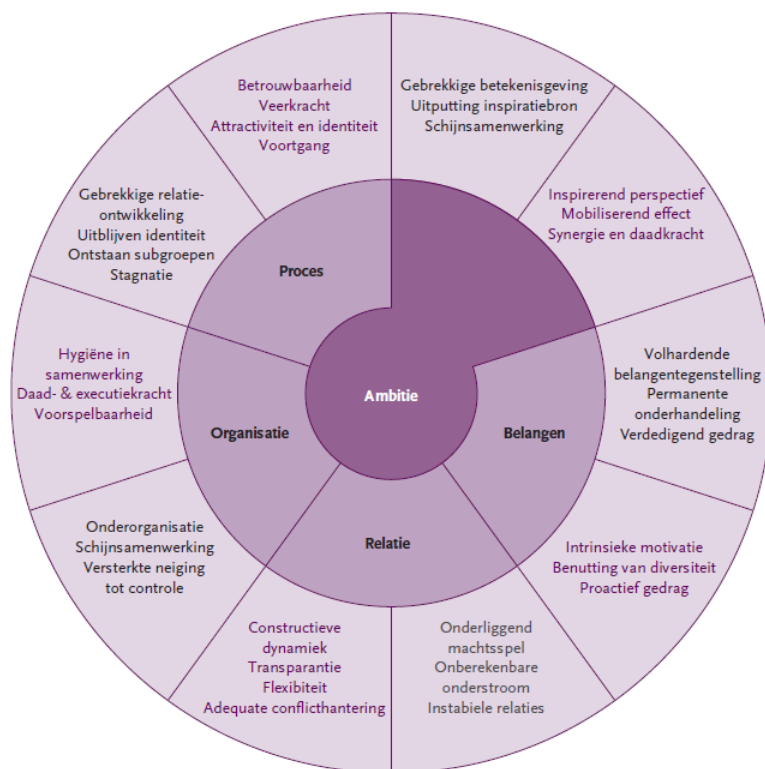
Fase 4: Verduurzamings- en transformatiefase

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 benchmarkstelsel laat periodiek zien waar resultaten geborgd zijn en waar verbetering mogelijk is.

Bijlage 5: Leren samenwerken tussen organisaties (Kaats en Opheij)



FIGUUR 5.4 De gevolgen van onevenwichtige aandacht



Risico's bij veronachtzaming domein
Kansen door aandacht voor domein

Bijlage 6: Ordening van samenwerking (Van Rijdsdijk)

	Mate waarin professionals elkaars taken kunnen overnemen			
Mate van gemeenschappelijke taken, verantwoordelijkheden en doelen				transdisciplinair
			interdisciplinair	
		multidisciplinair		
	unidisciplinair			
	mate waarin door samenwerking daadwerkelijk nieuwe manieren van zorgverlening en zelfs disciplines ontstaan.			

De verschillen zitten in samenwerking binnen teams zit in:
 de mate van het hebben van gemeenschappelijke taken, verantwoordelijkheden en doelen;
 de mate waarin de leden van het team elkaars taken kunnen overnemen;
 de mate waarin door samenwerking daadwerkelijk nieuwe manieren van zorgverlening en zelfs disciplines ontstaan.

Bij *multidisciplinaire* teams werken professionals vanuit verschillende disciplines samen en hebben ieder een eigen specifieke inbreng en expertise. Ook hebben de verschillende professionals binnen multidisciplinaire teams hun eigen specifieke taken en verantwoordelijkheden, die gescheiden zijn van de teamleden met een andere discipline. Het voordeel van een multidisciplinair team is dus dat er duidelijk onderscheiden taken, expertise en verantwoordelijkheden zijn, die enerzijds naast elkaar bestaan, maar elkaar ook aanvullen en versterken. Het nadeel kan zijn dat er geen gemeenschappelijk doel is, waardoor de verschillende disciplines niet optimaal samenwerken.

Een *interdisciplinair* team bestaat ook uit leden met een verschillende discipline achtergrond, maar zij hebben wel gemeenschappelijke taken, verantwoordelijkheden en doelstellingen. Interdisciplinair samenwerken vereist dus niet alleen inzicht in de deskundigheid van de andere teamleden met een andere discipline als achtergrond maar ook de bereidheid om de eigen werkzaamheden ter discussie (te laten) stellen. Door deze kennis bij elkaar te brengen en te integreren kunnen geheel nieuwe disciplines ontstaan.

Transdisciplinaire teams gaan nog een stapje verder: zulke teams bestaan uit leden vanuit verschillende disciplines die samenwerken aan dezelfde taken, waarbij de verschillende disciplines zich (gedeeltelijk) op elkaars werkterrein begeven. Leden kunnen elkaars taken uitvoeren.

Bijlage 7: Samenwerkingsmodellen (Vilans)



Vilans heeft in 2014 drie modellen verkend. De argumenten om voor het ene of andere model te kiezen zijn divers. In een aantal situaties is deze gebaseerd op de bestaande infrastructuur. In andere situaties is bewust gekozen voor een nieuw expertiseteam juist om nieuwe werkwijzen te stimuleren

1. Sociaal wijkteam werkt samen met expertise team Een expertise team bestaat uit een vaste groep professionals met ieder eigen specialistische vakkennis. Vaak betreft de groep een afspiegeling van de zorgaanbieders in de regio, waarbij ieder lid een bepaalde expertise vertegenwoordigt. Dit team komt al dan niet op vaste momenten bij elkaar om gezamenlijk casuïstiek te bespreken en kennis over te dragen. De gemeenten De Fryske Marren en Tilburg kennen bijvoorbeeld een expertise team. Een expertise team kan ook in digitale vorm aanwezig zijn.
2. Sociaal wijkteam werkt samen met een expertise netwerk Een expertisenetwerk of een expertisepool is een breed netwerk van verschillende deskundigen waar een wijkteam een beroep op kan doen. We zien een expertise netwerk vaak op regionaal niveau, zoals dat in de Lekstroom en ook in de regio van Friese gemeenten het geval is.
3. Triagemedewerker zorgt voor de verbinding tussen sociaal wijkteam en expertiseteam of -netwerk. Op enkele plekken werkt men met een triagemedewerker die als schakel optreedt tussen wijkteams en experts. De triagemedewerker fungeert als poortwachter die de ondersteuningsvraag vanuit het wijkteam beoordeelt en de vervolgstappen bepaalt. In de regio Eemland is een triagemedewerker werkzaam.

Bijlage 8: De kunst van tegenstellingen (Stacey)

De kunst van tegenstellingen

Tegenstellingen zijn een bron voor vernieuwing doordat ze een spanning oproepen en verleiden om de tegenstelling te overwinnen. De natuurlijke neiging is door een organisatieverandering om tegenstellingen op te heffen, de orde en regelmaat te herstellen en zo de spanning te reduceren. Tegenstellingen worden als nuttig gezien maar vooral niet te lang. De vraag is welke tegenstellingen zichtbaar zijn binnen organisaties en hoe ze benut kunnen worden voor organisatievernieuwing.

Stacey (2007) onderscheidt meerdere tegenstellingen en verschillende manieren om met tegenstellingen om te gaan:

- *Dichotomie* – twee mogelijkheden die tegenover elkaar staan en waarbij het de keuze is om voor de één of de ander te kiezen (“of – of”) – bijv. kostenverhoging voor kwaliteitsverbetering of kostenbesparing zonder kwaliteitsverbetering.
- *Dilemma* – een keuze tussen twee gelijkwaardig niet attractieve mogelijkheden waarbij je komt tot een “het een of het ander” keuze – bijv. kwaliteitsverbetering leidt tot hogere kosten of kostenverlaging leidt tot ontslag. Kiezen tussen klanten of medewerkers.
- *Dualisme of dualiteit* – twee mogelijkheden kiezen die echter niet samengaan in de tijd en vaak de structuur hebben van “beide .. en”. Bijv. klanten beter bedienen door toepassen van standaardisatie voor de globale markt en door lokaal maatwerk te leveren (“thinking globally and acting locally”).

De complexiteit van de tegenstelling neemt in deze driedeling toe. Deze vormen van tegenstellingen hebben gemeen dat je in de traditie van Aristoteles tegenstellingen door logisch denken probeert te reduceren, je spanningen probeert te reduceren en je streeft naar stabiliteit en voorspelbaarheid.

Een vierde tegenstelling en een manier om met tegenstellingen om te gaan is:

- *Paradox* – twee conflicterende mogelijkheden die tegelijkertijd samengaan en die beide niet door een keuze opgelost kunnen worden – bijv. de behoefte van organisaties om het gedrag van medewerkers te beheersen en het willen geven van vrijheid om beter om te gaan met snelle veranderingen in de omgeving.

Deze vorm vraagt een andere manier van logisch denken, zoals bijv. de dialectiek van Hegel. De manier past bij het denken over systemen als complexe responsieve processen. Erkennen van het bestaan van paradoxen vraagt om het kunnen tolereren van spanningen. Paradoxen kun je niet oplossen, je kunt er wel mee leren leven. Het gevolg is dat je accepteert dat de wereld dynamisch en onvoorspelbaar is.

Het onderscheid in het omgaan met tegenstellingen is belangrijk omdat vanuit verschillende theoretische benaderingen verschillende keuzes worden gemaakt. Soms proberen ze de spanningen die voortkomen uit tegenstellingen op te heffen. Soms worden ze geaccepteerd en juist benut door ze niet weg te nemen. De tegenstellingen die de verschillende benaderingen waarnemen kunnen hierdoor ook verschillen. In de ene situatie wordt het vraagstuk gezien als een dilemma of als een paradox.

De logica die gehanteerd wordt heeft effect op de wijze waarop nieuwe kennis wordt gecreëerd. De eerste drie manieren leiden volgens Stacey wel tot nieuwe kennis, maar een vorm van kennis die past binnen de systeemgrenzen. De kennis heeft tot doel de tegenstellingen op te lossen en de uitkomsten te voorspellen. Bij paradoxen is nieuwe kennis een tijdelijke oplossing. De kwaliteit van de oplossing wordt bepaald doordat het nieuwe oplossingen open houdt, het snel afwijkingen in resultaten ontdekt of gewoon omdat de oplossingen goed voelen (ethisch). Het is leren omgaan met ambiguïteit. Deze intensievere en complexere tegenstellingen zijn niet eenvoudig zijn op te lossen en kennen al een lange ontstaansgeschiedenis. De neiging om de spanning te reduceren door met een oplossing te komen werkt dan niet. Het gaat niet om het wegmaken van de tegenstellingen maar om ze te leren hanteren als bron voor de organisatie- of systeemvernieuwing.

Bijlage 9: Deelnemers interviews

Code	Gemeente	Functie
A1	Arnhem	Beleidsadviseur
A2	Arnhem	Beleidsadviseur
D1	Duiven	Beleidsadviseur
D2	Duiven	Beleidsadviseur
O1	Overbetuwe	Beleidsadviseur
O2	Overbetuwe	Beleidsadviseur
O3	Overbetuwe	Professional
O4	Overbetuwe	Professional
O5	Overbetuwe	Professional
O6	Overbetuwe	Professional
O7	Overbetuwe	Professional
O8	Overbetuwe	Professional
O9	Overbetuwe	Professional
O10	Overbetuwe	Professional
O11	Overbetuwe	Professional

Bijlage 10: Interviewschema beleidsadviseurs

Onderdeel	
Introductie	Ik ben blij dat u tijd vrij heeft gemaakt om deel te nemen aan dit gesprek. Na afstemming met .. heb ik u gevraagd om deel te nemen aan dit groepsinterview omdat ik onderzoek doe naar de kwaliteit van samenwerking binnen de jeugdzorg. Met dit onderzoek rond ik mijn MHBA-opleiding bij de Erasmus Universiteit af. Dit onderzoek vindt plaats in opdracht van gemeente .. en u bent hierover door .. benaderd. Ik werk zelf als stafmanager bij Karakter, expertisecentrum kinder- en jeugdpsychiatrie.
Doel van het onderzoek	Ik wil u graag samen interviewen om een beeld te krijgen van de ontwikkeling van de samenwerking binnen de jeugdzorg. De introductie van de jeugdwet heeft geleid tot een transitie en transformatie van de jeugdzorg. Een belangrijke aanname is dat er een nieuwe taakverdeling plaatsvindt en er meer en beter wordt samengewerkt tussen organisaties en professionals, zodat de zorg beter en goedkoper wordt. In dit interview ga ik dieper in op uw ervaringen en ben ik benieuwd naar uw aanbevelingen om de samenwerking te verbeteren.
Proces en aanpak onderzoek	De opzet van het onderzoek is een actieonderzoek waarmee met de stakeholders de bestaande praktijk in beeld wordt gebracht en waar mogelijk verbeterd. De resultaten van alle interviews worden door mij geanalyseerd om mogelijke succes- en faalfactoren voor succesvolle samenwerking te achterhalen. Deze resultaten worden aan een selectie van deelnemers van dit onderzoek in een focusgroep voorgelegd om samen te komen tot een goede analyse en aanbevelingen. Op het eind van het interview zal ik u vragen of u wilt deelnemen aan de focusgroep. De scriptie zal ik aan uw gemeente overhandigen. Als u belangstelling heeft kunt u dit op het eind van het interview ook laten weten en krijgt u ook een exemplaar.
Anonimiteit	In dit onderzoek zal ik meerdere professionals binnen meerdere gemeenten interviewen. Dit resultaten worden alleen gebruikt voor dit onderzoek. Bij het uitwerken van de resultaten van de verschillende interviews zal uw naam niet worden genoemd. Voorbeelden van uw ervaringen kunnen wel geanonimiseerd worden gebruikt als illustratie van leerervaringen.
Opnemen gesprek	Ik heb een recorder meegenomen voor het opnemen van het gesprek. Dit zorgt er voor dat ik tijdens het gesprek niet hoeft te schrijven en het later kan uitwerken. De geluidsbanden worden na afloop van het onderzoek verwijderd. Vanuit de wet is voorgeschreven dat ik u toestemming moet vragen als ik gebruik maak van een recorder. Daarom vraag ik zo meteen, als de band loopt, of u toestemming geeft dat dit gesprek wordt opgenomen op band. <u>Recorder aan</u> Vindt u het goed dat dit gesprek wordt opgenomen op band?
Aantekeningen bij start interview	

Interviewvragen	
Vragen	Doorvragen
Introductievragen	
Sinds wanneer bent u actief binnen de jeugdzorg? Kunt u aangeven wat uw werkzaamheden zijn?	• Kunt u daar meer over vertellen? • Kunt u aangeven of er het afgelopen jaar veel is veranderd?
Aanpak van transitie van de jeugdzorg	• Hoe is de transitie jeugdzorg aangepakt? • Welke werkwijze is gehanteerd? • Hoe is hier sturing aan gegeven? • Heeft u hier documentatie over voor mij?
Besluitvorming over vorm van samenwerking	• Hoe is de besluitvorming verlopen? • Wie zijn in dit proces betrokken? • In welke mate was het besluit gedeeld? • Heeft u hier documentatie over voor mij?
Model van samenwerking	• Welke vorm van samenwerking is gekozen? Waarom? • Eventueel vormen van Vilans tonen • Welke voor- en nadelen zijn in het begin gezien? • Wat zijn volgens u de grootste uitdagingen? • Welke spanningen of tegenstellingen herkent u? • Heeft u hier documentatie over voor mij?
Doelstelling over kwaliteit van samenwerking	• Is er een doelstelling over de kwaliteit van samenwerking vastgesteld? • Zo ja, welke? • Zo nee, waarom niet? • Hoe wordt de kwaliteit van samenwerking gemonitord? • Wat vindt u van de huidige kwaliteit van samenwerking? • Wat zijn volgens u de grootste uitdagingen? • Heeft u hier documentatie over voor mij?
Selectie en ontwikkeling van teams	• Hoe zijn de teams samengesteld? • Zijn er meerdere disciplines (zie model Rijdsijk)? • Hoe heeft de werving en selectie plaatsgevonden? • Hoe wordt het team begeleid in de ontwikkeling? • Heeft u hier documentatie over voor mij?
Keuze voor onderzoeksobject	• Welk gebied/wijk/team zou interessant zijn voor dit onderzoek? • Waarom? • Wat hebt u nodig zodat ik toestemming en toegang krijg voor onderzoek?
Keuze voor stakeholders	• Wie moet ik interviewen binnen het team om een goed beeld van de samenwerking te krijgen? • Welke zorgaanbieders zijn voor u interessant om in dit onderzoek mee te nemen? • Weet u hoe ik hen kan benaderen voor dit onderzoek (toegang)?
Afsluitende vraag Ik wil graag het interview afronden. Kunt u aangeven of u nog iets gemist hebt en aan mij mee wilt geven? Wilt u deelnemen aan de focusgroep? Hebt u interesse in de scriptie? <i>Bedankt voor uw informatie!</i>	• Kunt u dat toelichten? • Wat kan ik met u afspreken over het vervolg (aanleveren documenten, benaderen professionals) • Zo ja, hoe kan ik u het beste bereiken voor planning? • Zo nee, waarom niet? • Wat is uw mailadres?

Bijlage 11: Interviewschema professionals

Onderdeel	
Introductie	Ik ben blij dat u tijd vrij heeft gemaakt om deel te nemen aan dit gesprek. Na afstemming met .. heb ik u gevraagd om deel te nemen aan dit interview omdat ik onderzoek doe naar de kwaliteit van samenwerking binnen de jeugdzorg. Met dit onderzoek rond ik mijn MHBA-opleiding bij de Erasmus Universiteit af. Dit onderzoek vindt plaats in opdracht van gemeente .. en u bent hierover door .. benaderd. Ik werk zelf als stafmanager bij Karakter, expertisecentrum kinder- en jeugdpsychiatrie.
Doel van het onderzoek	Ik wil u graag interviewen om een beeld te krijgen van de kwaliteit van samenwerking binnen de jeugdzorg. De introductie van de jeugdwet heeft geleid tot een transitie en transformatie van de jeugdzorg. Een belangrijke aanname is dat er een nieuwe taakverdeling plaatsvindt en er meer en beter wordt samengewerkt tussen organisaties en professionals zodat de zorg beter en goedkoper wordt. In dit interview ga ik dieper in op uw ervaringen en ben ik benieuwd naar uw aanbevelingen om de samenwerking te verbeteren.
Proces en aanpak onderzoek	De opzet van het onderzoek is een actieonderzoek waarmee met de stakeholders de bestaande praktijk in beeld wordt gebracht en waar mogelijk verbeterd. De resultaten van alle interviews worden door mij geanalyseerd om mogelijke succes- en faalfactoren voor succesvolle samenwerking te achterhalen. Deze resultaten worden aan een selectie van deelnemers van dit onderzoek in een focusgroep voorgelegd om samen te komen tot een goede analyse en aanbevelingen. Op het eind van het interview zal ik u vragen of u wilt deelnemen aan de focusgroep. De scriptie zal ik aan uw gemeente overhandigen. Als u belangstelling heeft kunt u dit op het eind van het interview ook laten weten en krijgt u ook een exemplaar.
Anonimiteit	In dit onderzoek zal ik meerdere beleidsmedewerkers en professionals binnen meerdere gemeenten interviewen. Dit resultaten worden alleen gebruikt voor dit onderzoek. Bij het uitwerken van de resultaten van de verschillende interviews zal uw naam niet worden genoemd. Voorbeelden van uw ervaringen kunnen wel geanonimiseerd worden gebruikt als illustratie van leerervaringen.
Opnemen gesprek	Ik heb een recorder meegenomen voor het opnemen van het gesprek. Dit zorgt er voor dat ik tijdens het gesprek niet hoeft te schrijven en het later kan uitwerken. De geluidsbanden worden na afloop van het onderzoek verwijderd. Vanuit de wet is voorgeschreven dat ik u toestemming moet vragen als ik gebruik maak van een recorder. Daarom vraag ik zo meteen, als de band loopt, of u toestemming geeft dat dit gesprek wordt opgenomen op band. <u>Recorder aan</u> Vindt u het goed dat dit gesprek wordt opgenomen op band?

Interviewvragen	
Vragen	Doorvragen
Introductievragen Sinds wanneer bent u actief binnen de jeugdzorg? Kunt u aangeven wat uw werkzaamheden zijn? (<i>optie – mogelijk al bekend</i>)	• Kunt u daar meer over vertellen? • Kunt u aangeven hoe een werkdag er normaal gesproken uitziet? • Kunt u aangeven of er het afgelopen jaar veel is veranderd?
Samenwerking Met wie werkt u veel samen in uw werk om goede zorg te realiseren? (maken van webanalyse op basis van functies die in interview met beleidsadviseurs zijn genoemd) Wat is voor u belangrijk in de samenwerking? Wat is er het afgelopen jaar gedaan om de samenwerking te verbeteren? Met wie vindt u dat goede samenwerking belangrijk is om de doelstelling van de transformatie van de jeugdzorg te bereiken? Wat is voor u belangrijk om samenwerking te verbeteren voor de patiënten?	• In welke mate is de samenwerking afgelopen jaar veranderd? • Met wie werkt u meer samen? • Met wie werkt u juist minder samen? • In welke mate vult u elkaar aan? • In welke mate is er overlap? En is dit erg? • Hoe hebt u kennis met elkaar gemaakt? • Waarom? • Wat is er nog meer belangrijk? • Voor wie is samenwerking belangrijk? • Kunt u dat toelichten? • Wat heeft u naar u gevoel goed gewerkt? • En wat niet? • Kunt u daarover meer vertellen? • Vinden anderen dit ook? • Kunt u daarover meer vertellen? • Is dit het afgelopen jaar veranderd? • Wat zijn voor u de belangrijkste voorwaarden (top 3)?
Kritische incidenten Introductie “momenten van waarheid” <i>Positieve leerervaring</i> Kunt u een moment in de samenwerking terughalen waarin het noodzakelijk was om samen te werken en de werkwijze nieuw was en spannend? En later toch is goed gekomen?	• Kunt u daarover meer vertellen? Wat was de situatie? • Waarom vond u het zo belangrijk? • Vond u het spannend? • Zo ja waarom? • Wat hebt u gedaan om de samenwerking in dit geval te verbeteren? • Wat heeft het uiteindelijk opgeleverd? • Hoe kijkt u er achteraf op terug? Wat hebt u er van geleerd? • Heeft u dit met anderen gedeeld?

<i>Negatieve leerervaring?</i> Kunt u een moment in de samenwerking terughalen waarin het noodzakelijk was om samen te werken en de werkwijze nieuw was en spannend? En later niet goed is afgelopen?	• Kunt u daarover meer vertellen? Wat was de situatie? • Waarom vond u het zo belangrijk? • Vond u het spannend? • Zo ja waarom? • Wat hebt u gedaan om de samenwerking in dit geval te verbeteren? • Wat heeft het uiteindelijk opgeleverd? • Hoe kijkt u er achteraf op terug? Wat hebt u er van geleerd? • Heeft u dit met anderen gedeeld?
Aanbevelingen Welke aanbevelingen zou u het bestuur (management) geven om de samenwerking te verbeteren zodat de transformatie van de jeugdzorg verbetert? Welke aanbevelingen zou u uw collega's geven? Welke aanbevelingen zou u professionals (geen collega's) bij .. (gemeente of zorgaanbieders) geven waarmee u samenwerkt?	• Kunt u dat toelichten? • Welke aanbevelingen hebt u al gegeven? • Hebt u het gevoel dat hier naar wordt geluisterd? • Zo nee, waarom niet? • Kunt u dat toelichten? • Welke aanbevelingen hebt u al gegeven? • Hebt u het gevoel dat hier naar wordt geluisterd? • Zo nee, waarom niet? • Kunt u dat toelichten? • Welke aanbevelingen hebt u al gegeven? • Hebt u het gevoel dat hier naar wordt geluisterd? • Zo nee, waarom niet?
Afsluitende vraag Ik wil graag het interview afronden. Kunt u aangeven of u nog iets gemist hebt en aan mij mee wilt geven? Wilt u deelnemen aan de focusgroep? Hebt u interesse in de scriptie? <i>Bedankt voor uw informatie!</i>	• Kunt u dat toelichten? • .. • Zo ja, hoe kan ik dit het beste inplannen? • Zo nee, waarom niet? • Wat is uw mailadres?

Bijlage 12: Momenten van waarheid: beschrijvingen

Code	Beschrijvingen
3P	Dreiging van geweld: een combinatie van daadkracht en rust Op basis van mogelijke bedreiging ex-man wordt proactief inschatting gemaakt over de onveiligheid voor moeder en kinderen. Wanneer mogelijke bedreiging acuut wordt, vindt er razendsnel een opschaling van aanpak plaats. In nauwe samenwerking en met een goede rolverdeling wordt gezin in veiligheid gebracht door goede contacten met een zorgaanbieder. De hulpverleners weten daadkracht en rust te combineren, zodat het goed aansluit bij behoefte van gezin.
3N	Dreiging van geweld: één schakel in de ketting wijkt af Op basis van meerdere signalen wordt binnen de gemeente een inschatting gemaakt dat zowel de moeder als het kind slachtoffer kunnen worden van een nieuwe partner van de moeder. Kind woont al bij grootouders, maar lijkt zelfs daar niet veilig. In gezamenlijk overleg wordt een meersporenbeleid afgesproken, dat start bij een goede inschatting van de risico's door een apart overleg met moeder. De psychiater van de ingeschakelde zorgaanbieder wijzigt eenzijdig aanpak en spreekt moeder en partner samen, waardoor moeder niet aangeeft dat ze risico loopt en veiligheid voor moeder en kind nog steeds niet geborgd is. Bij evaluatie van aanpak ontbreekt psychiater, waardoor verschil in inzicht niet besproken kan worden en er geen goede afstemming is over gecoördineerde aanpak. Er moet een nieuw plan worden gemaakt, waarbij alleen de veiligheid van het kind kan worden geborgd.
4P	Ernstige zorgmelding: durven delen van informatie Ernstige signalen uit de buurt van mogelijke mishandeling van moeder en kind door nieuwe partner worden serieus genomen en leiden tot aanvullend onderzoek. Door uitwisseling van vertrouwelijke informatie wordt ernst bevestigd en vindt afstemming plaats over mogelijke dwingende aanpak vanuit verschillende perspectieven. Tegelijkertijd vindt verbinding met moeder plaats en wordt geprobeerd om haar te versterken. Wanneer moeder kiest om bij partner te blijven wordt overgegaan tot uithuisplaatsing kind. Ondanks niet bereiken aan gewenste doel (veiligheid voor moeder en kind) is het gedeelde besef dat het hoogst mogelijke resultaat bereikt is.
5P	Vrijwillige behandeling met drang: net op tijd Ernstige problemen met jongere, waarin tijd om nog verplichtend zorg aan te kunnen bieden heel beperkt is (net voor 18 jaar). In afstemming tussen consulent gemeente, zorgaanbieder en Raad voor Kinderbescherming wordt drangtraject ingezet en gekozen voor een specifiek zorgaanbod dat aansluit bij de ernst en bij de verwachtingen van ouders en gemeente. Door goede afstemming met deze zorgaanbieder wordt aanbod voor behandeling geaccepteerd door jongere, tot opluchting van ouders en betrokkenen. De eerste resultaten zijn positief.
5N	Afwijkend zorgaanbod: spanning tussen vraag en beschikking Ouders met ernstig autistische zoon zoekt zelf naar passende hulp na lang en intensief behandelverleden. Ze bekostigen alternatieve behandeling eerst zelf en doen dan beroep op beschikking gemeente. Consulente gaat mee dit verzoek dat afwijkt van normale zorgaanbod mede door wanhoop ouders en geloof in dit alternatief. Zorgaanbod wordt na evaluatie verlengd, maar de ouders doen nogmaals op verlenging en intensivering. Hierbij hebben ze gemeente niet geïnformeerd over achteruitgang op school. Consulent voelt zich overvraagd en mist vroegtijdige afstemming. Daarnaast merkt ze dat het lastig is om keuzes voor maatwerk zorg goed te kunnen verantwoorden.

6P	Schoolverzuim 18+: een nieuw perspectief op basis van vrijwilligheid Signaal van school dat jongen van 18 vast is gelopen. Informatie ingewonnen en aangesloten bij hulpvraag school en moeder. Samen met ervaren vrijwilliger op huisbezoek om beter inzicht te krijgen. Goed aangesloten bij belevingswereld jongen en daarmee hulpvraag geactiveerd. Gestart met praktische aanpak waarin vrijwilliger hem begeleid en creatief gezocht wordt naar mogelijkheden om onderliggend probleem aan te pakken. Trots doordat signaal wel opgepakt is ondanks dat dit niet vanuit drang (zoals leerplicht) kan.
6N	Moeilijk bereikbaar gezin: worstelen met op- en afschalen (<i>achteraf positief moment van waarheid!</i>) Inzet vanuit SKT als casusregisseur. Een gezin met vijf jonge kinderen waarin meerdere problemen speelden en de vraag was wanneer opgeschaald zou worden naar een zorgmelding voor Veilig Thuis. Vanuit casusregie goed aangesloten bij gezin en verschillende zorgverleners op één lijn proberen te brengen. Aanpak op allerlei gebieden (huisvesting, schuld, school) en zo goed mogelijk geprobeerd zorg aan te bieden vanuit vrijwilligheid. Dit was uitdagend door het onvoorspelbare gedrag bij vader en de kans op zorgmijding. Na verbetering situatie aantal zorgverleners beperkt en hierin de vader de keuze laten maken. Door stabiliteit gaat het met kinderen goed op school. Lastig is het omgaan met verschillende belangen .
7P	Inschatten van ernst van de zaak en verdeling van verantwoordelijkheden: samen steggelen om het op te lossen Alleenstaande moeder met zeer kwetsbare dochter van 17 jaar die hoge risico's loopt. De ingezette intensieve opvoedkundige hulp en spoedzorg is onvoldoende. Verzoek om dwangmaatregelen wordt na onderzoek door Raad van Kinderbescherming niet gehonoreerd omdat de ernst lager ingeschat wordt. Verschil in inzicht leidt ook tot discussie over verantwoordelijkheid. De gemeente voelt zich verantwoordelijk maar kan deze niet aanvaarden omdat de aanpak niet past bij de door hen ingeschatte ernst. Het verschil en de bijbehorende spanning wordt op initiatief van één van de professionals met betrokkenen besproken en verwachtingen worden gedeeld. Na uitwisseling wordt de aanpak beter gedeeld en is er meer vertrouwen in vervolg. De uitwisseling over verantwoordelijkheden op basis van deze case wordt breder gevoerd.
7N	Huiselijk geweld: verschillen overbruggen om maatwerk te leveren Gescheiden ouders met vijf kinderen en zorgmelding huiselijk geweld. Door onderzoek beeld van gewenste zorg en overgedragen aan zorgaanbieder. Doel is ouders weer samen verantwoordelijk te maken voor veilige opvoeding. Bij overdracht wordt duidelijk dat voorgestelde aanpak niet overgenomen wordt en vastgehouden wordt aan protocol van ingekochte zorgmodule. Ondanks herhaalde pogingen is er geen gedeelde visie. Tijdens vervolgtraject blijkt dat de adviezen terecht waren en leidt dit veel vertraging in zorgtraject. Vertrouwen in samenwerking is geschaad.
8P	Uithuisplaatsing: ingrijpen in belang van moeder en kinderen Langdurig traject van begeleiding van alleenstaande moeder en behandeling van kinderen. Moeder lijkt niet in staat tot adequate behandeling van kinderen en na zorgvuldige afwegingen wordt besloten tot uithuisplaatsing van kinderen in pleeggezin en daarna behandeling. Twee behandelaren vanuit verschillende zorgaanbieders zijn betrokken en stemmen goed onderling af. Mededeling van besluit aan moeder vindt gezamenlijk plaats met veel aandacht in de voorbereiding en de opvang. Verschillende trajecten (begeleiding moeder en opvang en behandeling kinderen) vinden gecoördineerd plaats bij meerdere zorgaanbieders.

8N	Afschalen van zorg: loslaten, maar niet laten vallen Na langdurige intensieve gezinsbehandeling is het tijd om zorg af te schalen. Bij afstemming met gemeente wordt voorstel voor bepaalde zorgaanbieder niet overgenomen en wordt andere zorgaanbieder gekozen. Zorgverlener twijfelt over deze keuze en zeker na overdracht naar nieuwe hulpverlener. Twijfels worden bij overdracht onvoldoende geuit omdat werkdruk hoog is en ze moet loslaten. Later blijkt nieuwe zorg niet goed te passen en moet weer worden opgeschaald. Weer een wijziging van begeleider maakt dat ouders extra belast worden.
9P	Overdracht van zorg: pas loslaten als het goed is overgenomen Bij een begeleiding van een leerling wordt ingeschat dat een andere methodiek en begeleider beter is. Door een warme overdracht van begeleiding en door het blijven volgen traject blijkt dat dit heel goed gaat.
9N	Beëindiging van begeleiding: balanceren tussen eigen verantwoordelijkheid en vrijblijvendheid Begeleiding bij verbetering leefstijl gaat aanvankelijk goed maar stukt na tegenvallend resultaat. Ondanks uitnodiging om door te gaan wordt de begeleiding gestaakt door jongere. Aanspreken en uitnodigen van moeder heeft geen succes. De zorgen worden niet gedeeld en door uitblijven van hulpvraag stopt de begeleiding.
10P	Samenwerking vanaf het begin: een samenspel tussen systemische aanpak en individueel aanbod Gescheiden ouders en zoon met vermoeden van psychiatrische stoornis leidt tot problemen en opvoedingsonmacht. Ondanks dat er nog geen duidelijke diagnose zoon is wordt door gemeente besloten tot vroegtijdig inzetten van psychologische behandeling met een systemische aanpak. In samenspraak met consulent wordt ruimte gegeven voor een afwijkende en systemische aanpak van de screening. Er wordt na afstemming met gezin besloten tot een uitvoerige screening voordat advies wordt gegeven. Uit dit traject volgt een maatwerkaanpak waarin verschillende zorgverleners zijn betrokken. De effecten zijn positief.
10N	Geen samenwerking vanaf het begin: gespannen driehoeksverhouding Verschil van mening tussen gezin en consulent gemeente over de aanpak. Bij start van behandeling komt zorgaanbieder tussen belang van gezin en gemeente. Aansluiting bij het gezin leidt tot verwijt dat zorgverlener teveel de kant van gezin zoekt. Gezin heeft moeite om verschil met consulent te noemen vanuit afhankelijkheid van financiering. Poging om spanning bespreekbaar te maken heeft geen succes.
11N	Schoolverzuim: onmacht om in te grijpen ondanks ernst van de zaak Signaal van langdurig schoolverzuim door ziekte wordt heel laat onderkend. Weinig afstemming tussen professionals leidt niet tot gedeelde visie op ernst en niet tot gezamenlijke aanpak. Er wordt heel erg meegegaan met door zoon en moeder aangegeven ernst zonder onafhankelijke toetsing door expert. Omdat er achteraf geen duidelijke oorzaak voor schoolverzuim is, blijken achteraf niet alle mogelijkheden tot drang (leerplicht) benut te zijn.

Bijlage 13: Overzicht momenten van waarheid: factoren

Groen is positieve factoren; Rood is negatieve factoren – hierbij is ook gekeken naar waardering door professionals
Factoren zoveel mogelijk in tijdslijn geplaatst (chronologische volgorde) van deze ervaring.

Code	Positief	Negatief
O3	Dreiging van geweld: een combinatie van daadkracht en rust Op basis van acuut signaal van bedreiging ex-man samen zoeken naar mogelijkheden om risico's te voorkomen voor vrouw en kind. Proactief risico inschatten Verantwoordelijk voelen ook buiten werktijden Snel samenwerken en handelen om risico te voorkomen Rust bewaren en overzicht houden Snel kunnen verwijzen naar zorgaanbieder omdat de contacten er zijn Verbinding met zorgvrager (inlevingsvermogen) Vertrouwen in elkaar	Dreiging van geweld: één schakel in de ketting wijkt af Op basis van meerdere signalen dreiging van geweld door man. Samen zoeken naar mogelijkheden om risico's te voorkomen voor vrouw en kind. Proactief risico inschatten op basis van meerdere signalen Goede samenwerking tussen politie, gemeente, veilig thuis en jeugdbescherming Samen zoeken naar mogelijkheden tot drang (meersporenbeleid) Snel kunnen verwijzen (kind) naar zorgaanbieder omdat de contacten er zijn In vervolg veiligheidsplan school en duidelijke casusregie Moeizame samenwerking tussen gemeente en zorgaanbieder (consultatie) Afwijkende werkwijze ondanks briefing vooraf aan interventie of afstemming ter plekke Verschil in beoordeling van ernst en in toepassing drang Geen gezamenlijke evaluatie na interventie Geen helderheid over verwachtingen van elkaar Beperkte informatie over vervolg (privacy) Geen gedeelde verantwoordelijkheid Moeizaam contact met grote zorgaanbieder (monopolie, beter lokaal aansluiten)
O4	Ernstige zorgmelding: durven delen van informatie Ernstige signalen van mishandeling van moeder en kind leiden tot gezamenlijke aanpak en uit huisplaatsing kind. Signalen van mishandeling serieus nemen en escaleren naar zorgmelding Uitwisseling van vertrouwelijke informatie op basis van vertrouwen Samen zoeken naar mogelijkheden tot drang (straf- en bestuursrechtelijk) Verbinding met zorgvrager (vertrouwen winnen) Vanuit gedeeld doel gezamenlijk plan van aanpak Acceptatie beperkingen in hulpverlening (eigen verantwoordelijkheid) Uit huis plaatsing en start hulpverleningstraject kind Spelen met regels in belang van het kind	Dreiging van geweld Zie boven (bij deze situatie waren beide professionals betrokken en ze hebben het onafhankelijk van elkaar ingebracht)

O5	Vrijwillige behandeling met drang: net op tijd Ernstige problemen met jongere, waarin tijd om nog verplichtend zorg aan te kunnen bieden heel beperkt is (net voor 18 jaar) en door gezamenlijke aanpak toch aanbod vrijwillig geaccepteerd wordt. Snel samenwerken voordat drang niet meer mogelijk was Serieus nemen van zorgen van ouders Benutten van drangmaatregelen om invloed uit te oefenen op kind Samenwerking met zorgaanbieder (informatie delen, elkaar aanvullen) Delen van zorgen en mogelijke aanpak met kind Beperking van invloed als kind 18 wordt	Afwijkend zorgaanbod: spanning tussen vraag en beschikking Inspringen op verzoek om maatwerkzorg door ouders, maar grenzen in het belonen van de zorgvraag en het waarderen van de eigen verantwoordelijkheid. Maatwerk zorgaanbod op initiatief van ouders Zware problematiek zonder effectief aanbod Ouders nemen eigen initiatief in keuze nieuw zorgaanbod Ouders stellen informatie beschikbaar voor gemeente Beschikking afwijkend zorgaanbod voor periode inclusief evaluatie Beschikking voor tijdelijke verlenging Laat betrokken bij afwegingen ouders Verzoek voor verzwaring zorg zonder tijdige informatie over voortgang Verzoek onderwijs onterecht bij gemeente gelegd Te weinig expertise om afwijkend zorgaanbod goed te kunnen beoordelen en grenzen te stellen
O6	Schoolverzuim 18+: een nieuw perspectief op basis van vrijwilligheid Adequaat oppakken signaal van school door creatief te zoeken naar mogelijkheden om onderliggend probleem aan te pakken. Vanuit SKT schoolverzuim onderzoeken om daarna nieuw toekomstperspectief te bieden Signaal via school en afstemming over aanpak Inzet van vrijwilliger op basis van vraag Aansluiting bij beleavingswereld jongere en erkenning van problemen Geven van vrijheid en vertrouwen aan vrijwilliger om zelf initiatief te nemen Geen hulpvraag jongere Apart loket voor SKT, met risico op versnippering	Moeilijk bereikbaar gezin: worstelen met op- en afschalen (<i>achteraf positief moment van waarheid!</i>) Inzet van SKT als casusregisseur, waarbij veel spanning zat in onvoorspelbaar gedrag bij vader, hoeveelheid hulpverleners, verschillende visies en tijdig opschalen en afschalen. Duidelijke casusregie, die veel tijd en energie kost Uitnodigen vader om aanpak door te spreken Verdeling van vragen over juiste hulpverleners Bij afschalen afstemming met vader waarin hij keuze kon maken (eigen regie) Geen escalatie naar dwang vanuit inschatting risico van beëindiging zorgrelatie (vlucht) Verschil van mening over aanpak tussen hulpverleners Politiek gedoe door bemoeienis van wethouder, zonder back-up van professional Balanceren tussen vrijwilligheid en dwang (moeilijke afweging) Onduidelijkheid over inzet en positie van SKT (t.o.v. loket samenleving)
O7	Inschatten van ernst van de zaak en verdeling van verantwoordelijkheden: samen steggelen om het op te lossen Alleenstaande moeder met dochter met hoge risico's en grote kwetsbaarheid. Bepalen van ernst en mate van drang/dwang om risico's te beperken en te komen tot gedeelde aanpak.	Huiselijk geweld: verschillen overbruggen om maatwerk te leveren Gescheiden ouders met vijf kinderen en zorgmelding huiselijk geweld. Traject om ouders weer samen verantwoordelijk te maken voor veilige opvoeding. Na onderzoek duidelijke opdracht aan ouders (streven naar oppakken gezamenlijke verantwoordelijkheid)

	Na signalering snel opschalen van zorg Bij inschatting van ernst van risico's en aanpak verschil van mening Gemeente wel eindverantwoordelijk, maar staat niet achter aanpak zorgaanbieder (drangtraject) Verskil benoemen en vergroten (steggelen) Uitwisselen van verschillen en onderzoeken achtergrond Organiseren van intervisie (delen van verwachtingen) Organiseren van intervisie (eigen professionalisering) Heldere aanpak en verantwoordelijkheidsverdeling Afstemming op managementniveau tussen organisaties over veiligheidsniveau, werkwijze en verantwoordelijkheidsverdeling	Goede overdracht aan zorgaanbieder (mondeling) Aanbod is nieuwe methodiek (ingekocht door gemeente) Aanbod sluit niet aan bij inschatting mogelijkheden gezin (angstige moeder) Aanbod biedt geen mogelijkheid tot aanpassing (verplichte methodiek) Overdracht leidt niet tot overbruggen verschil Na interne afstemming bij zorgaanbieder geen bijstelling Aanpak ernstig vertraagd doordat gezamenlijke start niet lukt Aanpak aanpassen aan mogelijkheden gezin (individuele start) Evaluatie traject door gemeente (risico dat slechte samenwerking evaluatie beïnvloedt)
O8	Uithuisplaatsing: ingrijpen in belang van moeder en kinderen Signalen van verwaarlozing door alleenstaande moeder, leidt tot weloverwogen en gedeeld besluit van uithuisplaatsing en behandeling kinderen. Verzoek tot hulp aan zorgaanbieder en ruimte voor een goede overdracht. Uitgaan van complementaire expertise, ondanks eerdere negatieve ervaringen Open staan voor samenwerking Hechte samenwerking tussen 2 zorgaanbieders (sparren) Gedeeld besluit over uithuisplaatsing Durven door te pakken (ondanks pijnlijke besluit) Duidelijke rolverdeling bij overbrengen besluit en evaluatie achteraf Verbinding met moeder (inlevingsvermogen, ruimte voor emotie, respect) Aandacht voor kinderen	Afschalen van zorg: loslaten, maar niet laten vallen Na langdurige gezinsbehandeling afschalen van zorg, die niet gezien wordt als passende zorg. Twijfels bij overdracht onvoldoende geuit. Later wordt weer opgeschaald en nieuwe wijziging van begeleider, waardoor ouders extra belast worden. Onduidelijke diagnose kind Vanwege beleid moeten stoppen met begeleiding (ondanks behoefte) Snel besluit over nieuwe passende zorg Geen ruimte om twijfels te delen en door te spreken Van veel verbinding met ouders naar weinig verbinding met ouders Moeder doet nieuw verzoek tot hulp wat leidt tot aanvullende diagnostiek (wel autisme kind) Nieuwe wisseling van begeleider
O9	Overdracht van zorg: pas loslaten als het goed is overgenomen Warme overdracht van begeleiding en blijven volgen traject. Indiceren van andere begeleiding Bij overdracht elkaar goed informeren Verbinding met kind (aansluiten bij hulpvraag) Erkenning effectiviteit nieuwe aanpak	Beëindiging van begeleiding: balanceren tussen eigen verantwoordelijkheid en vrijblijvendheid Aangeboden begeleiding stopt na tegenvallend resultaat. Ondanks uitnodiging om door te gaan wordt de begeleiding gestaakt door jongere. Aanvankelijke succesvolle begeleiding Abrupte beëindiging door zorgmijding moeder en kind Geen ruimte voor vervolg of goede afronding

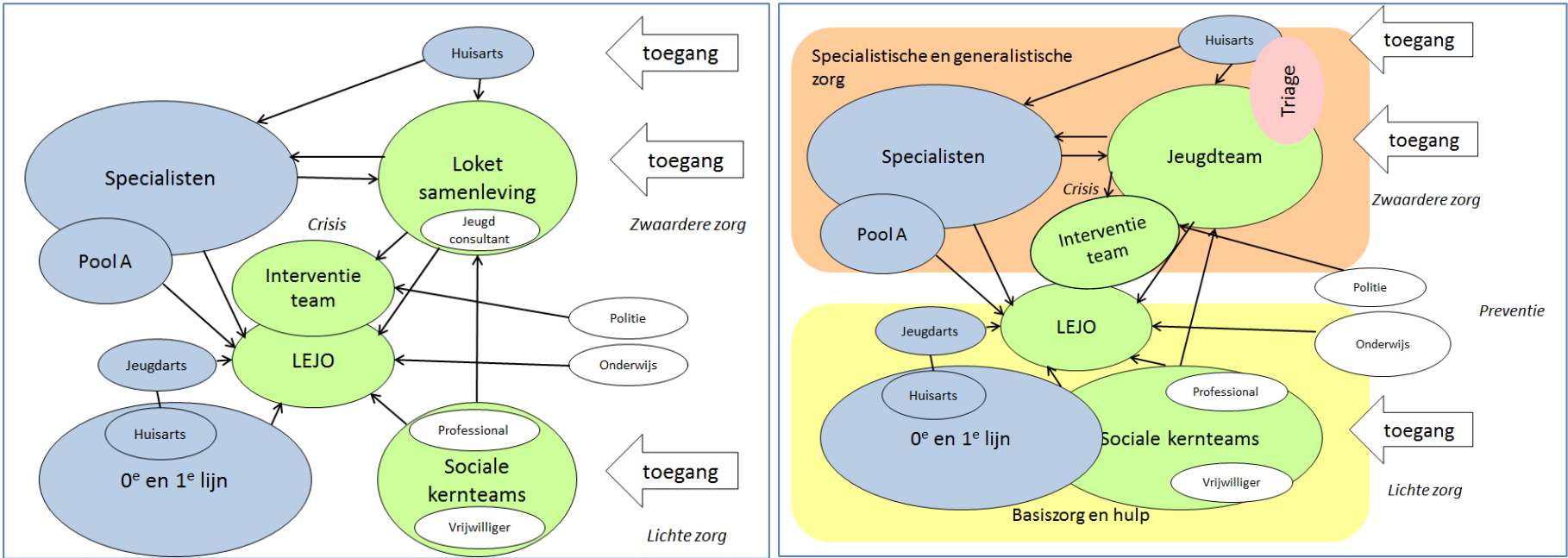
O10	Samenwerking vanaf het begin: een samenspel tussen systemische aanpak en individueel aanbod Complexe problematiek. Gescheiden ouders en zoon met vermoeden van psychiatrische stoornis leidt tot problemen en opvoedingsonmacht. Vroegtijdig inzetten van psychologische praktijk zonder duidelijke diagnose kind, maar wel behoefte aan systemische aanpak. Creëren van ruimte bij om bij verwijzing af te stemmen over wenselijke aanpak Intake met hele systeem (wie heb je nodig, wie heeft welke last en dan pas richten op oplossing) Meer tijd voor screening dan normaal (maatwerk) Verbinding met ouders en kind (ieder eigen vraag) Verdiepend psychiatrisch onderzoek voor kind Gecombineerde aanpak in oplossen van probleem Tijdige terugkoppeling resultaten (meer momenten, maatwerk) Heldere rolverdeling tussen zorgaanbieders en gemeente Open houding bij gemeente (oprecht bevragen en niet vanuit wantrouwen) Uitwisseling van informatie (zonder gedoe over toestemming en geheimhouding)	Geen samenwerking vanaf het begin: gespannen driehoeksverhouding Verschil van mening tussen gezin en consulent gemeente, waardoor zorgaanbieder tussen belang van gezin en gemeente komt. Geen goede verbinding met gezin (geen klik met consulent) Zorgaanbieder gaat voor belang gezin (en daardoor in gespannen verhouding met gemeente) Geen ruimte voor bespreking van spanning (blijven hangen in verwijten) Gezin durft gebrek aan vertrouwen niet te noemen (afhankelijk van financiering) Dubbelrol gemeente als financier en beslisser Zorgaanbieder bespreekt spanning (maar hier zonder resultaat)
O11	Geen	Schoolverzuim: onmacht om in te grijpen ondanks ernst van de zaak Signaal van langdurig schoolverzuim door ziekte wordt laat onderkend. Weinig afstemming tussen professionals leidt tot geen gedeelde visie op ernst en geen gezamenlijke aanpak. Verwaarlozing van ernst van signaal Zeer late inzet van expert (voor oordeel over ziekte) Geen gedeelde aanpak en goede rolverdeling Vermijding zorg door moeder wordt geaccepteerd Twijfels over inzet dwang (leerplicht) leidt tot acceptatie signaal

Bijlage 14: Overzicht momenten van waarheid: codering

Vindplaats: cijfers is respondent; P = positieve verhaal; N = negatieve verhaal

Code	Factor	Toelichting	Vindplaats
Houding deelnemers			
	Verantwoordelijkheid (professional)	Verantwoordelijkheid voor casus (ook buiten werktijden)	3P
	Verantwoordelijkheid (team)	Gedeelde verantwoordelijkheid	3N 6N 7P 7N
	Verantwoordelijkheid (zorgvrager)	Eigen regie, eigen kracht	4P 5N 6N 7N 8N 9N 10P
	Verbinding met zorgvrager	Inlevingsvermogen, aansluiten bij zorgvrager	3P 4P 5P 6P 8P 9P 10P 10N
	Vertrouwen	Vertrouwen in betrokken spelers waardoor open houding	3P 4P 6P 8P 10P 10N
	Verwachtingen	Verwachtingen naar elkaar uitspreken en helder maken	3N 7P 10N
	Positie	Gelijkwaardige positie ondanks verschillen in macht (bijv. gemeente tot zorgaanbieder)	10N
Besluitvormingsproces			
	Signalering	Inschatting van mogelijk risico en daarop handelen, zo nodig escaleren als ernst dit vraagt	3P 3N 4P 6P 7P 8P 11N
	Beeldvorming casus	Overwegen van oorzaak en ernst van casus	3P 3N 5N 7P 8N 10P 11N
	Besluitvorming casus	Komen tot gedeelde besluitvorming over oorzaak en achtergrond casus (werkhypothese)	3N 4P 5N 11N
	Beeldvorming werkwijze	Overwegen van diverse vormen van interventies	3N 4P 6P 7P 8P 10P
	Besluitvorming werkwijze	Komen tot gedeelde besluitvorming, 1 plan, knoop doorhakken	3N 4P 5N 6P 6N 7P 7N 8P 10P 10N 11N
	Evaluatie casus	Evalueren van effectiviteit interventies en voortgang doelstelling	3N 5N 7N 8P 9P 10P
Spelregels			
	Invloed uitoefenen	Werken met drang of dwang om doel te bereiken (wanneer aanbod niet aansluit bij vraag)	4P 5P 6P 6N 8P 11N
	Spelen met regels	Formele regels durven los te laten als casus dit vraagt, maatwerk	4P 5N 6P
	Maatwerk aanbod	Aanpak sluit goed aan bij zorgvraag en wijkt zo nodig af van standaardwerkwijze	7N 8N 10P
	Escaleren	Op hoger niveau bespreken van beperkingen en mogelijkheden als casus dit vraagt	7P
Organisatie			
	Regievoering	Casusregisseur, iemand die verantwoordelijk is voor proces en afstemming	3N 6N
	Overzicht	Overzicht houden over casus zodat handelingen gecoördineerd zijn	3P
	Rolverdeling	Heldere rolverdeling, elkaar aanvullen (opschalen, afschalen)	5P 6N 7P 8P 9P 10P 11N
	Snelheid afstemming	Snelheid van afstemming (elkaar bereiken)	3P 5P 8N
	Overdracht	Goede overdracht aan andere zorgaanbieder (delen informatie en rolverdeling)	7N 9P 10P
	Consultatie	Elkaar consulteren om beter inzicht te krijgen in casuïstiek, sparren, twijfels uiten	3N 8P 8N 10N
	Toegang tot zorg	Duidelijk loket, helderheid voor zorgvrager waar hij terecht kan	6N
	Verwijzing	Inzicht in andere zorgaanbieders binnen netwerk en elkaar weten te vinden	3P 3N
	Aansluiting lokaal	Aansluiting van zorgaanbieder op lokale speelveld	3N
Kennisdeling			
	Informatie delen	Delen noodzakelijke informatie in dienst van de casus	3N 4P 5P 5N 6P 8P 9P 10P
	Professionalisering	Interventies gericht op vergroten kennis, intervisie	7P

Bijlage 15: Speelveld voor het bieden van integrale gezondheidszorg gemeente Overbetuwe



Huidige beeld

Gewenst beeld