

Sterke Schakels

OP ZOEK NAAR SUCCESFACTOREN VOOR
KETENSAMENWERKING IN DE JEUGDZORG



Thesis MBA – Health, april 2010
Erasmus Universiteit Rotterdam
Aukina de Bruin en Atie Gelderloos

Inhoud

Inhoud	2
Voorwoord	4
I. Inleiding	6
1.1 Jeugdzorg vanuit historisch perspectief	6
1.2 De keuze voor ketenzorg	6
1.3 Doelstelling en onderzoeksopzet	7
1.4 Vraag- en probleemstelling	7
1.5 Afbakening	7
1.6 Onderzoeksvragen en materiaal	8
1.7 Leeswijzer	8
II. De wereld van de Jeugd	9
2.1 Een overzicht anno 2010	9
2.2 Gemeenten	11
2.3 Provinciale jeugdzorg	12
2.4 Rijksoverheid	14
2.5 Programmaministerie voor Jeugd en Gezin	17
2.6 Toenemend gebruik van de jeugdzorg	17
2.7 Tot slot	18
III. Ketenzorg, niet meer weg te denken in de zorgsector	19
3.1 Het begrip ketenzorg	19
3.2 Ketenzorg in historisch perspectief	20
3.3 Ketenvorming in het speelveld van de jeugdzorg	21
3.4 Vormen van ketenzorg	22
3.5 Ketenprincipes	24
3.6 Tot slot	26
IV. Ontwikkeling van een conceptueel model	27
4.1 Vooraf	27
4.2 Redefining Healthcare van Porter: waardecreatie in de zorgsector	28
4.3 Een generiek ontwikkelingsmodel voor ketenzorg van Minkman	30
4.4 Samenwerking binnen interorganisationale netwerken	32
4.5 Succesvolle ketensamenwerking	34
4.6 Succesfactoren voor ketensamenwerking in de jeugdzorg	35

V. Enkele praktijkvoorbeelden	38
5.1 Vooraf	38
5.2 Beschrijving praktijkvoorbeelden	39
5.3 Verzamelde succesfactoren uit de praktijk	42
5.4 Vergelijking succesfactoren theorie en praktijk	43
5.5 Kritische succesfactoren vanuit de praktijk	47
5.6 Tot slot	48
VI. Conclusies en aanbevelingen	49
6.1 Vooraf	49
6.2 Conclusies ten aanzien van succesfactoren	50
6.3 Andere opvallende zaken	52
6.4 27 rapporten over de toekomst van de jeugdsector	53
6.5 Aanbevelingen voor succes in de toekomst	55
6.6 Tot slot	58
Nawoord	59
Sterke schakels dragen jeugd van de toekomst	59
Samenwerken aan ketensamenwerking	59
Bijlagen	61
Bijlage 1: Generiek ontwikkelingsmodel van Minkman	61
Bijlage 2: Uitnodiging en vragenlijst interviews	63
Literatuurlijst	66

Voorwoord

De zorg voor jeugdigen in het brede speelveld van de jeugdzorg staat aan de vooravond van ingrijpende wijzigingen. De afgelopen jaren is de politieke aandacht voor jeugdzorg groot geweest. Ernstige incidenten, zoals Savannah of het meisje van Nulde en het toenemen van de wachtlijsten waren daarvoor de aanleiding. De vraag naar jeugdzorg steeg explosief: de afgelopen jaren was er sprake van een autonome groei van de jeugdzorg van ca. 7.5 % per jaar. Het inmiddels demissionaire kabinet Balkenende IV koos voor een eigen programmaministerie onder leiding van minister Rouvoet. De wet op de Jeugdzorg werd eind 2009 geëvalueerd, in de aanloop daarvan verschenen er vele rapporten en onderzoeksverslagen met telkens nieuwe inzichten welke kant het op moet met de jeugdzorg. De gedachte van een betere en snellere hulp voor jeugdigen en gezinnen met als uitgangspunt 'één kind, één plan' heeft stevig post gevat. Geen kind mag meer uit de boot vallen! Maar lukt dit ook?

Minister Rouvoet kondigt al enige tijd een kanteling aan in de aanpak van de jeugdproblematiek¹. Bij de afsluiting met het interprovinciaal overleg (IPO) van *Het Afsprakenkader aanpak en financiering Jeugdzorg 2010 – 2011* in november 2009 roept de minister provincies, gemeenten, bureaus jeugdzorg en zorginstellingen op om zich gezamenlijk in te spannen voor deze kanteling. Het moet anders! Weliswaar is er de afgelopen jaren een flinke vooruitgang geboekt in het wegwerken van de wachtlijsten, nog steeds krijgen veel kinderen niet de zorg die ze nodig hebben en is er sprake van een oerwoud aan bureaucratische regelgeving. De sector is er de afgelopen jaren niet in geslaagd om het imago van ondoorzichtigheid en inefficiëntie van zich af te werpen. En blijft derhalve onderwerp van politiek debat en negatieve publiciteit.

Bovendien wordt de zorg voor jeugdigen onder invloed van de huidige sociaal economische ontwikkelingen bij ongewijzigd beleid onbetaalbaar. Dat betekent dat de komende jaren de politieke aandacht uit zal gaan naar terugdringen van dure, geïndiceerde zorg naar goedkopere eerstelijns zorg dicht in de omgeving van jeugdigen en hun gezinnen. De eigen kracht van het netwerk kan dan beter worden benut en meer kinderen worden geholpen voor hetzelfde geld. Zowel in het kader van de AWBZ geïndiceerde zorg als bij de provinciale jeugdzorg zien we dat deze beweging door politiek en beleidsmakers wordt ingezet.

Beiden werkzaam binnen het brede speelveld van de zorg voor jeugdigen (AWBZ – VG, AWBZ – GGZ en provinciale jeugdzorg), worden wij vrijwel dagelijks geconfronteerd met de complexiteit van de sector. Met de focus op het kind en zijn omgeving, worden zorgaanbieders steeds nadrukkelijker voor de vraag gesteld hoe continuïteit van zorg geboden kan worden in het belang van het kind. Wij zien dat samenwerken in ketens of netwerken binnen de zorg voor jeugdigen van toenemend belang wordt voor het behalen van concurrentievoordeel voor zorgaanbieders. Dat vraagt om het creëren van een continuüm vanuit het perspectief van de jeugdige over de bestaande grenzen van organisatorische eenheden, sectoren en financieringsstromen heen. Waarmee niet alleen kwaliteit van zorg wordt bereikt, maar ook efficiënte besteding van middelen.

In onderhavig document treft u een weergave van onze zoektocht naar de factoren die van ketensamenwerking een succes kunnen maken en van belang zijn voor de toekomst van de jeugdzorg. Ketenvorming in het belang van kinderen dwars door alle sectoren heen, staat hierbij centraal. Wij hadden gehoopt onze aanbevelingen te kunnen verbinden aan het Plan van Aanpak dat minister Rouvoet maart 2010 voornemens was te presenteren aan de Tweede Kamer. Dat mocht helaas niet zo zijn, eind februari viel het kabinet. Onze aanbevelingen zijn dan ook gekoppeld aan de richting waarin wij denken dat de jeugdzorg zich zal gaan ontwikkelen. Of dit een voorspellende

¹ A. Rouvoet, *Aanzien Jeugdzorg zal ingrijpend veranderen*, toespraak 30 september 2009

waarde heeft, zal moeten blijken uit de plannen ten aanzien van de jeugdzorg in een volgende regeringsperiode van wellicht een andere politieke kleur.

Deze thesis vormt het sluitstuk van onze MBA – Health opleiding aan de Erasmus Universiteit, die wij in mei 2010 afronden. Wij zijn veel dank verschuldigd aan diegenen die bereid waren mee te werken aan de interviews ten behoeve van het praktijkonderzoek. Zij hebben ons een doorkijk gegund in de wijze waarop het veld op dit moment al bezig is ketensamenwerking ten behoeve van de zorg voor jeugdigen vorm te geven. En niet in de laatste plaats willen wij drs. Lucie Boonekamp bedanken, die ons, met haar opbouwende feedback en meedenken, vanuit de Erasmus universiteit begeleid heeft bij het tot stand komen van deze thesis.

Aukina de Bruin
Atie Gelderloos

Emmen/Almere, april 2010



I. Inleiding

1.1 Jeugdzorg vanuit historisch perspectief

De jeugdzorg in Nederland kent een lange traditie², die al begonnen is in de Middeleeuwen. In eerste instantie waren het particuliere organisaties en lokale overheden die zorg boden aan kinderen die niet meer thuis konden wonen. Eind negentiende eeuw kwam de eerste wetgeving vanuit de Rijksoverheid, het betrof de onder toezicht en uit huis geplaatste kinderen, evenals jeugdigen met een strafrechtelijke veroordeling. De wet maakte het mogelijk om tekortschietende ouders onder toezicht te stellen of uit de ouderlijke macht te zetten op gezag van de rechter. Daarnaast boden charitatieve instellingen die dikwijls bekostigd werden vanuit de verschillende zuilen die er toen waren (katholiek, protestants, gereformeerd etc.) de nodige zorg.

Vanaf de jaren vijftig van de vorige eeuw ontstaan voorzieningen voor jeugdhulpverlening en jeugdgezondheidszorg. Vanaf de jaren zestig wint de invalshoek van welzijn snel terrein in het maatschappelijk leven. Er komen gezinsvervangende tehuizen en vooral ook ambulante zorg, in eerste instantie nog gefinancierd vanuit particuliere gelden.

Onder invloed van een groeiende verzorgingsstaat, wordt de zorg voor kinderen vanaf de zeventiger jaren steeds meer een publieke verantwoordelijkheid. Zowel gemeenten, provincies als het Rijk gaan instellingen en organisaties subsidiëren. Vanaf deze jaren ontstaat een breed palet aan voorzieningen, geregeld vanuit verschillende wetgevingen die gekoppeld zijn aan de terreinen van de diverse ministeries. Financiering vindt plaats vanuit lokale, provinciale en landelijke overheden.

In 1974 wordt de eerste commissie (werkgroep Mik) opgericht die samenhang moet gaan brengen in de diversiteit aan voorzieningen. Deze commissie benadrukt reeds het belang van preventie en hulpverlening in een zo vroeg mogelijk stadium, het decentraliseren van beleid en regionale samenwerking en het slechten van de schotten tussen de kinderbescherming, gezondheidszorg en maatschappelijk werk. Dit advies wordt in 1989 gevolgd door een nieuwe wet op de jeugdhulpverlening, die de regionale clustering van jeugdzorginstellingen op gang brengt³.

In 1994 brengt de overheid de nota uit: *Regie in de jeugdzorg*, die de start inluidt van allerlei activiteiten die het huidige gezicht van de jeugdzorg bepalen en in 2005 uiteindelijk resulteert in de Wet op de Jeugdzorg. In 2009 is deze wet volgens de afspraken geëvalueerd⁴ en zullen de conclusies de basis vormen voor de aanpak van het brede veld van de zorg voor jeugdigen vanaf 2010.

1.2 De keuze voor ketenzorg

Eén van de belangrijkste conclusies uit het evaluatierapport van BMC is dat de wet op de Jeugdzorg uit 2005 weliswaar recht geeft op zorg voor jeugdigen en hun ouders, maar dat er nog steeds sprake is van weinig samenhang tussen de verschillende sectoren die zich hierop richten, laat staan van voldoende continuïteit voor kinderen en hun ouders. Nog steeds vallen kinderen tussen de wal en het schip.

Vanuit onze dagelijkse praktijk in het brede speelveld van de zorg voor jeugdigen, komen we veelvuldig in aanraking met vraagstukken die de toekomst van de jeugdzorg aangaan. Als thema van deze thesis hebben wij daarom gekozen voor: *'de toekomst van de Jeugdzorg, dwars door alle sectoren heen'*. De ontwikkeling van ketenzorg staat hierbij centraal. Wij zijn van mening dat de focus

² J. Rietveld, *de Nederlandse jeugdzorg: zorgenkind op weg naar volwassenheid*, juni 2009.

³ J. van der Meer, *De zucht naar samenhang*, 2008.

⁴ *Evaluatieonderzoek Wet op de jeugdzorg. Eindrapport*. BMC, oktober 2009.

van zorgaanbieders vanuit het belang van kinderen en hun gezinnen de komende jaren moet liggen op samenwerking en ketens bouwen over de grenzen van de diverse sectoren heen. Dat levert mogelijk een spanningsveld op vanuit het marktgerichte denken dat inmiddels gemeengoed is geworden in de zorgsector. Zorgaanbieders van de toekomst zullen echter dit spanningsveld tussen enerzijds concurreren en anderzijds samenwerken goed moeten weten te hanteren.

1.3 Doelstelling en onderzoekopzet

Doel van deze thesis is het doen van aanbevelingen aan bestuurders van zorgorganisaties met betrekking tot succesfactoren voor ketenvorming in de jeugdzorg door:

1. Overzicht te geven van het speelveld in de diverse sectoren AWBZ en provinciale jeugdzorg, evenals de indeling in gemeentelijk, provinciaal en rijksdomein. De evaluatie van de Wet op de Jeugdzorg krijgt hierbij tevens aandacht.
2. Een nadere verdieping in de literatuur met betrekking tot ketenzorg. Naast ketenzorg in historisch perspectief en binnen het speelveld van de jeugdzorg komen hier vormen van ketenzorg en ketenprincipes aan de orde.
3. Het benoemen van succesfactoren voor ketensamenwerking in het licht van een conceptueel model. Verschillende theorieën op het gebied van bedrijfskundige principes voor de zorgsector en kwaliteitscriteria zijn hierbij door ons vertaald naar een samenhangend geheel van succesfactoren, gekoppeld aan de verschillende fasen van ketensamenwerking in het speelveld van de jeugdzorg.
4. Vergelijking van theorie en praktijk: de door ons opgestelde succesfactoren vanuit het conceptueel model zijn vergeleken met een aantal voorbeelden uit de praktijk in diverse fasen van ketensamenwerking.

Op basis van bovengenoemde literatuurstudie, het benoemen van succesfactoren in relatie tot een conceptueel model en vergelijking met enkele praktijkvoorbeelden, worden in de slotbeschouwing door ons conclusies getrokken ten aanzien van succesfactoren in de praktijk van ketenvorming binnen de zorg voor jeugdigen. Hierbij wordt ook nader ingegaan op de vraag welke toekomstige politieke ontwikkelingen ten aanzien van de jeugdzorg te verwachten zijn. Aanbevelingen aan bestuurders van zorgorganisaties om hierin concurrentievoordeel te behalen volgen hieruit.

1.4 Vraag- en probleemstelling

De centrale vraagstelling voor deze thesis is de volgende: *welke factoren dragen bij aan een succesvolle ketenvorming in het totale speelveld waar de jeugdzorg zich in bevindt tegen de achtergrond van stelselontwikkelingen en de veranderende wet- en regelgeving?*

1.5 Afbakening

Met de centrale vraagstelling als uitgangspunt zijn wij ons onderzoek gestart. Dit leidde al gauw tot de noodzaak van afbakening, zeker tegen de achtergrond van alle huidige ontwikkelingen binnen het veld. In deze thesis richten wij ons op ketensamenwerking ten behoeve van de zorg voor jeugdigen op het niveau van de zorgaanbieders. Het gaat dan om zorg gefinancierd door provincies, AWBZ, zorgverzekering en justitie. Het totale speelveld van de verschillende sectoren die zich richten op de jeugdzorg brengen we hierbij in kaart.

Ketenvorming in de zorg voor jeugdigen staat nog in de kinderschoenen, schotten tussen de diverse financieringsstromen, schaarste aan middelen en de complexiteit voor organisaties om in ketens te werken, lijken de ontwikkeling van doorlopende trajecten te belemmeren. Ketenvorming binnen de eigen organisatie (waardenketen) of tussen diverse organisaties (waardensysteem) heeft invloed op

de organisatie van ketenzorg en daarmee ook op de succesfactoren. Theoretische concepten met betrekking tot ketenvorming en het conceptueel model, maar ook praktijkvoorbeelden van ketenvorming op het niveau van zorgaanbieders leveren hierbij input. Onderwijs, werk, dagbesteding, vrije tijd en medische zorg voor jeugdigen laten we hierbij buiten beschouwing.

1.6 Onderzoeksvragen en materiaal

Ons onderzoek pretendeert niet uitputtend van aard te zijn. Daarvoor is een kwantitatief onderzoek noodzakelijk en is het huidige speelveld aan te veel dynamiek onderhevig. In onze verkenningen van het thema hebben we ons laten leiden door de volgende onderzoeksvragen:

1. Hoe ziet het speelveld van de zorg voor jeugdigen eruit in Nederland (eerstelijns zorg, Jeugdzorg, AWBZ- LVG, - GGZ en -VG en justitie)?
2. Wat zegt de theorie met betrekking tot ketenzorg over factoren die bijdragen tot een succesvolle ketenvorming?
3. Welke aanknopingspunten biedt de theorie met betrekking tot conceptuele modellen om succesfactoren voor ketenvorming in kaart te brengen?
4. Welke succesfactoren vanuit het conceptuele model worden als zodanig bevestigd in een aantal voorbeelden van ketensamenwerking in de huidige praktijk van zorgaanbieders voor jeugdigen?
5. Hoe verhouden zich de verwachte toekomstige stelselontwikkelingen en politieke besluitvorming met succesvolle intersectorale ketenvorming?

Het door ons gebruikte onderzoeksmateriaal is tweeledig en opgebouwd uit de volgende onderdelen:

1. Theoretische verkenningen op het gebied van:
 - Speelveldbeschrijving en recente ontwikkelingen ten aanzien van de jeugdzorg (politiek en wetgeving)
 - Theorie over ketenzorg
 - Conceptueel model: waardecreatie in de gezondheidszorg (Porter), de betekenis van klantwaarde, kwaliteitsmodel (bijv. de vier fasen van het generiek ontwikkelingsmodel van Minkman) en interorganisatorische samenwerkingsverbanden (Boonekamp en Huijsman)
2. Praktijkonderzoek: onderzoek naar voorbeelden van succesfactoren bij ketenvorming tussen zorgaanbieders voor jeugdigen in relatie tot het conceptueel model door middel van documentstudie en (half) gestructureerde interviews. De volgende praktijkvoorbeelden zijn onderzocht:
 - Duurzame Jeugdzorg in Almere Poort
 - Doen wat werkt in Noord Nederland
 - Ketenvoerment in Oost Gelderland.

1.7 Leeswijzer

De lezer die graag een overzicht wil krijgen van de wereld van de jeugd raden wij aan om hoofdstuk 2 door te nemen, voor diegenen die geïnteresseerd zijn in de theorie rondom ketenvorming is hoofdstuk 3 aan te bevelen. In hoofdstuk 4 geven wij het door ons gebruikte conceptuele model weer, met als achtergrond verschillende theorieën en modellen op het gebied van klantwaarde en ketensamenwerking. De lezer die hierin meer inzicht wil, raden wij dit hoofdstuk aan.

In hoofdstuk 5 gaan wij in op de praktijkvoorbeelden en vergelijken wij de succesfactoren uit de theorie met de praktijk. Dit hoofdstuk is aan te bevelen voor die lezer die ook graag meer informatie wil over welke kritische succesfactoren de praktijk aangeeft. In hoofdstuk 6 komen wij tenslotte met conclusies en aanbevelingen en doen wij recht aan de door ons gestelde onderzoeksvraag.

II. De wereld van de Jeugd

2.1 Een overzicht anno 2010

De zorg voor jeugdigen in Nederland kent in 2010 een enorme variëteit. Verschillende wetten zijn van invloed, de zorg valt qua regelgeving onder diverse ministeries en ook bepalen provincie en gemeenten de uitvoering van het beleid. Er is sprake van een veelheid aan financieringsstromen. In het onderstaande overzicht wordt een driedeling gehanteerd. De zorg op gemeentelijk niveau wordt beschreven, vervolgens die op provinciaal niveau en tenslotte de zorg vanuit het Rijk, vanuit de verschillende ministeries. Maar allereerst wordt gestart met een algemeen gedeelte over de jeugdzorg.

De Nederlandse bevolking telt op dit moment ongeveer 3.5 miljoen jongeren jonger dan 18 jaar, per jaar zijn er ongeveer 180.000 geboortes. Met de meeste kinderen en jongeren gaat het goed en zij leven in harmonie met hun omgeving. Schattingen wijzen uit dat ongeveer 85% van de jongeren opgroeit zonder (noemenswaardige) moeilijkheden. Over het algemeen zijn deze jongeren en hun ouders goed in staat, als er eens problemen zijn waarbij ondersteuning gewenst is, advies te vragen bij gemeentelijke voorzieningen of specialisten in hun omgeving.

Zo'n 15% procent van alle jongeren krijgt echter te maken met opvoed- of opgroei problemen. Van dat percentage is een groot deel geholpen met lichte vormen van hulp. Voor circa 3.5 tot 5% van de jongeren is een gespecialiseerde vorm van hulp noodzakelijk. Zij maken gebruik van de zogenaamde geïndiceerde zorg, hulpverlening waarvoor bijvoorbeeld een indicatie van Bureau Jeugdzorg (BJZ) of het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) nodig is⁵.

Van deze jongeren die een gespecialiseerde vorm van hulp nodig hebben krijgt 75% ondersteuning vanuit één regeling en ongeveer 25% krijgt ondersteuning vanuit meerdere regelingen. De categorie die ondersteuning krijgt vanuit meerdere regelingen kan vervolgens weer in twee categorieën verdeeld worden (zie fig. 1):

- **Stabiele zorgcombineerders (15%).** Dit zijn de jeugdigen met een eenduidige diagnose en een aanbod uit meerdere sectoren (vaak een combinatie van zorg en speciaal onderwijs)
- **Schakelaars (10%).** Dit zijn de jeugdigen met ernstige problematiek waarbij vaak sprake is van een combinatie met gezinsproblematiek. Deze jongeren doorlopen een zorgloopbaan die gekenmerkt wordt door vele schakelmomenten tussen sectoren en zorgaanbieders⁶.

Een specifieke groep binnen de zorg voor jeugdigen vormen de zwerfjongeren. In 2004 is de volgende definitie van zwerfjongeren vastgesteld door het ministerie van VWS:

Zwerfjongeren zijn jongeren tot 25 jaar met meervoudige problemen, die dakloos zijn of in opvang verblijven. Het aantal zwerfjongeren in 2007 werd geschat op rond de 6000 jongeren. De bureaus jeugdzorg bereiken deze jongeren minder goed dan gewenst. Dit heeft vaak te maken met de leeftijdsgrens. Er bestaat alleen de mogelijkheid tot voortgezette jeugdzorg na het 18^e jaar, als de jeugdige die al gebruik maakt van jeugdzorg binnen een halfjaar na het bereiken van de 18 jarige leeftijd opnieuw een beroep doet op jeugdzorg.

⁵ Commissie Zorg om Jeugd, *Van klein naar groot*, juni 2009

⁶ B&A, *Combinaties van zorg bij Jeugdigen*, 20 april 2009.

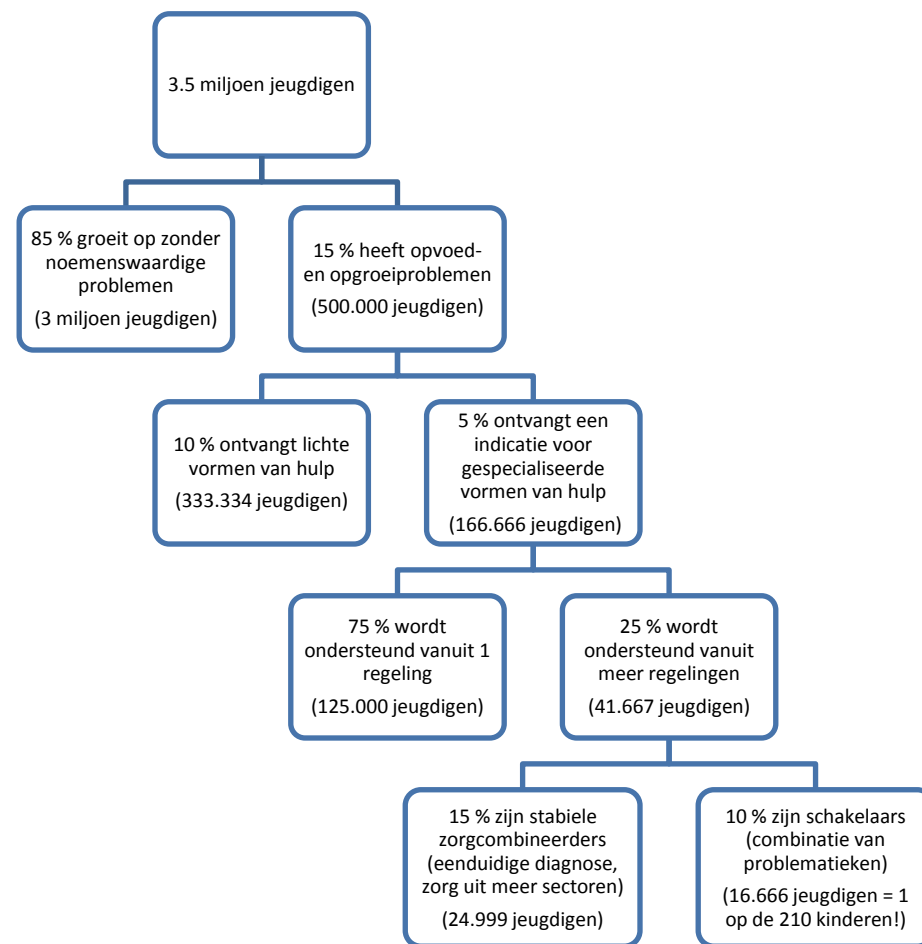


Fig 1. Overzicht zorg voor Jeugd

2.2 Gemeenten

Gemeenten zijn, naast de jeugdgezondheidszorg, verantwoordelijk voor opvoed- en opgroeiondersteuning, advies en lichte hulpverlening. De totale vorm van zorg door de gemeenten wordt ook wel eerstelijnszorg genoemd (zie fig. 2).

Aan de basis van deze zorg staan de consultatiebureaus en de jeugdafdelingen van de GGD's. Belangrijk uitgangspunt binnen Nederland is dat alle kinderen vanuit preventief werkende voorzieningen worden gezien. Als we bedenken dat de consultatiebureaus circa 98% van alle kinderen zien, is dat uitgangspunt succesvol te noemen. De consultatiebureaus worden bekostigd vanuit de gemeente en geregeld door de Wet publieke gezondheid.

De consultatiebureaus zijn aanvankelijk vooral ingestoken op de somatiek, maar hebben ook steeds meer een signalerende functie op het gebied van psychosociale ontwikkeling gekregen. Doordat de consultatiebureaus een inschatting maken van de opvoedingssituatie worden ze een steeds belangrijker vindplaats voor opvoedings- en psychische problemen bij kleine kinderen.

Een andere belangrijke wetgeving op gemeentelijk niveau is de WMO, de wet maatschappelijke ondersteuning. In deze wet worden de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) geregeld. In 2008 kwamen de eerste CJG's tot stand, vanaf 2011 moet er een landelijk dekkend netwerk bewerkstelligd zijn. Een CJG is een laagdrempelige voorziening, herkenbaar in de buurt, waar ouders, kinderen, jongeren tot 23 jaar en professionals terecht kunnen met vragen over opvoeden en opgroeien. Gemeenten voeren de regie bij de inrichting van de CJG's en zijn vrij om volgens lokaal maatwerk verschillende functies aan het centrum te koppelen. Idealiter zijn binnen ieder CJG de volgende basisfuncties te vinden:

- een inloop bieden voor vragen van ouders en jongeren over opvoeden en opgroeien
- laagdrempelig advies en ondersteuning geven, zodat de gezinnen zichzelf kunnen redden
- jeugdigen en gezinnen met risico's en problemen in beeld brengen
- op tijd hulp bieden aan gezinnen om het ontstaan (of het uit de hand lopen) van problemen te voorkomen
- de zorg aan een gezin coördineren volgens het principe 'één gezin, één plan': als meer leden van één gezin hulp (nodig) hebben, moet de zorg op elkaar afgestemd zijn⁷.

Bij zwaardere problematiek verwijzen de centra naar de geïndiceerde zorg of vervullen hierbij een coördinerende rol.

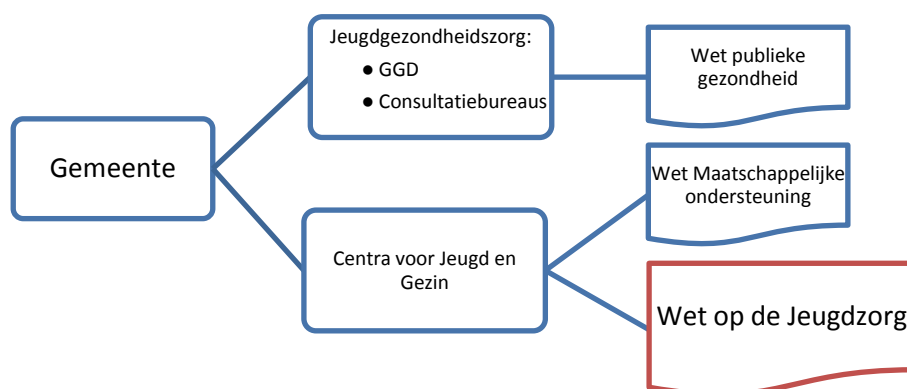


Fig. 2. Gemeentelijk domein

⁷ www.jeugdengezin.nl

Regierol gemeenten:

Voor de gemeenten is een belangrijke rol weggelegd in de zorg voor jeugd en gezin. Dat wordt vormgegeven door de centra van jeugd en gezin.

De regierol moet vorm krijgen door:

- Het wettelijk vastleggen dat gemeenten sluitende afspraken moeten maken over de totstandkoming van één gezin, één plan en over coördinatie van zorg.
- Het wettelijk vastleggen dat gemeenten afspraken maken met de provincies over de aansluiting met de geïndiceerde jeugdzorg.
- Het wettelijk vastleggen dat gemeenten sluitende afspraken maken met alle relevante lokale partijen.
- Het vastleggen dat in deze afspraken het escalatiemodel moet zijn opgenomen.
- Het wettelijk vastleggen van de wederkerigheid van deze afspraken.
- Het wettelijk vastleggen dat gemeenten in specifieke situaties waar partijen er niet in slagen tot een adequate aanpak te komen, de provincie en andere partijen moeten aanspreken opdat zij alsnog meewerken aan een oplossing.
- Het beleggen van het toezicht op het maken en naleven van deze sluitende afspraken bij de inspectie.

Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg:

Het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar valt onder verantwoordelijkheid van de gemeente. Het bestaat uit zes productgroepen die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn:

1. Monitoring en signalering
2. Inschatten zorgbehoefte
3. Screening en vaccinatie
4. Voorlichting, advies, instructie en begeleiding
5. Beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen
6. Zorgsysteem, netwerken, overleg en samenwerking.

Basismodel CJG:

Het basismodel CJG bestaat in ieder geval uit de volgende functies:

- A. Jeugdgezondheidszorg: Consultatiebureaus en GGD
- B. 5 WMO-functies: Informatie en advies, signalering, toeleiding naar hulp, licht pedagogische hulp, coördinatie van zorg.
- C. Schakel met Bureau Jeugdzorg.
- D. Schakel met Zorg en Adviesteams.

Daarnaast kunnen aan het CJG veel andere functies gekoppeld worden, waardoor er lokaal maatwerk ontstaat.

Bron: Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar (ministerie VWS), Centra voor jeugd en gezin en regierol gemeente (programmaministerie jeugd en gezin)

2.3 Provinciale jeugdzorg

Zorg voor jeugdigen en gezinnen wordt op provinciaal niveau geregeld door de Wet op de Jeugdzorg. De huidige Wet op de Jeugdzorg is in 2005 ontstaan en heeft als belangrijkste doelstellingen⁸:

- Ontwikkeling van één toegang tot jeugdzorg via Bureau Jeugdzorg
- Eenduidige vraagsturing en financiering door objectieve integrale indicatiestelling
- Een integrale aanpak jeugdhulpverlening, jeugd GGZ en jeugd-LVG voor zowel het vrijwillig als het gedwongen kader
- Aansluiting van jeugdzorg op ondermeer onderwijs en gemeenten
- Wettelijke verankering van het recht op jeugdzorg, regierol provincies en financiële beheersbaarheid van het stelsel.

Deze vijf kerndoelen zijn middelen om de toegankelijkheid van de jeugdzorg voor jeugdigen en hun ouders te verbeteren en de positie van cliënten te versterken. De geïndiceerde Jeugdzorg onder de

⁸ Wet op de Jeugdzorg, 2005

werking van de Wet op de Jeugdzorg wordt de tweedelijns zorg genoemd en start bij Bureau Jeugdzorg (BJZ). In geval van ernstige opvoed- en opgroei problemen vindt aanmelding plaats bij BJZ als indicatiestellend orgaan. Bureau Jeugdzorg ziet ongeveer 2% van het totaal aantal jongeren. Bureau Jeugdzorg kent een aantal wettelijke taken, die een combinatie zijn van hulp in het vrijwillige kader en hulp in het gedwongen kader:

- Indicatiestelling
- Uitvoering taken van het advies en meldpunt kindermishandeling (AMK)
- Uitvoering van de jeugdbeschermingsmaatregelen (voogdij en gezinsvoogdij)
- Jeugdreclassering.

Hulp in het gedwongen kader betreft de jeugdreclassering en de jeugdbescherming. Hier ligt altijd een rechterlijke maatregel aan ten grondslag: civielrechtelijk of strafrechtelijk. De jeugdbescherming is het gebied van gezinsvoogdij en voogdij. Dit gebied is groeiende door een toename van door de kinderrechter opgelegde maatregelen.

De raden voor de Kinderbescherming liggen in het verlengde hiervan. Deze vallen echter onder de rijksoverheid en wordt verder toegelicht onder paragraaf 2.4.

Naast de genoemde wettelijke taken geeft de Wet op de Jeugdzorg de BJZ's ook nog een aantal andere taken die per provincie kunnen verschillen. De provinciale financiering bepaalt de grenzen van deze taken. Het betreft het versterken van de voorliggende voorzieningen, het uitvoeren van de kindertelefoon en het bieden van ambulante zorg (kortdurend). Deze laatste taak is verdwenen zoals blijkt uit de evaluatie van de wet op de jeugdzorg uit oktober 2009.

De Wet op de Jeugdzorg stelt ook de regelgeving voor de hulp die geboden wordt door de provinciale gefinancierde jeugdzorg-aanbieders. Een indicatie van BJZ geeft toegang tot deze hulp. In Nederland kennen we ongeveer 55 instellingen die een breed palet aan functies hebben. Dit zijn ambulante thuishulp, pleegzorg, daghulp en residentiële zorg. Elke provincie heeft met de jeugdzorgaanbieders daarnaast afspraken gemaakt over de invulling van crisiszorg.

Binnen Nederland is er veel aandacht voor de provinciale jeugdzorg. Vooral de wachtlijsten binnen de provinciale jeugdzorg hebben de aandacht van politiek Nederland, evenals kwaliteit van zorg en verhogen van de efficiency. Regelmatig komt de jeugdzorg negatief in de publiciteit. In veel gevallen is dit niet terecht, het geeft echter wel aan dat er veel scepsis is over de werking van de Wet op de Jeugdzorg. In 2009 is de Wet op de Jeugdzorg geëvalueerd en wordt in het evaluatierapport van BMC de basis gelegd voor een gewijzigde aanpak in de toekomst⁹.

Evaluatie Wet op de jeugdzorg:

Deze wet is volgens afspraak eind 2009 geëvalueerd met de volgende conclusies:

- De ene toegang is gerealiseerd voor wat betreft de integratie van vrijwillige toegang, Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK), jeugdbescherming en jeugdreclassering, maar niet waar het gaat om de integratie van de toegang tot provinciale jeugdzorg, jeugd LVG en jeugd GGZ.
- Er wordt uitvoering gegeven aan de geobjectiveerde integrale indicatiestelling, maar het is de vraag of deze momentopname wel het juiste middel is en of een procesbenadering niet meer voor de hand ligt.
- De beoogde integrale aanpak van geïndiceerde jeugdzorg is nauwelijks van de grond gekomen, vooral door de niet gerealiseerde integrale toegang. En doordat de financieringssystemen onvoldoende prikkels bevatten om tot samenwerking te komen.
- Het verbeteren van de aansluiting tussen jeugdzorgdomeinen om tot een vloeiende jeugdzorgketen te komen is nog volop in ontwikkeling.
- De acceptatieplicht heeft de positie van de cliënt versterkt, maar door de wachtlijstproblematiek en het ontbreken van de beoogde integratie bij de toegang en zorguitvoering wordt het recht op jeugdzorg onvoldoende gerealiseerd.
- Het is de vraag of het recht op jeugdzorg nog wel moet worden gehandhaafd in de wet, omdat dit recht niet goed te combineren is met een efficiënte indicatiestelling en cliëntvriendelijke toegang tot zorg.

⁹ Evaluatieonderzoek Wet op de jeugdzorg. Eindrapport. BMC, oktober 2009.

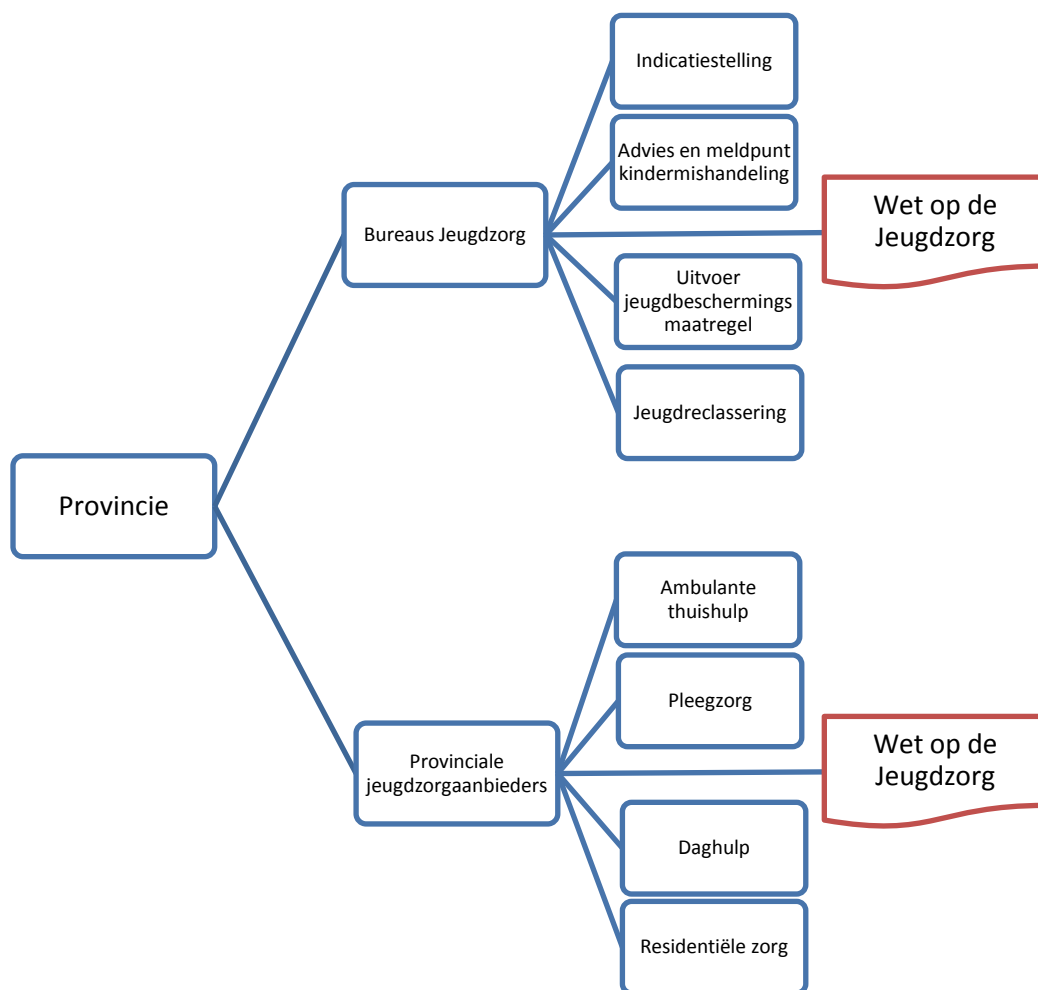


Fig 3. Provinciaal domein

2.4 Rijksoverheid

Naast het gemeentelijke en provinciale domein kennen we ook door de Rijksoverheid gefinancierde vormen van jeugdzorg. Over het algemeen betreft het de vormen van zorg op basis van de Zorgverzekeringswet (ZVW) of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Beide wetten regelen en financieren zowel op cure- (ZVW) als op care (AWBZ) gerichte zorg. Cure richt zich op gedragsverandering en herstel. Het betreft behandeling met een begin en een eind, die bij voorkeur niet langer duurt dan anderhalf jaar. Care is zorg die langdurig van aard is voor chronische problematiek, waarbij kinderen moet leren leven met hun beperkingen en waarbij ze een vaste woonplaats nodig hebben waar ze op kunnen groeien en opgevoed worden, gericht op compenseren, onderhouden en overnemen¹⁰.

In het Rijksdomein wordt onderscheid gemaakt tussen de volgende sectoren:

- De jeugd GGZ bestaat uit de jeugdafdelingen van de Riagg, poliklinieken en jeugdafdelingen van algemene psychiatrische ziekenhuizen, academische ziekenhuizen en speciale instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie. De verwijzing naar de jeugd-GGZ door Bureau Jeugdzorg is geregeld

¹⁰ *Ibid.*

via de Wet op de Jeugdzorg. Dit is echter vanaf het begin niet van de grond gekomen en in de praktijk komt dan ook circa 80% van de aanmeldingen binnen via de huisarts, schoolarts of kinderarts.

De jeugd GGZ kent zowel een cure- als een care kant. De cure is gericht op de behandeling van de jeugdigen. Daarnaast zijn er nog de jeugd RIBW, die langdurige zorg (care) bieden aan over het algemeen jongeren die na behandeling niet meer terug naar huis kunnen, maar vanwege hun beperking nog wel zorg en ondersteuning nodig hebben. De jeugd GGZ wordt sinds 2008 gefinancierd vanuit de zorgverzekeringswet, uitgezonderd het intramurale verblijf, langer dan één jaar, deze valt onder de AWBZ.

- Naast de jeugd-GGZ zijn er ook de orthopedagogische behandelcentra voor licht verstandelijk gehandicapten, de jeugd-LVG. Zij beschikken over residentiële plaatsen, maar bieden ook ambulante, extramurale zorg. Voor deze zorg moet het CIZ (Centrum indicatiestelling Zorg) een indicatie verstrekken. Al een aantal jaren is het de bedoeling dat ook deze indicaties door Bureau Jeugdzorg afgegeven gaan worden. De zorg voor LVG kinderen wordt gefinancierd vanuit de AWBZ. Kinderen en jeugdigen met de grondslag LVG hebben een IQ tussen de 50 en 85, gecombineerd met een beperkt sociaal aanpassingsvermogen, waarvan de problematiek chronisch is¹¹.
- Naast de specifieke LVG groep is er ook een groep kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking of ontwikkelingsachterstand. De zorg aan deze doelgroep wordt gefinancierd door de AWBZ op basis van een VG grondslag. Er is sprake van verblijfszorg, ambulante zorg en dagopvang. AWBZ – VG start dikwijls al op jonge leeftijd, kinderen blijven langdurig aangewezen op zorg. De gehandicaptenzorg bestaat verder nog uit de zorg voor kinderen en jeugdigen met visus, gehoor of lichamelijke beperkingen.
- Een tak van de jeugdzorg waar de afgelopen jaren veel ophef over is geweest zijn de Justitiële Jeugdinrichtingen (JJl's), die vallen onder het ministerie van Justitie. De (strafrechtelijke) regelgeving vanuit het wettelijk kader van de Wet op de Jeugdzorg en de beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen zijn bepalend. In deze instellingen werden steeds vaker kinderen geplaatst met een civielrechtelijke maatregel (uithuisplaatsing) door de kinderrechter, omdat er elders voor hen geen plaats was. Kerntaak van de JJl's was en is echter de opvang van jongeren met een strafrechtelijke veroordeling¹².

Vallend onder de Rijksoverheid zijn ook de Raden van de Kinderbescherming. Zij doen op verwijzing van Bureau Jeugdzorg of op verzoek van de kinderrechter onderzoek naar kinderen die in hun ontwikkeling worden bedreigd en adviseren de rechter over de te nemen maatregelen. Raden voor de Kinderbescherming vallen onder het ministerie van Justitie en onder het programmaministerie van Jeugd en Gezin.

De kerntaken van de Raad voor de kinderbescherming zijn:

- Bescherming
- Gezag en omgang
- Strafzaken
- Adoptie, screening pleeggezinnen, afstand- en afstammingsvragen

Bron: Folder Raad voor de kinderbescherming, ministerie van justitie

¹¹ Taskforce invoering maatregelen, *Verkeerd Verbonden*, december 2008.

¹² J. Rietveld, *De Nederlandse Jeugdzorg, zorgenkind op weg naar volwassenheid* juni 2009.,

Dit heeft er toe geleid dat in 2008 onder verantwoordelijkheid van het ministerie van Jeugd en Gezin gestart is met het ombouwen van JJI's naar behandelinstellingen voor gesloten jeugdzorg. De zogenaamde Jeugdzorg+. Het is de bedoeling dat in 2013 deze instellingen voor gesloten jeugdzorg overgedragen wordt aan de provincies, zodat daarmee aansluiting komt met de geïndiceerde jeugdzorg. Inmiddels is de bezetting van de JJI's drastisch teruggelopen en is er sprake van een omgekeerde beweging. In toenemende mate worden jongeren met een strafrechtelijke maatregel eveneens in de gesloten jeugdzorg+ instellingen geplaatst. Vanwege de huidige leegstand heeft de minister van justitie op 18 maart 2010 in de Tweede Kamer een tijdelijke sluiting van een drietal JJI's aangekondigd.

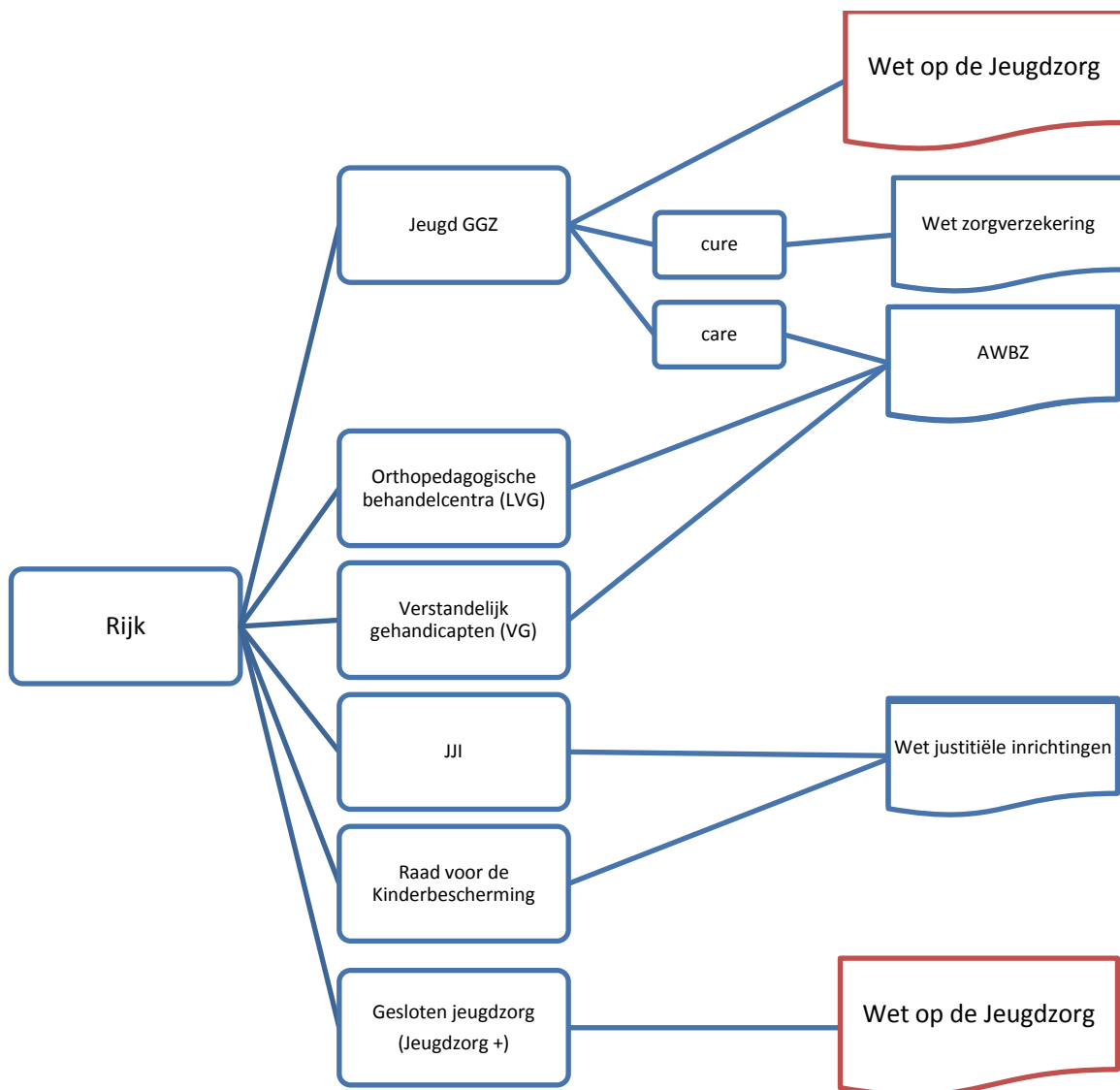


Fig 4. Rijksdomein

2.5 Programmaministerie voor Jeugd en Gezin

Zoals uit het bovenstaande al blijkt zijn er vanuit de Rijksoverheid verschillende ministeries betrokken bij de zorg voor kinderen en jeugdigen. Dit zijn Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), ministerie van Justitie, ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) en het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen (OCW). Het huidige kabinet heeft een programmaministerie van Jeugd en Gezin met een programmaminister geïntroduceerd. De minister van Jeugd en Gezin is verantwoordelijk voor een beleidsterrein dat op verschillende departementen wordt uitgevoerd¹³. Het programmaministerie heeft een eigen portefeuille en een eigen begroting, maar geen eigen ambtenaren. De beleidsmakers op het terrein van jeugd en gezin blijven in dienst bij het eigen departement, maar worden inhoudelijk op een andere manier aangestuurd. De programmaminister moet samenhang creëren tussen het jeugd en gezinsbeleid overstijgend aan de verschillende ministeries.

De volgende beleidsterreinen zijn ondergebracht bij het Ministerie van Jeugd en Gezin:

- Gezinsbeleid
- Kinderbijslag en het kindgebonden budget
- Gemeentelijk jeugdbeleid, inclusief vorming Centra voor Jeugd en Gezin
- Provinciale Jeugdzorg
- (Gezins)Voogdij
- Jeugdbescherming
- Jeugddeel arbeidsmarktbeleid
- Campussen
- Elektronisch Kinddossier, Verwijsindex Risicjongeren
- Integraal toezicht jeugd, jeugdmonitor en harmonisatie indicatiestelling
- Jeugddeel geestelijke gezondheidszorg
- Jeugddeel licht verstandelijke gehandicaptenzorg
- Preventie jeugd (gezonde leefstijl, alcohol, tabak en drugs)

2.6 Toenemend gebruik van de jeugdzorg

Uit onderzoek van TNO¹⁴ blijkt een toenemend gebruik van jeugdzorg en andere geïndiceerde voorzieningen voor jeugdigen. Als oorzaken van deze toename worden de volgende aangewezen:

- De samenleving wordt steeds complexer en er worden steeds meer en hogere eisen gesteld aan mensen en dus ook aan jeugdigen
- De criteria om beperkingen aan te wijzen zijn verruimd
- Afwijkend gedrag wordt eerder herkend als een stoornis
- Een aantal regelingen bevat mechanismen die het gebruik ervan doen toenemen en zijn aantrekkelijk om aan te vragen omdat het vaak gaat om open einderegelingen.

Uit het rapport *de Jeugd een Zorg*¹⁵ komt naar voren dat een aantal risicofactoren belangrijke voorspellers zijn van een problematische jeugdsituatie. Twee factoren op kindniveau en drie factoren op gezinsniveau. Op kindniveau blijken vooral jongens en kinderen in de lagere echelons van het onderwijs een grotere kans te hebben om opvoed- en opgroei problemen te ontwikkelen. Op gezinsniveau blijken dat vooral kinderen te zijn uit eenoudergezinnen, uit gezinnen van niet westerse herkomst en uit gezinnen met een laag inkomen.

¹³ Programmaministerie Jeugd en Gezin, *Hoe werkt het?*, maart 2008.

¹⁴ J. van der Meer, *De zucht naar samenhang*, 2008.

¹⁵ *Jeugd een Zorg, Ramings- en verdeelmodel Jeugdzorg 2007*, Den Haag 2009.

In het zeer recent verschenen rapport *Kind centraal of cijfers centraal* van de Randstedelijke Rekenkamer¹⁶ wordt aangegeven dat het toenemend gebruik van de provinciale jeugdzorg vooral een gevolg is van een verminderde uitstroom van cliënten die geen zorg meer nodig hebben. Deze uitstroom is structureel lager dan de instroom van nieuwe cliënten. Het totaal aantal cliënten dat jeugdzorg nodig heeft is de periode 2007-2009 echter niet substantieel gestegen. Het rapport geeft hiervoor twee oorzaken aan:

- De behandelduur (de totale periode dat een kind jeugdzorg ontvangt) is toegenomen
- Het na-ijleffect, de instroom was in het verleden lager en de huidige lage uitstroom is nog het gevolg van deze lage instroom.

2.7 Tot slot

Uit het bovenstaande blijkt dat er erg veel partijen betrokken zijn bij de zorg voor jeugdigen en hun gezinnen. Het is niet zo gek dat het veld compleet ondoorzichtig is geworden voor degenen om wie het gaat, namelijk de jeugdigen zelf en hun ouders. Illustratief hierin is een alinea uit de notitie *De zucht naar samenhang* door J. van der Meer (2008)¹⁷:

“Al die ministeries houden zich bezig met jeugd, elk vanuit een eigen sectorale invalshoek en dus met eigen beleid. Al dat beleid gaat naar beneden, de sectorale koker in, naar provincies, gemeente en uitvoerende organisaties. Hier krijgen ambtenaren, managers en professionals (zorgverleners, onderwijzers, agenten) die samen zou moeten werken, te maken met afzonderlijke en soms botsende wetten, regels, prioriteiten, verantwoordingseisen en cultuur. De provinciale jeugdzorg heeft te maken met de ministeries van VWS en Justitie. Justitie gaat over de jeugdbescherming (ondertoezichtstelling en voogdij). Bij VWS is het jeugdbeleid verdeeld over de directie voor welzijnstaken (jeugdhulp) en de directie voor gezondheidszorg (jeugd ggz) De provinciale jeugdzorg heeft daarmee drie verschillende beleidsinvalshoeken: het recht, de care en de cure. Beleidsverkokering leidt ook tot verkokerde financiering. VWS en Justitie betalen samen bureau jeugdzorg. De jeugdhulpverlening wordt betaald door VWS en de jeugdbescherming, reclassering en de justitiële inrichtingen wordt betaald door justitie. De zorg voor LVG en de jeugd-ggz wordt bekostigd uit de AWBZ. Al deze financiers hebben een eigen systematiek van aanvragen, registratie, verslag en verantwoording. De gemeenten krijgen vanuit het Rijk te maken met jeugdbeleid van zes departementen en de uitvoering van dit jeugdbeleid is in handen van vele sectorale instellingen, waaronder maatschappelijk werk, GGD, scholen, sociale dienst, woningcorporaties en politie. De ontkokering wordt bestreden door veel tijd, energie, aandacht en geld te investeren in decentralisatie en coördinatie”.



¹⁶ Randstedelijke Rekenkamer, *Kind centraal of cijfers centraal*, januari 2010.

¹⁷ J. van der Meer, *De zucht naar samenhang*, 2008.

III. Ketenzorg, niet meer weg te denken in de zorgsector

3.1 Het begrip ketenzorg

Onder invloed van maatschappelijke ontwikkelingen verandert de zorgsector voortdurend. Vanaf het einde van de vorige eeuw wordt steeds vaker gesproken van ‘integrale zorg’ als antwoord op de toename van complexiteit en langdurigheid van de zorgvraag. Ketenzorg is daarbij een belangrijk instrument in de stille zorgrevolutie die zich voltrekt, om met de woorden van minister Ab Klink van VWS te spreken¹⁸. Het uitgangspunt bij ketenzorg is de zorgvraag van de patiënt, cliënt of oudere bewoner waarbij alle betrokken partijen geconfronteerd worden met een afstemmingsvraagstuk om kwaliteit en continuïteit van zorg te kunnen bieden. Zowel de professionals, de managers, de beleidsmakers en de zorgverzekeraars.

Het begrip ketenzorg wordt op vele manieren gedefinieerd. In algemene termen kan gezegd worden dat er sprake is van ketenzorg indien er ‘een samenhangend geheel van zorginspanningen door verschillende zorgaanbieders onder een herkenbare regiefunctie wordt geleverd, waarbij het cliëntproces centraal staat (hetgeen blijkt uit geformaliseerde afspraken tussen betrokken zorgaanbieders over samenhang en continuïteit van patiëntenzorg)’¹⁹. Een meer uitgewerkte definitie wordt gehanteerd door PriceWaterhouseCoopers²⁰ in het onderzoek naar effectieve ketensamenwerking binnen de jeugdzorg in de provincie Drenthe. De volgende vijf aspecten definiëren volgens de auteurs het begrip ketenzorg:

- Continuïteit van de zorg (zowel logistiek als inhoudelijk)
- De scope van samenwerking (breed en specifiek)
- Complementaire diensten of niet substituerende diensten
- Samenwerking tussen meerdere onafhankelijke ondernemingen
- Organisatie van samenwerking (vorm en invulling).

Deze vijf aspecten leiden tot een brede definitie voor het begrip ketenzorg: ‘Ketenzorg is een geheel van zorg waarbij onderscheiden zorgondernemingen complementaire diensten individueel, doch in gecoördineerd verband aan (specifieke) patiënten of patiëntengroepen verlenen ten behoeve van de onderlinge samenhang en (logistieke of inhoudelijke) continuïteit van zorg’²¹.

In de praktijk kent ketenzorg vele verschijningsvormen, wordt er een veelheid aan termen gebruikt met ongeveer dezelfde betekenis. Er bestaat verschil in ketenvorming tussen de cure en de care of er is sprake van ketensamenwerking waarbij zorg uit het curatieve segment al dan niet naadloos aansluit op de chronische langdurige zorg. Dit hoofdstuk heeft als doel om enige helderheid te verschaffen in de veelheid van begrippen en verschijningsvormen van ketenzorg in het licht van de ontwikkelingen van ketensamenwerking binnen het brede speelveld van de zorg voor jeugdigen. Allereerst wordt nader ingegaan op de noodzaak van ketenvorming en het ontstaan van ketenzorg in de verschillende sectoren van de gezondheidszorg. De jeugdzorg krijgt hierbij specifiek aandacht vanuit de actualiteit van de evaluatie van de Wet op de Jeugdzorg (2009). Vervolgens wordt aandacht besteed aan verschillende vormen en trends van ketenzorg zowel binnen als buiten het speelveld van de jeugdzorg. Tot slot wordt nader ingezoomd op een aantal sturende principes in een

¹⁸ Henk Rosendal e.a., *Ketenzorg, praktijk in perspectief*, 2009. Voorwoord.

¹⁹ Definitie ministerie van VWS.

²⁰ Diane Kerbert en Lideke Schuller, *Provincie Drenthe. Onderzoeksresultaten Effectieve ketensamenwerking in de jeugdzorg*, PriceWaterhouseCoopers, november 2009, p. 30

²¹ Ibid.

programma van eisen voor (langdurige) ketenzorg. Waarmee we weer terug zijn bij het begin van dit hoofdstuk en de werkelijke opdracht waar de zorgsector zich in de toekomst voor gesteld ziet.

3.2 Ketenzorg in historisch perspectief

De roep om een betere afstemming in de gezondheidszorg op de vraag van de patiënt is niet van de laatste jaren. Reeds eind zeventiger jaren van de vorige eeuw wordt in de Structuurnota (1974) van de overheid een indeling aangebracht in het totale veld van de gezondheidszorg volgens de principes van 'echelonnering'. De zorgsector wordt ingedeeld in algemene en specialistische echelons, die gekoppeld zijn aan verschillende financieringsstructuren. Doel van deze indeling was om een 'gesloten circuit' van voorzieningen te creëren, waarbij de patiënt aansluitende zorg geboden werd die afgestemd is op de veranderende zorgvraag in het verloop van het zorgverleningsproces²². De indeling van de gezondheidszorg in verschillende echelons werd hiermee weliswaar duidelijk gedefinieerd, de structuurnota bracht echter ook de befaamde 'schotten' in de sector tot stand op basis van de financieringsstructuur.

In de tachtiger en negentiger jaren van de vorige eeuw werd de behoefte aan een transmurale werkwijze en geïntegreerde zorg steeds groter. Zorg op maat gekoppeld aan de verschillende fasen van het ziekteproces van een patiënt en een doorlopende lijn in de zorgverlening werden de leidende principes voor een nieuwe indeling in eerste- en tweedelijns gezondheidszorg, intra- en extramuralisering. Transmurale zorg nam een enorme vlucht in de jaren negentig, vooral in de huisartsengeneeskunde en ziekenhuiszorg, vanuit de behoefte een zorgcontinuüm te creëren in het belang van de patiënt. De samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn werd in 1998 bekrachtigd in het advies van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg, getiteld *Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief*. Transmurale zorg is het perspectief van waaruit de zorgbehoefte van de patiënt op maat wordt ingevuld. Het creëren van een dergelijk zorgcontinuüm werd ondersteund door aanpassingen in de financieringsstructuur van de Ziekenfondswet²³.

Maatschappelijke ontwikkelingen hebben aan het begin van de 21^{ste} eeuw een nog steviger voedingsbodem gecreëerd voor de versterking van ketensamenwerking in de zorgsector. Een tweetal ontwikkelingen liggen hieraan ten grondslag: allereerst is daar de voortdurende drang naar verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Professionals zijn continu op zoek naar optimalisatie van behandeling en begeleiding van patiënten. Tegelijkertijd is er in toenemende mate sprake van comorbiditeit bij met name chronisch zieken. Het bewustzijn van onderlinge afhankelijkheid bij zorgverleners en professionals groeit en leidt tot een steeds betere afstemming met andere disciplines.

In de tweede plaats wordt er van overheidswege en door zorgverzekeraars in toenemende mate gestreefd naar beheersing van kosten voor zorg en welzijn. Demografische ontwikkelingen veroorzaken een autonome groei van de vraag naar zorg, tegelijkertijd overheerst het idee dat de sector onvoldoende efficiënt is georganiseerd en er nog aanmerkelijke doelmatigheidswinsten kunnen worden behaald. Kwaliteitsverbetering en kostenbeheersing moeten binnen ketenzorg hand in hand gaan door een andere wijze van organiseren van de benodigde zorg. Het ministerie van VWS versterkt in 2010 de invoering van ketenzorg door bekostiging van aandoeningen middels één prijs waarbinnen alle zorg die een patiënt nodig heeft valt²⁴. Doelmatigheid en efficiëntie staan hierbij voorop.

De meerwaarde van ketenvorming heeft inmiddels op verschillende terreinen van de gezondheidszorg bewezen dat het geheel meer is dan de som der delen. De ontwikkeling van zorgpaden op het gebied van de CVA-ketenzorg, de transmurale diabeteszorg, de mammapoli,

²² J.M. Boot en M.H.J.M. Knapen, *De Nederlandse gezondheidszorg*, 2005, p. 66.

²³ Ibid., p. 126-127.

²⁴ www.minvws.nl

orthopedie of de zorg voor dementie zijn hier de inspirerende voorbeelden van. Al deze voorbeelden hebben aangetoond dat integrale zorgprogramma's mogelijk zijn dwars door alle schotten van het zorgstelsel heen. Dat vraagt wel om een andere wijze van organiseren waarbij nieuwe verbindingen in beleid, uitvoering, structurering en financiering van zorgarrangementen centraal staan.

We staan echter nog maar aan het begin van de ontwikkeling naar ketenzorg. Tot nu toe is deze ontwikkeling vooral ingezet vanuit de aanbodzijde. De volgende stap is dat ketenvorming tot stand komt in dialoog met de patiënt of cliënt die centraal staat in het zorgproces. De toegenomen mondigheid en keuzevrijheid van de patiënt geven hiertoe aanleiding. Dat vraagt echter wel om een nog verdere omslag in het denken over ketenvorming waarbij interactie met- en service aan de klant meer centraal komt te staan²⁵.

3.3 Ketenvorming in het speelveld van de jeugdzorg

Ook binnen de jeugdzorg wordt het belang van samenwerking in de keten al langer onderkend. In 1994 werd het kabinetsstandpunt verwoord in *'Regie in de Jeugdzorg'* waarmee de basis werd gelegd voor de toekomstige Wet op de jeugdzorg die in 1998 verscheen. Hoofddoel van deze wet was een cliëntgerichte en samenhangende aanpak voor de gehele jeugdzorg. Op 1 januari 2005 is de nieuwe Wet op de jeugdzorg van kracht geworden, waarbij nog sterker de nadruk komt te liggen op één toegang, integrale indicatiestelling, integrale aanpak van de geïndiceerde jeugdzorg en aansluiting tussen de verschillende jeugdzorgdomeinen. 'Eén kind, één plan' is het leidende paradigma voor zowel indicatiestelling, zorg en onderwijs. In 2009 is de Wet op de jeugdzorg geëvalueerd en wordt de balans opgemaakt hoe de jeugdzorgketen in de breedste zin van het woord (zorgaanbieders, bureaus jeugdzorg, gemeenten, zorgkantoren, zorgverzekeraars, provincies en het Rijk) erin geslaagd zijn de doelstellingen uit 2005 te behalen²⁶.

Na uitgebreid onderzoek liegen de conclusies ten aanzien van het succesvol implementeren van integrale zorg voor jeugdigen en hun gezinnen er niet om: 'weliswaar heeft de invoering van de Wet op de jeugdzorg in 2005 er toe geleid dat jeugdigen, hun ouders en het gezin de zorg krijgen waar zij recht op hebben. Maar de beoogde integratie in de jeugdzorg is nog maar gedeeltelijk gerealiseerd²⁷. Als belangrijkste oorzaken hiervan benoemt BMC het ontbreken van één integrale toegang voor de provinciale jeugdzorg, jeugd-LVG en jeugd-GGZ, gescheiden financieringsstromen met onvoldoende prikkels en een te geringe focus op het eindresultaat²⁸.

Tegelijkertijd benoemt BMC echter ook dat de ontwikkelingen om tot een vloeiende jeugdzorgketen te komen volop aan de gang zijn in de poging de aansluiting tussen de verschillende (jeugdzorg)domeinen te verbeteren. Deze constatering is terecht. Het feit dat er nog geen sprake is van volledig geïntegreerde zorg voor jeugdigen, hun ouders en gezinnen wil niet zeggen dat er de afgelopen jaren niets gebeurd is op dit terrein. In de aanloop naar de evaluatie van de Wet op de jeugdzorg en de herziening van het stelsel, zijn vanaf de tweede helft van 2008 27 rapportages²⁹ verschenen in het kader van een toekomstverkenning jeugdzorg. Enkele van deze rapporten nemen tal van experimenten op het gebied van ketensamenwerking in de zorg voor jeugdigen in het hele land onder de loep, waarbij twee of meer partijen een samenhang hebben nagestreefd in de zorg voor jeugdigen en hun ouders. Daarbij is wel degelijk gepoogd continuïteit te bewerkstelligen of grenzen van sectoren of domeinen te slechten.

Integraal Toezicht Jeugdzaken (ITJ) heeft tussen 2006 en 2008 in zes gemeentes onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de ketensamenwerking tussen bij jeugdzorg betrokken partijen. De conclusies

²⁵ Rosendal e.a., p. 379-395.

²⁶ *Evaluatieonderzoek Wet op de jeugdzorg. Eindrapport*. BMC, oktober 2009.

²⁷ Ibid., p. 11. Voor een uitgebreide bespreking van de evaluatie Wet op de jeugdzorg zie hoofdstuk 1.

²⁸ Ibid., p. 10.

²⁹ *Toekomstverkenning jeugdzorg*, Brief van de werkgroep toekomstverkenning jeugdzorg aan de Tweede Kamer, 18 december 2009.

van dit onderzoek, verwoord in het rapport '*Werkende Ketens?*'³⁰, zijn illustratief voor wat er aan de hand is op het terrein van de jeugdzorg. ITJ constateert dat in alle zes de onderzochte gemeentes geen sprake is van effectieve ketensamenwerking, ondanks het feit dat het bewustzijn bij betrokkenen over de noodzaak er wel degelijk is. Hulpverleners zijn zeer gemotiveerd tot samenhangende hulpverlening aan jongeren, het denken vanuit de eigen organisatie voert hierin echter de boventoon en succes van samenwerking is afhankelijk van persoonlijke inzet en contacten tussen professionals. Daarbij worden jeugdigen en hun ouders nog onvoldoende betrokken als ketenpartner. Het ITJ stelt ook dat onderliggende oorzaken van de problematiek bij jeugdigen alleen in samenhang met andere partijen binnen of buiten de eigen keten kan worden aangepakt (bijvoorbeeld jeugdzorg, huisvesting en verslavingszorg). Daarbij ziet zij een duidelijke rol voor de gemeente weggelegd. Tot slot legt het ITJ nadruk op vroegsignalering en preventie als meest effectieve aanpak in een samenhangend jeugdbeleid. De Centra voor Jeugd en Gezin spelen in de optiek van het ITJ hierin een cruciale rol³¹.

Op basis van het bovengenoemde mogen we concluderen dat ketenvorming in het speelveld van de zorg voor jeugdigen weliswaar in de kinderschoenen staat, maar een niet meer weg te denken fenomeen is geworden. Daarmee sluit de jeugdsector aan op ontwikkelingen die in andere sectoren van de gezondheidszorg al verder uitgekristalliseerd zijn. In de eerste helft van 2010 was minister Rouvoet voornemens met plannen voor de toekomst van jeugd en gezin te komen. De val van het kabinet eind februari heeft de planvorming uitgesteld, de werkgroep toekomstverkenning jeugdzorg zet haar werk echter wel voort. Nu is al te voorspellen dat ketenvorming hiervan een wezenlijk onderdeel zal uitmaken. In zijn toespraak op 30 september 2009 gehouden aan de VU Amsterdam heeft minister Rouvoet hierop vast een voorschot genomen³². In het vervolg van deze thesis zullen we hier nader op terugkomen.

3.4 Vormen van ketenzorg

Eerder in dit hoofdstuk is gezegd dat de ontwikkeling van ketenzorg vele verschijningsvormen kent. In grote lijnen zijn er twee grondvormen te onderscheiden, namelijk de lineaire ketenvorming gericht op herstel en de netwerkconfiguratie gericht op een toenemende behoefte aan zorg. Rosendal e.a. benoemen verschillende variaties in ketenzorg die terug te leiden zijn tussen deze tweedeling in grondvormen³³:

3.4.1 Lineaire ketenvorming

In de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg wordt deze grondvorm ook wel benoemd als het estafette- of transfermodel. Hierbij is sprake van logistiek georiënteerde vormen van ketenzorg waarbij de keten gevormd wordt door de volgtijdelijkheid van de elkaar opvolgende zorgverleners. Herstel van de patiënt en optimaal herwinnen van de zelfstandigheid staan hierbij centraal. Elke fase in het zorgverleningsproces kent zijn eigen verantwoordelijkheid en hoofdbehandelaar, er wordt toegewerkt naar steeds lichtere zorgvormen. Voorbeelden van deze vorm van ketenzorg vinden we onder andere op het terrein van CVA, orthopedie en depressie. Vanuit patiëntperspectief is het van belang dat de verschillende schakels zo goed mogelijk op elkaar aansluiten zodat er daadwerkelijk een zorgcontinuüm ontstaat. Dat stelt eisen aan de logistieke randvoorwaarden en de ondersteunende infrastructuur, zoals bijvoorbeeld een zorgvuldige aansluitende overdracht van

³⁰ *Werkende Ketens? Metarapportage Integraal Toezicht Jeugdzaken 2009 over zes onderzoeken naar ketensamenwerking*, juli 2009.

³¹ Ibid., p. 3

³² *Aanzien van de jeugdzorg zal ingrijpend veranderen*. Toespraak van minister Rouvoet aan de VU Amsterdam, 30 september 2009.

³³ Rosendal e.a., p. 380.

verantwoordelijkheid en informatie uitwisseling van patiëntgegevens. Het elektronisch patiënt- of cliëntdossier is hierbij een belangrijk hulpmiddel.

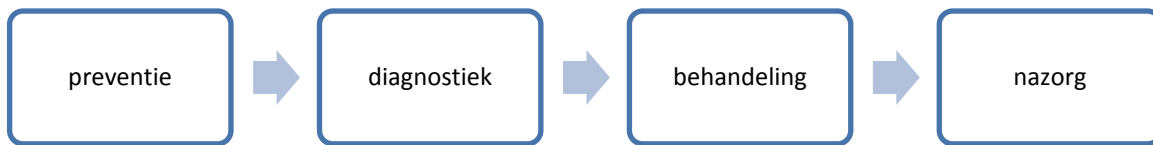


Fig 5. Lineaire ketenzorg

Op het terrein van de zorg voor jeugdigen en hun gezinnen zien we deze grondvorm van lineaire ketenvorming eveneens terug, zij het dat deze veel minder ver ontwikkeld is in vergelijking met de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg. Het jaar 2009 is in de jeugdzorg het jaar van de wachtlijsten geweest. Met name in de lineaire ketenzorg zien we deze ontstaan omdat de ene vorm van zorg niet direct aansluit op de andere vorm van zorg en kinderen derhalve soms langdurig op 'een verkeerd bed' verblijven. De schotten qua financieringssystematiek en regelgeving tussen de verschillende domeinen (provinciale jeugdzorg, jeugd-lvg en jeugd-ggz) zijn hierbij complicerende factoren en leiden regelmatig tot conflicten³⁴. Kinderen kunnen daardoor niet aansluitend doorstromen naar een meer geëigende vorm van zorg. Tegelijkertijd wordt geconstateerd dat de weg naar lichtere vormen van zorg in het voorliggende veld nog niet geplaveid is. Dat leidt ertoe dat jeugdigen relatief lang in de zwaardere vormen van geïndiceerde hulpverlening blijven hangen³⁵. De Centra voor Jeugd en Gezin voorzien hier gedeeltelijk in, versterking van de preventieve en nazorgfunctie van gemeentes wordt in de diverse rapportages echter zwaar aangezet. In toenemende mate zullen de CJG's hierin een rol moeten gaan krijgen. Meer nog dan voorheen zal de focus bij deze vorm van ketenzorg gericht moeten zijn op herstel en herwinnen van de eigen zelfstandigheid of regie van jeugdigen en hun omgeving.

3.4.2 Netwerkconfiguraties

Voornamelijk op het terrein van chronische, progressief verlopende ziektebeelden vinden we deze vorm van ketenzorg die veelal aangeduid wordt als het chronisch zorgmodel of diseasemanagement. De patiënt met zijn of haar aandoening is het primaire aangrijpingspunt. Voorbeelden hiervan binnen de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg vinden we op het terrein van diabeteszorg of dementie. In Nederland kennen we verschillende vormen van deze chronische zorgmodellen, in meer of mindere mate uitgekristalliseerd. Ideaaltypisch vinden we hierbij de volgende componenten terug: een betrokken patiënt, die door middel van zelfmanagementprogramma's (bijvoorbeeld leefstijlinterventies of beweegprogramma's) invloed probeert uit te oefenen op het voorkomen van de ziekte of de verergering ervan. Daarnaast de bekwame professional die werkt volgens een geprotocolleerde werkwijze volgens evidence-based richtlijnen en standaarden. En tenslotte organisatorische ondersteuning door nieuwe samenwerkingsvormen en een goede coördinatie van zorg. Bedrijfsmatige uitgangspunten, efficiënte processen en een robuuste ondersteuning door ICT en managementinformatiesystemen vormen bij dit laatste de basis³⁶.

Als variant op de netwerkconfiguratie benoemt Rosendal de zogenaamde diffuse netwerken:

³⁴ *Evaluatieonderzoek Wet op de jeugdzorg*, p. 77-97

³⁵ *Aanzien van de jeugdzorg zal ingrijpend veranderen*. Toespraak van minister Rouvoet aan de VU Amsterdam, 30 september 2009.

³⁶ Rosendal e.a., p. 27-30.

deze netwerken bewegen zich op het snijvlak van wonen, zorg en welzijn en vinden we in bepaalde segmenten van de ouderenzorg of gehandicaptenzorg (bijvoorbeeld inclusief wonen). Algemene vermaatschappelijking of levensloopbestendigheid geven richting aan deze vormen van netwerkzorg³⁷. Rosendal benoemt dit type ketenzorg als een aparte vorm, feitelijk zou dit echter gezien kunnen worden als een variant op de netwerkketens met dien verstande dat meer maatschappelijke terreinen dan uitsluitend zorg betrokken worden bij de netwerkvorming. Ten opzichte van het chronisch zorgmodel of diseasesmanagement staat deze ontwikkeling echter nog in de kinderschoenen.

Minister Rouvoet benoemt in zijn toespraak aan de VU op 30 september 2009 dat jeugdigen met complexe meervoudige problematiek met het huidige zorgaanbod onvoldoende bereikt worden. Dat vraagt om intensivering van de interdisciplinaire samenwerking en een onconventionele aanpak. Dit sluit aan bij de ontwikkeling van 'wrapped around child care' die past binnen de tweede grondvorm van ketenzorg op het terrein van de jeugdzorg. Wrapped around child care is gebaseerd op ketenvorming volgens de netwerkconfiguratie en is overgewaaid uit Amerika. In 2007 werd deze vorm van ketenbenadering geïntroduceerd door prof. Jo Hermans, hoogleraar opvoedkunde aan de UVA en autoriteit op het gebied van de jeugdzorg. Kern van de wrap-around benadering zijn de uitgangspunten die we ook zien bij diseasesmanagement: evidence based interventiemethodes waarbij empowerment van de cliënt centraal staat. Er wordt intensief samengewerkt door betrokkenen, 'community based'. Dat wil zeggen dat de samenwerking vooral dicht om de mensen heen georganiseerd is, door familie, buurtgenoten en professionals in de buurt van jeugdigen en hun gezin. Cruciaal daarbij is één vaste regievoerder als spin in het web. Maar ook de visie van het gezin zelf op de oplossing en het beter benutten van natuurlijke steunbronnen maakt onderdeel uit van deze ketenbenadering. Tien principes van de wrap-around methode vormen zo de basis voor de omvorming van langgerekte ketens tot een cirkel rond het kind en zijn of haar opvoeders³⁸.



Fig 6. *Wrapped around child care*

3.5 Ketenprincipes

In de literatuur over ketenzorg wordt, naast vormen van ketenzorg, veel gezegd over de randvoorwaarden waaraan goede ketenzorg zou moeten voldoen. Een te enge focus op de randvoorwaarden heeft het risico in zich dat dat leidt tot een verregaande standaardisatie van zorg, die haaks staat op de individuele zorgvraag die leidend zou moeten zijn en de keuzevrijheid van de patiënt of cliënt. Terecht wordt daarbij de vraag gesteld of dat wel kan binnen de gezondheidszorg en in het bijzonder de langdurige zorg. Ketenzorg kan weliswaar leiden tot efficiëntie en kostenbesparing maar als hierbij onvoldoende aandacht is voor de menselijke maat, verwordt ketenzorg tot een keurslijf van lopende bandwerk. Om die reden benoemen Jeroen Schumacher en Theo Konijn³⁹ een aantal samenhangende en structurerende principes als basis voor ketenvorming in

³⁷ Ibid., p. 380

³⁸ *Het opvoeden verleerd*, oratie van prof. Jo Hermans ter gelegenheid van het aanvaarden van het ambt van bijzonder hoogleraar op de Kohnstammleerstoel aan de UVA, 9 juni 2009.

³⁹ Jeroen Schumacher, Theo Konijn en Henk Nies, *Ketens in de langdurige zorg*, NIZW Utrecht 2006, p.36-43

langdurige zorg. Daarbij onderscheiden zij een zestal ketenprincipes die kunnen fungeren als een algemeen programma van eisen voor ketenzorg. Achtereenvolgens zijn dat de volgende punten:

- Het individu als de maat der dingen: het resultaat van de dienstverlening in zorgketens hoort afgemeten te worden aan de waarde hiervan voor het individu. Gestandaardiseerde werkprocessen als sturende principes voor ketenzorg versterken het individuele maatwerk dat geleverd wordt. Het beoogde resultaat voor de klant is hierbij leidend.
- Acceptatie van de complexiteit: langdurige zorg is per definitie complex, we zullen dit als gegeven moeten accepteren. Logistieke vereenvoudiging van zorg in ketens zijn veelal gericht op controle en beheersing, maar nemen de complexiteit van langdurige zorg niet weg. Ketenzorg zou zich bovenal moeten richten op het hanteerbaar maken van de complexiteit.
- De noodzaak van samenhang: interdisciplinaire samenhang is een basis gegeven binnen ketenzorg. Om dit te kunnen realiseren zullen professionals en organisaties los moeten komen van hun eigen domeinen. Dat vraagt om respect en belangstelling van professionals voor de inbreng van de andere discipline. En om erkenning door organisaties van de specifieke competenties van andere organisaties die leiden tot een gemeenschappelijk resultaat. Ondanks de marktwerking kunnen concurrenten goed samenwerken aan integrale zorg.
- De kwaliteit van de relatie: de kwaliteit van de relatie tussen de cliënt en de zorgverlener is bepalend voor de kwaliteit van de ketenzorg, niet de standaarden en richtlijnen van professionals. Miscommunicatie is hierbij één van de grootste valkuilen met een negatief effect op de beleefde zorg door de cliënt. Dat vraagt om regelmatige reflectie van de zorgverlener om een optimale afstemming te krijgen tussen cliënt en hulpverlener.
- Anders organiseren: verbinden en operationele waarden als drijvende kracht, moeten leidend zijn bij de wijze van organiseren van ketenzorg. Verbinden vraagt om ruimte voor professionals op de werkvloer om nieuwe zorgdiensten te ontwikkelen, waaraan verschillende partijen zich vanuit hun professionele trots verbinden. Operationele waarden zijn tastbaar voor zowel professionals als de klant. De focus hierop bevordert de onderlinge afstemming en samenwerking in de keten.
- Nieuwe rollen: realiseren van ketenzorg vraagt om een herverdeling van bestaande rollen op verschillende niveaus. De casemanager is voor de cliënt van cruciaal belang binnen ketenzorg waarin het proces van de klant centraal staat (en niet de afzonderlijke betrokken organisaties). De ketenregisseur maakt afspraken op managementniveau die de schotten doorbreekt. De casemanager hoeft zodoende niet in elke individuele casus opnieuw dit pad te slechten. De keteneigenaar heeft belang bij de keten en voelt zich verantwoordelijk voor de ontwikkeling en in standhouding daarvan. Deze rol is nu nog relatief onbekend binnen ons zorgstelsel en kan door meerdere partijen tegelijk vervuld worden. In de meeste gevallen gaat het om een coalitie van bestuurders.

3.6 Tot slot

Tegen de achtergrond van een alsmaar toenemende zorgvraag, langduriger en steeds complexer, lijkt ketenzorg voor de toekomst van de gezondheidszorg in zijn algemeenheid een niet meer weg te denken fenomeen. Efficiëntie en effectiviteit zijn daarbij van belang, maar niet het enige als we de bovengenoemde sturende principes voor ketenzorg serieus nemen. Want uiteindelijk gaat het om de waarde voor de klant in de keten ongeacht de vraag of het nu een bejaarde, een chronisch patiënt, een gehandicapte cliënt of een jeugdige met een zorgvraag betreft. Dat vraagt om een manier van denken over zorg die organisatiebelangen en die van individuele professionals te boven gaat.



IV. Ontwikkeling van een conceptueel model

4.1 Vooraf

Als centrale vraagstelling voor deze thesis hebben wij de volgende geformuleerd: *‘welke factoren dragen bij aan een succesvolle ketenvorming in het totale speelveld waarin de jeugdzorg zich bevindt tegen de achtergrond van stelselontwikkelingen en de veranderende wet- en regelgeving?’*

Onderzoek naar theorie en praktijkvoorbeelden ten aanzien van dit thema moet leiden tot aanbevelingen voor bestuurders van zorgorganisaties om hierin concurrentievoordeel te behalen.

Waar afgelopen jaren nog sprake was van een potentiële groei in de provinciaal gefinancierde jeugdzorg tegenover een krimp in de AWBZ, mag helder zijn dat binnen het totale speelveld van de zorg voor jeugdigen en hun gezinnen de komende jaren rekening gehouden moet worden met krimpende budgetten. Het behalen van concurrentievoordeel zal voor zorgaanbieders derhalve in toenemende mate een rol gaan spelen. Met de focus op de klant worden zorgaanbieders tegelijkertijd steeds meer in de richting geduwd van samenwerking met andere organisaties zowel op lokaal als op regionaal niveau. De grenzen van de eigen organisatie en de verschillende sectoren zullen wel geslecht moeten worden om voor jeugdigen en hun gezinnen een zorgcontinuüm te creëren. Ketensamenwerking tussen zorgorganisaties is hiermee niet alleen gelegitimeerd, maar tevens niet meer weg te denken om zich te kunnen handhaven in de huidige en toekomstige zorgmarkt.

Met dit in ons achterhoofd zijn wij op zoek gegaan naar verschillende theorieën en modellen op het gebied van concurrentievoordeel, klantwaarde en ketensamenwerking met als doel te komen tot een lijst met succesfactoren op het gebied van ketenvorming binnen de jeugdzorg. Hierbij hebben we allereerst gebruik gemaakt van Porter's *Redefining Healthcare* als breed theoretisch kader van waaruit waardecreatie voor de zorg beschreven wordt. Porter werkt hierin zijn eerder geformuleerde bedrijfskundige model uit voor de gezondheidszorg in de brede zin van het woord. De waarde van zorg voor de individuele patiënt of cliënt wordt hierbij verbonden met te behalen concurrentievoordeel voor zorgorganisaties en door ons nader uitgewerkt binnen de context van ketensamenwerking binnen de zorg voor jeugdigen. Het begrip klantwaarde in het model van Porter is nog tamelijk abstract. Om het begrip klantwaarde wat nader te preciseren hebben wij hieraan een aantal dimensies verbonden, die het begrip in relatie tot ketenzorg een nadere verdieping en betekenis geeft.

Voortvloeiend uit de theorie van Porter wordt kwaliteit van samenwerking tussen ketenpartners bepalend voor het succes van de ketenzorg. Er zijn verschillende modellen ontwikkeld om kwaliteit van ketenzorg te meten⁴⁰. In het kader van onze vraagstelling hebben wij allereerst gebruik gemaakt van het generieke ontwikkelingsmodel voor ketenzorg van Mirella Minkman e.a. Dit prescriptieve model beschrijft een uitgebreide set van, op basis van consensus, vastgestelde criteria waaraan kwaliteit van ketenzorg zou moeten voldoen. Minkman verbindt deze vervolgens aan de diverse ontwikkelingsfasen van ketenzorg. Een andere invalshoek wordt geboden door Boonekamp en Huijsman, die, in navolging van Grol en Wensing⁴¹, een descriptief model hebben ontwikkeld op basis van empirisch onderzoek. Dit model geeft een beschrijving van succesfactoren van ketenzorg gekoppeld aan concrete ervaringen op dit terrein in de onderlinge samenwerking tussen zorgorganisaties binnen de context van de diverse financieringssystematieken, wet- en regelgeving. Beide modellen hebben input geleverd voor de door ons benoemde succesfactoren op het gebied van ketensamenwerking binnen de jeugdzorg.

⁴⁰ Henk Rosendal e.a., *Ketenzorg, praktijk in perspectief*, 2009, p. 277-291.

⁴¹ Ibid., p. 364-365

In het laatste deel van dit hoofdstuk worden deze succesfactoren door ons nader uitgewerkt tot een samenhangende lijst, die leidraad is geweest voor ons praktijkonderzoek waarin we een aantal praktijkvoorbeelden vergelijken met de door ons samengestelde lijst. Schematisch ziet de opbouw van het conceptuele model er als volgt uit:

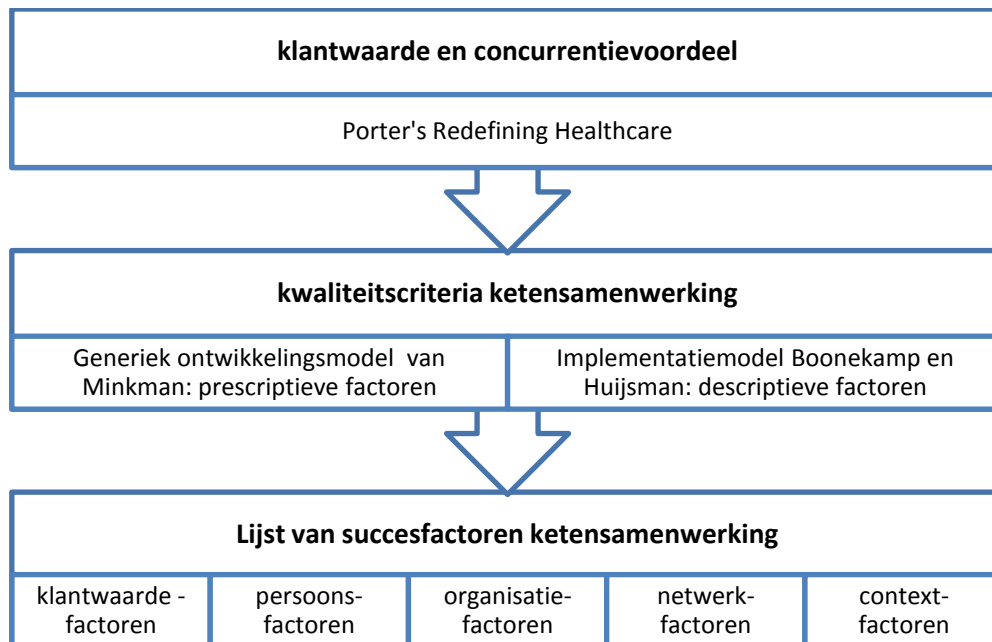


Fig 7. Opbouw conceptueel model

4.2 Redefining Healthcare van Porter: waardecreatie in de zorgsector

Waardecreatie in de zorgsector komt volgens Porter tot stand wanneer organisaties in staat zijn om vanuit het perspectief van de klant (patiënt of cliënt) meerwaarde te creëren. Zo ontstaat waardegedreven ondernemen waarmee zorgorganisaties concurrentievoordeel kunnen behalen. Geïnspireerd door de ideeën van Porter heeft minister Klink in 2008 een 'denktank' in het leven geroepen die de toepassing van het gedachtegoed van Porter in de Nederlandse situatie heeft onderzocht. In oktober 2008 is het rapport verschenen waarin de verkenningen van de denktank zijn weergegeven en aangrijpingspunten zijn geformuleerd voor waardegedreven ondernemen in de Nederlandse gezondheidszorg⁴². De denktank komt tot de conclusie dat in de Nederlandse situatie van de zorg nog maar beperkt sprake is van waardegedreven ondernemen. Tot op heden wordt door overheden en beleidsmakers vrijwel uitsluitend gestuurd op beheersing van kosten en efficiency. Echter de tijd is rijp om te beginnen met waardegedreven ondernemen in de gezondheidszorg nu in toenemende mate het speelveld geherdefinieerd wordt. Dat vraagt om een grondige paradigmashift in het denken over zorg en een kanteling van de wijze waarop wij zorg hebben georganiseerd. De eerste echte bewegens en initiatieven zullen zich volgens de denktank echter beloofd weten met concurrentievoordeel. Andere partijen worden dan gedwongen om versneld in actie te komen.

⁴² Boer & Croon, *Naar waardecreatie in de zorg. Een vertaling van "Redefining Healthcare" naar de Nederlandse situatie*, Visie, oktober 2008.

Welke aanknopingspunten liggen er voor zorgorganisaties als het gaat om waardegedreven ondernemen? In zijn algemeenheid definieert Porter waardecreatie in de gezondheidszorg als volgt:

de gerealiseerde gezondheidsuitkomst per gependeerde euro

De uitkomsten van deze definitie worden beïnvloed door kwaliteit van handelen, samenhang en coördinatie van zorg, toegankelijkheid en snelheid, maar ook bejegening en aandacht. Telkens zullen deze variabelen zich op verschillende manieren tot elkaar verhouden en bepaalt de patiënt of cliënt uiteindelijk de uitkomst afhankelijk van zijn of haar individuele zorgvraag. Waardegedreven concurrentie noemt Porter dan ook de sleutel tot kwaliteit, doelmatigheid en innovatie vanuit het perspectief van de patiënt/cliënt. Centraal hierbij staat dat de organisatie van zorg zich gaat richten op het niveau van de aandoening van patiëntgroepen en zodoende het aanbod van individuele zorgaanbieders overstijgt. Pas dan wordt werkelijk aansluiting gevonden bij wat de patiënt in de toekomst nodig heeft⁴³.

In deze visie op de gezondheidszorg is ketenvorming een logische stap waarmee voor groepen van patiënten of cliënten meerwaarde wordt gecreëerd door samenwerkende zorgverleners in de zorgketen of het netwerk. Als het gaat om de ontwikkeling van budgetbeheer naar waardegedreven ondernemen, benoemt de denktank in haar rapport voor individuele zorgaanbieders de volgende aanknopingspunten⁴⁴:

- Kiezen voor bepaalde patiëntgroepen met bepaalde aandoeningen; specialiseren, differentiëren en excelleren in het type dienstverlening dat bij deze doelgroepen past
- Realiseren van doelmatigheid, snijden waar nodig door het organiseren van zorg rondom de aandoening
- Realiseren van samenhang in de keten met andere aanbieders door het vormen van op aandoening en patiëntgroepen gerichte coalities
- Herdefiniëren van processen en ketens rond specifieke medische aandoeningen
- Meten en sturen op resultaat van de zorg in ketens
- Transparant maken van informatie over resultaten en kwaliteit naar de klant.

De rol van de individuele zorgverlener zal volgens de denktank eveneens moeten veranderen bij een gewijzigde manier waarop zorg in ketens wordt georganiseerd. De zorgverlener levert (gestandaardiseerd) maatwerk aan de patiënt met een specifieke aandoening, maar voelt tevens een professionele verantwoordelijkheid voor het totale resultaat van de keten. Dat vraagt om het delen van ervaringen en afstemmen op het maatwerk van de ketenpartner(s)⁴⁵.

De denktank van minister Klink ziet waardegedreven ondernemen in de zorg volgens de principes van Porter als de uitdaging voor de toekomst om niet alleen betere zorg te realiseren, maar ook doelmatiger. Oftewel meer waar voor hetzelfde geld. Dat veronderstelt wel dat de politiek en beleidsmakers deze ontwikkelingen mogelijk maken door ruimte te creëren om op het niveau van de aandoening een zorgcontinuüm te kunnen creëren. De eerste ontwikkelingen op dit terrein zien we terug in ketendbc's over de grenzen van de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg.

De zorg voor jeugdigen in het brede speelveld van de jeugdzorg is echter nog niet zover, hier hebben we nog altijd te maken met strikt gescheiden financieringsstromen en verantwoordingskaders. In de praktijk van ons eigen werk ervaren wij deze schotten. Toch kondigt ook minister Rouvoet op dit terrein ingrijpende wijzigingen aan en een kanteling in de aanpak van de jeugdproblematiek⁴⁶.

⁴³ Ibid., p. 8

⁴⁴ Ibid., p. 31-32.

⁴⁵ Ibid., p. 33

⁴⁶ *Afsprakenkader tussen Rijk en IPO aanpak en financiering jeugdzorg 2010 en 2011.*

Samenwerking in ketens of netwerken wordt ook binnen de zorg voor jeugdigen van toenemend belang voor het behalen van concurrentievoordeel voor zorgaanbieders. Ketenvorming creëert waarde op het niveau van de jeugdproblematiek. Vanuit deze focus kan de “full cycle of care” (preventie, behandeling/ zorg tot nazorg) worden ontwikkeld op het niveau van specifieke vraagstukken en doelgroepen. Het perspectief van waarde voor de jeugdige en zijn/haar omgeving is leidend bij de organisatie en invulling van zorg. Dit resulteert in een continuüm van samenhangende zorgproducten over de bestaande grenzen van organisatorische eenheden heen, het realiseren van best practices en innovatie. Waarmee niet alleen kwaliteit van zorg wordt bereikt, maar ook efficiëntie. Een dergelijke denkwijze stelt zorgaanbieders in staat om concurrentievoordeel te behalen door te differentiëren, te specialiseren en te innoveren.

Klanttevredenheid is mede bepalend voor de klantwaarde. De volgende dimensies zijn vanuit het perspectief van de klant belangrijk bij ketenzorg:

- *Tastbaarheden*: zijn alle zichtbare zaken (faciliteiten, personeel, communicatiemiddelen) op orde binnen de keten of het netwerk van organisaties en sluiten deze op elkaar aan?
- *Betrouwbaarheid*: zijn alle zorgaanbieders in de keten in staat om de beloofde zorg betrouwbaar en nauwkeurig te leveren?
- *Het vermogen om te reageren*: in hoeverre zijn de diverse zorgverleners in de keten bereid en in staat om snel en adequate zorg te verlenen en te reageren op signalen van de klant?
- *Zorgzaamheid*: in hoeverre tonen zorgverleners in de keten respect, beleefdheid, meeleven en vriendelijkheid en hebben zij voldoende deskundigheid en vakkennis om het vertrouwen van de klant te winnen?
- *Inlevingsvermogen*: in hoeverre levert de totale zorgketen inspanning om de klant met zijn of haar individuele behoefte te begrijpen en de zorg en aandacht hierop af te stemmen?

Specifiek in het kader van ketenzorg kan hieraan op basis van de praktijk worden toegevoegd:

- *Continuïteit*: in hoeverre is de totale zorgketen in staat om tijdig de juiste schakels met elkaar te verbinden (sequentieel dan wel gelijktijdig) zodat de klant continuïteit van zorg ervaart zonder tussenkomst van steeds weer een andere instantie?

Bron: SERVQUAL model van Zeithaml, Berry & Parasuraman

4.3 Een generiek ontwikkelingsmodel voor ketenzorg van Minkman

Recent is door Mirella Minkman en anderen een generiek ontwikkelingsmodel voor ketenzorg ontwikkeld. Dit model is tot stand gekomen op basis van consensus en benoemt zoveel mogelijk kwaliteitscriteria die aanwezig zouden moeten zijn in diverse vormen van ketenzorg. Via onderzoek volgens de Delphi methodiek⁴⁷ zijn in dit prescriptieve model elementen geïnventariseerd voor het realiseren, verbeteren, innoveren en verduurzamen van ketenzorg. Deze elementen zijn vervolgens in 9 clusters gegroepeerd. Het ontwikkelingsmodel bestaat uit 9 clusters met 89 elementen.

Vanuit dit generiek ontwikkelingsmodel worden door Minkman vier ontwikkelingsfasen in ketensamenwerking onderkend, waaraan een top tien van elementen per ontwikkelingsfase wordt gekoppeld. Deze indeling in ontwikkelingsfasen is bedoeld om te beschrijven en te karakteriseren en geeft een overzicht van de processen en activiteiten die in een fase van toepassing zijn. Dit

⁴⁷ Mirella Minkman, Kees Ahaus, Isabelle Fabricotti, Udo Nabitz en Robbert Huijsman, *A quality management model for integrated care: results of a Delphi and Concept Mapping study*, in: *International Journal for Quality in Health Care*, 2009, volume 21, number 1, p. 66-75.

ontwikkelingsmodel is te gebruiken om de praktijk een spiegel voor te houden, om een keten in een fase te positioneren of om in gesprek te komen waar mogelijke verbeterpunten liggen.

Het bovenstaande is voor ons de motivatie geweest om het model van Minkman te gebruiken bij de ontwikkeling van ons conceptueel model. Het biedt de mogelijkheid om op een later moment de door ons te onderzoeken praktijkvoorbeelden in een fase te plaatsen, waardoor er meer inzicht ontstaat. Daarnaast biedt het een overzicht aan elementen die input vormen voor de vaststelling van de succesfactoren. Minkman onderscheidt de volgende vier ontwikkelingsfasen binnen ketenzorg⁴⁸:

- Initiatief- en ontwerpfasen: in deze fase wordt de samenwerking tussen zorgaanbieders gestart of geïntensiveerd. Het startpunt is een gezamenlijk probleem, een toevallige gebeurtenis of de huidige samenwerking tussen zorgprofessionals. Er is een gevoel van urgentie en er zijn mogelijkheden om samen te werken. Gedefinieerd zijn de te bereiken patiëntgroepen, de zorgketen, het zorgproces en de behoeften van de cliënten en van de stakeholders. Het niveau van ambitie, motivatie en leiderschap bepalen de voortgang van het proces in deze fase. Een multidisciplinair team ontwerpt het proces en de samenwerking kan formeel worden ondertekend door de partijen. Sleutelwoorden in deze fase zijn: het ontdekken van mogelijkheden en onmogelijkheden bij de verschillende partijen, het ontwerpen van een project en het opstellen van een samenwerkingsovereenkomst.
- Experiment- en uitvoeringsfasen: in deze fase worden nieuwe initiatieven van projecten in de zorgketen ontdekt. De doelstellingen, de inhoud en de rollen en taken zijn verduidelijkt en opgeschreven in zorgpaden en protocollen. Er is coördinatie op het niveau van de zorgketen door bijvoorbeeld het installeren van coördinatoren en het regelen van ontmoetingen. Uitwisseling van cliëntgroepen, werkprocedures en professionele kennis vindt plaats. Er zijn experimenten gaande in de samenwerking. Resultaten worden geëvalueerd om van te leren en op te reflecteren. Voorwaarden voor projecten worden geregeld en problemen opgelost door overeenstemming. Sleutelwoorden in deze fase zijn: het opschrijven van doelstellingen en uitkomsten van de samenwerking, het organiseren van coördinatie op zorgketen-niveau en experimenteren en reflecteren.
- Uitbouw- en monitoringfasen: in deze fase worden projecten uitgebreid of geïntegreerd in zorgprogramma's. Er is overeenstemming op de uitkomsten en taken, rollen en verantwoordelijkheden van betrokken partijen bij de zorgketen zijn duidelijk en vastgelegd. Samenwerking is niet langer op informele basis. Resultaten worden systematisch gevolgd en verbetergebieden worden geïdentificeerd. De te bereiken populatie is ondervraagd. En er worden meer samenwerkingsinitiatieven ontwikkeld zoals bijvoorbeeld gezamenlijke onderwijs en leerprogramma's. Er is een voortdurend commitment aan de ambities van het geïntegreerde zorgprogramma. Inter-organisatorische barrières en gefragmenteerde financiële structuren staan op de agenda van de zorgpartners. Sleutelwoorden in deze fase zijn het verder ontwikkelen en de looptijd, het monitoren en verbeteren van de resultaten, nieuwe vragen en innovatie.
- Verduurzaming- en transformatiefasen: in deze fase is het geïntegreerde zorgprogramma een reguliere manier van werken geworden. Coördinatie op zorgketen-niveau is operationeel. Informatie wordt gedeeld, overgedragen en teruggekoppeld. Een monitoringsysteem laat periodiek zien of resultaten behaald worden en wat verbetermogelijkheden zijn en of aan de behoeften van de cliënt wordt voldaan. Het programma borduurt voort op succesvolle resultaten. Organisatiestructuren veranderen of worden opnieuw ontworpen rond het zorgprogramma. Financiële arrangementen worden afgesproken met financiers over de keten als geheel. Partners in de zorgketen verkennen nieuwe opties voor samenwerking in de externe omgeving met andere partners. Sleutelwoorden in deze fase zijn het voortdurend verbeteren van

⁴⁸ Mirella Minkman, Kees Ahaus en Robbert Huijsman, *A four phase development model for integrated care services in the Netherlands*, in: BMC Health Services Research, maart 2009

het gehele programma, het ontwikkelen van nieuwe ambities, het inbedden van het geïntegreerde zorgprogramma in organisatiestructuren en (geïntegreerde) financieringssystemen.

Minkman heeft aan elk van deze fasen een top tien van elementen toegevoegd die een beeld geven van factoren die relevant zijn in de te onderscheiden fasen. Een overzicht van deze elementen is opgenomen in bijlage 1 bij deze thesis.

4.4 Samenwerking binnen interorganisationale netwerken

Het model van Minkman is een goed bruikbaar instrument voor het in kaart brengen van elementen die van invloed zijn op ketensamenwerking. Naar onze mening gaat dit model echter minder in op de verschillende belangen die in de praktijk altijd van invloed zijn op ketensamenwerking. Om ketensamenwerking uit te diepen is het van belang ook in te gaan op de belangen(-tegenstellingen) van samenwerkende partijen. Het model van Boonekamp en Huijsman⁴⁹ benadert ketensamenwerking vanuit deze invalshoek en beschrijft deze op basis van empirisch onderzoek. Daarmee is het model in vergelijking met het model van Minkman meer descriptief van aard. Het model biedt daarnaast tevens een kapstok voor het ordenen van de verschillende succesfactoren in ons conceptueel model.

Binnen netwerken speelt samenwerking tussen de verschillende betrokken partijen een grote rol. Problemen in het tot stand brengen van ketenzorg zijn dan ook niet zelden samenwerkingsproblemen tussen de afzonderlijke partners in het netwerk. Interpersoonlijke samenwerkingsrelaties spelen hierbij een belangrijke rol. Boonekamp en Huijsman onderscheiden verschillende belangen of motieven die het al dan niet slagen van samenwerking binnen interorganisationale netwerken in de gezondheidszorg beïnvloeden:

- Zorgbelang of klantbelang: waaronder een betere afstemming tussen vraag en aanbod, een breder zorgpakket, zorginnovatie, continuïteit van zorg in de zorgketen, verbetering van kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening
- Organisatiebelang: waaronder het veilig stellen van de cliënteninstroom, beheersing van de cliëntenuitstroom, schaalvoordelen en efficiency, operationele winstpunten en verbetering van de kwaliteit van personeel en management
- Netwerkbelang of contextbelang: waaronder sterkere onderhandelingspositie, legitimering naar derden zoals overheid, financiers en samenleving, het hoofd bieden aan externe bedreigingen.

De verschillende belangen kunnen met elkaar conflicteren en derhalve leiden tot spanningsvelden tussen de verschillende samenwerkingspartners. Boonekamp en Huijsman stellen dat de kans van slagen binnen een samenwerkingsverband kan worden toegeschreven aan de wisselwerking tussen personen (de inzet van personen, hun onderlinge relaties en de speelruimte die zij krijgen), de deelnemende organisaties (de compatibiliteit), kenmerken van het netwerk zelf en de omringende context (krachten in de omgeving hebben hun invloed op de netwerkvorming). Vooral veranderingen in de context creëren duw- en trekkrachten die van invloed zijn op de genoemde wisselwerking. Figuur 8⁵⁰ laat zien hoe een dergelijke wisselwerking vorm krijgt in ketensamenwerking:

⁴⁹ L Boonekamp en R Huijsman, *Bouwen aan een transmuraal zorgconcern. Taferelen bij de Gorinchemse fusie tussen ziekenhuis en verpleeghuizen*, Maarssen 1998.

⁵⁰ *Ibid.*, p. 58

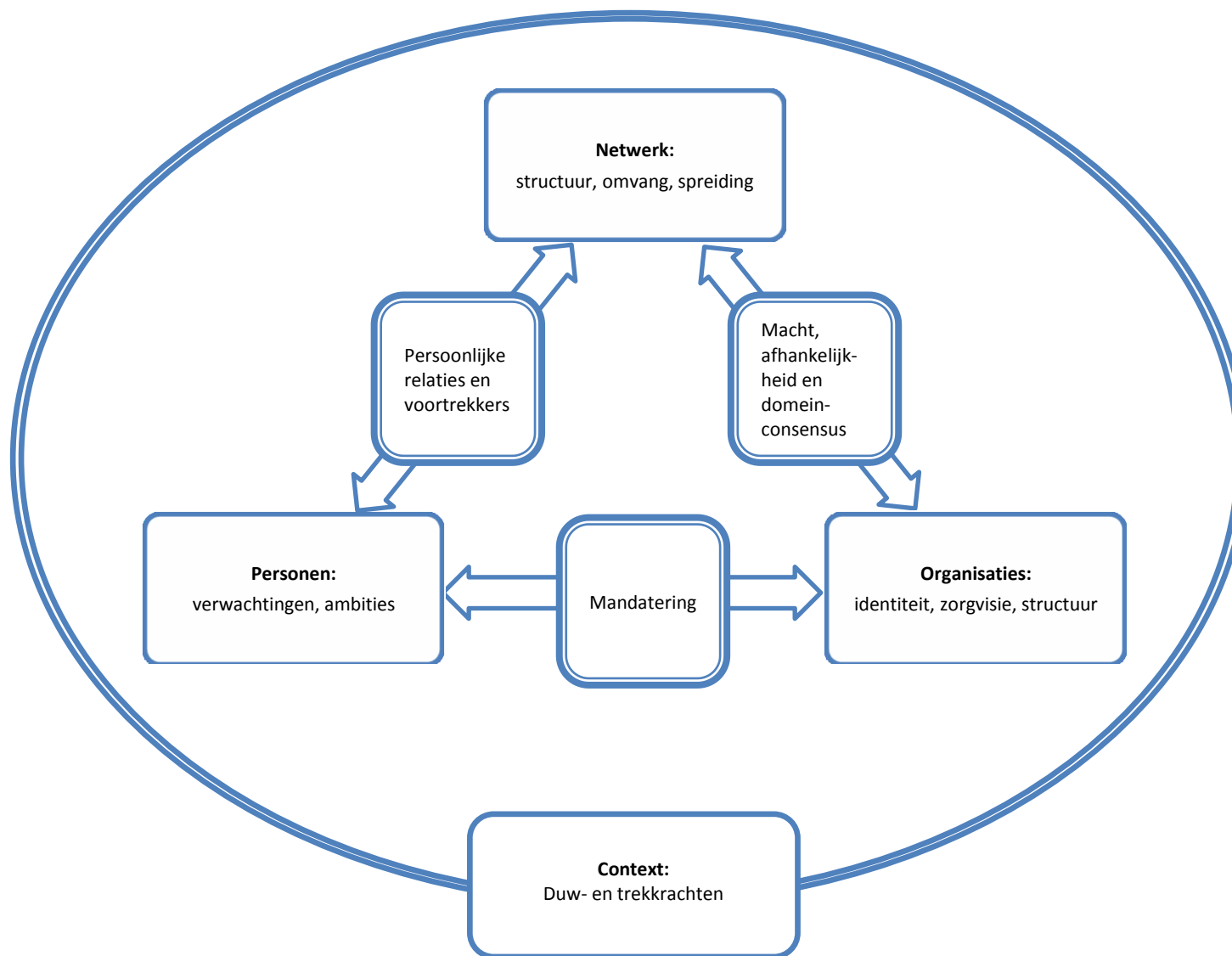


Fig 8. Interorganisatiele samenwerkingsverbanden

Gerelateerd aan de ontwikkelingen binnen de zorg voor jeugdigen in de brede zin van het woord, is het model van Boonekamp en Huijsman zeker relevant. De context waarbinnen de toekomst van de jeugdzorg zich momenteel ontwikkelt, is uitermate onrustig. Minister Rouvoet heeft een grondige stelselwijziging aangekondigd die grote invloed zal hebben op financiering, wet- en regelgeving. De val van het kabinet in februari 2010 zal naar onze mening hierin geen verandering brengen, hooguit vertraging. Binnen deze stelselwijziging moet de jeugdige en zijn of haar omgeving meer centraal komen te staan en de regie van de cliënt versterkt worden. Tegelijkertijd wordt een terugdringen van de meer gespecialiseerde, tweedelijns jeugdzorg naar de eerstelijnszorg beoogd. Dit moet tevens leiden tot kostenbesparing van, onder de huidige financieel economische omstandigheden, onbetaalbaar wordende zorg⁵¹.

De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat deze veranderende context veel duw- en trekkrachten zal opleveren voor de zorgaanbieders die hierbinnen in toenemende mate zullen moeten samenwerken. Al eerder hebben we daarbij gewezen op het spanningsveld dat ontstaat tussen enerzijds de noodzaak van ketensamenwerking om een antwoord te kunnen geven op de toenemende jeugdproblematiek. En anderzijds het creëren van concurrentievoordeel door individuele zorgaanbieders om de marktwerking het hoofd te kunnen bieden. De wisselwerking tussen personen, organisaties en het netwerk staat hiermee voortdurend onder druk en daarmee tevens het welslagen van de ketensamenwerking.

4.5 Succesvolle ketensamenwerking

Nog voor we succesfactoren voor ketensamenwerking in de jeugdzorg benoemen, is het goed om kort stil te staan bij de vraag wanneer ketensamenwerking nu een succes genoemd kan worden. Uiteraard is ketenzorg een succes als de doelstelling van de klant behaald is. Het klantbelang is hiermee gediend en de klantwaarde verhoogd. Alle betrokken partijen zijn het hier over eens, het is de inzet en legitimatie van de ondernomen samenwerking. Maar het zou te eenvoudig en niet realistisch zijn om het hierbij te laten.

Immers, de eerder genoemde organisatiebelangen en de belangen van de context spelen hierbij eveneens een rol. Vanuit deze optiek is het gerechtvaardigd om te zeggen dat ketensamenwerking een succes genoemd kan worden als, naast de doelstelling van de klant, ook de doelstellingen van individuele organisaties en/of het collectief zijn behaald. De individuele zorgaanbieder heeft zijn positie versterkt en de samenwerkende partijen hebben gezamenlijk een verbeterde dienst geleverd. Maar ook het behalen van aan de context gebonden doelstellingen bepalen of ketensamenwerking succesvol genoemd kan worden. Hiermee doelen we bijvoorbeeld op door financiers gestelde eisen of onder politieke en maatschappelijke druk geformuleerde prestatie-indicatoren.

Hiernaast spelen in veel gevallen ook persoonlijk doelstellingen van bij ketensamenwerking betrokken personen een rol. Deze worden maar zelden openlijk genoemd. In de regel wordt het als niet gepast gezien om zich te laten voorstaan op een persoonlijke verdienste bij het behalen van een succesvolle ketensamenwerking. In de praktijk is het persoonlijk belang echter wel degelijk aanwezig. Om die reden willen wij het behalen van persoonlijk doelstellingen niet ongenoemd laten.



⁵¹ *Afsprakenkader tussen Rijk en IPO aanpak en financiering jeugdzorg 2010 en 2011.*

4.6 Succesfactoren voor ketensamenwerking in de jeugdzorg

Met de hierboven beschreven modellen als uitgangspunt, hebben wij een lijst van de belangrijkste succesfactoren samengesteld, die naar onze mening zouden moeten leiden tot een succesvolle samenwerking in de keten en het realiseren van kwalitatief goede zorg. De theorie van Porter's *Redefining Healthcare* met betrekking tot waardecreatie in de zorgsector fungeert hierbij als algemene kapstok.

Hoe ketensamenwerking ook vormgegeven wordt, de kwaliteit van zorg en de mate van succes zijn van wezenlijk belang. Het model van Boonekamp en Huijsman heeft aanknopingspunten geboden bij het benoemen van een vijftal, met elkaar samenhangende, deelgebieden waaraan cruciale factoren gekoppeld kunnen worden. Zowel het model van Minkman, als de verschillende dimensies van klantwaarde, alsmede de theorie over ketenvorming leverden input voor het benoemen van die succesfactoren. Schematisch ziet ons conceptueel model er als volgt uit:

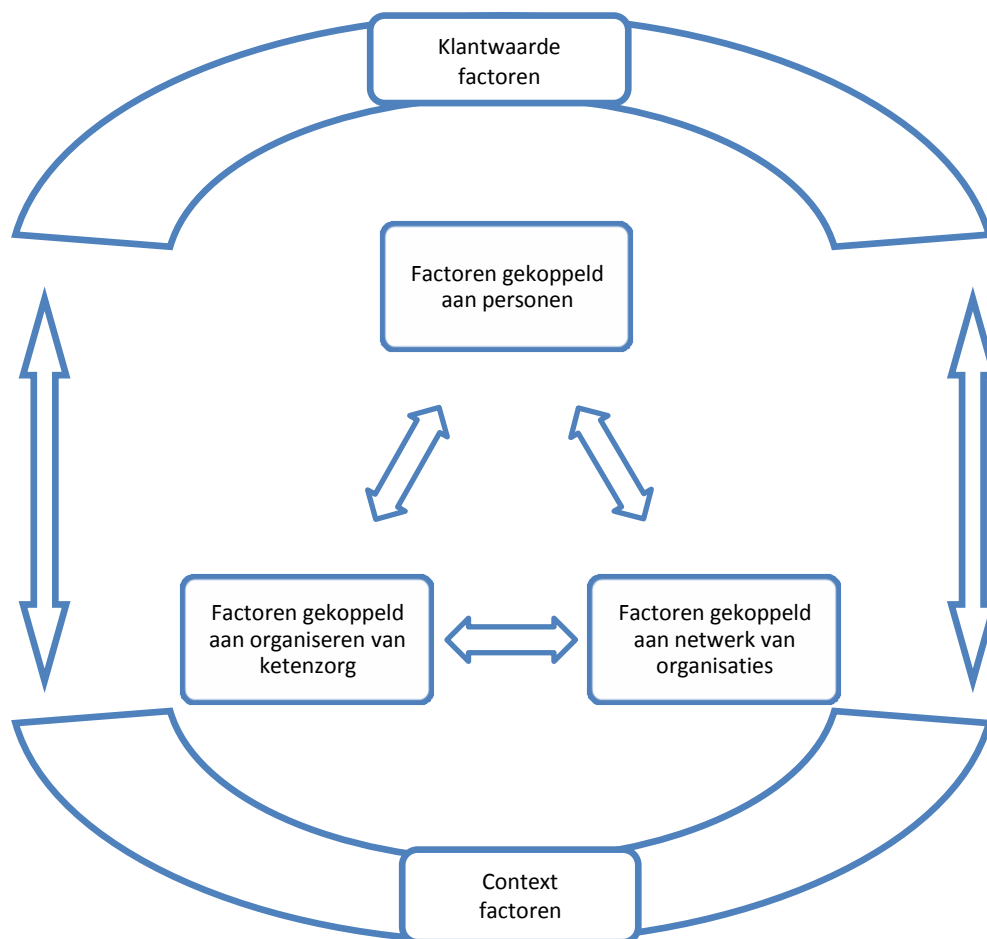


Fig 9. Schema succesfactoren

Gekoppeld aan de verschillende deelgebieden benoemen wij de volgende succesfactoren:

Factoren gerelateerd aan de klantwaarde:

- Definiëren van de doelgroep en van een probleemstelling bekeken vanuit de cliënt. Het geven van een gezicht aan de cliënt
- Definiëren van de doelen geredeneerd vanuit de cliënt, zowel in outcome resultaten als ten aanzien van het proces van zorg en dienstverlening
- Vastleggen van de betrokkenheid van de cliënt bij de ketensamenwerking

Factoren gerelateerd aan personen:

- Aansluiten bij bestaande functieprofielen, kennis en kunde, taken en werkwijzen van professionals binnen de afzonderlijke organisaties betrokken bij de ketensamenwerking
- Maken van afspraken over verwachtingen, taken, rollen en verantwoordelijkheden van professionals
- Benutten van persoonlijke contacten en de chemie tussen betrokkenen en rekening houden met sociale relaties en verschillen in belangen en culturen.

Factoren gerelateerd aan het netwerk van organisaties:

- Balanceren tussen samenwerking en concurrentie en het vaststellen van wederzijdse afhankelijkheden
- Accepteren en waarderen van de identiteit en de competenties van de afzonderlijke organisaties
- Vaststellen van het domein van de afzonderlijke organisaties en van het gezamenlijke domein
- Steunen van de ketensamenwerking door leiders en sleutelfiguren en slagkracht op bestuurlijk niveau
- De geografische spreiding en het aantal deelnemers aan de ketensamenwerking.

Factoren gerelateerd aan het organiseren van de ketenzorg:

- Maken van afspraken over regie voeren en regie houden over het zorgcontinuüm. Wie is ketenregisseur en keteneigenaar
- Aanwezig zijn van goede informatie aan cliënten en goede informatie voor professionals met aandacht over hoe om te gaan met cliëntinformatie, zorgplan en dossier
- Formeel overleggen, gericht op het maken van afspraken
- Definiëren van de resultaten, waaronder de cliëntdoelen, de doelen van de samenwerking en de tevredenheid van de cliënt binnen de daarvoor gestelde termijnen
- Vaststellen van een gezamenlijke visie en strategie voor de ketenzorg, voor de eigen organisatie en voor de klantwaarde
- Maken van een goede projectopzet en aanwezig zijn van projectleider.

Factoren gerelateerd aan de context, financiering en regelgeving:

- Organiseren van mandaat en middelen, gekoppeld aan de cliënt onder andere door middel van indicatiestelling of verwijzing
- Combineren van financieringstromen, zowel op het gebied van gezamenlijke aanbestedingstrajecten als op het gebied van verantwoordingsinstrumenten
- Teken van een samenwerkingsovereenkomst.

Van belang is tenslotte om te benoemen dat genoemde succesfactoren voor ketensamenwerking verbonden zijn met verschillende niveaus binnen zorgorganisaties: operationeel, tactisch en strategisch. Sommige succesfactoren spelen zich vooral af op één niveau, terwijl anderen juist weer op een combinatie van een tweetal niveaus of op alle drie de niveaus van belang zijn. Wij verstaan hierbij onder strategisch niveau het bestuurlijke niveau binnen een organisatie, onder tactisch niveau het leidinggevend kader en onder het operationeel niveau verstaan wij de werkvloer, diegenen die rechtstreeks in contact met de klanten werken. Wij zijn van mening dat binnen een succesvolle ketensamenwerking de werkzaamheden tussen deze drie niveaus op elkaar afgestemd moeten zijn.



V. Enkele praktijkvoorbeelden

5.1 Vooraf

Bij het zoeken naar praktijkvoorbeelden van ketensamenwerking over de grenzen heen van de verschillende sectoren in de zorg voor jeugdigen, waarmee we de door ons benoemde succesfactoren uit het conceptuele model kunnen vergelijken, werden we al snel geconfronteerd met een grote hoeveelheid van meer of minder geslaagde experimenten.

In het eerder genoemde onderzoek van Integraal Toezicht Jeugdzaken, *Werkende Ketens*, wordt gesproken van een wel degelijk aanwezig bewustzijn in het veld dat er moet worden samengewerkt in de hulpverlening aan jeugdigen. De wil en de motivatie is zeker aanwezig, er worden veel experimenten gestart. Echter, lang niet alle experimenten zijn geslaagd te noemen als vormen van werkende ketenzorg⁵².

Om die reden waren we ook bij het praktijkonderzoek genooddaakt een zekere focus aan te brengen om niet te verzanden in een veelheid van informatie. Ons praktijkonderzoek dient derhalve als een eerste vergelijking met de genoemde succesfactoren en is verre van volledig. Uitgangspunt voor de keuze van de praktijkvoorbeelden waren de verschillende fasen die benoemd zijn in het generieke ontwikkelingsmodel van Mirella Minkman. Drie projecten, allen in een verschillende ontwikkelingsfase, hebben we nader onderzocht middels beschikbare documentatie en half gestructureerde interviews. Het betreft de volgende projecten:

- Ontwikkeling van *Duurzame Jeugdzorg in Flevoland*, een project dat zich op het moment van schrijven van deze thesis in de ontwikkel- en ontwerpfasen bevindt. De focus van de deelnemende partijen is voornamelijk gericht op het ontdekken van elkaars mogelijkheden en onmogelijkheden, het ontwerpen van het project in al zijn dimensies door verschillende werkgroepen en het opstellen van een samenwerkingsovereenkomst. Op 9 juni 2009 vond de ondertekening van de intentieovereenkomst plaats, dat gemarkeerd wordt als de start van het project⁵³.
- *Ketenconvenant Oost-Gelderland*, een samenwerkingsproject dat tussen fase twee (experimenteren en uitvoering) en fase drie (uitbouwen en monitoren) gesitueerd kan worden. Men is de experimenteerfase duidelijk voorbij: doelstellingen en uitkomsten van de samenwerking zijn vastgelegd in het Ketenconvenant. De aard en inhoud van het ketenconvenant leidt echter wel degelijk tot wisselende doelstellingen en uitkomsten, alsmede een wisselende coördinatie- of regiefunctie tussen samenwerkende partijen. De eerste evaluatie heeft echter plaatsgevonden en dat leidt tot het verder ontwikkelen en verbeteren van de resultaten.
- *Doen wat werkt* in Noord Nederland, een vorm van ketensamenwerking die inmiddels de projectfase voorbij is en verankerd is in de reguliere werkprocessen. Het project is uitgebreid geëvalueerd en als zorgprogramma inmiddels ingebed in bestaande structuren en financieringssystemen. Daarnaast zoekt men inmiddels naar verbetering en innovatie wat blijkt uit het toevoegen van een nieuwe module aan het behandelprogramma in de thuissituatie. Dit praktijkvoorbeeld kan derhalve in de verduurzaming- en transformatiefase geplaatst worden.

Dit hoofdstuk geeft in de eerste paragraaf een korte beschrijving van de drie genoemde projecten. Vervolgens worden in willekeurige volgorde de succesfactoren op een rijtje gezet die door de geïnterviewden zijn genoemd in de gesprekken die wij met hen voerden. De vragenlijst die wij hierbij hebben gebruikt, is opgenomen in bijlage 2. Vervolgens maken we een vergelijking tussen de door ons benoemde succesfactoren op basis van ons conceptueel model en de mate waarin deze factoren

⁵² *Werkende Ketens? Metarapportage Integraal Toezicht Jeugdzaken 2009 over zes onderzoeken naar ketensamenwerking*, juli 2009.

⁵³ www.rentray.nl, nieuwsberichten.

ook daadwerkelijk aanwezig zijn in de door ons onderzochte praktijkvoorbeelden en genoemd worden als belangrijke succesfactor. Daarbij moeten we constateren dat de door Minkman benoemde succesfactoren gekoppeld aan de verschillende fasen van ketensamenwerking door de manier van interviewen vrijwel niet te onderscheiden waren. Een nadere analyse daarop hebben we dan ook achterwege moeten laten.

Ook hebben we moeten constateren dat lang niet elke succesfactor op basis van het conceptuele model door de praktijk ook daadwerkelijk als een succesfactor wordt ervaren. Aan sommige factoren wordt door partijen weliswaar veel tijd besteed omdat zaken goed geregeld moeten worden, maar deze worden niet benoemd als kritische succesfactor. Dit onderscheid werken we aan het eind van het hoofdstuk als volgt uit:

- Vaststellen van een zestal “kritische” succesfactoren die door één of meerdere geïnterviewden worden benoemd als belangrijke bijdrage aan het succes van ketensamenwerking
- We noemen één ernstig belemmerende factor die in alle casussen als zodanig wordt genoemd
- We geven een aantal factoren aan die wij vanuit ons conceptuele model als succesfactoren hebben benoemd, door de partners in ketensamenwerking nadrukkelijk geregeld zijn, maar door hen niet als belangrijke succesfactor worden herkend. Wij denken dat ze door de praktijk daarmee eerder gekenschetst worden als “hygiëne-factoren” ofwel noodzakelijke randvoorwaarden om tot ketensamenwerking te kunnen komen. Naar onze mening blijven dit echter wel degelijk belangrijke succesfactoren die ketensamenwerking doen slagen.

5.2 Beschrijving praktijkvoorbeelden

5.2.1 Ontwikkeling Duurzame Jeugdzorg Flevoland

Flevoland is een betrekkelijk jonge provincie met een toename van jeugdzorgproblematiek die gelijke tred houdt met de ontwikkeling van de bevolkingsopbouw. Met name Almere doet niet onder voor de grootstedelijke jeugdproblematiek die ook elders in het land aangetroffen wordt. Anders dan in andere delen van het land heeft het jeugdzorgaanbod in de brede zin van het woord zich nog niet ten volle uitgekristalliseerd. Het veld is nog volop in beweging, net als de verandering in de bevolkingsopbouw als gevolg van de groei die nog gerealiseerd gaat worden.

Tegen deze achtergrond hebben vier partijen op 9 juni 2009 een intentieovereenkomst ondertekend om te komen tot een integrale samenwerking op het gebied van de zorg voor jeugdigen met ernstige gedragsproblematiek. Deze vier partijen zijn de volgende:

- Rentray: jeugdzorg+ (gesloten)
- Fornhese, Symforagroep: kinder- en jeugdpsychiatrie
- LSG-Nieuw Veldzicht: Jeugdzorg
- Eduvier onderwijsgroep: cluster 4 onderwijs en arbeidstoeleiding

Het project heeft als doel: de ontwikkeling en realisatie van een gecombineerde drie milieus jeugdzorgvoorziening in de wijk Almere Poort in Almere. De jeugdzorgvoorziening is bestemd voor 130 kinderen en jeugdigen in Flevoland en aangrenzende provincies. Het gaat om kinderen en jeugdigen die door hun complexe problematiek behoefte hebben aan een vorm van intensieve zorg. De vier participerende instellingen hebben de gezamenlijke ambitie om in Almere Poort een voorziening voor topzorg te ontwikkelen⁵⁴.

Streefdatum voor de realisatie van de voorziening is 2013. De doelgroep wordt gevormd door kinderen en jongeren van 10 tot 23 jaar met gedragsproblemen die aangewezen zijn op intensieve hulp. De genoemde partijen richten zich allemaal voor een deel op deze doelgroep, maar vinden dat

⁵⁴ Ibid.

deze zorg te verkokerd plaats vindt. Elke partij brengt het aantal aan haar toegewezen “bedden” in, waarmee schaalvoordeel wordt gecreëerd. Bijkomende winst van de gezamenlijke opzet is dat jongeren in deze gecombineerde jeugdzorgvoorziening niet hoeven te verhuizen als er andere vormen van zorg nodig zijn. De inbreng van de andere partijen wordt als het ware naar de jongere toe gebracht. Alle disciplines zijn op elkaar afgestemd en met elkaar verbonden. Hierdoor kan er sprake zijn van één jongere, één plan binnen een drie milieus voorziening⁵⁵.

Dit voorbeeld bevindt zich zoals eerder genoemd in de initiatief en ontwerpfase. In onze vergelijking willen we succesvolle voorbeelden van ketensamenwerking betrekken. Of dit voorbeeld van ketensamenwerking succesvol zal blijken, is uiteraard nu nog lastig te voorspellen omdat het zich nog in de beginfase bevindt. Het feit echter dat vier afzonderlijke organisaties elkaar op een zeer ingewikkeld dossier vinden (namelijk voor een doelgroep met een complexe, intensieve zorgvraag een drie milieus jeugdzorgvoorziening starten) en zij bereid zijn om hier tijd, energie en geld in te steken om er een project van te maken, zorgt ervoor dat wij dit praktijkvoorbeeld als succesvol omschrijven. De intentie van deze samenwerking is om te komen tot een ketensamenwerking in een netwerkconfiguratie c.q. diffuus netwerk, een vorm die zich kenmerkt doordat de cliënt het primaire aanknopingspunt is en de zorgaanbieders hun zorg groeperen om deze cliënt heen. De ontwikkeling van deze vorm van ketenzorg staat nog in de kinderschoenen, zoals al eerder is betoogd.

5.2.2 Ketenconvenant Oost-Gelderland

Vanuit de vraagstukken met betrekking tot ingewikkelde casuïstiek, waarbij altijd meerdere partijen betrokken zijn, is in het jaar 2008 in Oost Gelderland een convenant ketenzorg afgesloten tussen een aantal zorgorganisaties. Doel van dit convenant is om een aaneengesloten, op elkaar afgestemd zorgtraject aan cliënten te bieden die intersectorale zorg nodig hebben. Daarbij richt men zich specifiek op de zorg voor jeugdigen. Dit gebeurt onder regie van de Beleidsgroep Jeugd, waarbij het realiseren van zorgdoelen, die met de cliënt overeengekomen zijn, centraal staat⁵⁶.

Het convenant is afgesloten voor de duur van twee jaar tussen de volgende partijen:

- Bureau Jeugdzorg Gelderland: onder andere verwijzer jeugdzorg
- MEE Oost-Gelderland: verwijzer AWBZ zorg voor mensen met een beperking
- De Lichtenvoorde: zorgaanbieder voor mensen met een verstandelijke beperking
- Zozijn: zorgaanbieder voor mensen met een verstandelijke beperking
- GGNet: zorgaanbieder voor mensen met een psychiatrische beperking
- Karakter: zorgaanbieder voor jeugdigen met een psychiatrische beperking
- Pactum: zorgaanbieder voor jeugdzorg en educatie
- Lindenhout: zorgaanbieder voor jeugdzorg.

De bovengenoemde ketenpartners vinden dat regie van de hulpverlening een vereiste is voor een sluitende en samenhangende zorg en zij voeren deze regie uit via casuïstiekoverleg en daar waar sprake is van zeer complexe problematiek door een ketenregisseur.

Zorgverzekeraars en de provincie stellen hiervoor gezamenlijk een budget beschikbaar, de zorgverzekeraar door het beschikbaar stellen van een casusbudget en de provincie door het beschikbaar stellen van een pilot-financiering.

In 2009 is het convenant geëvalueerd. Hierbij is geconcludeerd dat het convenant meerwaarde biedt in de totstandkoming van samenwerkingsafspraken tussen de deelnemende partijen. Gedeeltelijk betekende het convenant een formalisatie en beschrijving van al bestaande samenwerking⁵⁷.

⁵⁵ Interview Juanita Pawlikowski, projectleider Duurzame Jeugdzorg Almere.

⁵⁶ *Convenant Ketenzorg Oost-Gelderland*, 28 mei 2008.

⁵⁷ *Evaluatie Convenant Ketensamenwerking Oost-Gelderland*, 2009.

Dit voorbeeld bevindt zich tussen de experiment- en uitvoeringsfase en de uitbouw- en monitoringfase in. De betrokken partijen definiëren de samenwerking als succesvol blijkens de conclusies uit de (globale) evaluatie die in november 2009 gehouden is door de deelnemers aan het convenant. Het convenant heeft meerwaarde vanwege het gegeven dat maar liefst negen partners elkaar in Oost-Gelderland op één thema hebben gevonden en in samenwerking met externe financiers en inspectie hier één werkwijze in hebben ontwikkeld. De samenwerking bestaat in de praktijk al gedurende een langere periode, reden voor ons om ook dit praktijkvoorbeeld als succesvol te bestempelen. Het ketenconvenant Oost-Gelderland is een vorm van samenwerking die wij als lineair beschouwen, vooral ingegeven door het feit dat de zorgverlening volgtijdelijk geboden wordt aan de cliënt.

5.2.3 Doen wat werkt

Doen wat werkt (DWW) is in 2006 ontstaan naar aanleiding van het vraagstuk rondom de plaatsing van kinderen op civiel rechterlijke titel in justitiële jeugdinrichtingen (JJl's). Jeugdigen met ernstige gedragsproblematiek en veiligheidsrisico's werden tot begin van de 21^{ste} eeuw veelal in een JJl geplaatst omdat de gewone jeugdzorg geen antwoord had op deze ernstige problematiek. JJl's waren en zijn echter veel meer gericht op beheersen en beveiligen en niet op behandelen van jongeren.

Politiek en maatschappelijk nam het draagvlak voor deze plaatsingen zonder behandeling drastisch af. Voor de minister van Jeugd en Gezin was dit de achterliggende reden om vanaf 2008 een deel van de JJl's om te vormen tot gesloten jeugdzorgplaatsen, die wel gericht zijn op behandeling. Bestuurders van zorgaanbieders in Noord Nederland besloten in 2005 om de landelijke ontwikkelingen niet af te wachten en startten een bovenprovinciaal en intersectoraal alternatief voor deze doelgroep.

Initiatief hiertoe werd genomen door de directies van de deelnemende instellingen, de inhoudelijke vraag was het uitgangspunt. De financiering werd erbij gezocht en tegelijkertijd richtte men voorjaar 2006 een projectgroep op. Al werkende kreeg het project verder vorm.

Deelnemende partijen zijn:

- Accare: Kinder en jeugdpsychiatrie Noord Nederland
- Yorneo: Jeugdzorg Drenthe
- Poortje: Jeugdzorg+
- Portalis: onderwijs en arbeidstoeleiding verbonden aan het Poortje
- Tjallinga Hiem: zorg voor licht verstandelijk beperkte jongeren, Friesland
- Forensische Jeugdpsychiatrie: op consultbasis.

Financiering tijdens de projectperiode werd mogelijk gemaakt door de drie noordelijke provincies en door de drie betrokken ministeries (Jeugd en Gezin, Justitie en OCW). De projectperiode is inmiddels afgerond, het programma is geïmplementeerd in de reguliere werkprocessen.

DWW is een inhoudelijk programma waaraan de verschillende organisaties hun bijdrage leveren. Uitgangspunten zijn: een doorlopende hulpverlening, het gezin een onlosmakelijk onderdeel van de oplossing, niet-vrijblijvende hulp, intersectoraal met alle hulpverleners die in een gesloten kring om kind en gezin staan. Het is een krachtig concept gebleken, gebaseerd op de volgende pijlers: *'visionair commitment van de bestuurders, synergie op ontwikkeling door de deelnemers van de projectgroep en verbinding op professionaliteit door de uitvoerder'*⁵⁸. In 2007 heeft het project de Nationale Jeugdzorgprijs gewonnen.

⁵⁸ Eindrapportage *Doen Wat Werkt*, projectperiode 2006-2008

Het programma start altijd met een korte, gesloten plaatsing van maximaal zes weken. Daarna start de thuisbehandeling voor een duur van vijf tot zes maanden. Hierbij wordt een keuze gemaakt uit een aantal intensieve modules: Functionele Familietherapie (FFT) of Multi Systeem Therapie (MST). Na de projectperiode is daar de module Multi Dimensionele Familietherapie (MDFT) aan toegevoegd. Voor een deel van de jongeren wordt de thuisbehandeling nog vooraf gegaan door een besloten behandeling. De jongere woont dan nog niet thuis, maar gaat wel buiten de instelling naar school of aan het werk. Daarna start alsnog de thuisbehandeling. Onderwijs of werk maakt altijd deel uit van het programma, hetzij binnen de gesloten setting door Portalis, hetzij in de omgeving van de jongere en het gezin. Vanaf de eerste dag in het programma zijn behandelaar, ouder(s), gezinsvoogd en jongere actief betrokken. Op dit moment wordt het programma beschreven om opgenomen te worden in de Databank Effectieve Interventies van de NJI.

Dit praktijkvoorbeeld bevindt zich zoals eerder geschreven in de verduurzaming- en transformatiefase. De reden dat wij dit praktijkvoorbeeld als succesvol omschrijven ligt al gelegen in het hierboven geformuleerde. Omdat het programma zo succesvol is gebleken, is het de projectfase ontgroeid en heeft het de Nationale Jeugdzorgprijs gewonnen. Het blijkt ook uit de uitgebreide evaluatie waarin aangegeven wordt dat de gestelde doelen behaald worden, uit het enthousiasme van de partners over het programma en uit het feit dat dit voorbeeld breed in het werkveld wordt aangemerkt als succesvol.

DWW is een voorbeeld van lineaire ketenvorming, elke zorgaanbieder levert dat deel in het programma waar zij deskundig op zijn en het aanbod wordt voornamelijk volgtijdelijk aan de cliënt geboden.

5.3 Verzamelde succesfactoren uit de praktijk

Naast onderzoek naar onderliggende documenten bij de drie onderzochte projecten van ketensamenwerking hebben wij bij alle drie de projecten een interview gehouden met ofwel de projectleider, ofwel de meest betrokkenen bij deze vorm van ketensamenwerking. Hiermee werd ons een doorkijkje gegund in de successen, de frustraties en belemmeringen, maar bovenal de drijfveren van individuen verbonden aan de verschillende organisaties om het verschil te maken in de zorg voor jeugd in Nederland. Zonder meer waren alle gesprekken een bron van inspiratie.

In het kader van deze thesis hebben wij ons vooral geconcentreerd op de succesfactoren bij de onderzochte praktijkvoorbeelden. De koppeling van deze succesfactoren aan de fase waarin zich het voorbeeld bevindt, is in de interviews onvoldoende naar voren gekomen. Daarom nu in willekeurige volgorde de door onze respondenten genoemde succesfactoren:

- Er moet sprake zijn van korte lijnen, als partners moet je elkaar kennen en elkaar tegenkomen. Er moeten ook personen bij betrokken zijn die goed in netwerken zijn
- Medewerkers moeten regelruimte ervaren, managers moeten dit stimuleren
- Binnen de ketensamenwerking moeten zaken geformaliseerd zijn, maar niet alles
- Er moet rugdekking zijn vanuit management naar medewerkers, maar ook vanuit Raad van Bestuur richting managers. En een ieder moet zijn eigen rol daarin spelen
- Als organisatie moet je de bereidheid hebben om je open en transparant op te stellen en je niet teveel laten voorstaan op je eigen deskundigheid
- Als organisatie moet je je nek uit durven steken
- Er moet sprake zijn van een gezamenlijke drive, vooral ook bij bestuurders. Bij bestuurders moet inspiratie zijn en ruggesteun, waardoor creativiteit ontstaat
- Als organisatie moet je bereid zijn om hard te werken om de samenwerking in stand te houden, richting de partners, maar ook richting bijvoorbeeld financiers

- De samenwerking is voor een groot deel afhankelijk van personen, daarom moet je zorgen voor borging in de eigen organisatie voor als personen de eigen organisatie verlaten
- Ontmoeting moet je concretiseren binnen de ketensamenwerking. Ontmoeten moet op de juiste momenten en hierbij moet ook aandacht zijn voor efficiency
- Binnen de keten moet sprake zijn van heldere doelstellingen. Als iets tot een succes is geworden of is afgerond, moeten er nieuwe doelstellingen worden geformuleerd
- Er moet aandacht zijn voor de structurele financiering van de samenwerkingsverbanden
- Partners in de ketensamenwerking moeten zonder onderlinge concurrentie in de keten zitten, ze moeten ruimte geven aan elkaar en bereid zijn om zonder eigenbelang naar de samenwerking te kijken
- Er moet binnen en tussen de organisaties een cultuur heersen dat het leuk is om samen te werken
- Als organisatie moet je ruimte vrij willen maken voor het project, in tijd, energie en geld
- Benader het samenwerkingsverband als een project met een (externe) projectleider die vanuit zichzelf enthousiasme met zich meebrengt voor het project
- Er moet bereidheid zijn bij relevante externe partijen als gemeente, provincie en andere financiers om aan de ketensamenwerking te willen meewerken
- Binnen de organisaties moet slagkracht aanwezig zijn om er wat van te willen maken
- Van belang bij de ontwikkeling van ketensamenwerking is bevlogenheid van de projectleider en het geloof in dat het beter kan
- Succes van het project is mede afhankelijk van de bekendheid bij verwijzers en plaatsers. Hier moet doorlopend in geïnvesteerd worden
- De betrokkenheid van ouders moet groot zijn. Benadruk daarin hun blijvende verantwoordelijkheid voor de opvoeding van hun eigen kind en ondersteun ouders hierbij
- De behoefte om meer van elkaar te willen weten of op de hoogte te willen blijven van hoe het met de jongeren gaat in de verschillende onderdelen van de keten is het cement in de samenwerking
- Je moet het eens zijn over het doel wat je wilt bereiken
- Ga er niet vanuit dat ketensamenwerking kostenbesparend is. Op de korte termijn is dat niet zo omdat je veel moet investeren in de ketensamenwerking. Op de lange termijn kan het wel kostenbesparend zijn, omdat je slechter voorkomt
- Belangrijke elementen zijn: een goede projectleider, bestuurlijke ondersteuning, betrokken en gemotiveerde medewerkers en de wens om vernieuwend te zijn
- Niet alleen bevlogenheid, maar ook slagkracht maakt het verschil
- Een inhoudelijke drijfveer is belangrijk, het hebben van een gezamenlijk belang, waaraan financiën ondergeschikt zijn. Op die basis kun je elkaar als betrokken partners motiveren.

5.4 Vergelijking succesfactoren theorie en praktijk

In hoofdstuk 4 hebben wij vanuit de theorie een aantal cruciale factoren onderscheiden, die naar onze mening moeten leiden tot een succesvolle samenwerking in de keten en kwalitatief goede zorg binnen die keten. In deze paragraaf maken we een vergelijking van deze theoretische factoren met wat naar voren is gekomen uit de praktijkvoorbeelden. In de vergelijking wordt aangegeven of de succesfactoren volledig, gedeeltelijk of niet aanwezig zijn binnen de praktijkvoorbeelden. Daarnaast zal per succesfactor aangegeven worden of deze factor door de geïnterviewden ook daadwerkelijk herkend en benoemd wordt als een belangrijke succesfactor voor het al dan niet slagen van de ketensamenwerking.

Factoren gerelateerd aan de klantwaarde:

- *Definiëren van de doelgroep en probleemstelling bekeken vanuit de cliënt. Het geven van een gezicht aan de cliënt.*

Deze factor komt gedeeltelijk naar voren binnen de praktijkvoorbeelden. De doelgroep wordt in meer of mindere mate concreet benoemd. Als zodanig wordt deze factor niet als belangrijke succesfactor door de geïnterviewden herkend. In alle praktijkvoorbeelden komt echter wel naar voren dat er een inhoudelijke noodzaak moet zijn om te willen samenwerken. Dit wordt vaak ingegeven vanuit het cliëntperspectief, de wil om betere zorg te willen bieden aan het kind en zijn omgeving.

- *Definiëren van de doelen geredeneerd vanuit de cliënt, zowel in outcome resultaten als ten aanzien van het proces van zorg en dienstverlening.*

Deze factor is gedeeltelijk tot niet aanwezig binnen de praktijkvoorbeelden. Over het algemeen worden er vooral doelen gedefinieerd voor de samenwerking, vanuit het perspectief van de zorgaanbieder. In veel mindere mate worden de doelstellingen gedefinieerd vanuit het perspectief van de cliënt. Deze factor wordt niet benoemd als een belangrijke succesfactor voor de ketensamenwerking.

- *Vastleggen van de betrokkenheid van de cliënt bij de ketensamenwerking.*

Binnen alle praktijkvoorbeelden wordt genoemd dat de betrokkenheid van de cliënt belangrijk is voor het welslagen. Hoe deze betrokkenheid tot stand komt wordt echter vrij algemeen gedefinieerd en niet expliciet vastgelegd. Ook wordt deze factor in de interviews niet benoemd als belangrijke succesfactor voor de ketensamenwerking.

Factoren gerelateerd aan personen:

- *Aansluiten bij bestaande functieprofielen, kennis en kunde, taken en werkwijzen van professionals binnen de afzonderlijke organisaties betrokken bij de ketensamenwerking.*

Deze succesfactor komt naar voren binnen alle praktijkvoorbeelden. De inhoud van de ketensamenwerking is in de door ons onderzochte praktijkvoorbeelden vooral gestoeld op de kennis en deskundigheid die aanwezig is binnen de afzonderlijke partijen binnen het samenwerkingsverband. De factor wordt door geïnterviewden niet genoemd als belangrijke succesfactor.

- *Maken van afspraken over verwachtingen, taken, rollen en verantwoordelijkheden van professionals.*

In alle praktijkvoorbeelden zijn hier afspraken over gemaakt of is het de intentie om hier afspraken over te gaan maken. De gemaakte afspraken worden vastgelegd. Ook deze factor wordt echter niet expliciet benoemd als een belangrijke succesfactor.

- *Benutten van persoonlijke contacten en de chemie tussen betrokkenen en rekening houden met sociale relaties en verschillen in belangen en culturen.*

In alle praktijkvoorbeelden komt naar voren dat hier veel aandacht voor is, men vindt het belangrijk dat mensen elkaar kennen en ontmoeten. In alle interviews wordt deze factor benoemd als een belangrijke succesfactor. Hierbij wordt expliciet aangegeven dat als er chemie is tussen personen, de samenwerking tot stand komt.

Factoren gerelateerd aan de organisaties binnen ketens of netwerken:

- *Balanceren tussen samenwerking en concurrentie en het vaststellen van wederzijdse afhankelijkheden.*

Deze factor komt gedeeltelijk aan de orde, over het algemeen wordt aangegeven dat het balanceren tussen samenwerking en concurrentie ingewikkeld is als het zorgaanbod van organisaties met elkaar overlapt in plaats van in elkaars verlengde ligt. Het vaststellen van wederzijdse afhankelijkheden komt niet aan de orde. Deze factor wordt niet genoemd als belangrijke succesfactor.

- *Accepteren en waarderen van de identiteit en de competenties van de afzonderlijke organisaties.*
Deze factor komt naar voren binnen alle praktijkvoorbeelden. Het belangrijk om elkaar te zien, elkaar te ontmoeten en om de bereidheid te hebben om in elkaar te willen investeren en van elkaar te leren. Deze aspecten worden gezien als belangrijke succesfactor.

- *Vaststellen van het domein van de afzonderlijke organisaties en het gezamenlijke domein.*
Opvallend bij de door ons onderzochte praktijkvoorbeelden is dat de ketensamenwerking vooral tot stand komt tussen organisaties die qua domein aanvullend op elkaar zijn. Het feit dat ze vooral werken op duidelijk van elkaar te onderscheiden domeinen maakt dat er geen domeindiscussie is. Partijen lijken zich hier niet van bewust en benoemen deze factor dan ook niet als kritische succesfactor.

- *Steunen van de ketensamenwerking door leiders en sleutelfiguren en slagkracht op bestuurlijk niveau.*

In alle praktijkvoorbeelden komt dit aspect nadrukkelijk naar voren. Het is zeer belangrijk hoe bestuurders zich verhouden in en tot de ketensamenwerking. Het betreft hierbij zowel het vaststellen van de richting als het geven van mandaat aan managers en werkvloer. Maar ook het zelf initiator zijn van de ketensamenwerking. Binnen de praktijkvoorbeelden wordt aangegeven dat bestuurders met elkaar moeten willen samenwerken en hierin daadkracht moeten tonen om de keten succesvol te laten verlopen. Deze factor wordt gezien als een belangrijke succesfactor.

- *Geografische spreiding en het aantal deelnemers aan de ketensamenwerking.*
De praktijkvoorbeelden zijn vooral regionale samenwerkingsverbanden. Zorgaanbieders binnen een bepaalde regio vinden elkaar in de samenwerking. Het aantal deelnemers aan de ketensamenwerking is slechts ten dele onderwerp van gesprek. Deze factor wordt niet genoemd als belangrijke succesfactor.

Factoren gerelateerd aan het organiseren van de ketenzorg:

- *Maken van afspraken over regie voeren en regie houden over het zorgcontinuüm. Wie is ketenregisseur en keteneigenaar.*

Binnen alle praktijkvoorbeelden is er sprake van een ketenregisseur of is het de bedoeling dat die onderdeel gaat uitmaken van het samenwerkingsverband. Hier zijn ook afspraken over gemaakt. Het komt in de interviews niet naar voren als belangrijke succesfactor voor ketensamenwerking.

- *Aanwezig zijn van goede informatie aan cliënten en goede informatie voor professionals met aandacht over hoe om te gaan met cliëntinformatie, zorgplan en dossier.*

Dit is gedeeltelijk aanwezig binnen de praktijkvoorbeelden. Opvallend is dat in alle praktijkvoorbeelden (nog) niet gewerkt wordt met een gezamenlijk zorgplan en dossier. Gegevens worden wel met elkaar gedeeld, maar lineair aan elkaar. Bij geen van de voorbeelden is het werken met een elektronisch cliëntdossier als punt van nadere uitwerking genoemd. Ook deze factor komt in de interviews niet duidelijk naar voren als belangrijke succesfactor.

- *Formeel overleggen, gericht op het maken van afspraken.*

Deze factor is binnen alle praktijkvoorbeelden aanwezig. Partijen komen elkaar binnen een structuur tegen en overleggen met elkaar. Deze overleggen kennen meerdere doelen, enerzijds het vaststellen van de doelen, het volgen van de samenwerking, maar ook vooral om elkaar blijvend te ontmoeten.

Het formele overleg wordt niet expliciet benoemd als belangrijke succesfactor, wel wordt het element van elkaar ontmoeten als belangrijke succesfactor aangegeven.

- *Definiëren van de resultaten, waaronder de cliëntdoelen, de doelen van de samenwerking en de tevredenheid van de cliënt binnen de daarvoor gestelde termijnen.*

Resultaten worden vooral gedefinieerd op het niveau van de samenwerking als geheel en veel minder op cliëntniveau of op het terrein van cliënttevredenheid. Deze factor wordt door de geïnterviewden niet genoemd als belangrijke succesfactor.

- *Vaststellen van een gezamenlijke visie en strategie voor de ketenzorg, voor de eigen organisatie en voor de klantwaarde.*

Binnen alle praktijkvoorbeelden wordt aangegeven dat de samenwerking begint met de visie en strategie die personen hebben ten aanzien van de meerwaarde die samenwerking kan opleveren. Als personen elkaar daar op vinden ontstaat ketenzorg en wordt er gewerkt aan het benoemen van een gezamenlijke visie en strategie. Dit is in alle gevallen gerelateerd aan het op inhoud beter willen doen in het belang van jeugdigen en hun gezinnen omdat er in de praktijk knelpunten worden ervaren. Dit wordt dan ook gezien als een belangrijke succesfactor.

- *Maken van een goede projectopzet en het aanwezig zijn van een projectleider.*

Deze factor wordt nadrukkelijk benoemd in twee van de drie praktijkvoorbeelden. Deze praktijkvoorbeelden zijn ook volgens een projectopzet opgebouwd, hetgeen gezien wordt als een succesfactor. Ook de persoon van de projectleider wordt als zeer belangrijk ervaren.

Factoren gerelateerd aan de context, financiering en regelgeving:

- *Organiseren van mandaat en middelen, gekoppeld aan de cliënt onder andere door middel van indicatiestelling of verwijzing.*

In alle praktijkvoorbeelden wordt genoemd dat het belangrijk is om regelruimte te creëren door bestuurders richting managers en door managers richting werkvloer. Deze regelruimte zorgt ervoor dat personen met elkaar aan de slag kunnen gaan en hun creativiteit gebruiken om te kunnen komen tot oplossingen. Dit wordt gezien als een belangrijke succesfactor.

- *Combineren van financieringstromen, zowel op het gebied van gezamenlijke aanbestedings-trajecten als op het gebied van verantwoordingsinstrumenten.*

Deze factor wordt in de praktijkvoorbeelden gezien als een hele belangrijke, waar nu nog de mogelijkheden voor ontbreken. Het niet goed kunnen regelen van gecombineerde financieringen wordt dan ook ervaren als een belemmerende factor. In de projectfase lukt het met de nodige moeite redelijk om gedurende een periode van circa twee jaar projectfinanciering te realiseren vanuit diverse financiers. Veel lastiger is het om de ketensamenwerking vervolgens in te vlechten in de reguliere financiering. Organisaties moeten dan ook intern moeite doen om ketensamenwerking te verdedigen omdat deze in aanvang meer kost dan opbrengt. Deze factor wordt niet genoemd als succesfactor, maar als belangrijkste belemmering in de praktijk om te komen tot een optimale ketensamenwerking.

- *Tekenen van een samenwerkingsovereenkomst.*

In alle praktijkvoorbeelden is een samenwerkingsovereenkomst aanwezig als formeel naslagwerk voor de samenwerking en neerslag van de gemaakte afspraken waardoor partijen hier aan gehouden kunnen worden. Door de geïnterviewden wordt dit echter niet expliciet benoemd als belangrijke succesfactor.

5.5 Kritische succesfactoren vanuit de praktijk

Uit bovenstaande vergelijking tussen theorie en praktijk komt een aantal factoren naar voren die in de praktijk als zeer belangrijke succesfactoren worden herkend voor het slagen van ketensamenwerking. Deze hebben wij benoemd als kritische succesfactoren en dit zijn de volgende zes:

- Benutten van persoonlijke contacten en de chemie tussen betrokkenen en rekening houden met sociale relaties en verschillen in belangen en culturen
- Steunen van de ketensamenwerking door leiders en sleutelfiguren en slagkracht op bestuurlijk niveau
- Accepteren en waarderen van de identiteit en de competenties van de afzonderlijke organisaties
- Vaststellen van een gezamenlijke visie en strategie voor de ketenzorg, voor de eigen organisatie en voor de klantwaarde
- Maken van een goede projectopzet en aanwezig zijn van een projectleider
- Organiseren van mandaat en middelen, gekoppeld aan de cliënt.

In het door ons in hoofdstuk 4 uitgewerkte conceptuele model⁵⁹ zijn succesfactoren gekoppeld aan de vijf deelgebieden van klantwaarde, personen, netwerk van deelnemende organisaties, het organiseren van ketensamenwerking en de context. In het onderstaande schema komt naar voren hoe de kritische succesfactoren zich verhouden tot de genoemde deelgebieden en niveaus:

Top succesfactoren	Deelgebieden
Benutten persoonlijke contacten en chemie	Personen
Accepteren en waarderen eigen identiteit	Netwerk van organisaties
Steun en slagkracht leiders	Netwerk van organisaties
Vaststellen gezamenlijk visie en strategie	Organiseren van ketenzorg
Projectopzet en projectleider	Organiseren van ketenzorg
Organiseren van mandaat en regelgeving	Context

Fig 10. Kritische succesfactoren naar deelgebieden

Opvallend is dat op alle deelgebieden in de praktijk één of meer kritische succesfactoren worden herkend, uitgezonderd op die van de klantwaarde. Wij denken dat deze succesfactoren in de praktijk, zowel op bestuurlijk niveau vanuit een visie op samenwerking, als op de werkvloer wel degelijk als zodanig worden gezien, maar dat klantwaarde-factoren makkelijk ondergesneeuwd raken bij het organiseren van ketensamenwerking. En in het verlengde hiervan dat de klantwaarde als een te vanzelfsprekend gegeven wordt gezien en te weinig herkend wordt als drijvende kracht achter de ketensamenwerking. Vanuit deze optiek lijkt dat een gemiste kans.

Er is maar een klein aantal kritische succesfactoren die uit het praktijkonderzoek naar voren komen. Opgemerkt moet echter dat een deel van de door ons op basis van de theorie benoemde succesfactoren in de praktijk wel geregeld zijn en benoemd worden in de interviews. In de ketensamenwerking wordt hier dus wel degelijk (veel) aandacht en tijd aan besteed. Het betreft de volgende factoren:

- Aansluiten bij bestaande functieprofielen, kennis en kunde, taken en werkwijzen van professionals binnen de afzonderlijke organisaties betrokken bij de ketensamenwerking

⁵⁹ Zie p. 35-37.

- Maken van afspraken over verwachtingen, taken en rollen en verantwoordelijkheden van professionals
- Maken van afspraken over regie voeren en regie houden over het zorgcontinuüm. Wie is ketenregisseur en keteneigenaar
- Formeel overleggen, gericht op het maken van afspraken
- Tekenen van een samenwerkingsovereenkomst.

Onze mening is dat het lijkt alsof hier niet zozeer sprake is van herkenbare succesfactoren, als wel van randvoorwaarden die vanzelfsprekend geregeld moeten zijn wil de ketensamenwerking überhaupt tot stand komen. Het ontbreken van deze randvoorwaarden zou dan kunnen leiden tot ontevredenheid over de ketensamenwerking, wat deze factoren maakt tot dissatisfiers. De kritische succesfactoren worden in de praktijk ervaren als satisfiers en leiden dan ook tot tevredenheid over de ketensamenwerking. Wij herkennen dat de kritische succesfactoren uiteindelijk meer bepalend zijn voor het succes dan de factoren die zich bevinden in de randvoorwaardelijke sfeer. Als zodanig leidt de aanwezigheid van de kritische succesfactoren dan ook tot de beleving van een succesvolle ketensamenwerking bij betrokken partijen.

Uit het bovenstaande afleidend en door ons gekoppeld aan de theorie van Porter kunnen de door ons genoemde factoren uit de randvoorwaardelijke sfeer gezien worden als basiscompetenties waarover de ketensamenwerking in ieder geval dient te beschikken. De kritische succesfactoren maken echter het verschil en fungeren als kerncompetenties die ketensamenwerking tot een succes maken.

5.6 Tot slot

Tot slot willen wij aan het einde van dit hoofdstuk een tweetal opvallende zaken uit de vergelijking van de theorie met enkele praktijkvoorbeelden niet ongenoemd laten. In de eerste plaats is dat de expliciete benoeming van één factor als forse belemmering om ketensamenwerking te realiseren. Het betreft hier de beperkingen die in de praktijk ervaren worden om financieringsstromen te combineren. Zowel op het gebied van gezamenlijke aanbestedingstrajecten als op het gebied van verantwoordingsinstrumenten. Onze indruk is dat bij aanvang van ketensamenwerking veel tijd en energie gestoken wordt in het rond krijgen van de projectfinanciering. De kosten gaan hierbij voor de baten uit. Financiering van de projectfase gebeurt altijd met tijdelijke middelen (gemiddeld circa twee jaar) waarmee de aanvankelijk hogere kosten gedekt kunnen worden. Met zorgverzekeraars en overheden worden dan afspraken gemaakt over verantwoording van de besteding van middelen hetzij op cliëntniveau, hetzij als pilot-financiering.

Wij constateren dat de genoemde problemen ontstaan wanneer men de projectfase voorbij is en ketensamenwerking wil implementeren in reguliere bedrijfsprocessen van de afzonderlijke organisaties. Van een vorm van gemeenschappelijke aanbesteding is dan geen sprake meer. De hogere kosten die gemaakt moeten worden verhouden zich niet met het overige zorgaanbod binnen de individuele organisatie. Wij denken dat daardoor makkelijk een intern conflict kan ontstaan dat de aanvankelijk behaalde successen te niet kan doen.

Een tweede opvallend punt dat in alle interviews naar voren is gekomen als succesfactor, is niet te herleiden tot één van de door ons benoemde factoren op basis van de theorie. Expliciet werd door de geïnterviewden genoemd dat het hebben van durf om buiten de gebaande paden te treden en risico's te durven nemen een belangrijke succesfactor is. Niet alleen op strategisch niveau, maar ook op tactisch en operationeel niveau binnen de organisaties die deelnemen aan ketensamenwerking. Wij denken dan ook dat deze succesfactor een belangrijke cultuurwaarde vertegenwoordigt binnen de deelnemende organisaties en bijdraagt tot het succes van ketenzorg.

VI. Conclusies en aanbevelingen

6.1 Vooraf

In de voorgaande hoofdstukken hebben wij met behulp van de theorie en het door ons ontwikkeld conceptueel model een opsomming gemaakt van succesfactoren die naar onze mening van invloed zijn op het slagen van intersectorale ketensamenwerking in de zorg voor jeugdigen. Vervolgens hebben wij een vergelijking gemaakt tussen de succesfactoren ontwikkeld vanuit de theorie en de succesfactoren die betrokkenen bij ketensamenwerking aangeven in een drietal praktijkvoorbeelden. De keuze van de praktijkvoorbeelden is een bewuste geweest: we hebben voorbeelden uit verschillende fasen van ketensamenwerking gezocht, ook hierbij geïnspireerd door de theorie.

In dit hoofdstuk trekken wij op basis van het voorgaande conclusies ten aanzien van de succesfactoren voor ketensamenwerking. Onze vergelijking tussen theorie en praktijk en de bezoeken aan de verschillende betrokken organisaties hebben tevens een aantal opvallendheden aan het licht gebracht die we hier graag bij willen betrekken. Naast onze conclusies ten aanzien van succesfactoren zijn ook deze zaken van belang voor het welslagen van ketensamenwerking. De conclusies komen dus enerzijds voort uit de vergelijking tussen theorie en praktijk, anderzijds komen ze voort uit onze beschouwing op deze vergelijking.

De ontwikkeling van ketensamenwerking op het gebied van de jeugdzorg kan zeker niet los gezien worden van ontwikkelingen in de maatschappelijke en politieke context. In ons conceptuele model hebben wij reeds aangegeven dat contextfactoren van grote invloed zullen zijn op het al dan niet slagen van ketenzorg. Om die reden geven wij in dit hoofdstuk eveneens een korte weergave van de richting waarin het stelsel van de jeugdzorg in de brede zin van het woord zich vermoedelijk zal gaan ontwikkelen. Dit kan niet meer dan een indicatie zijn van waar het naar toe zal gaan: voor het afronden van deze thesis zal de politiek hierin nog geen definitieve keuzes gemaakt hebben. Wel worden de contouren zichtbaar op basis van de rapporten die de afgelopen anderhalf jaar zijn verschenen en de voorbereidingen die momenteel getroffen worden door de werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg⁶⁰.

Tot slot eindigen wij dit hoofdstuk, vanuit onze conclusies in relatie tot de toekomst van de jeugdzorg, met aanbevelingen aan bestuurders van jeugdzorgaanbieders ten aanzien van ketensamenwerking.



⁶⁰ Brief van de werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg aan de Tweede Kamer, Den Haag 18 december 2009

6.2 Conclusies ten aanzien van succesfactoren

In de vergelijking tussen theorie en praktijk komen factoren naar voren die door ons kritische succesfactoren worden genoemd omdat deze zeer belangrijk zijn voor een gunstig verloop van intersectorale ketensamenwerking tussen meerdere zorgaanbieders. In de praktijkvoorbeelden worden deze factoren ook als kritische succesfactoren benoemd en wordt onze waarneming bevestigd. Deze kritische succesfactoren zien wij als kerncompetenties binnen de ketenzorg en zij maken, denken wij, het verschil om ketensamenwerking tot een succes te maken.

CONCLUSIE 1: Zes kritische factoren maken het verschil en leiden tot een succesvolle ketensamenwerking.

Deze factoren zijn achtereenvolgens:

1. *Benutten van persoonlijke contacten en de chemie tussen betrokkenen en rekening houden met sociale relaties en verschillen in belangen en culturen*
2. *Steunen van de ketensamenwerking door leiders en sleutelfiguren en slagkracht op bestuurlijk niveau*
3. *Accepteren en waarderen van de identiteit en de competenties van de afzonderlijke organisaties*
4. *Vaststellen van een gezamenlijke visie en strategie voor de ketenzorg, voor de eigen organisatie en voor de klantwaarde*
5. *Maken van een goede projectopzet en aanwezig zijn van een projectleider*
6. *Organiseren van mandaat en middelen, gekoppeld aan de cliënt.*

In de vergelijking tussen praktijk en theorie komt eveneens naar voren dat een aantal genoemde factoren uit de theorie terugkomen in de praktijk, dat deze goed geregeld zijn, maar tevens niet als belangrijke succesfactor worden genoemd. Wij zien deze factoren als vanzelfsprekende basiscompetenties om ketenzorg tot stand te brengen. Het zijn factoren in de randvoorwaardelijke sfeer, die in de regel veel tijd en aandacht vragen. Wij zijn dan ook van mening dat samenwerkingspartners oog dienen te hebben voor deze factoren en zorg moeten dragen dat deze goed geregeld zijn binnen de samenwerking.

CONCLUSIE 2: Er zijn vijf voorwaarden voor ketensamenwerking die deelnemende partners met elkaar moeten organiseren

Dit zijn de volgende voorwaarden:

1. *Aansluiten bij bestaande functieprofielen, kennis en kunde, taken en werkwijzen van professionals binnen de afzonderlijke organisaties betrokken bij de ketensamenwerking*
2. *Maken van afspraken over verwachtingen, taken en rollen en verantwoordelijkheden van professionals*
3. *Maken van afspraken over regie voeren en regie houden over het zorgcontinuüm. Wie is ketenregisseur en keteneigenaar*
4. *Formeel overleggen, gericht op het maken van afspraken*
5. *Tekenen van een samenwerkingsovereenkomst.*

In de praktijkvoorbeelden van ketensamenwerking is aangegeven dat vele factoren van belang zijn voor het verloop. Toch was er één factor die sterk naar voren kwam in alle praktijkvoorbeelden als zeer bepalend voor het succes. Een factor die niet wordt ondersteund vanuit ons conceptueel model, maar die wij wel herkennen in onze eigen ervaring en praktijk van ketensamenwerking. Wij vinden het dan ook belangrijk om deze factor als succesfactor te benoemen.

CONCLUSIE 3: Organisaties en specifiek bestuurders van organisaties die willen deelnemen aan ketensamenwerking moeten durf ten toon spreiden. Het durven afwijken van gebaande paden en het durven nemen van risico's is een belangrijke factor in het succesvol maken van ketensamenwerking.

In het rapport *Combinaties van zorg* dat in april 2009 verscheen, wordt de conclusie getrokken dat op basis van de huidige regelingen een intersectorale ketensamenwerking niet wordt geblokkeerd. Daartegenover staat dat de regelingen ook geen incentives bevatten voor uitvoerende instellingen om dit intersectoraal aanbod te ontwikkelen⁶¹. Op basis van ons praktijkonderzoek en mede vanuit onze eigen ervaringen in het veld zijn wij van mening dat deze conclusie te rooskleurig wordt neergezet. Unaniem geeft men in de praktijkvoorbeelden aan dat de regelingen op financieel gebied ontoereikend zijn om ondersteunend te werken aan ketensamenwerking. Lukt het over het algemeen nog wel om tijdelijk gelden te verkrijgen voor ketensamenwerking, structurele financiering en inbedding in het reguliere aanbod is een groot probleem. Wij zien dan ook dat voor elke zorgaanbieder geldt dat de kosten voor de baten uit lopen en het zelfs zeer de vraag is of binnen het huidige stelsel de investerende zorgaanbieders ook diegenen zijn die de opbrengsten op de lange termijn oogsten. Over dat laatste verderop meer.

Een belemmerende factor kan omgedraaid altijd een succesfactor zijn. Wij menen echter dat door het stelsel van regelingen dat nu gangbaar is binnen Nederland deze belemmerende factor moeilijk om te buigen is tot een succesfactor. De politiek zal hierin wijzigingen moeten aanbrengen. Onze mening is dan ook dat zorgaanbieders voor nu rekening moeten houden met het gegeven dat het regelen van financiering een belemmerende factor is en veel tijd en energie vraagt binnen de ketensamenwerking.

CONCLUSIE 4: In de praktijk van ketensamenwerking wordt het regelen van de financiering als belemmerende factor ervaren. Het vraagt veel tijd en energie om de financiering en verantwoording hiervan goed te regelen en als belemmerende factor op te heffen. Zowel binnen de ketensamenwerking tussen betrokken partijen als in relatie tot externe financiers.

In de theorie zijn de succesfactoren gekoppeld aan verschillende deelgebieden. De lijst met succesfactoren is gekoppeld aan klantwaarde, aan personen, netwerk van organisaties, aan het organiseren van ketensamenwerking en de context. In alle door ons onderzochte praktijkvoorbeelden van ketensamenwerking is de inhoud de belangrijkste drijfveer om te komen tot samenwerking, namelijk betere zorg willen bieden aan de jeugdige en zijn omgeving. Ondanks dat gegeven, zien wij dat de factoren die betrekking hebben op de klantwaarde onderbelicht blijven. Niet alleen komen deze factoren niet terug in de lijst met kritische succesfactoren, maar ook worden zij niet genoemd als belangrijke voorwaarden voor ketensamenwerking. In hoofdstuk 5 hebben wij al aangegeven dat wij denken dat deze succesfactoren in de praktijk, op de werkvloer wel worden herkend, op strategisch niveau als gezamenlijk belang worden benoemd, maar wellicht vaak in de verdrinking komen bij de organisatie van ketensamenwerking. En dat in het verlengde hiervan de klantwaarde als een te vanzelfsprekend gegeven wordt gezien en te weinig wordt herkend als de drijvende kracht achter de ketensamenwerking.

CONCLUSIE 5: Klantwaarde als succesfactor wordt in de praktijk onderbelicht. Organisaties betrokken bij ketensamenwerking noemen inhoudelijk betere zorg in het belang van jeugdigen en omgeving wel als drijfveer voor ketensamenwerking, maar klantwaarde wordt nog te weinig gezien als een drijvende kracht achter de ketensamenwerking. De kansen om deze drijfveer bewust in te zetten als verbindend element bij ketensamenwerking blijven zo onbenut.

⁶¹ *Combinaties van Zorg bij Jeugdigen*, Den Haag april 2009, p6.

6.3 Andere opvallende zaken

Naast bovenstaande conclusies ten aanzien van succesfactoren vanuit de vergelijking tussen theorie en praktijk en onze beschouwing hierop, zijn wij in ons praktijkonderzoek ook op een aantal zaken gestuit die wij als belangwekkend genoeg beschouwen om daar een opmerking dan wel conclusie aan te verbinden in het kader van deze thesis.

In onze zoektocht naar relevante succesvolle voorbeelden van ketensamenwerking, alsmede bij onze bezoeken aan praktijkvoorbeelden en vanuit onze ervaring in de praktijk komt naar voren dat er vooral sprake is van lineaire ketenvorming. Er is veel minder sprake van netwerkconfiguraties en binnen de zorg voor jeugdigen komen we nog nauwelijks de principes tegen van wrapped around child care. Het beeld dringt zich bij ons op dat deze vorm van ketensamenwerking nog in de kinderschoenen staat en dat zorgaanbieders zich momenteel in eerste instantie richten op lineaire ketensamenwerking.

CONCLUSIE 6: In de praktijk van de jeugdzorg is er vooral sprake van lineaire ketensamenwerking. Kansen op het gebied van netwerkconfiguraties en wrapped around methoden worden nog niet opgepakt door zorgaanbieders.

In de bovenstaande zoektocht viel ons ook op dat succesvolle voorbeelden van ketensamenwerking zich vooral afspelen tussen partners in de jeugdzorg die qua zorgaanbod aan jeugdigen in elkaars verlengde liggen. In de praktijkvoorbeelden wordt ook aangegeven dat als gelijksoortige partners meewerken in de ketensamenwerking dit leidt tot een spanningsveld tussen concurrentie en samenwerking. Zo is ons bijvoorbeeld opgevallen dat in het praktijkvoorbeeld Doen wat werkt er alleen de jeugdzorgaanbieder in Drenthe aanwezig is in het samenwerkingsverband, ondanks het feit dat het een samenwerkingsverband betreft over de provincies Friesland, Groningen en Drenthe heen. Wij trekken op grond hiervan dan ook de volgende conclusie.

CONCLUSIE 7: Ketensamenwerking is eenvoudiger tot een succes te maken als de partners in het samenwerkingsverband in hun zorgaanbod aanvullend op elkaar zijn en niet concurrerend. Dat voorkomt domeindiscussie en het spanningsveld tussen samenwerken in een concurrerende markt.

In de interviews met betrokkenen en ook weergegeven in de vergelijking tussen succesfactoren uit theorie en praktijk kwam naar voren dat er in de praktijk nog geen sprake is van een geïntegreerd zorgplan en dossiervorming. Ook bij deze aspecten is er vooral sprake van het lineair aan elkaar werken. In een enkele situatie verdiept men zich er ondertussen wel in hoe integratie van cliëntgegevens tot stand kan komen. Wij zijn dan ook van mening dat binnen de ketensamenwerking nog onvoldoende focus zichtbaar is op de mogelijkheden van de technologie om de logistiek van ketensamenwerking te verbeteren. We denken hierbij bijvoorbeeld aan mogelijkheden ten aanzien van het werken met één digitaal dossier, het realtime verwerken van gegevens en het werken met één zorgplan.

CONCLUSIE 8: Binnen ketensamenwerking wordt nog te weinig gebruik gemaakt van de technologische mogelijkheden om de logistiek te verbeteren in de ketensamenwerking zoals integratie en digitalisering van zorgplan en dossier, evenals het benutten van mogelijkheden voor realtime bewerking van gegevens.

Bij conclusie 4 hebben wij reeds benoemd dat het ons bij het praktijkonderzoek opgevallen is dat de zorgaanbieders die investeren in de ketensamenwerking vaak niet de partijen zijn die uiteindelijk op financieel gebied ook de voordelen oogsten. Zo is in het voorbeeld van Doen wat werkt de inzet

gepleegd door de verschillende partners op het terrein van jeugdzorg, inclusief de kosten hiervan. Met het zorgprogramma wordt voorkomen dat jeugdigen te snel en onterecht in een justitiële jeugdinrichting worden geplaatst. De baten van deze ketensamenwerking komen hiermee terecht bij het ministerie van Justitie terwijl de kosten vooral terecht komen bij bijvoorbeeld de provincie en ministerie van Jeugd en Gezin. Bij Doen wat werkt worden de kosten na implementatie van de ketensamenwerking in de reguliere werkprocessen vooral gedragen door zorgaanbieders, gefinancierd door provincie en ministerie van Jeugd en Gezin. Dat geeft extra druk op de reguliere budgetten. Wij vinden dat dit zichtbaar maakt dat de drijfveer voor het bieden van ketenzorg vooral gelegen is in zorginhoudelijke redenen in het belang van de cliënt en niet in de financiële voordelen. Het creëren van een positieve financiële prikkel zou de ontwikkeling van ketensamenwerking nog extra kunnen bevorderen.

CONCLUSIE 9: Het financieringsstelsel heeft over het algemeen een negatieve prikkel voor ketensamenwerking, veroorzaakt door het feit dat de financiële opbrengsten nu nog niet terecht komen bij die partijen die investeren in ketenzorg.

6.4 27 rapporten over de toekomst van de jeugdsector

In de veronderstelling dat minister Rouvoet maart 2010 een toekomstvisie voor de jeugdzorg zou presenteren aan de Tweede Kamer is in december 2009 een werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg in het leven geroepen. Doel van de verkenning door de werkgroep is het verkrijgen van inzicht in de voorwaarden waaraan de voorstellen van het kabinet dienen te voldoen om de problemen in de jeugdzorg op te lossen. Inmiddels is het kabinet eind februari 2010 gevallen en zullen de voorstellen nog even op zich laten wachten. Begin maart 2010 is dit onderwerp controversieel verklaard.

Ondertussen gaat de werkgroep Toekomstverkenning door met haar verkenning op basis van de vraag: *“Aan welke voorwaarden moeten de voorstellen van het kabinet voldoen om de problemen in de jeugdzorg op de korte en lange termijn op te lossen?”*⁶² De verkenningen beslaan het brede terrein van de sector jeugdzorg die valt onder de wet op de jeugdzorg tot de aanpalende sectoren op het gebied van gemeentelijk beleid, jeugd-ggz, jeugd-lvg en onderwijs. Nadrukkelijk zoekt de werkgroep in haar verkenningen oplossingen voor de korte en de lange termijn.

Bij de verkenningen betreft de werkgroep een analyse van 27 rapporten die, al dan niet op verzoek van het ministerie van Jeugd en Gezin, sinds medio 2008 zijn opgesteld⁶³. Daarnaast houdt zij besloten en openbare hoorzittingen en gaat zij mogelijk op werkbezoek. Op basis van deze input zal de werkgroep een notitie opstellen over de voorwaarden waaraan het kabinetsstandpunt over de toekomst van de zorg voor jeugd zou moeten voldoen. Men streeft hierbij naar een gedeelde analyse van de eerder geformuleerde conclusies en aanbevelingen.

Op dit moment is nog niet te voorspellen wat de aanbevelingen van de werkgroep Toekomstverkenning zullen zijn. Veel van de genoemde 27 rapporten hebben wij echter bestudeerd in het kader van deze thesis. Opvallend bij de bestudering van de verschillende rapporten is dat alle partijen, betrokken bij jeugdzorg, afzonderlijk hun visie op de toekomst hebben aangeleverd bij de minister. Het eigen perspectief en voorkeur voor behoud van de eigen vorm van zorg en dienstverlening zijn hierbij veelal de leidraad.

Een poging om te komen tot een gezamenlijk advies namens Jeugdpoort Nederland, het platform van overkoepelende organisaties op het gebied van jeugdzorg, is niet gerealiseerd. Wij beschouwen dit

⁶² Brief van de werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg aan de Tweede Kamer, Den Haag 18 december 2009.

⁶³ Ibid., p. 5

als een gemiste kans om een stelselwijziging vanuit een gedeelde visie te benaderen, waarbij klantwaarde centraal gesteld had kunnen worden en beter benut als bindend element voor de kanteling die de minister beoogt.

Uitgangspunten toekomstscenario's:

- Opvoeden vindt bij voorkeur plaats in het gezin, omslag naar preventie en de vrijblijvendheid voorbij.
- Kinderen met lichte opvoed- of psychische problemen horen thuis in de eerstelijnszorg, niet in de gespecialiseerde tweedelijns jeugdzorg. Deze zorg behoort tot het domein van de gemeentes, in casu de Centra voor Jeugd en Gezin. De eigen kracht van het gezin of het netwerk van de jeugdige moet optimaal worden benut.
- Voor kinderen met zware, complexe problematiek die moeilijk of niet te bereiken zijn, moeten professionals in de zorg meer gaan samenwerken. Een snelle realisatie van een passend intersectoraal zorgaanbod voor jeugdigen en gezinnen met meervoudige problemen ziet Rouvoet als één van de grote uitdagingen voor de hulpverlening. Dat stelt eisen aan het huidige stelsel in de zin van ontkokering op het gebied van financiering en bevordering van samenwerking.
- Zware zorg voor complexe gevallen mag niet langer duren dan absoluut noodzakelijk en moet gericht zijn op de terugkeer naar de gezinssituatie en hulp dicht bij huis.
- Eén gezin, één plan vormt de basis voor de toekomstige werkwijze.

Bron: Aanzien Jeugdzorg zal ingrijpend veranderen. Toespraak minister Rouvoet, 30 september 2009

Hoewel de toekomst nog onzeker is, blijkt uit gesprekken tussen de Jeugdpoort partners dat de meeste partijen neigen naar het op termijn beëindigen van de rol van de provincies in de jeugdzorg ten gunste van de gemeente en mogelijk ook de zorgverzekeraars⁶⁴. Discussiestukken van het ministerie van Jeugd en Gezin laten drie varianten zien hoe het stelsel van de jeugdzorg kan worden omgebogen naar een stelsel van eerste- en tweedelijns jeugdzorg⁶⁵. Deze drie varianten worden als volgt getypeerd:

1. Provinciale variant:

Gemeenten worden verantwoordelijk voor preventie en eerste lijns zorg, provincie en zorgverzekeraars voor tweede lijn

2. Lokale variant:

Gemeenten worden verantwoordelijk voor eerste lijn en tweede lijns voorzieningen

3. Zorgverzekeringvariant:

Gemeenten worden verantwoordelijk voor eerste lijn, tweedelijns voorzieningen worden ondergebracht deels bij gemeenten en deels in zorgverzekeringswet.

Het standpunt van de brancheorganisatie van jeugdzorgaanbieders, de MO groep ten aanzien van een integraal jeugdzorgaanbod is in dit kader interessant. Zij pleit voor één financieringskader voor zowel lokale-, eerste-, tweede- als derdelijns voorzieningen⁶⁶. Daarnaast pleit de MO groep voor een integraal jeugdzorgaanbod. Daarmee beoogt zij een hecht maar flexibel samenwerkingsverband van gespecialiseerde instellingen, die ieder vanuit hun eigen expertise de benodigde zorg verlenen op basis van één integraal behandelplan.

Ongeacht de definitieve richting voor het jeugdzorgbeleid, de politieke keuze voor een indeling in eerste-, tweede- en mogelijk derdelijns jeugdzorg, is te voorspellen dat zorgaanbieders steeds meer zullen worden aangesproken op ketensamenwerking. Er komt meer nadruk te liggen op één

⁶⁴ Voorlegger VGN adviescommissie Jeugd, voorbereiding kabinetstandpunt toekomst zorg voor jeugd, december 2009, pag 1.

⁶⁵ Discussiestuk ministerie van jeugd en gezin over eerste lijn en tweede lijn, december 2009 pag 1-4.

⁶⁶ Naar integrale Jeugdzorg, rapportage MO-groep Jeugdzorg.

regiehouder vanuit of de gemeente, of vanuit één van de zorgaanbieders en het creëren van een zorgcontinuüm in het belang van de cliënt.

Op het niveau van zorgaanbieders zal in deze denkrichting het belang van ketensamenwerking alleen maar verder toenemen. Van iedere zorgaanbieder zal geëist worden dat hij zijn plaats in de keten inneemt en zijn inbreng heeft in deze keten. En verbindingen weet te leggen tussen eerste-, tweede- en eventueel derdelijns jeugdzorg, ongeacht de eigen positie binnen het netwerk van organisaties die betrokken zijn. Meer en meer zal de vrijblijvendheid van deze ketensamenwerking er af gaan en zal ook vanuit de financiers (gemeente, provincie of zorgverzekeringswet) hier prestaties over worden afgesproken.

6.5 Aanbevelingen voor succes in de toekomst

De contouren van de mogelijke toekomstscenario's voor de jeugdzorg sluiten nauw aan bij een aantal van de door ons getrokken conclusies op basis van een vergelijking tussen theorie en praktijk en onze eigen praktijkervaring. Door onze bevindingen te confronteren met het toekomstbeeld van de jeugdzorg, of wat daar nu over bekend is, kunnen we aanbevelingen formuleren voor zorgaanbieders ten aanzien van enerzijds succesfactoren voor ketensamenwerking en anderzijds het versterken van de eigen concurrentiepositie hierbij. Hiermee komen we tegemoet aan onze doelstelling om te komen tot aanbevelingen aan bestuurders van zorgorganisaties met betrekking tot succesfactoren van ketenvorming in de jeugdzorg.

De eerste twee aanbevelingen richten zich op de factoren die van belang zijn voor een succesvolle ketensamenwerking, de volgende aanbevelingen richten zich meer op onze visie op ketenzorg.

Uit onze conclusies komt naar voren dat er een aantal factoren zijn die doorslaggevend zijn voor het succes van ketensamenwerking. Wij zijn van mening dat, als bestuurders belang hechten aan ketensamenwerking (en naar ons idee zouden ze dat moeten doen), zij nadrukkelijk oog moeten hebben voor de volgende succesfactoren binnen de ketensamenwerking:

AANBEVELING 1: Draag als bestuurder bij ketenzorg en samenwerking met ketenpartners zorg voor de volgende kritische succesfactoren:

- Schuif in de ketensamenwerking die medewerkers naar voren die goed zijn in het benutten van persoonlijke contacten en goed in staat zijn een netwerk op te bouwen en te benutten. De chemie in persoonlijke relaties speelt hierbij een belangrijke rol.
- Toon als bestuurder durf en slagkracht binnen de ketensamenwerking en steun de medewerkers die hun bijdrage leveren aan deze ketensamenwerking op de verschillende niveaus binnen de organisatie.
- Geef deze medewerkers het mandaat en de middelen om benodigde werkzaamheden uit te kunnen voeren en ketensamenwerking tot een succes te maken.
- Maak de identiteit en competenties van de eigen organisatie zichtbaar en accepteer en waardeer de identiteit en competenties van de andere ketenpartners.
- Wees helder over de gezamenlijke visie en strategie van het samenwerkingsverband. Het belang van het collectief gaat hierbij boven het individuele belang van de deelnemende organisaties.
- Benader in eerste instantie de ketensamenwerking als een project, waarvoor een goede projectopzet noodzakelijk is en selecteer voor dit project een bevlogen en competent projectleider.

Bovenstaande factoren zijn van cruciaal belang voor de ketensamenwerking, zij kunnen in de ketensamenwerking het verschil maken. Er zijn echter ook een aantal voorwaarden voor ketensamenwerking die niet uit het oog verloren moeten worden. Onze aanbeveling aan bestuurders van jeugdzorgaanbieders is dan ook als volgt:

AANBEVELING 2: Draag als bestuurder bij ketensamenwerking verantwoordelijkheid voor het regelen van de volgende noodzakelijke randvoorwaarden:

- Zorg ervoor dat in de ketensamenwerking aangesloten wordt bij al bestaande functieprofielen, kennis, kunde en taken en werkwijzen van professionals bij de afzonderlijke organisaties.
- Maak heldere afspraken over verwachtingen, taken, rollen en verantwoordelijkheden.
- Spreek af wie de rol van keteneigenaar op zich neemt en hoe de rol van ketenregisseur wordt weggezet.
- Leg de afspraken vast in een samenwerkingsovereenkomst.
- Zorg ervoor dat er gelegenheid is om elkaar te ontmoeten binnen een overlegstructuur, die naast ontmoeting ook gericht is op het maken van afspraken.

De toekomstscenario's van de politiek op de jeugdzorg dwingen bestuurders van zorgorganisaties betrokken bij zorg voor jeugd een visie te ontwikkelen op ketensamenwerking waarbij het centraal stellen van de klantwaarde uitgangspunt is. Dit sluit aan bij het eerder door ons genoemde model van Porter's *Redefining Healthcare*. In hoofdstuk 4 hebben wij reeds beschreven hoe het model van Porter uitgaat van waardecreatie op het niveau van de (aandoening) van de patiënt of cliënt. Door als zorgaanbieder(s) keuzes te maken voor bepaalde doelgroepen en bepaalde aandoeningen, creëert men de mogelijkheid om verder te differentiëren, specialiseren en excelleren in het type dienstverlening dat bij deze doelgroep past⁶⁷.

Op basis van ons praktijkonderzoek hebben wij kunnen vaststellen dat klantwaarde weliswaar een belangrijke drijfveer is voor verschillende partijen om ketensamenwerking in de jeugdzorg te starten, maar al snel onderbelicht raakt. Door te blijven focussen op klantwaarde als verbindend element, zullen naar onze mening zorgaanbieders beter de kansen voor ketensamenwerking weten te benutten. En is de kans op succes hierbij ook groter. Dat veronderstelt wel een nadrukkelijker rol voor de jeugdige en zijn omgeving in het hulpverleningsproces.

AANBEVELING 3: Door klantwaarde, op het niveau van doelgroep en problematiek, centraal te stellen en te blijven stellen wordt de kans op een succesvolle ketensamenwerking groter. De drijfveer om betere zorg te leveren voor specifieke groepen is een verbindend element in alle fasen van ketenzorg. De rol van de klant kan hierbij versterkt worden door de jeugdige en zijn netwerk "partner" te maken in het hulpverleningsproces en de ketensamenwerking.

De realiteit is echter dat waardegedreven zorg in het Nederlandse zorgstelsel in zijn algemeenheid, maar ook binnen het brede speelveld van de jeugdzorg nog geen gemeengoed is. Ook dit gegeven hebben we eerder in deze thesis benoemd⁶⁸. Daarbij wordt benadrukt dat, in de huidige situatie waarin het speelveld opnieuw wordt gedefinieerd, de eerste echte bewegers beloond zullen worden. Waarop anderen worden gedwongen in actie te komen. Vanuit politiek Den Haag wordt het totale veld door Rouvoet opgeroepen om een kanteling van het stelsel mogelijk te maken in het belang van de aanpak van de jeugdproblematiek⁶⁹.

Dit sluit nauw aan op één van de conclusies die wij hebben getrokken uit ons praktijkonderzoek, maar ook op grond van onze eigen ervaringen op dit terrein. Namelijk dat ketensamenwerking succesvol wordt als bestuurders van zorgorganisaties de moed hebben om af te wijken van de gebaande paden en risico's durven nemen.

⁶⁷ Zie p. 29

⁶⁸ Zie p. 29

⁶⁹ *Afsprakenkader Rijk en IPO, financiering en aanpak Jeugdzorg 2010 en 2011*, 11 november 2009

AANBEVELING 4: Ketensamenwerking tussen organisaties vraagt durf van u als bestuurder om grenzen te verleggen en van de gebaande paden af te wijken. Het denken over de eigen organisatiegrenzen en het nemen van risico's hoort hierbij.

Herhaaldelijk in deze thesis hebben wij geconstateerd dat ketensamenwerking tussen partijen die ook concurrerend zijn aan elkaar een spanningsveld oproept. Dat staat het creëren van samenhangende coalities in het belang van de klant in de weg. Ook in ons praktijkonderzoek hebben wij vastgesteld dat het eenvoudiger is om ketensamenwerking tot een succes te maken als de samenwerkende partijen aanvullend zijn aan elkaar en niet concurrerend. Dit sluit nauw aan bij de toekomstvisie van het ministerie van Jeugd en Gezin: samenwerking tussen niet concurrerende partners wordt hierbij als uitdaging benoemd.

AANBEVELING 5: De grootste kans op succes bij ketensamenwerking is bij een samenwerkingsverband tussen niet concurrerende partners. Focus als bestuurder op deze partners in het belang van de jeugdige en zijn/haar gezin.

In ons praktijkonderzoek hebben wij geconstateerd dat de vormen van ketensamenwerking hoofdzakelijk lineair of sequentieel zijn. Netwerkconfiguraties of wrapped around care hebben wij nog nauwelijks aangetroffen. Toch wordt deze laatste vorm van keten samenwerking wel benadrukt in de toekomstvisie van het ministerie van Jeugd en Gezin. Samenwerking tussen de verschillende partijen dichtbij de jeugdige en het gezin wordt hierbij benadrukt. Benutten van de eigen kracht van gezin en netwerk is hierbij nadrukkelijk aan de orde. Dat betekent voor zorgaanbieders een omslag in het denken van een samenwerking tussen elkaar opeenvolgende hulpverleners naar samenwerking tussen partners die gelijktijdig aan de slag zijn.

AANBEVELING 6: Probeer als bestuurder binnen de ketensamenwerking niet alleen te denken in elkaar opvolgende schakels, maar ook in gelijktijdige inzet van diverse hulpverleningsvormen. Naast lineaire ketenzorg biedt ook wrapped around child care aanknopingspunten voor ketenzorg. Het voordeel van deze laatste vorm van ketenzorg is dat deze dichtbij het gezin georganiseerd kan worden en de eigen kracht beter wordt benut. Dat veronderstelt bekendheid met lokale en regionale netwerken.

Het financieringsstelsel met de schotten tussen de sectoren in de jeugdzorg wordt in het brede veld ervaren als belemmerende factor. In alle drie de door ons onderzochte praktijkvoorbeelden werd dit als zodanig benoemd. Maar ook in onze dagelijkse praktijk hebben wij te maken met deze schotten tussen financieringsstromen en verantwoordingskaders. Deze belemmering wordt tevens erkend door de landelijke politiek getuige het feit dat ook door minister Rouvoet ontkokering van het stelsel als aandachtspunt wordt genoemd bij de toekomstvisie op de jeugdzorg⁷⁰. Onze zevende aanbeveling zou eigenlijk meer gericht moeten zijn naar de politiek. In het kader van deze thesis richten we ons echter tot bestuurders van zorgorganisaties op het gebied van de jeugdzorg.

AANBEVELING 7: Binnen ketensamenwerking is de financiering en ontschotting tussen de diverse sectoren een zeer belangrijk aspect. Dit vraagt om een politiek standpunt en vooralsnog is het niet zover. Voor bestuurders van zorgorganisaties betekent dit dat zij maximaal de mogelijkheden van de financiële ruimte moeten benutten. Het vraagt ook bezinning op de mogelijkheden om ketensamenwerking op de lange termijn te borgen in de reguliere financiering. En om het aanboren van alternatieven over de grenzen van de sectoren heen.

⁷⁰ Aanzien Jeugdzorg zal ingrijpend veranderen. Toespraak minister Rouvoet, 30 september 2009.

Eerder hebben wij geconstateerd dat het realiseren van succesvolle ketensamenwerking ook staat of valt met het creëren van de juiste voorwaarden op de diverse niveaus binnen de organisatie en logistieke verbeteringen. Dit is al tot uitdrukking gekomen in aanbeveling 2. De nadruk in de toekomstvisie van de overheid ligt nadrukkelijk op “één kind, één gezin, één plan”. Zover is het echter nog lang niet, getuige het vele papierwerk waarmee de jeugdsector wordt belast. En de klacht van veel betrokken cliënten om telkens weer bij elke nieuwe instantie hun verhaal te moeten doen. Technologische vernieuwingen maken communicatie over de grenzen van de eigen organisatie reeds mogelijk. Deze mogelijkheden worden naar onze mening tot nu toe onvoldoende benut en dat leidt tot de laatste aanbeveling aan bestuurders.

AANBEVELING 8: De technologische mogelijkheden voor een verbeterde communicatie op klantniveau (zorgplan, dossier etc.) zijn al veel verder dan waar zorgaanbieders nu gebruik van maken. Ketensamenwerking kan eenvoudiger zijn door een beter gebruik van de technologische mogelijkheden. Zorg als bestuurder er voor dat de eigen zorgorganisatie en het collectief zich hier meer in verdiept en gebruik weet te maken van deze mogelijkheden.

6.6 Tot slot

Gaandeweg deze thesis zijn wij overtuigd geraakt van ketensamenwerking voor de toekomst van de jeugdzorg. Alleen vanuit de brede context van het speelveld van de jeugdzorg kan dit worden bekeken. Het kind of de jongere en het gezin centraal stellen is daarbij ons uitgangspunt. En daarbij hebben we anderen nodig. Ook binnen onze eigen organisaties zal dit nodig zijn om de zorg voor kind en jeugd toekomstbestendig vorm te geven. Binnen Promens-Care in Drenthe en Triade Flevoland leidt dit ongetwijfeld tot deelname aan experimenten op het grensvlak van de verschillende sectoren. Bovengenoemde aanbevelingen nemen we hier in mee.



Sterke schakels dragen jeugd van de toekomst

Kinderen, ketens en samenwerken leveren als ingrediënten bij een simpele zoektocht op het internet prachtige plaatjes op. Voor deze thesis hebben wij gezocht naar beelden die de toekomst van de jeugdzorg recht doen. Daarbij hebben we gezocht naar sterke schakels die de jeugd van de toekomst kunnen dragen. Gaandeweg het schrijven van deze thesis leverde ons dat het beeld op van al die schakels waarop de jeugd van de toekomst moet kunnen vertrouwen. Sterk genoeg om hen te kunnen dragen. Hier gaan wij voor! Dat was een belangrijke inspiratiebron voor de keuze van de foto's.



Samenwerken aan ketensamenwerking

De keuze tot samenwerken bij de voorgaande thesis lag voor ons, Atie en Aukina, voor de hand. Doordat we beiden werkzaam zijn in hetzelfde werkveld, daar geconfronteerd worden met dezelfde vragen rondom de ingewikkeldheid van de jeugdzorg en beiden zien dat ketenzorg hier een steeds noodzakelijker antwoord op is, was ons onderwerp voor de thesis snel duidelijk. Daarnaast hadden we al ervaring opgedaan in een duo te werken in een eerdere opdracht binnen de MBA-Health. En daaruit was al gebleken dat we aanvullend op elkaar en met meerwaarde samen aan een opdracht kunnen werken.

Wij vinden dat onze samenwerking beschouwd kan worden als een ketensamenwerking. Ervan uitgaande dat Lucie Boonekamp, onze begeleider en in het verlengde daarvan de examencommissie onze klant was, hebben wij als onderscheiden zorgondernemingen (Atie en Aukina), in gecoördineerd verband en in onderlinge samenhang zorg gedragen voor continuïteit van zorg (één eindwerkstuk).

In het proces van het komen tot één werkstuk hebben wij zowel lineair gewerkt als in een netwerkconfiguratie. Lineair als we de taken die gedaan moesten worden verdeelden en we allebei een deel van het schrijven van de hoofdstukken op ons namen en ook op de momenten dat we achtereenvolgens in de vele versies van onze thesis werkten. We werkten in een netwerkconfiguratie tijdens onze ontmoetingen als we gezamenlijk verdieping in onze thesis aanbrachten, gezamenlijk werkten aan het conceptueel model en tot conclusies en aanbevelingen kwamen.

Achteraf terugkijkend op onze samenwerking kunnen we niet anders concluderen dan dat onze samenwerking succesvol is verlopen. In onze samenwerking herkennen wij dan ook de kritische succesfactoren.

- Het persoonlijke contact en de chemie tussen ons hebben we benut in het komen tot één eindwerkstuk. In dat proces hebben we rekening gehouden met onze verschillen in werkwijze en het komen tot resultaten.
- We zijn beiden gesteund door onze organisaties en onze families gedurende onze opleiding en ook tijdens deze laatste fase. De tijd die we gezamenlijk en individueel hebben besteed aan deze thesis, is tijd geweest die we niet aan onze gezinnen en aan ons werk hebben kunnen besteden. Zij hebben ons echter nooit het gevoel gegeven dat wij hen daarmee tekort hebben gedaan.
- Onze verschillen in werkwijze aan de thesis hebben wij volledig van elkaar geaccepteerd, maar daarnaast was er ook veel waardering voor elkaars bijdrage aan de thesis en de verschillen in competenties die hieraan ten grondslag lagen.
- Vanaf aanvang hebben we het komen tot een eindproduct beschouwd als een project. Vooraf hadden we een projectopzet gemaakt met te onderscheiden activiteiten en een tijdsplanning.

Deze werkwijze heeft voor ons beiden gewerkt en gemaakt dat we redelijk stressloos tot ons eindproduct zijn gekomen.

- We hadden mandaat van elkaar om onderdelen van de tekst naar eigen bevindingen op te bouwen en in te vullen en elkaars teksten vervolgens weer aan te passen. Ook hebben we voortdurend over en weer gevoeld dat er een gelijkelijke inzet was van middelen als tijd en energie.

In de bovenstaande succesfactoren blijft het volgende onbelicht. Onze samenwerking is ook succesvol geworden, omdat we beide de drive hadden om ons te willen verdiepen in de wereld van de jeugdzorg en ketensamenwerking. Ons enthousiasme over dit onderwerp is steeds bovenliggend gebleven aan de tijd die we eraan hebben besteed. Ook het gegeven dat de kennis die we opdeden te gebruiken was in onze eigen praktijk werkte hierin stimulerend. En tot slot waren de begeleidingsafspraken met onze studiebegeleider Lucie Boonekamp steeds van dien aard dat we in staat waren een verdiepingsslag aan te brengen in de resultaten. Dat werkte zonder meer inspirerend.

Wij zijn dan ook trots op ons eindresultaat Sterke schakels, maar niet minder op het proces daar aan voorafgaand.

Atie Gelderloos
Aukina de Bruin



Bijlage 1: Generiek ontwikkelingsmodel van Minkman

Fase	Elementen
Initiatief en ontwerpfase	1. Definiëren van de ambities en doelstellingen van de samenwerking in de zorgketen
	2. Definiëren van de te bereiken cliëntgroep
	3. Definiëren en beoordelen van de karakteristieken van de gezamenlijk geboden zorg
	4. Waarborgen van bestuurlijk commitment van de organisaties verbonden aan de zorgketen
	5. Bereiken van overeenstemming over een gedeelde verantwoordelijkheid voor de doelen en resultaten die bereikt dienen te worden
	6. Vaststellen van de onderlinge afhankelijkheden tussen zorgpartners
	7. Beschrijven van taken en verantwoordelijkheden van de bestuurders, coördinatoren en raden van toezicht in de zorgketen
	8. Bereiken van overeenstemming over verwijzingen en overdracht van cliënten door de zorgketen
	9. Teken van samenwerkingsovereenkomsten tussen zorgpartners
	10. Bereiken van overeenstemming over procedures voor informatie-uitwisseling
Experiment en uitvoeringsfase	1. Realiseren van direct contact tussen de professionals in de zorgketen
	2. Gebruiken van gezamenlijke cliëntbehandelingen en zorgplannen
	3. Het inbrengen van gespecialiseerde verpleegkundigen door de zorgketen heen
	4. Bereiken van aanpassingen tussen zorgpartners door middel van direct contact
	5. Gebruiken van evidenced-based richtsnoeren en standaarden
	6. Monitoren van successen en resultaten gedurende de ontwikkeling van de geïntegreerde zorgketen
	7. Bereiken van overeenstemming tussen de zorgpartners over de ontslagplanning
	8. Werken in multidisciplinaire teams
	9. Ervoor zorgen dat professionals in de zorgketen zijn geïnformeerd over elkaars expertise en taken
	10. Bereiken van overeenstemming over ketenlogistiek (bijvoorbeeld wachttijden en doorstroomtijden)
Uitbouw en monitoringfase	1. Gebruiken van een systematische procedure voor de evaluatie van afspraken, benaderingen en resultaten
	2. Flexibele aanpassing van geïntegreerde zorg die overeenkomt met de individuele cliënt behoeften
	3. Monitoren en analyseren van fouten en bijna fouten in de zorgketen
	4. Bereiken van overeenstemming over de introductie en integratie van nieuwe partners in de zorgketen
	5. Het gebruiken van gezamenlijke onderwijsprogramma's en het creëren van een leeromgeving voor de professionals van de zorgpartners

	6. Betrekken van cliëntvertegenwoordigers in het verbeteren van projecten in de zorgketen
	7. Ontwerpen van zorg voor cliënten met multiproblematiek en comorbiditeit
	8. Gezamenlijk leren in de zorgketen met als doel het innoveren van geïntegreerde zorg
	9. Ontwikkelen van verbindingen tussen databases van partners in de zorgketen
	10. Transparant maken van de effecten van de samenwerking op de productie van de zorgketenpartners
Verduurzaming en transformatiefase	1. Het aanbieden van een enkelvoudig gezamenlijk financieel contract aan financiers door het collectief van de zorgpartners
	2. Het verbinden van consequenties aan het bereiken van overeengekomen doelstellingen
	3. Het integreren van prikkels voor het belonen van het bereiken van kwaliteitsdoelen
	4. Structurele ontmoetingen met externe partijen zoals verzekeraars, lokale overheden en inspecties
	5. Het delen van kennis tussen zorgpartners over het effectief organiseren van duurzaam geïntegreerde zorg
	6. Structurele ontmoetingen met externe partijen zoals verzekeraars, lokale overheden en inspecties
	7. Monitoren en analyseren van fouten en bijna fouten in de zorgketen
	8. Ontwikkelen van zorgprogramma's voor relevante subgroepen van cliënten
	9. Bereiken van overeenstemming over de los te laten domeinen van partners
	10. Bereiken van overeenstemming over het financiële budget van de geïntegreerde zorg

Bijlage 2: Uitnodiging en vragenlijst interviews

VOORAF

De zorg voor jeugdigen in het brede speelveld van de jeugdzorg staat aan de vooravond van ingrijpende wijzigingen. Minister Rouvoet kondigt in het *Afsprakenkader aanpak en financiering jeugdzorg 2010 en 2011* een kanteling aan in de aanpak van de jeugdproblematiek. Samenwerking in ketens of netwerken wordt ook binnen de zorg voor jeugdigen van toenemend belang voor het behalen van concurrentievoordeel voor zorgaanbieders. Ketenvorming creëert waarde op het niveau van de jeugdproblematiek. Vanuit deze focus kan de “full cycle of care” (preventie, behandeling/zorg tot nazorg) worden ontwikkeld op het niveau van specifieke vraagstukken en doelgroepen. Het perspectief van waarde voor de jeugdige en zijn/haar omgeving is leidend bij de organisatie en invulling van zorg. Dit resulteert in een continuüm van samenhangende zorgproducten over de bestaande grenzen van organisatorische eenheden heen, het realiseren van best practices en innovatie. Waarmee niet alleen kwaliteit van zorg wordt bereikt, maar ook efficiënte besteding van middelen.

Wij, Atie Gelderloos en Aukina de Bruin zijn beiden werkzaam in de jeugdsector en daar worden wij vrijwel dagelijks geconfronteerd met de complexiteit van de sector en nog onvoldoende ketenvorming in het belang van het kind. Bij Promens-Care hebben we te maken met de combinaties tussen AWBZ VG en (jeugd) GGZ, bij Triade in Flevoland komt daar de provinciale jeugdzorg nog eens bij. In het kader van onze opleiding MBA-Health aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam hebben wij gekozen om voor onze thesis in te gaan op ketenzorg binnen de jeugdzorg. Het leidende thema hierbij is: de toekomst van de jeugdzorg, dwars door alle sectoren heen. Als aannahme hanteren wij hierbij de volgende stellingname: “om te voorkomen dat kinderen tussen de wal en het schip raken, zullen zorgaanbieders moeten samenwerken en ketens bouwen dwars door de sectoren heen”.

De doelstelling van de thesis luidt als volgt:

Het doen van aanbevelingen aan bestuurders van zorgorganisaties met betrekking tot succesfactoren van ketenvorming in de jeugdzorg door:

- Overzicht te geven van het speelveld in de diverse sectoren AWBZ en provinciale jeugdzorg
- Nadere verdieping in succesfactoren in de ketenzorg in het licht van een conceptueel model
- Vergelijking theorie en praktijk: op zoek naar de succesfactoren van het conceptueel model in enkele praktijkvoorbeelden.

De centrale vraagstelling hierbij is: welke factoren dragen bij aan een succesvolle ketenvorming in het totale speelveld waar de jeugdzorg zich in bevindt tegen de achtergrond van stelselontwikkelingen en de veranderende wet- en regelgeving?

Via het praktijkonderzoek willen wij een vergelijking maken tussen de succesfactoren volgens het theoretisch/conceptueel model en de praktijk binnen de jeugdzorg. Daarvoor maken wij gebruik van half gestructureerde interviews aan de hand van onderstaande vragenlijst.

De resultaten uit de interviews worden vergeleken met de uitkomsten vanuit de literatuurstudie en zullen leiden tot conclusies en aanbevelingen op het gebied van belangrijke succesfactoren voor ketenvorming in de jeugdzorg.

Wij willen u alvast hartelijk bedanken voor uw medewerking.

Aukina de Bruin en Atie Gelderloos.

VRAGENLIJST

Algemene gegevens

1. Wat is uw naam, functie en bij welke organisatie bent u werkzaam?
2. Wat is uw rol/functie binnen dit voorbeeld van ketensamenwerking?
3. Sinds wanneer bent u betrokken bij dit voorbeeld van ketensamenwerking?
4. Wat is het doel van de ketensamenwerking?
5. Kunt u een korte beschrijving geven van de inhoud van de ketensamenwerking?
6. Welke partijen zijn betrokken bij de ketensamenwerking en kunt u een korte omschrijving geven van deze partijen?
7. Op hoeveel cliënten richt de samenwerking zich?

Vragen met betrekking tot de ketensamenwerking

Ontstaan van de ketensamenwerking

1. Hoe is de ketensamenwerking ontstaan?
2. Wat was de aanleiding van het ontstaan van de ketensamenwerking?
3. Wat waren de samenwerkingsrelaties tussen de organisaties voordat de ketensamenwerking van start ging?

Doelgroep

4. Wat is de doelgroep waar de ketensamenwerking zich op richt?
5. Zijn er cliëntdoelen gedefinieerd en zo ja welke?
6. Wordt de cliënt betrokken bij de uitvoer van de zorg en hulpverlening en zo ja hoe?
7. Wat is de expertise van de afzonderlijke organisaties ten aanzien van de doelgroep?
8. Hoe komt deze expertise tot uitdrukking in de ketensamenwerking?
9. Hoe worden cliënten geïnformeerd en waarover?
10. Hoe wordt omgegaan met cliëntinformatie, met het zorgplan en dossier binnen de ketensamenwerking?
11. Wordt de cliënttevredenheid gemeten en zo ja hoe?
12. Indien van toepassing: Hoe vindt de overdracht van cliënten plaats?

Organisatie

13. Wat zijn overeenkomsten en verschillen in de werkwijzen van de betrokken organisaties?
14. Hoe worden deze overeenkomsten en verschillen gewaardeerd binnen de ketensamenwerking en gewaardeerd door de afzonderlijke partijen?
15. Wat zijn de taken, rollen en verantwoordelijkheden van de partijen binnen de ketensamenwerking?
16. Zijn de taken, rollen en verantwoordelijkheden van de partijen ook vastgelegd en zo ja hoe?
17. Wat zijn de onderlinge afhankelijkheden tussen de verschillende organisaties? Hebben deze invloed gehad op het project en zo ja hoe?

Professionals

18. Hoe zijn de contacten georganiseerd tussen de professionals van de verschillende organisaties?
19. Hoe worden de betrokken professionals geïnformeerd en waarover?
20. Welk mandaat hebben de professionals om de doelen te bereiken?
21. Over welke middelen beschikken de professionals om de doelen te bereiken?

Project/Keten

22. Hoe ziet de projectstructuur/ketenstructuur eruit? Hoe wordt deze aangestuurd?
23. Wat is de rol van bestuurders en management? Is er sprake van steun en is er sprake van slagkracht bij bestuurders?
24. Is er een gezamenlijke visie en strategie opgesteld voor het project/keten en zo ja welke?
25. Is er sprake van een ketenregisseur en een keteneigenaar en zo ja wie en wat houdt dit in?
26. Is er een overlegstructuur binnen het project/keten en wat is het doel hiervan?
27. Is er een samenwerkingsovereenkomst opgesteld en zo ja wat is daarin beschreven?
28. Hoe is de financiering van de ketensamenwerking geregeld?

Tot slot

29. Wat maakt deze ketensamenwerking tot een succes?
30. Wat zijn de knelpunten binnen de ketensamenwerking?
31. Wat zou anders moeten om de ketensamenwerking tot een (nog groter) succes te maken?
32. Wat zou u andere organisaties adviseren die zich op het terrein van ketensamenwerking begeven?
33. Wat waren cruciale momenten voor u in de ketensamenwerking en waarom?



Literatuurlijst

DE WERELD VAN DE JEUGD

B&A Groep Combinaties van zorg bij jeugdigen [Rapport]. - Den Haag, April 2009.

BMC Evaluatieonderzoek Wet op de Jeugdzorg. Eindrapport in opdracht van het ministerie Jeugd en Gezin en ministerie van Justitie [Rapport]. - Oktober 2009.

Commissie zorg om jeugd Van Klein naar Groot, opdracht van de vereniging Nederlandse Gemeenten. [Rapport]. - juni 2009.

Meer, Jelle van der De zucht naar samenhang. Verkokering en ontkokering in het jeugdbeleid en het grote stedenbeleid. Bijlage 2 in de Ontkokering voorbij. [Rapport]. - 2008.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport Basispakket jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar.

Programma ministerie voor jeugd en gezin Hoe werkt het? Landelijk beleidskader jeugdzorg 2009-2012.

Programmaministerie Jeugd en Gezin Beleidsbrief centra voor jeugd en gezin. November 2007.

Randstedelijke Rekenkamer Kind centraal of cijfers centraal? Wat zeggen de wachtlijstcijfers over de prestaties in de jeugdzorg? [Rapport]. - Amsterdam, januari 2010.

Rietveld, Jos De Nederlandse Jeugdzorg: zorgenkind op weg naar volwassenheid? [Tijdschrift]. - 23 juni 2009.

Sociaal Cultureel Planbureau De jeugd een zorg, raming- en verdeelmodel 2007 [Rapport]. - Den Haag 2009.

Taskforce invoering maatregelen Verkeerd verbonden: naar houdbare voorzieningen in de Jeugdzorg [Rapport]. - 15 december 2008.

KETENZORG, NIET MEER WEG TE DENKEN IN DE ZORGSECTOR

Hermanns, Jo Het opvoeden verleerd. Oratie van prof J. Hermanns ter gelegenheid van het aanvaarden van het ambt van bijzonder hoogleraar op de Kohnstamleerstoel aan de UVA. - 9 juni 2009.

Integraal Toezicht Jeugdzaken Werkende ketens: Metarapportage integraal toezicht jeugdzaken 2009 over zes onderzoeken naar ketensamenwerking. [Rapport]. - Juli 2009.

Knapen, J.M. Boot en M.H.J.M. De Nederlandse gezondheidszorg [Boek]. - 2005.

Rosendal, Henk, Kees Ahaus, Robbert Huijsman en Coen Raad Ketenzorg, praktijk in perspectief, 2009.

Rouvoet, Andre Aanzien van de jeugdzorg zal ingrijpend veranderen. Toespraak van minister Rouvoet aan de VU Amsterdam.. - 30 september 2009.

Schuller, Diane en Lideke Kerbert Onderzoeksresultaten effectieve ketensamenwerking in de Jeugdzorg. [Rapport]. : PriceWaterhouseCoopers in opdracht van de provincie Drenthe, November 2009.

Schumacher, Jeroen, Theo Konijn en Henk Nies Ketens in de langdurige zorg, Utrecht : NIZW, 2006.

Wrapped Around Child Care [Online] // www.deaanpakkers.nl.

ONTWIKKELING VAN EEN CONCEPTUEEL MODEL

Boer en Croon Naar waardecreatie in zorg. Een vertaling van Redefining Healthcare naar de Nederlandse situatie [Rapport]. - oktober 2008.

Borghuis, Lucie Boonekamp en Inge Eén en een is meer dan twee? Eindrapport experimentbeschrijving JGZ 0-19. [Rapport]. - Regio Nijmegen, Maart 2004.

Huijsman, L. Boonekamp en R. Bouwen aan een transmuraal zorgconcern. Taferelen bij de Gorinchemse fusie tussen ziekenhuis en verpleeghuizen. Maarssen, 1998.

Mandour, Yousri Een praktische kijk op marketing en strategiemodellen. 2005.

Ministerie van Jeugd en Gezin en IPO Afsprakenkader financiering en aanpak Jeugdzorg, 2010 en 2011 [Rapport]. - 11 november 2009.

Minkman, Mirella A four phase development model for integrated care services in the Netherlands. BMC Health Services Research, 2009.

Minkman, Mirella A quality management model for integrated care: Results of a Delphi and Concept Mapping Study. International Journal for Quality Healthcare, 2009. Number 1 : Vol. 21.

Ojen, H. van Jeugdzorg samen sterk! Een inventariserend onderzoek naar varianten en knelpunten in de intersectorale jeugdzorg in opdracht van het ministerie van VWS, namens programmaministerie J&G [Rapport]. Beverwijk , 31 juli 2009.

PRAKTIJKVOORBEELDEN

Beleidsgroep Oost-Gelderland Convenant ketenzorg Oost-Gelderland. - 28 mei 2008.

Dijk, Rob van Wetten en Ton van Doen wat werkt [Interview]. - 2 maart 2010.

M.H. van Aggelen, N. Willemsen, R. de Meyer, A.H. Roosma Eindrapportage Doen wat werkt. Projectperiode 2006-2008. [Rapport]. - 2009.

Ouwens, Angela Scholten en Sjoerd Convenant Ketenzorg Oost-Gelderland [Interview]. - 2 maart 2010.

Pawlikowski, Juanita Duurzame Jeugdzorg Flevoland [Interview]. - 15 februari 2010.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN/TOEKOMST VAN DE JEUGDZORG

Ministerie Jeugd en Gezin, Combinaties van zorg bij jeugdigen [Rapport]. - Den Haag, 2009.

Ministerie Jeugd en Gezin, Discussiestuk over de eerste lijn en de tweede lijn [Rapport]. - December 2009.

MO groep Jeugdzorg, Naar integrale Jeugdzorg [Rapport]. - November 2009.

Nederlands Jeugdinstituut, Evaluatie Wet op de jeugdzorg. Maatregelen missen samenhang: één visie op jeugdzorg is nodig. Jeugd & Samenleving. Berichten van het Nederlands Jeugdinstituut, 2009/3.

SER De winst van maatwerk: je kunt er niet vroeg genoeg bij zijn [Rapport], januari 2010.

VGN Adviescommissie Jeugd, Voorbereiding kabinetsstandpunt toekomst zorg voor jeugd [Rapport]. - December 2009.

Werkgroep Toekomst verkenning Jeugdzorg, Brief van de werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg aan de Tweede Kamer [Rapport]. Den Haag, 18 december 2009.