

JEUGDGEZONDHEIDSZORG ALS EEN SPIN IN HET WEB

PRESTATIE- INDICATOREN EN ZORGCOORDINATIE JGZ



Voorwoord

Als verpleegkundige is het werken in de jeugdgezondheidszorg op dit moment een spannend gebeuren. Door de diverse gebeurtenissen zijn er genadeloze rapporten geschreven. Het kabinet heeft een speciaal programmaministerie voor Jeugd en Gezin opgericht. Er is een rechtszaak tegen een voogd geweest en ook de media schenkt de laatste tijd veel aandacht aan deze sector. De ogen zijn op de jeugdgezondheidszorg gericht en dat merk ik in het werkveld. Mede daardoor willen de professionals liever niet de verantwoordelijkheid dragen, vanwege de angst dat ze opdraaien voor de mogelijke fouten, in het geval dat het mis loopt.

Het is dan ook een enorme uitdaging om in de actualiteit te mogen afstuderen met het onderwerp zorgcoördinatie. Op deze manier kan ik met mijn Master Zorgmanagement ook werkelijk bijdragen aan het beleid van de JGZ Kennemerland.

De laatste maanden is mij de mogelijkheid geboden om binnen de JGZ Kennemerland te kunnen afstuderen. Ik zou daarvoor de volgende personen willen bedanken: Annemie Nijdam, Annemieke Beuker en Riemke Rip. Ook wil ik alle wijkverpleegkundigen en consultatiebureauartsen die hebben meegewerkt aan dit onderzoek bedanken voor hun inzet en goede ideeën. Hierbij ook in het speciaal mijn team: Anne, Astrid, Huda, Janke, Patricia, Petra, Marion, Saskia en Tiny. Zij hebben me geïnspireerd en gesteund tijdens het schrijven van deze scriptie. Het waren altijd waardevolle gesprekken en discussies. Mijn dank gaat ook uit naar dhr. Schaik (IGZ), mw. Ouweneel (OEK Rotterdam) voor hun tijd en informatieve gesprekken en Drs. A. Juul Nielsen voor haar waardevolle advies en informatie. Via de Erasmus Universiteit ben ik begeleidt door prof. Dr. Roland Bal en Drs. Sonja Jerak-Zuiderent. Hen wil ik speciaal bedanken voor al de energie, tijd en waardevolle feedback tijdens het schrijven van mijn scriptie. Dr. Jeroen Geelhoed (meelezer) zou ik willen bedanken voor de waardevolle feedback die ik heb gekregen. Als laatste zou ik graag mijn familie en vrienden en studiegenootjes willen bedanken voor hun steun en inspiratie. Daarbij speciaal dank aan Patrick, die mij altijd terzijde heeft gestaan en mij onvoorwaardelijk heeft gesteund en aangemoedigd in deze tijd waarin studie bovenaan stond.

Marije Tesink

Samenvatting

In de Nederlandse samenleving is er groeiende aandacht voor kindermishandeling. Er zijn helaas voorbeelden te melden waar het mis is gegaan door een gebrek aan communicatie tussen diverse instellingen. Er is sprake van zorgcoördinatie als er meerdere instellingen hulp verlenen aan een gezin en/of kind. Dit houdt in dat er één partij zorgcoördinator is die als taak heeft dat de zorg op elkaar wordt afgestemd en waar informatiestromen en risico-inschattingen samen komen.

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) Kennemerland is een jeugdgezondheidszorg instelling die kinderen van de regio Kennemerland van 0 tot 4 jaar regelmatig consulteert. De JGZ Kennemerland neemt sinds 2007 actief de taak zorgcoördinatie op zich wanneer er sprake is dat er bij een gezin en/of kind meerdere hulpverleners van verschillende instellingen betrokken zijn. De uitvoering van zorgcoördinatie ligt bij de wijkverpleegkundigen en consultatiebureauartsen van de JGZ Kennemerland. Zorgcoördinatie wordt inzichtelijk gemaakt door middel van het elektronisch kind dossier. Hierin worden de activiteiten en rapportages betreffende zorgcoördinatie in opgeslagen en geregistreerd door de professionals. Op dit moment bestaan er landelijke kader, maar het is onduidelijk welke eisen er precies gesteld worden ten aanzien van zorgcoördinatie.

Zorgcoördinatie is een complex geheel. Het bestaat uit verschillende elementen die met elkaar zorgcoördinatie mogelijk maken. Het gaat om standaarden, communicatie, verantwoording, informatiestromen, normen, methoden, kennis, afspraken, werkwijze en coördineren van zorg. In dit onderzoek is er onderzocht hoe en welke prestatie-indicatoren binnen de JGZ Kennemerland konden worden ontwikkeld in het kader van de landelijke eisen die worden gesteld ten aanzien van zorgcoördinatie.

Het kwalitatieve onderzoek bestaat uit drie delen: theorie, praktijk en beleid van zorgcoördinatie. Doormiddel van documentenvergelijking op beleidsniveau, participerende observaties en focusgroepen bij de wijkverpleegkundigen en de consultatiebureauartsen tezamen met interviews met de Inspectie voor de gezondheidszorg en het Ouder en Kind consultatiebureau in Rotterdam is dit onderzoek volbracht.

Op landelijk gebied is er volop ontwikkeling in het kader van zorgcoördinatie. Er zijn nu zeven taken van zorgcoördinatie gedefinieerd. Daarnaast nemen informatie uitwisseling en communicatie een belangrijke plaats in. In de praktijk wordt door de wijkverpleegkundigen de nadruk gelegd op de verantwoording, de rol van de ouders, voorwaarden scheppende zaken, structurele en planmatige aanpak en een duidelijke rapportage. De consultatiebureauartsen voegen hierbij dat er moet duidelijkheid zijn over de informatieoverdrachten en de verantwoording zowel in- als extern. Het Ouder en Kind consultatiebureau in Rotterdam heeft een andere weg bewandeld om zorgcoördinatie invulling te geven. Er is sprake van taakdifferentiatie. Om zorgcoördinatie uit te kunnen voeren moet er eerst goede ketenafspraken worden gemaakt.

Er is meer inzicht verkregen in de elementen van zorgcoördinatie. Deze elementen zijn verwerkt in een conceptueel model van Zorgcoördinatie JGZ 0-4 jaar. Het onderzoek heeft geresulteerd in 8 proces- en structuurindicatoren. Het was niet mogelijk om prestatie-indicatoren te ontwikkelen, want op dit moment heerst er nog veel onduidelijkheid over het proces en structuur dat er nog geen voldoende informatie is deze te kunnen ontwikkelen. De opgestelde indicatoren moeten nog worden getest in de praktijk en mogelijk vormt het de basis voor de in de toekomst te ontwikkelen prestatie-indicatoren.

Abstract

In the Dutch society there is growing attention for child abuse. There are unfortunately examples where it has gone wrong because of a lack of communication between several institutions. You speak of care coordination if multiple institutions are assisting in a case regarding one family and/or child. This results keeps in that there is one party that is responsible for coordinating the case, the so-called care coordinator. Its task is to adjust care and is the central point where information flows and risk estimations come together.

The youth health care (JGZ) Kennemerland is a healthcare institution which regularly sees children from 0 up to 4 years out of region Kennemerland. Since 2007, the JGZ Kennemerland in itself actively has taken the task of care coordination. It coordinates the care when more than 2 care workers of different institutions are involved in a single case. The district nurses and youth doctors of JGZ Kennemerland are actually performing the care coordination by means of the electronic child file, that makes the care coordination more transparent. The activities and reports concerning care coordination are stored en registered in the file of the child by the professionals. At this moment the requirements with regard to the quality of care coordination are not entirely clear.

Care coordination is a complex activity. It exists from several elements which together make care coordination possible. It concerns standards, communication, justification, information flows, norms, methods, knowledge, appointments, working method and coordinating care. In this research is examined how and which performance indicators could be developed for use within the JGZ Kennemerland and complying to the national framework of requirements for care coordination.

The qualitative research is exists out of three parts: theory, practice and policy of care coordination. The research has been done by performing a comparison of documents on high level policy, participating observations and focus groups of the district nurses and youth doctors, performing an interview with the inspection of the health care and one with the parent and child welfare centre in Rotterdam.

There is quite some development on national level with regard to the policies around care coordination. Currently, seven tasks of care coordination have been defined. Besides these seven tasks, information exchange and communication are considered very important. Next to that, in practice the district nurses emphasise on the justification, the role of the parent, conditions creating matter, structural and systematic plan of treatment and clear report. The youth doctors demand that there is clarity on the transfers of information and that the justification must be both in- and external. The Parent and child welfare centre in Rotterdam has walked another way to give interpretation of care coordination: they use task differentiation. Firstly good appointments must be made with all the chain partners, if they want to perform care coordination.

More insight in the elements of care coordination has been obtained. These elements have been processed in a conceptual model of care coordination JGZ 0-4 years. The research has resulted in 8 process and structure indicators. It was not possible develop performance indicators. At this moment the process and structure of care coordination are not entirely clear. There is still no sufficient information to be able to develop performance indicators. The established process and structure indicators still must be tested in practice and possibly they can be used as basis for the development of performance indicators in the future.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
1 Inleiding	7
2 Theoretisch Kader	10
2.1 Prestatie-indicatoren	10
2.2 Coördinatie	12
2.3 Zorgcoördinatie	12
2.4 Samenvattend	14
3 Methoden van onderzoek	15
3.1 Algemeen	15
3.2 Onderzoeksdesign	17
3.2 Plan voor data-analyse	19
3.3 Rol onderzoeker	19
3.4 Ethiek	19
3.5 Validiteit en Betrouwbaarheid	20
4 Zorgcoördinatie in de JGZ	21
4.1 JGZ en zorgcoördinatie	21
4.2 Zorgcoördinatie en JGZ Kennemerland	23
5 Resultaten	28
5.1 Landelijke eisen	28
5.2 De praktijk van de wijkverpleegkundigen	28
5.3 Praktijk van de consultatiebureauartsen	33
5.4 Vergelijking OEK en JGZ Kennemerland	35
5.5 Samenvattend	37
6 Discussie en conclusie	38
6.1 Korte terugblik op het onderzoek	38
6.1.1 Prestatie-Indicatoren	38
6.1.2 Terugblik op de resultaten van het onderzoek	39
6.1.3 Zorgcoördinatie	40
6.2 Set interne prestatie-indicatoren zorgcoördinatie JGZ Kennemerland	41
6.2.1 Verantwoording	45
6.2.2 Voldoende tijd	46
6.2.3 Structureel plan	48
6.2.4 Rapportage	49
6.3 Kritische noot	51
6.4 Conclusie	52
7 Aanbevelingen	54
7.1 Vertaling naar de praktijk	54
7.2 Toekomstmuziek voor de set prestatie-indicatoren	54
7.3 Algemene aanbevelingen	55
7.4 Aanbevelingen vervolgonderzoek	56
8 Literatuurlijst	57
Bijlage 1 Wijzer Samenwerken	60
Bijlage 2 Protocol Zorgcoördinatie	61
Bijlage 3 Taken zorgcoördinatie	67

1 Inleiding

In de Nederlandse samenleving is er groeiende aandacht voor kindermishandeling. Er zijn diverse cases bekend waar het mis is gegaan door gebrek aan communicatie tussen diverse instellingen. Denk bijvoorbeeld aan het Maasmeisje, meisje van Nulde en de in 2007 actuele zaak van Savanna. Dit heeft ertoe geleid dat er diverse onderzoeken (IGZ et al. 2007) zijn gedaan naar de oorzaak dat deze kinderen niet op tijd geholpen zijn. Uit diverse rapporten kwam als oorzaak naar voren dat er geen sprake was van informatie-uitwisseling en zorgcoördinatie (IGZ et al. 2007).

In juni 2007 heeft minister Rouvoet het programma voor Jeugd en Gezin aangeboden aan de Tweede Kamer. Dit programma is leidend voor het kabinet. Het programma is voortgekomen uit het advies van Operatie Jong. Dit was een samenwerkingsverband tussen diverse ministeries (ministeries VWS, OCW, Justitie, SCW en BZK) (Ministerie van Volksgezondheid 2006). Zij gaven aan dat er een gemeenschappelijke opgave is om kinderen op tijd te helpen en hiervoor moet er informatie gedeeld worden. Volgens de dialoog met de samenleving *“zijn er hierin mogelijkheden genoeg, maar moeten we het ook gaan doen.”* (Rouvoet 2007). Het programma geeft de kaders aan waarin het beleid moet worden uitgevoerd door provincie en gemeente. De aanbevelingen in de diverse rapporten zijn normen waaraan moet worden voldaan. Deze normen zijn richtinggevend, maar niet exact genoeg om mee te werken. Elke instelling kan hier zijn eigen invulling aan geven.

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) van 0 tot 4 jaar valt onder de gemeentelijke vleugels. De JGZ Kennemerland is ook bezig met deze actualiteiten. De JGZ Kennemerland is een instelling die preventieve zorg levert aan kinderen van 0 tot 4 jaar. Hier werken 130 medewerkers waar onder consultatiebureauartsen (CB-artsen) en wijkverpleegkundigen (JGZ Kennemerland 2008). Het management en staf hebben in het activiteitenplan van 2008 opgesteld dat men aandacht wil schenken aan de professionalisering. Dit in het kader van het management van medewerkers. Hiervoor willen het management en staf het professionaliseringsplan ‘Methodisch werken en zorgcoördinatie’ gaan uitvoeren. Er wordt hiermee ingespeeld op de aanbevelingen uit de rapporten en het kader wat wordt gesteld in het programma van Jeugd en Gezin.

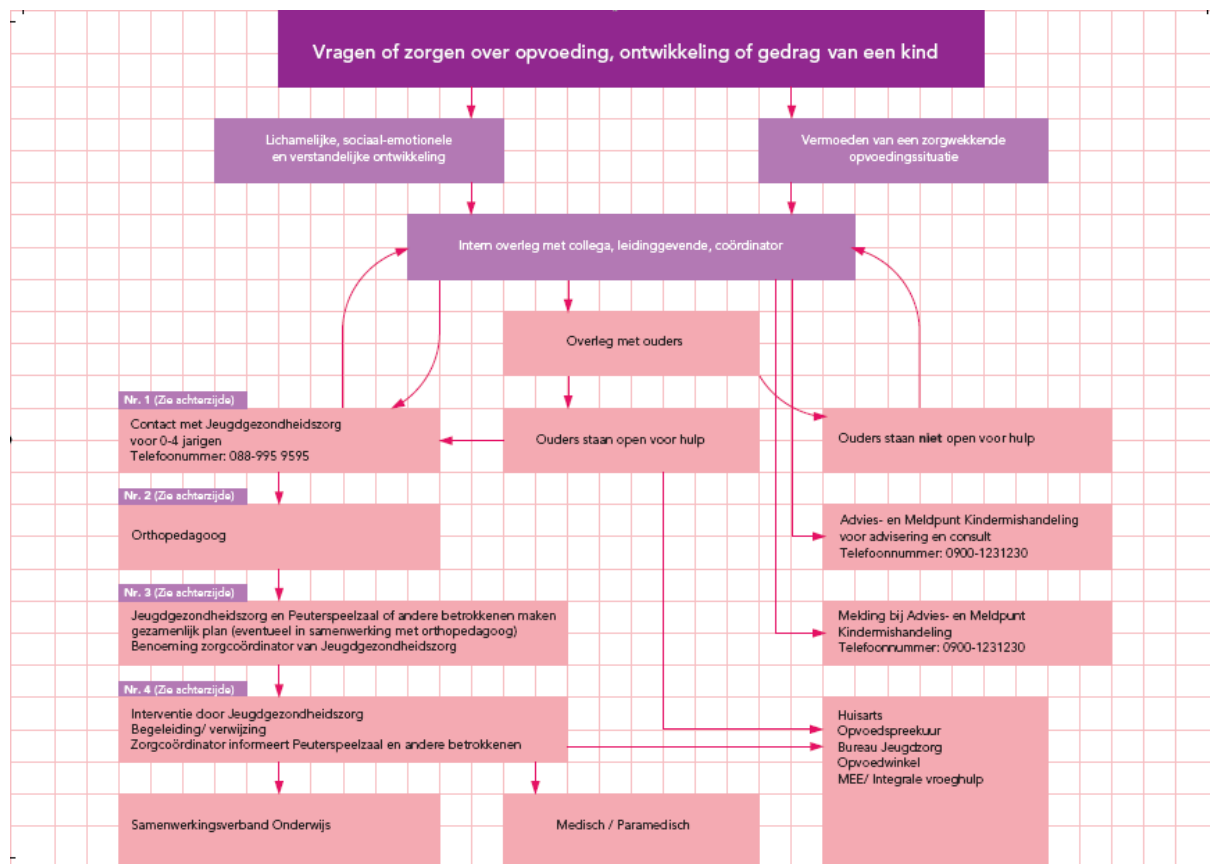
Op dit moment wordt er al zorgcoördinatie door wijkverpleegkundigen en CB-artsen uitgevoerd. Hier mee wil men een gezamenlijke aanpak creëren waarbij één hulpverlener de zorgcoördinatie heeft. Het is nog niet duidelijk voor de medewerkers welke eisen er ten aanzien van zorgcoördinatie worden gesteld. Om dit voor de medewerkers helder te maken, wordt er in 2008 een plan gemaakt waarin in duidelijke eisen worden vastgesteld. Hier staat beschreven waaraan de zorgcoördinatie aan moet voldoen en of de medewerkers in staat zijn hieraan te voldoen. Het onderzoek zal hier een bijdrage toe vormen.

In 2007 is zorgcoördinatie geïntroduceerd bij de wijkverpleegkundigen en de CB-artsen. Dit met als doel om de kennis te vergroten bij de beide groepen professionals. Dit was kennis ten aanzien van zorgcoördinatie en hoe het in de JGZ is ingevuld. Het had als tweede doel om duidelijk te maken welke rol en plaats de JGZ ten aanzien van zorgcoördinatie heeft. Het was tevens ook een aanzet aan de medewerkers om de rol ook werkelijk op zich te gaan nemen (JGZ Kennemerland 2007). Sindsdien wordt verwacht dat de zorgcoördinatie door de JGZ Kennemerland wordt uitgevoerd zodra er twee of meer instanties bij een gezin betrokken zijn. Dit geldt alleen voor zorg dat niet geïndiceerd is. Dit

betekent alleen zorg die niet door Bureau Jeugdzorg wordt uitgevoerd. Bureau Jeugdzorg is een instelling die de poort is tot de gehele jeugdzorg.

“Deze zorg kan hulp zijn voor kind, jongere of gezin om een kind te laten opgroeien tot een evenwichtige volwassene.” (Jeugdzorg 2008).

Zodra deze partij erbij betrokken is, zal de zorgcoördinatie aan hen worden overgedragen. Tot die tijd heeft de jeugdgezondheidszorg de coördinatie. Er is sprake van zorgcoördinatie wanneer “dat als meerdere instellingen betrokken zijn bij een gezin of cliënt, de zorg afgestemd wordt. Er is één coördinatiepunt nodig waar risico-inschattingen en verdere informatie van alle hulpverleners en instellingen samen komen en van waaruit handelend kan worden opgetreden.” (IGZ et al. 2007). Deze samenwerking tussen verschillende instellingen wordt als een netwerk achter het kind beschouwd. In de Wijzer Samenwerken, wordt duidelijk hoe de rolverdeling is tussen de verschillende instellingen van peuterspeelzaal tot huisarts is (figuur 1). Dit is één van de paden die tot zorgcoördinatie kan leiden. De JGZ werkt als een spin in het web van zorgverleners en andere hulpverlenende instanties. Dit resulteerde in de titel van dit onderzoek. Het geeft weer hoe complex zorgcoördinatie is. Het is op dit moment onbekend aan welke eisen de medewerkers moeten voldoen om een kwalitatief goede zorgcoördinatie uit te voeren. Er moet hier namelijk ook externe verantwoording worden afgelegd aan de samenwerkingspartners van de JGZ Kennemerland en hun cliënten.



Figuur 1: Wijzer Samenwerken (zie ook bijlage 1 voor complete wijzer)

Het onderzoek geeft antwoord op de hoofdvraag:

Hoe kunnen prestatie-indicatoren opgesteld worden en welke prestatie-indicatoren voor zorgcoördinatie zouden op deze wijze geformuleerd kunnen worden voor de JGZ Kennemerland, in het kader van de landelijke eisen die gesteld worden ten aanzien van zorgcoördinatie?

Deze vraag wordt beantwoord door eerst antwoord te geven op de volgende deelvragen:

1. *Welke eisen worden er landelijk gesteld in het kader van zorgcoördinatie van de jeugdgezondheidszorg?*
2. *Hoe wordt er in de literatuur coördinatie en de rol van coördinator beschreven? Hierbij zal gekeken worden welke voorwaarden daarvoor nodig zijn.*
3. *Hoe wordt momenteel in de praktijk vorm gegeven aan zorgcoördinatie en tegen welke problemen lopen de wijkverpleegkundigen en CB-artsen aan?*
4. *Op welke manieren wordt er invulling gegeven aan zorgcoördinatie in een vergelijkende instelling waar de zorgcoördinatie wordt uitgevoerd?*

Er is onderzoek gedaan naar de eisen waaraan moet worden voldaan om kwalitatief goede zorgcoördinatie te kunnen uitvoeren. Daarnaast is er onderzocht hoe de coördinatie van zorg is gerelateerd aan en vertaald is naar de praktijk van de JGZ Kennemerland. Dit heeft geresulteerd in de ontwikkeling van prestatie-indicatoren voor de zorgcoördinatie van de JGZ Kennemerland. Deze indicatoren creëren inzicht bij het management, staf en medewerkers van de JGZ Kennemerland. Op deze wijze kan het management en staf de medewerkers ondersteunen bij de uitvoering van de taak zorgcoördinatie. Het geeft ook een bijdrage aan het plan “methodisch werken en zorgcoördinatie”.

In de hoofdstukken hierna zal eerst het theoretisch kader van dit onderzoek worden weergegeven. Dit kader vormt de basis van het onderzoek en de onderzoeksmethoden. Deze worden beschreven in hoofdstuk 3, daarbij ook de verantwoording op de gemaakte keuzen tijdens het onderzoek. Vervolgens zal het begrip zorgcoördinatie in hoofdstuk 4 vanuit een empirisch perspectief worden benaderd. In hoofdstuk 5 worden de resultaten van de gemaakte keuzen van onderzoek besproken. Hier worden de bevindingen van het onderzoek besproken. Dit leidt tot hoofdstuk 6 waarin de discussie en conclusie naar voren komen. Hier zal de interpretatie van het gehele onderzoek naar voren komen. De ontwikkelde prestatie-indicatoren worden in dit hoofdstuk naar voren gebracht en beargumenteerd volgens een wetenschappelijk instrument, het AIRE instrument (Koning, Smulders, and Klazinga 2007). Tevens wordt er een kritische noot geleverd op het uitgevoerde onderzoek. In hoofdstuk 7 komen de aanbevelingen naar voren. Dit zijn aanbevelingen ten opzichte van het onderzoek en de ontwikkelde prestatie-indicatoren. Er wordt afgesloten met een literatuurlijst en de bijlagen.

2 Theoretisch Kader

In het onderzoekskader zal ik ingaan op de theoretische concepten die de fundamenteën van dit voorstel vormen. Het onderzoek gaat over prestatie-indicatoren en zorgcoördinatie. Deze begrippen worden belicht vanuit een theoretisch perspectief.

2.1 Prestatie-indicatoren

Dit onderzoek gaat over indicatoren, maar wat zijn indicatoren eigenlijk? In de literatuur is veel bekend over indicatoren. Er bestaan verschillende typen indicatoren: proces, structuur en uitkomst (Donabedian 1997). Procesindicatoren beoordelen de kwaliteit van het zorgproces. Structuurindicatoren meten in hoeverre bepaalde faciliteiten aanwezig zijn om het zorgproces goed te laten verlopen. De prestatie-indicatoren vallen onder deze traditionele verdeling, want ook proces en structuur indicatoren kunnen leiden tot prestatie-indicatoren (Berg et al. 2005). Mainz (2003) geeft drie verschillende uitleggen over indicatoren:

- Metingen die in de gezondheidszorg processen of uitkomsten weergeven
- Kwantitatieve metingen die gebruikt kunnen worden voor het monitoren en evalueren van de kwaliteit van beleid en andere functies die de patiënten uitkomsten beïnvloedt
- Het is een hulpmiddel om metingen en screenings te kunnen doen om te kunnen monitoren, evalueren en verbeteren van de kwaliteit van de patiëntenzorg en services die de patiëntenuitkomsten beïnvloeden.

Om de kwaliteit van zorg te kunnen verbeteren is het van belang dat ook het proces van zorg duidelijk is (Bevan and Lendon 2006). Indicatoren meten niet direct de kwaliteit, omdat kwaliteit verschillende dimensies heeft. Er zijn zes pijlers die kwalitatief goed zorg leveren: patiëntveiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid van zorg, efficiency en gelijkheid in toegang tot zorg (Committee on Quality of Health Care in America 2001). Een goede indicator moet volgens Mainz (2003) voldoen aan de volgende criteria:

1. Een afgesproken definitie
2. De indicator is hoog of optimaal specifiek en gevoelig
3. De indicator is valide en weerlegbaar
4. De indicator onderscheidt zich goed
5. De indicator is gerelateerd aan heldere geïdentificeerde elementen voor de gebruiker
6. De indicator laat vergelijkingen toe.
7. De indicator is evidence based. (Mainz 2003)

Campbell et al. (2002) geeft hier als aanvulling op dat bij de ontwikkeling van indicatoren er wel aandacht moet zijn voor welke perspectieven van de betrokken partijen wordt gereflecteerd (1), welke aspecten van de gezondheidszorg worden gemeten (2) en welk bewijs daarvoor kan worden aangeleverd (3).

In dit onderzoek gaat het over het ontwikkelen en opstellen van prestatie-indicatoren. Echter zijn er geen prestatie-indicatoren opgesteld, maar structuur en proces indicatoren. Het was op dit moment nog niet mogelijk om prestatie-indicatoren te formuleren, omdat het proces en de structuur van zorgcoördinatie nog niet helder is.

Voor de ontwikkeling van indicatoren kan er gebruik worden gemaakt van het AIRE instrument. Dit instrument is bedoeld voor de beoordeling van indicatoren. Het AIRE instrument is opgesteld door middel van theoretische inzichten en consultatie van deskundigen op het terrein van indicatorontwikkeling in de gezondheidszorg (Koning, Smulders, and Klazinga 2007). Het is een instrument wat algemeen geaccepteerd is. Een nadeel van het instrument is dat het specifiek gericht is op prestatie-indicatoren en hierdoor niet geheel aansluiting vindt met de geformuleerde indicatoren van dit onderzoek. Ondanks dit nadeel is het AIRE instrument in dit onderzoek gebruikt voor de formulering van de indicatoren. Er staat namelijk tegenover dat het inzicht creëert in praktische haalbaarheid van indicatoren en de daarbij horende wetenschappelijke onderbouwing. Het geeft een duidelijke structuur weer welke elementen een indicator hoort te bevatten. Het benoemt de items waar een goede indicator aan hoort te voldoen. Hier zijn ook de punten in te herkennen die door Mainz en Campbell et al. zijn aangedragen. Het is een leidraad voor het beoordelen, maar ook voor het ontwikkelen van indicatoren.

Het AIRE instrument geeft net als Mainz punten aan waar aan een goede indicator moet voldoen. De vier belangrijkste zijn (Koning, Smulders, and Klazinga 2007):

- A. Doel, relevantie, organisatorisch verband waarop de indicator betrekking heeft.
- B. Betrokkenheid van belanghebbenden.
- C. Wetenschappelijk bewijs.
- D. Verdere onderbouwing, formulering en gebruik.

Binnen deze vier punten zijn twintig subpunten opgesteld waaraan de indicator zou moeten voldoen. Het AIRE instrument dekt de lading van de genoemde zeven punten van Mainz (2003).

Er is hierboven gesproken over de splitsing tussen proces, uitkomst en structuur indicatoren. Een ander verschil wat tussen indicatoren kan worden gemaakt is het verschil tussen interne en externe indicatoren. Interne indicatoren zijn indicatoren die gebruikt kunnen voor sturing en verbetering van de processen. Er wordt over externe indicatoren gesproken als er kan worden beoordeeld of er voldoende kwaliteit wordt geleverd en als er een vergelijking met andere instellingen kan plaatsvinden (Berg & Schellekens 2002; Berg et al. 2005). Dit verschil is hier relevant, want in eerste instantie zal het gaan om interne indicatoren. Het gaat om het managen van professionals binnen de JGZ Kennemerland. Hierdoor kan het proces van zorgcoördinatie worden gestuurd en de kwaliteit ervan kan worden verbeterd. Door het meten met prestatie-indicatoren kan men inzichtelijk maken waar knelpunten en mogelijke oplossingen liggen. Dit maakt de werkprocessen voor professionals ook inzichtelijker (Barach & Johnson 2006; Berg et al. 2005).

Volgens Vlijmen (1999) heeft in het algemeen het management weinig (over)zicht op de effectiviteit en efficiency van de ingezette middelen. Door middel van prestatie-indicatoren kan dit inzichtelijk worden gemaakt. Maar door het ontwerpen van prestatie-indicatoren kunnen er wel perverse, niet gewenste, effecten ontstaan. Een voorbeeld hiervan kan zijn, dat men een tunnelvisie krijgt. Dan is men er alleen erop gericht om de doelstelling te behalen. Een ander pervers effect is *gaming* (Bevan 2006). Hierin wordt de doelstelling behaald, maar het resultaat wordt niet geheel volgens spelregels bereikt. Het is dus belangrijk om een indicator te ontwikkelen die niet gevoelig is voor gaming. Bij meting van indicatoren kan dit een negatief of positief gevolg hebben voor de uitslag. In het onderzoek is het is dus belangrijk om hier rekening mee te houden. Er zal een indicator moeten worden

ontwikkeld die voldoet aan de hierboven gestelde eisen zoals het AIRE instrument dit heeft benoemd. Deze indicator zal dus precies en consistent moeten meten. Daardoor zal gaming tot het minimum worden beperkt.

2.2 Coördinatie

Coördinatie komt niet alleen in de zorgsector voor. Ook in het bedrijfsleven heeft het een essentiële functie. Hierbij kan men denken aan supply chain management. Dit is een management systeem dat coöperatieve, wederkerige, lange termijn relaties ontwikkelt tussen kopers en verkopers (Atkinson et al. 2007). Hier is coördinatie van belang, omdat de relaties en het doel op elkaar moeten worden afgestemd. Hiervoor moeten zij bijvoorbeeld informatie delen met het netwerk wat tot een volgende stap in de keten zorgt (doel).

Coördinatie is een breed begrip. Het kan worden voorgesteld als een *blackbox* (Berg 1999) waarin niet duidelijk is wat er precies gebeurt om van A naar B te komen. De vorm en inhoud zijn in elkaar verstrengeld en moeilijk te onderscheiden. Toch zijn alle stapjes nodig om coördinatie uit te kunnen voeren (Berg 1999). Wanneer er bijvoorbeeld sprake is dat verschillende partijen een gezamenlijk doel willen bereiken, dan moeten de taken en verantwoordelijkheden op elkaar aansluiten. Deze aansluiting wordt gevonden door middel van coördinatie. Dit kan vervolgens een diversiteit aan inhoud geven: contacten onderhouden, plannen van gesprekken, plan van aanpak ontwerpen kan één van de voorbeelden zijn. In welke vorm coördinatie wordt gegoten is afhankelijk met welk doel men voor ogen heeft en de daarbij behorende perspectieven. In een organisatie bestaan drie verschillende perspectieven van coördinatie: *singleperson*, *teamgericht* en *contract-samenwerkingen*. Bij een singlepersoon is er één iemand die centraal staat in de coördinatie. Bij het team zijn er meerdere spelers die hetzelfde doel nastreven en in *contract-samenwerkingen* heeft ieder zijn eigen doel (Whang 1995). De teamsamenwerking wordt vaak gebruikt bij supply chain management. Er is dan namelijk beperkte informatie en daarom werkt men samen om te communiceren, coördineren om het doel zo optimaal mogelijk te bereiken. Er bestaan nog andere type coördinatie, zoals; gestructureerd of niet gestructureerd en formeel of informeel (Fugate, Sahin, and Mentzer 2005). Mintzberg (1992) benoemt vijf verschillende coördinatiemechanismen: *Direct toezicht*, *standaardisatie van werkprocessen*, *standaardisatie van output*, *standaardisatie van vaardigheden* en *onderlinge aanpassing*. Dit zijn methoden om coördinatie uit te voeren. *Teamsamenwerking* (Whang 1995) en *onderlinge aanpassing* (Mintzberg 1992) kunnen met elkaar vergeleken worden. Hierbij moet men met beperkte informatie, omdat de omgeving complex is, in een decentrale organisatie beslissingen kunnen nemen. Om coördinatie te kunnen uitvoeren moet het wel aan bepaalde normen worden voldaan. Hierin nemen de sociale normen een belangrijke positie in. Hierbij kan men denken aan flexibiliteit, solidariteit, wederkerigheid, harmonisatie van conflicten en het delen van informatie (Achrol and Gundlach 1999).

2.3 Zorgcoördinatie

Zorgcoördinatie kan ook door middel vanuit het theoretische concept '*articulation work*' uit elkaar getrokken worden. Dit duidt op alle zaken die zorgcoördinatie mogelijk maken, zoals routines, standaarden en formulieren (Strauss et al. 1997). *Articulation work* kan ook over zorgcoördinatie worden gelegd. Op deze wijze kan men bekijken waaruit zorgcoördinatie

bestaat. Door zorgcoördinatie inzichtelijk te maken is het mogelijk om indicatoren te ontwerpen. Toch zal eerst duidelijk moeten zijn wat zorgcoördinatie volgens de literatuur is.

Zorgcoördinatie is het coördineren van zorg. Op een afdeling in het ziekenhuis zal er zorg geleverd moeten worden door diverse professies. De verpleegkundige is meestal diegene die deze complexe werkstromen moet coördineren (Glouberman and Mintzberg 2001). Coördinatie kan ook gestalte krijgen in stroomschema's, protocollen en dergelijke. In openbare gezondheidszorg is coördineren een taak in een complex netwerk van verschillende instellingen en professionals (Glouberman and Mintzberg 2001). De uitvoering kan plaatsvinden met hulp van verschillende coördinatiemechanismen. Hierbij is onderlinge aanpassing een directe vorm van coördinatie. Dit wordt voornamelijk gebruikt in eenvoudige of juist complexe situaties.

Coördinatie wordt volgens Riet en Wouters (2003) op verschillende manieren gedefinieerd. Deze zijn zeer uiteenlopend van *“uitvoeren van een reeks activiteiten met een algemeen beleid”*, *“een strategie om samenhang tussen dienstverlening te verkrijgen”*, *“gecoördineerd samen te werken”* tot *“bij complexe problematiek er de juiste hulp wordt ontvangen”* (Riet & Wouters 2003). Hier wordt wel unaniem over het coördineren van zorg gesproken. Coördineren is nodig om aansluitingsproblemen te voorkomen. Deze aansluitingsproblemen bestaan op verschillende niveaus: micro (professional en cliënt), meso (organisatie niveau) en macro (overheid) (Riet & Wouters 2003). Het werk en de taken die niet vanzelf worden gepland en geregeld, moeten worden gecoördineerd (Strauss et al. 1997). De coördinatie kan zelf, volgens Riet en Wouters (2003) op drie verschillende niveaus afspelen:

1. op het niveau van instellingen
2. op het niveau van teamoverleg
3. op het niveau van de uitvoerende hulpverlening.

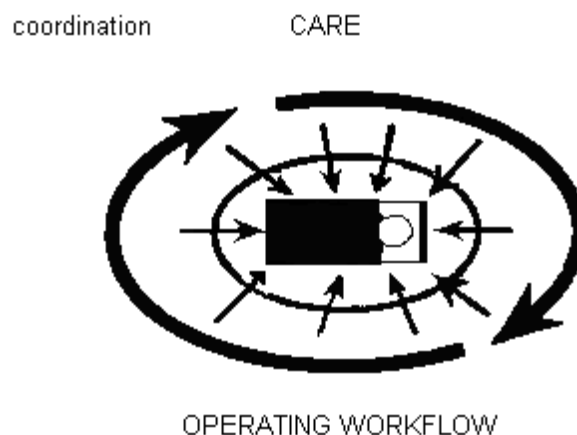
Het concept van Riet en Wouters (2003) is een engere vorm in vergelijking met het concept *articulation work* van Strauss et al. (1997). Er wordt meer gedefinieerd vanuit de persoon. Het niveau wordt op de professional betrokken, terwijl het onderzoek zich afspeelt op micro en meso niveau. Het gaat over het micro niveau in relatie met de wijkverpleegkundige/CB-arts en de cliënt. Op meso niveau is er sprake van coördinatie op organisatie niveau. Beide niveaus komen wel in het werk van Strauss et al. (1997) naar voren.

De coördinatie van zorg kan gecompliceerd zijn, omdat het onvoorspelbaar kan zijn. Dit wordt door verpleegkundigen vaak onderschat (Strauss et al. 1997). Op het niveau van de uitvoerende hulpverlening bestaan er verschillende modellen om coördinatie uit te voeren. In deze drie modellen liggen de verschillen in het takenpakket. Het kan gaan om het regelen en afstemmen van zorg, het is gericht op hulpverlening in revalidatie of het is een model waar geen onderscheid wordt gemaakt tussen behandeling en het coördineren van zorg. In het algemeen is hier de coördinator *“een verbindende schakel tussen gebruiker en voorziening, tussen vraag en aanbod”* (Riet & Wouters 2003). Dit betekent voor coördinatie dat men als zorgcoördinator tot doel heeft de zorg op elkaar te laten aansluiten en dat daarin de rol als verbindende schakel domineert.

Het micro niveau vormt hier de eerste laag van zorgcoördinatie. De tweede laag gaat over de interactie tussen de verschillende betrokken organisaties om de zorg te kunnen leveren. Goede coördinatie leidt ook tot betere uitkomsten van zorg. Door middel van coördinatie te bieden en continuïteit van zorg tussen verschillende instellingen te

waarborgen, wordt er geïntegreerde zorg geboden. Hierdoor wordt fragmentatie voorkomen. Het heeft tot doel om tot de individuele patiënt georiënteerde zorg van verschillende zorgverleners te integreren tot één geheel (Plochg & Klazinga 2002). De verschillende onderdelen worden aan elkaar gekoppeld door middel van zorgcoördinatie (Glouberman and Mintzberg 2001). Het doel van coördinatie is dan ook om “aan de juiste patiënt, de juiste zorg, op de juiste tijd en plaats” te kunnen geven (Wijngaarden 2006). Het conceptuele model van deze theorie is in figuur 2 te zien. Er zal één geïntegreerd systeem moeten zijn waarin geen barrières meer zijn. Op deze wijze kunnen de verschillende instellingen beter en effectief samenwerken. (Glouberman and Mintzberg 2001).

Deze achtergrond vormt de basis voor het verdere onderzoek. In eerste instanties ga ik in op de methoden van onderzoek, alvorens de praktijk van zorgcoördinatie in beeld te brengen.



Figuur 2 Coördinatie model van Mintzberg (2001)

2.4 Samenvattend

Er bestaat een diversiteit aan indicatoren. In dit onderzoek gaat het over interne prestatie-indicatoren. Het zijn indicatoren die een bijdrage kunnen leveren in de verbetering van de kwaliteit van zorg. Bij het ontwikkelen en formuleren van de prestatie-indicatoren vormt het AIRE instrument de leidraad. Coördinatie komt zowel in de zorgsector als in het bedrijfsleven voor. Het is een breed begrip waarin niet altijd duidelijk is wat de inhoud en vorm behelst. Er bestaan verschillende perspectieven ten aanzien van coördinatie: *singleperson*, *teamgericht* en *contract-samenwerking*. Daarnaast kan men de coördinatie uitvoeren met diverse mechanismen zoals onderlinge aanpassing. Coördinatie kan pas uit worden gevoerd als het ook aan bepaalde normen voldoet en hierin nemen de sociale normen een belangrijke positie in. Zorgcoördinatie is het coördineren van zorg. Het bevat verschillende bestanddelen die zorgcoördinatie mogelijk maken. Het is een taak in een complex netwerk van verschillende instellingen en/of professionals. Hierbij is het belangrijk dat aansluitingsproblemen worden voorkomen. De coördinatie kan zich op verschillende niveaus afspelen. Dit onderzoek is gericht op het micro en meso niveau. Zorgcoördinatie heeft tot doel de zorg te integreren tot één geheel, waarin coördinatiemechanismen een rol spelen.

3 Methoden van onderzoek

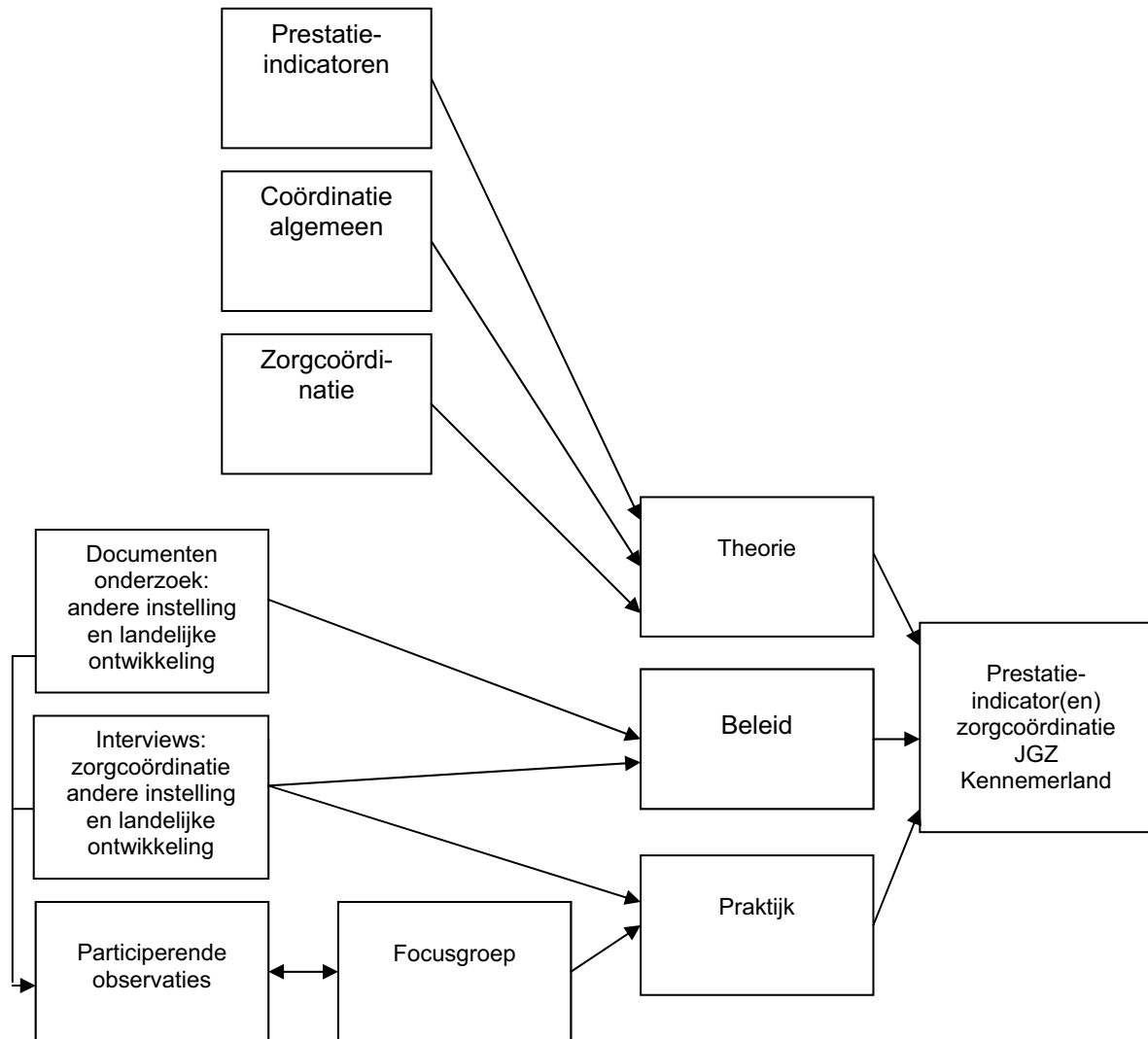
In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de gegevens zijn verzameld om tot antwoorden te komen op de onderzoeksvragen. Er zal een verantwoording worden afgelegd over bepaalde keuzen die in het onderzoek zijn gemaakt.

3.1 Algemeen

Om antwoorden te vinden op de hoofd- en deelvragen is er kwalitatief onderzoek gedaan. Er is gebruik gemaakt van verschillende methoden van kwalitatief onderzoek. Op deze manier heeft er triangulatie plaatsgevonden. Hierdoor is er door verschillende invalshoeken naar de probleemstelling gekeken (Creswell 2003). De methoden die gebruikt zijn waren kwalitatief van aard. Het onderzoek bestaat uit: documenten onderzoek, participerende observaties, interviews en twee focusgroepen.

Er wordt een onderscheid gemaakt in de theorie, beleid en de praktijk van zorgcoördinatie. Ik heb gekozen voor deze methoden van onderzoek, omdat ik interne prestatie-indicatoren wil ontwikkelen die gebaseerd zijn op landelijke eisen, landelijke ervaringen en praktische mogelijkheden. Dit is de reden dat ik in de praktijk, de natuurlijke setting, onderzoek wil gaan doen. Het gaat om het interpreteren van onderzoeksgegevens en dat hoort bij kwalitatief onderzoek thuis.

Het is een kwalitatief onderzoek dat de verschillende perspectieven van zorgcoördinatie belicht. Vanuit de resultaten van het onderzoek worden prestatie-indicatoren voor zorgcoördinatie ontwikkeld. In de analyse van de gegevens wordt er een vergelijking met theorie, beleid en de praktijk gemaakt. Dit kan een bevestiging of aanvulling zijn. Het is ook mogelijk dat de verschillende deelgebieden elkaar tegenspreken. Deze indicatoren behoeven dan nader onderzoek en overleg met management en staf. Figuur 3 laat zien welke verschillende methoden, voor welke doeleinde zijn gebruikt.



Figuur 3 Onderzoeksmodel (Verschuren and Doorewaard 2000)

3.2 Onderzoeksdesign

Documenten

In de documenten is gekeken naar onderzoeken die aanbevelingen doen betreffende het verbeteren van de communicatie en de coördinatie van zorg. De inclusiecriteria hierbij zijn dat het documenten moeten zijn waarin de jeugdgezondheidszorg betrokken is. Het Consultatiebureau Ouder & Kind (OEK) in Rotterdam is op dit moment bezig met het implementatietraject van zorgcoördinatie. Hier is een interview geweest met de projectleider van zorgcoördinatie. Er zijn hier documenten opgevraagd om de vergelijking te kunnen maken met de JGZ Kennemerland. In de JGZ Kennemerland is er intern naar documenten gekeken. Deze documenten zijn gerelateerd aan het onderwerp zorgcoördinatie. Aanvullende informatie is verkregen door mondelinge gesprekken en e-mailcontact met management en staf. Zij zijn goed op de hoogte van de huidige ontwikkelingen en bezitten hierdoor veel praktijkkennis. Het management en staf bezit die kennis over zorgcoördinatie. Ten tweede zullen zij ook gebruik gaan maken van de prestatie-indicatoren om de medewerkers te kunnen ondersteunen en sturen.

Observeren

In de praktijk wordt er nu al gebruik gemaakt van zorgcoördinatie. Er zijn 6 verschillende cases worden gevolgd om te observeren waar wijkverpleegkundigen en artsen tegenaan lopen. Dit zijn vier wijkverpleegkundigen en twee artsen cases. Dit is gebeurd aan de hand van participerende observaties. Ik heb meegelezen en gesprekken gevoerd met de professionals die zorgcoördinatie uitvoeren. Hierin heb ik vragen gesteld voor verduidelijking. Één case bleek niet goed in het onderzoek te passen, omdat het niet over zorgcoördinatie ging. Uiteindelijk zijn er dus 3 wijkverpleegkundigen cases overgebleven. Bij de artsen zijn er twee cases gevolgd. Hier waren er niet meer mogelijk, doordat er niet meer cases beschikbaar waren. De notities die ik heb gemaakt is een representatie van de gevolgde cases (Emerson et al. 2001). De rol van de onderzoeker is van te voren duidelijk vastgesteld. Er is specifiek ingegaan op welke manier (methode) de wijkverpleegkundigen en artsen te werk gaan en tegen welke problemen zij aanlopen.

Respondenten

De respondenten in het onderzoek zijn geselecteerd door middel van aanmelding. Ik heb een mail uitgezet naar alle wijkverpleegkundigen over het onderzoek en de vraag wie daarin wil participeren. De eerste reacties zijn, nadat de case was doorgenomen verder geobserveerd. De inclusiecriteria hierbij was dat men de interventie zorgcoördinatie op het moment aan het uitvoeren was en dat men als wijkverpleegkundigen binnen de JGZ Kennemerland werkzaam was. Bij de artsen is dit tijdens de focusgroep gevraagd. Hier kwamen vrijwillig twee aanmeldingen. Dit waren ook de CB-artsen die op dat moment ook te maken hadden met zorgcoördinatie cases.

Interviews

Interview vergelijkende instelling

De vergelijking met een andere instelling zou in eerste instantie door middel van een observatie plaatsvinden. De instelling *Consultatiebureau Ouder en Kind* heeft mij de

gelegenheid gegeven om de vergelijking te kunnen maken. Er is uiteindelijk gekozen om een interview te doen. Deze keuze is gemaakt, doordat er een interview kon plaatsvinden met de projectmanager van zorgcoördinatie. Zij kon mij een algemeen beeld van de praktijk geven en ook de daaromtrent liggende ontwikkelingen en vormgeving van zorgcoördinatie. Het paste ook niet in het tijdstraject om werkelijk observaties in het veld te gaan doen.

Interview landelijke ontwikkelingen

Om de landelijke ontwikkelingen goed in kaart te brengen is er een interview geweest met een inspecteur van de openbare gezondheidszorg. Deze inspecteur heeft ook de sector JGZ onder zich. Het interview heeft zich gericht op de onderwerpen prestatie-indicatoren in het algemeen, prestatie-indicatoren en de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ), zorgcoördinatie en de toekomst van zorgcoördinatie.

Focusgroepen

Focusgroep wijkverpleegkundigen

De wijkverpleegkundigen die in JGZ Kennemerland werkzaam zijn, hebben 6 maal per jaar vakgroep. In de vakgroep van maart 2008 heb ik een discussie met de wijkverpleegkundigen gevoerd. Hierbij waren vijftig wijkverpleegkundigen aanwezig. Deze wijkverpleegkundigen zijn in vijf groepen opgedeeld. De groepen waren onder leiding van wijkverpleegkundigen van het team van de onderzoeker. Zij hebben wel actief geparticipeerd in de discussie. Ik heb eerst een presentatie gegeven over de algemene wetenswaardigheden van prestatie-indicatoren. Vervolgens is de groep in kleine groepjes in twee uiteen gegaan. In het eerste deel werd er een mindmap gemaakt van zorgcoördinatie. Dit met als doel dat de discussie op gang kwam en hierdoor een beter beeld over zorgcoördinatie zou ontstaan. Het tweede onderdeel hield in dat de wijkverpleegkundigen met elkaar tien punten opschreven die voor hen belangrijk zijn voor zorgcoördinatie. Door deze focusgroep zijn knelpunten van zorgcoördinatie naar voren gekomen, voorwaarden voor zorgcoördinatie en de doelen die een wijkverpleegkundige zichzelf stelt. Deze bevindingen zijn genotuleerd per groep door de wijkverpleegkundige die deze taak had. Het was helaas niet mogelijk om hier geluidsopname van te maken. Dit door de grootte en de hoeveelheid van de groepen.

Focusgroep consultatiebureauartsen

Ook de CB-artsen spelen rol in de zorgcoördinatie. Het is mogelijk geweest om de helft van de artsen bij het onderzoek te betrekken. Er is een focusgroep georganiseerd tijdens een intervisie bijeenkomst. De andere bijeenkomst viel buiten de onderzoeksperiode en dit maakte de reden dat niet elke arts betrokken is geweest. Er is hier een geluidsopname van gemaakt en er is tijdens de intervisie bijeenkomst genotuleerd. Ik heb in de focusgroep een participerende en observerende rol aangenomen. Door deze rol konden mijn vragen wel beantwoord worden. De focusgroep van de artsen vond plaats tijdens de intervisie bijeenkomst van een deel van de artsen. De intervisiebijeenkomst stond in het teken van zorgcoördinatie. Als opdracht hadden de artsen om een casus met betrekking tot zorgcoördinatie mee te nemen. Uiteindelijk is er één casus besproken en bediscussieerd. Er werd gewerkt volgens de Balint-methode (Balint 2008). Dit is een methode om intervisie volgens een gestructureerde manier te laten verlopen.

Respondenten

Bijna alle werkzame wijkverpleegkundigen en de helft van de werkzame CB-artsen zijn betrokken in het onderzoek. Bij de verpleegkundigen is geen selectie gemaakt. Enkele verpleegkundige konden niet aanwezig zijn door ziekte of door verplichtingen van het werk. Het deel van de artsen is geselecteerd door de datum van de intervisiebijeenkomst. Hierdoor zijn voornamelijk de artsen uit Zuid-Kennemerland bereikt. De intervisiegroep van de andere groep kwam te laat voor mijn scriptie. Door gebruik te maken van de focusgroepen is deze reikwijdte van het onderzoek mogelijk. De selectie criteria voor de focusgroep waren dan ook dat men als wijkverpleegkundige of als consultatiebureauarts werkzaam is binnen de JGZ Kennemerland.

3.2 Plan voor data-analyse

Door gebruik te maken van de 6 stappen van data-analyse van Cresswell (2003) wordt er structuur gegeven aan het analyseproces. De 6 stappen bestaan uit: 1.) Organiseren en voorbereiden, 2.) Data doornemen en algemene betekenis vinden, 3.) Coderen en gedetailleerde analyse, 4.) Gegevens in thema's onderbrengen, 5.) De thema's presenteren als een kwalitatief verhaal, 6.) Als laatste stap worden gegevens geïnterpreteerd en wordt er betekenis aan de gegevens gegeven. In dit onderzoek waren er diverse data. Deze zijn allemaal doorgenomen. De gegevens zijn gebundeld naar thema. Deze thema's zijn vervolgens omgebogen tot een kwalitatief onderzoek verhaal. Nadat alles was uitgeschreven zijn de gegevens geïnterpreteerd tot Hoofdstuk 5 Resultaten. Hier zijn theorie, praktijk en beleid samengebracht. De beschreven resultaten zijn uitgesplitst naar deelvraag. Hierdoor wordt overzichtelijk gemaakt hoe het antwoord op de hoofdvraag kan worden gegeven. Dit antwoord is voortgekomen uit de koppeling van alle resultaten. Dit resultaat maakte het mogelijk dat er een brug kon worden geslagen naar het ontwikkelen van prestatie-indicatoren. De gegevens zijn geïnterpreteerd en vertaald naar prestatie-indicatoren voor zorgcoördinatie voor JGZ Kennemerland.

3.3 Rol onderzoeker

Ik ben zelf werkzaam als wijkverpleegkundige in de JGZ Kennemerland. Ik heb mijn eigen ervaringen gebruikt naast de ervaringen van andere wijkverpleegkundigen en CB-artsen. Dit resulteert in een beeld dat gekleurd wordt door mijn eigen ervaringen. Hiermee wordt bedoeld dat de observaties wel mijn eigen observaties zijn. Deze zouden gekleurd kunnen zijn door mijn eigen rol in de organisatie. De observaties zijn teruggekoppeld aan de betrokkenen. Hierdoor heb ik geprobeerd een zo breed mogelijk perspectief te creëren. Ik heb mijn eigen perspectief zo expliciet mogelijk gemaakt, door mijn kennis en ervaring te relateren aan de uitkomsten van het onderzoek. Het geeft een ondersteuning aan mijn onderzoek, omdat ik bekend ben met het (veld)werk.

3.4 Ethiek

In dit onderzoek is een ethisch aspect verwickeld in de methoden van dit onderzoek. Tijdens de observaties ben ik diverse situaties tegen gekomen. Dit waren observaties waarin zowel goede als minder goede dingen naar voren kwamen. In mijn beoordeling waren het geen situaties waarin het belang van het kind geschaad werd als ik niet zou ingrijpen. Ik heb altijd

voor ogen gehouden dat het belang van het kind belangrijker is, dan het belang van het onderzoek.

3.5 Validiteit en Betrouwbaarheid

Validiteit

Er is sprake van interne en externe validiteit. Dit is een discussiepunt in de casestudy die is uitgevoerd. Er zijn namelijk door de observaties veronderstellingen gedaan (Segers & Hutjes 1999). Door middel van een member check door de professionals zijn de verkeerde veronderstellingen opgemerkt. De verkeerde veronderstellingen zijn de aannames die ik heb gemaakt, maar die niet klopten met de ideeën en handelingen van de wijkverpleegkundigen en CB-artsen. Er zijn ook meerdere cases geobserveerd, zodat er een vergelijking kan worden gemaakt. De zorgcoördinatie wordt op verschillende manieren uitgevoerd en hierdoor heb ik de overeenkomsten en verschillen kunnen benoemen. Er is ook triangulatie toegepast door niet alleen gebruik te maken van casestudy materiaal, maar ook van literatuur en documenten. Dit maakt dat er vanuit verschillende invalshoeken naar het item zorgcoördinatie is gekeken. Bij de interne validiteit gaat het er om dat de beweringen die worden gedaan onderbouwd worden met de gegevens. Door middel van de hulpmiddelen die hierboven staan beschreven worden de beweringen onderbouwd.

Bij externe validiteit gaat het erom of de resultaten en uitspraken generaliseerbaar zijn (Segers & Hutjes 1999). In deze casestudy gaat het erom of het representatief is voor de sector jeugdgezondheidszorg. De resultaten van dit onderzoek zullen representatief kunnen zijn voor andere JGZ instellingen die zorg leveren aan kinderen van 0-4 jaar. Mits er sprake is van één dezelfde situatie en taakverdeling bestaat. Elke JGZ instelling mag zijn eigen interpretatie geven aan zorgcoördinatie. De kans is klein dat dit onderzoek generaliseerbaar is, want de instellingen moeten op een gelijke wijze omgaan met zorgcoördinatie.

Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid houdt in dat de gegevens die zijn verkregen controleerbaar en inzichtelijk zijn. De gegevens zouden onafhankelijk van het toeval moeten zijn. Dit is moeilijker in een casestudy in verband met de observaties en reacties van de betrokken professionals. Het onderzoek kan moeilijk herhaald worden en is afhankelijk van de betrokken professionals (Segers & Hutjes 1999). Dit wordt echter opgevangen door duidelijk notities, waardoor de observaties controleerbaar zijn. De gegevens zijn ook beoordeeld door de peer van de onderzoeker die buiten de organisatie staat en dus niet wordt gekleurd door het werk en de situatie binnen de JGZ Kennemerland.

4 Zorgcoördinatie in de JGZ

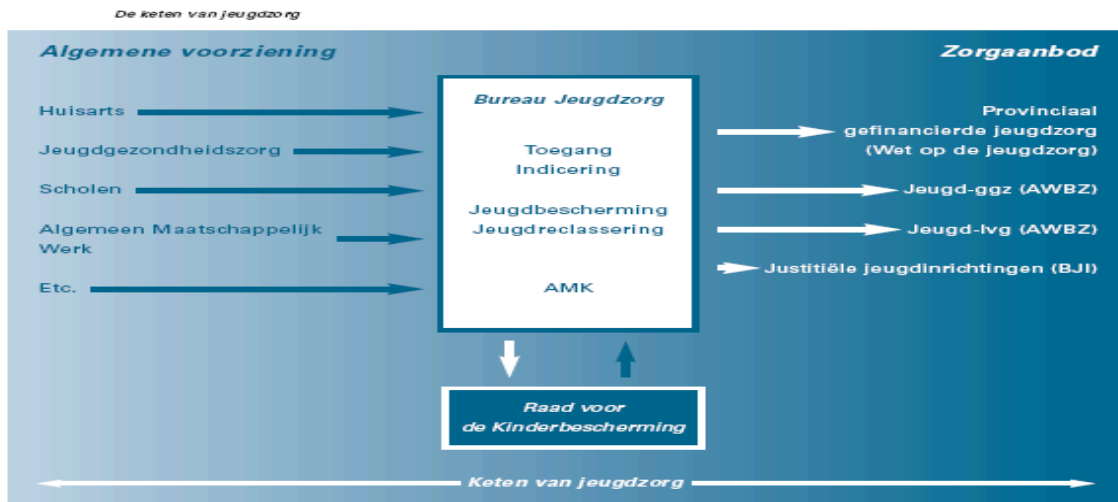
In de JGZ wordt op dit moment al zorgcoördinatie uitgevoerd. Maar wat is zorgcoördinatie eigenlijk? In dit hoofdstuk wordt het begrip vanuit de praktijk benaderd. Er wordt daarnaast specifiek ingegaan in de zorgcoördinatie van de JGZ Kennemerland.

4.1 JGZ en zorgcoördinatie

Zorgcoördinatie is een begrip dat een centrale rol speelt in dit onderzoek. Zoals al in de inleiding is genoemd is er sprake van zorgcoördinatie wanneer *“als meerdere instellingen betrokken zijn bij een gezin of cliënt, de zorg afgestemd wordt. Er is één coördinatiepunt nodig waar risico-inschattingen en verdere informatie van alle hulpverleners en instellingen samen komen en van waaruit handelend kan worden opgetreden.”* (IGZ et al. 2007). Deze zorgcoördinatie ontbreekt in de huidige praktijk, waar ernstige gevolgen uit zijn voortgekomen. Deze gevolgen waren dermate ernstig dat het ook kinderlevens heeft gekost. Het is van belang dat de coördinatie niet binnen de muren van de instelling blijft, maar dat er wordt samengewerkt met de verschillende partijen die betrokken zijn bij het gezin. De inhoud van zorgcoördinatie is op verschillende manieren beschreven van *“minimaal het inschatten van zorgbehoefte en doorverwijzen, tot een allesomvattend model waarbij belangenbehartiging, budgetbeheersing, netwerken onderhouden voor de klant en voorlichting aan de maatschappij”* (Z-org & GGD Nederland 2006).

Wettelijk is beschreven dat zowel jeugdgezondheidszorg, Bureau Jeugdzorg, gemeente en huisarts allen als zorgcoördinator kunnen optreden. De jeugdgezondheidszorg doet dit op basis van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (RIVM 2008) en het Besluit jeugdgezondheidszorg (Donner 2002). In het Besluit jeugdgezondheidszorg staat beschreven dat de *jeugdgezondheidszorg* het basistakenpakket uitvoert en hierin ook het zorgsysteem rondom de jeugdige in kaart brengt, maar hierin wordt het woord zorgcoördinatie niet genoemd. In het *Onderzoek naar de hulpverlening rond het meisje Gessica* (IGZ 2007), het zogeheten ‘Maasmeisje’ wordt de term zorgcoördinatie wel expliciet genoemd. Dit is een onderzoek naar de zorgverlening bij een kind wat is overleden en bekend is geworden als het ‘Maasmeisje’. Bureau Jeugdzorg kan op basis van de Wet op de Jeugdzorg de zorgcoördinatie op zich nemen. Een belangrijk doel van deze wet is om de diverse schakels in de jeugdketen op elkaar te laten aansluiten (zie figuur 4). Er staat expliciet in beschreven dat Bureau Jeugdzorg als taak heeft om te zorgen dat *“in het geval van verscheidene zorgaanbieders, de zorg op elkaar aansluit.”* (Ministerie van Volksgezondheid et al. 2005). De gemeente heeft indirect de zorgcoördinatie, want de jeugdgezondheidszorg valt onder de gemeente en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Quist et al. 2005). De laatste ontwikkelingen zijn dat Minister Rouvoet heeft aangekondigd dat de regierol van de gemeente in de jeugdketen wordt opgenomen in de Wet op de Jeugdzorg. Dit betekent dat alle gemeentes sluitende afspraken moeten maken over welke partij precies verantwoordelijk is als het gaat om zorgcoördinatie (Rouvoet 2007).

De verantwoordelijkheid voor zorgcoördinatie kan dus bij verschillende partijen liggen, maar in dit onderzoek wordt vanuit het perspectief van de jeugdgezondheidszorg gekeken.



Figuur 4 De keten van Jeugdzorg (VWS 2005)

In de visienota zorgcoördinatie van Z-org en GGD Nederland komt naar voren dat de zorgcoördinatie per leeftijdsfase van het kind is verdeeld. Het consultatiebureau heeft de zorgcoördinatie tot een leeftijd van vier jaar. In deze nota wordt al verondersteld dat er geen landelijke definiëring bestaat. Er bestaan wel enkele belangrijke punten en een algemene inhoud voor zorgcoördinatie (Z-org & GGD Nederland 2006):

De uitgangspunten zijn:

1. Het gaat om een zorgvrager, dat wil zeggen om individuele kinderen, gezinnen, mensen.
2. Het gaat om het coördineren, dat wil zeggen om het managen en regelen.
3. Het richt zich op complexe problematiek of continuïteitsproblemen.
4. Zorgcoördinatie is geen beroepsafhankelijke activiteit.

Zorgcoördinatie houdt in:

1. Gegevens verzamelen.
2. Voorlopige diagnose vaststellen, samen met ouders en/of de jeugdigen en andere betrokken partijen.
3. Hulpvraag formuleren.
4. Hulp realiseren.
5. Delegeren en coördineren.
6. Evalueren en het plan van aanpak bijstellen, samen met ouders en andere hulpverleners.

In een concept notitie van GGD Nederland worden de taken van zorgcoördinatie helder uiteen gezet. Deze notitie bevat ook de aanbevelingen van de IGZ uit het eerder genoemde rapport van het Maasmeisje (GGD 2008) :

1. Risicokinderen kennen, weten welke risico's er spelen bij welke kinderen.
2. Op de hoogte zijn welke hulp er door andere instanties ingezet is.
3. Contact onderhouden met instellingen die hulp verlenen.
4. Zorgen voor afstemming.
5. Indien nodig, zorgen dat er voor elk probleemgezin, één integraal plan komt.
6. Intervenieren in het gezin, conform het plan.
7. De voortgang bewaken, hetgeen bestaat uit twee delen:
 - a. activiteiten van diverse instellingen registreren

b. evalueren, eventueel plan bijstellen.

De volgende drie punten horen bij organisatie en collectief niveau:

8. Coördineren op ketensamenwerking.
9. In gang zetten van opschaling en doorzettingsmacht indien noodzakelijk.
10. Aanleveren van beleidsinformatie aan gemeente over gezondheidstoestand van kinderen op collectief niveau.

De JGZ heeft taak 1 tot en met 7 in zijn takenpakket om uit te voeren. De JGZ zorgt er dus voor dat er een plan komt, maakt afspraken en controleert de voortgang van het plan en de afspraken. De resultaten hiervan zijn dat met de betrokken partijen de zorg is afgestemd, er een plan is opgesteld en dat het wordt bewaakt. Het doel is dat bij één gezin, één plan is in geval van risico situaties.

Deze visie van het beleid op zorgcoördinatie is een deel uit de benadering van *articulation work*. Het gaat in het beleid zorgcoördinatie over de taak en het uitvoeren van de taak zorgcoördinatie op het niveau van de uitvoerende hulpverlener, het micro niveau. Er is sprake van een planning van taken en de controle van de JGZ op de afspraken. De planning is een vorm van coördinatie als onderlinge aanpassing, maar het controle gedeelte is het coördinatiemechanismen van direct toezicht beter van toepassing. Het begrip zorgcoördinatie is vanuit het beleid gedefinieerd als een standaard die uitgevoerd moet worden. Met het concept *articulation work* komt naar voren dat zorgcoördinatie meer behelst dan standaarden. Tijdens het onderzoek is dan ook naar verschillende aspecten van zorgcoördinatie gekeken. Er is een onderscheid gemaakt in drie stromingen van zorgcoördinatie: de theorie, het beleid en de praktijk. Dit heeft het mogelijk gemaakt van enkele aspecten van zorgcoördinatie een inzichtelijk beeld te creëren. Deze verschillende aspecten zoals; communicatie, verantwoording, informatiestromen, normen, methoden, kennis, afspraken, werkwijze en coördineren van zorg maken dat zorgcoördinatie kan worden uitgevoerd. Hierin is het beleid een onderdeel wat nodig is om de zorgcoördinatie uit te kunnen voeren.

De geformuleerde indicatoren kunnen verschillende aspecten, zoals hierboven staan vermeld inzichtelijk maken. Het inzicht wordt verworven door het proces en de structuur van zorgcoördinatie te analyseren en uit te lichten. De indicatoren zijn specifiek gericht op bepaalde aspecten van zorgcoördinatie zoals verantwoording, informatiestromen, normen, methode en werkwijze. Op deze aspecten wordt ingezoomd door middel van de registraties in het elektronisch kind dossier. Er zal later terug worden gekomen hoe het registreren plaatsvindt. Door op deze manier het inzicht te verwerven is het aantal aspecten van zorgcoördinatie wat belicht kan worden beperkt gebleven. Er is bijvoorbeeld geen mogelijkheid om de wijze van communiceren, kennis en het coördineren uit te lichten door middel van het registreren. Het is dus een beperkt inzicht op zorgcoördinatie, maar dit kan mogelijk in de toekomst verbreed worden.

4.2 Zorgcoördinatie en JGZ Kennemerland

Deze visienota van de GGD is op dit moment leidend voor het bestaande protocol zorgcoördinatie in de JGZ Kennemerland. De JGZ heeft een laagdrempelige toegang en zij staat in contact met bijna alle gezinnen uit de regio Kennemerland. Dit is de regio die loopt van Castricum tot en met Haarlem. In de JGZ Kennemerland werken 130 medewerkers, waaronder 25 CB-artsen en 55 wijkverpleegkundigen (JGZ Kennemerland 2008). In het

protocol zorgcoördinatie (zie bijlage 2) van de JGZ Kennemerland staat beschreven dat zorgcoördinatie in het spel komt als er meerdere hulpverleners of instanties betrokken zijn bij een kind en/of gezin. Dit kan een tekort of teveel aan zorg zijn. Een te kort duidt aan dat er bijvoorbeeld behoeften bestaat aan andere hulpverlening, terwijl bij teveel aan zorg er een overlap van zorg bestaat die door verschillende instanties wordt verzorgd. De zorgcoördinator van de JGZ Kennemerland houdt in de gaten of er voldoende zorg wordt geleverd. Het gaat hier om kinderen die nog niet een indicatie hebben voor jeugdzorg. De zorgcoördinatie binnen de JGZ Kennemerland omvat verschillende taken zoals het in beeld hebben van de verschillende kinderen die risico's lopen om problemen op te lopen, het zorgen dat het kind de juiste zorg krijgt en dat dit wordt afgestemd met het gezin en andere hulpverleners.

De JGZ Kennemerland professionals hebben ook als taak om de zorgcoördinatie actief naar zich toe te trekken. In 2007 is JGZ Kennemerland begonnen met het actief uitvoeren van zorgcoördinatie en het opnemen van deze rol. Er zijn hier scholingen over geweest om wijkverpleegkundigen en CB-artsen te trainen in het voeren van zorgcoördinatie. Zowel de arts als verpleegkundige komen in aanraking met de taak zorgcoördinatie. De arts heeft de zorgcoördinatie in het medische en paramedische circuit. Er wordt onder andere nagegaan of het kind is verwezen en of de vervolg behandeling is ingezet. De verpleegkundige heeft de zorgcoördinatie bij problemen in de verzorging, opvoeding, leefstijl en psychosociale ontwikkeling. Er wordt geprobeerd de ouders inzicht te geven in de situatie en toe te leiden naar de juiste zorg. Deze scheiding van taken neemt niet weg dat er niet wordt samengewerkt. De voortgang van cases worden besproken, zodat de kennis en ervaring van elkaar kan worden gebruikt (Rip & Beuker 2006). Dit aspect van zorgcoördinatie komt terug in het praktijk gedeelte van het onderzoek. Er is gekeken hoe dit aspect een rol speelt tussen de wijkverpleegkundigen en de CB-artsen.

Er wordt door de JGZ Kennemerland een onderscheid gemaakt tussen twee verschillende niveaus van coördinatie: Eenvoudige opgroei- en opvoedingsondersteuning (15% van de populatie) en ernstige opgroei- en gezinsondersteuning (5% van de populatie). In die laatste speelt zorgcoördinatie een rol. De hieronder gegeven citaten uit het protocol vormt de basis van het onderzoek. Dit het startpunt, de definitie van zorgcoördinatie van de JGZ Kennemerland. Hieraan is gerefereerd en zijn relaties gelegd in het verdere onderzoek.

“De JGZ doet nader onderzoek, begeleidt kortdurend, consulteert andere deskundigen en bespreekt het kind in een netwerk of verwijst het door naar een andere instelling binnen het locale jeugdbeleid. Wanneer de JGZ een kind doorverwijst, blijft ze wel actief betrokken. Ze stemt af wat ze zelf blijft doen en wat de ander zal gaan doen en maakt afspraken over regelmatige terugrapportage en evaluaties... Wanneer ouders tegelijkertijd of achtereenvolgens hulp krijgen van meerdere instanties is zorgcoördinatie aan de orde. De JGZ heeft altijd de zorgcoördinatie vanuit de integrale benadering van de kinderen. Dit betreft zorgcoördinatie van de niet geïndiceerde zorg.” (Rip and Beuker 2006).

In de ernstige gevallen wordt de zorgcoördinatie overgedragen aan jeugdzorg: *“Zodra Bureau Jeugdzorg de zorgcoördinatie op zich neemt of regelt dat een jeugdhulpverleningsinstelling dat doet, draagt de JGZ de zorgcoördinatie over. Het kind blijft gedurende de behandeling van desbetreffende jeugdzorginstantie wel gewoon reguliere JGZ ontvangen. De JGZ houdt contact met de zorgcoördinator van Bureau Jeugdzorg. In het*

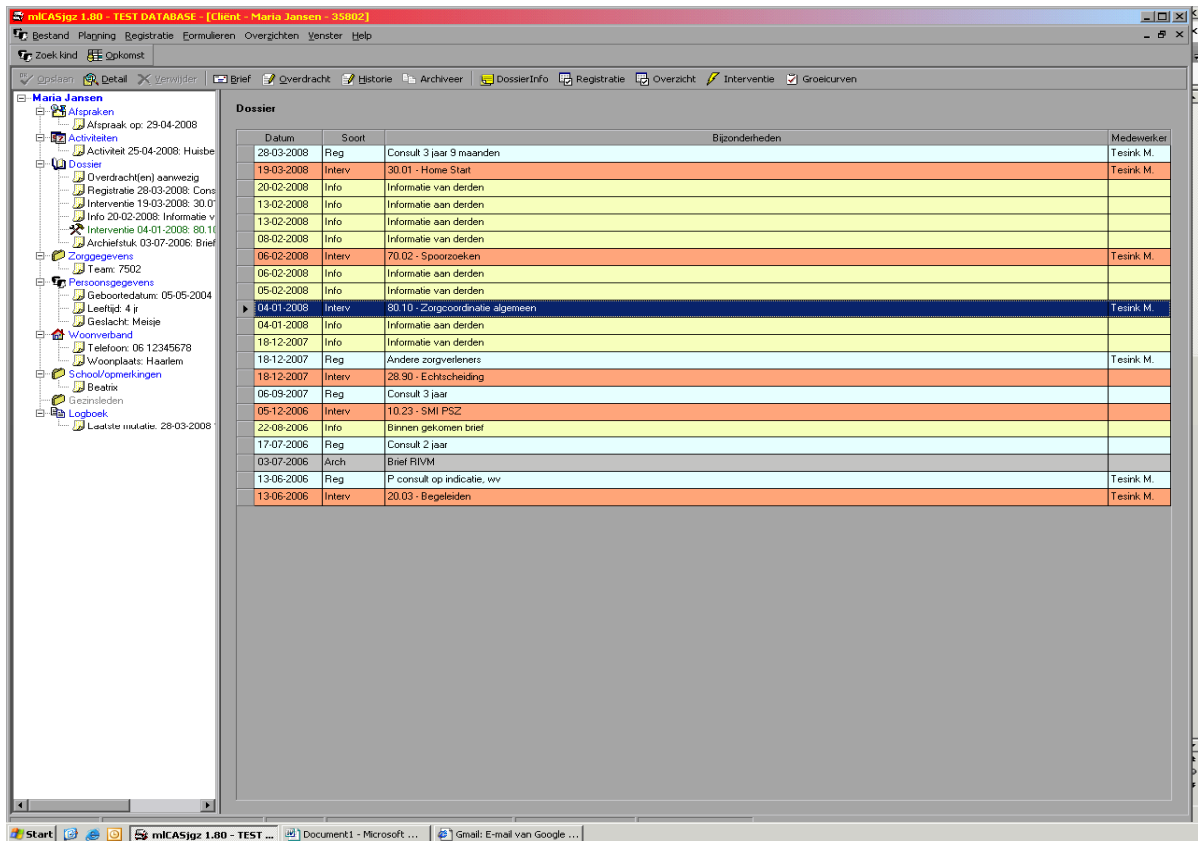
EKD wordt de zorgcoördinatie vanuit de jeugdzorg geregistreerd. In overleg met de ouders wordt relevante informatie doorgegeven en informatie (terugkoppeling) vanuit de jeugdzorginstelling wordt genoteerd in het dossier zodat er een goede afstemming mogelijk is met andere hulpverleners.”(Rip and Beuker 2006).

Het uitvoeren van zorgcoördinatie betekent dat er in de praktijk een interventie in het elektronisch kind dossier (EKD) wordt aangemaakt door de wijkverpleegkundige en/of CB-arts. Het EKD is de vervanging van het vroegere papieren dossier. Het EKD van de JGZ Kennemerland wordt alleen binnen de organisatie gebruikt. Wanneer informatie uit het EKD wordt overgedragen naar een andere organisatie, wordt de betreffende informatie geprint en opgestuurd. Dit natuurlijk altijd met toestemming van de ouders van het kind. Er is dus geen sprake dat andere organisaties in hetzelfde systeem werken als de JGZ Kennemerland. Met andere woorden is er geen integraal dossier waarmee verschillende samenwerkingspartners werken.

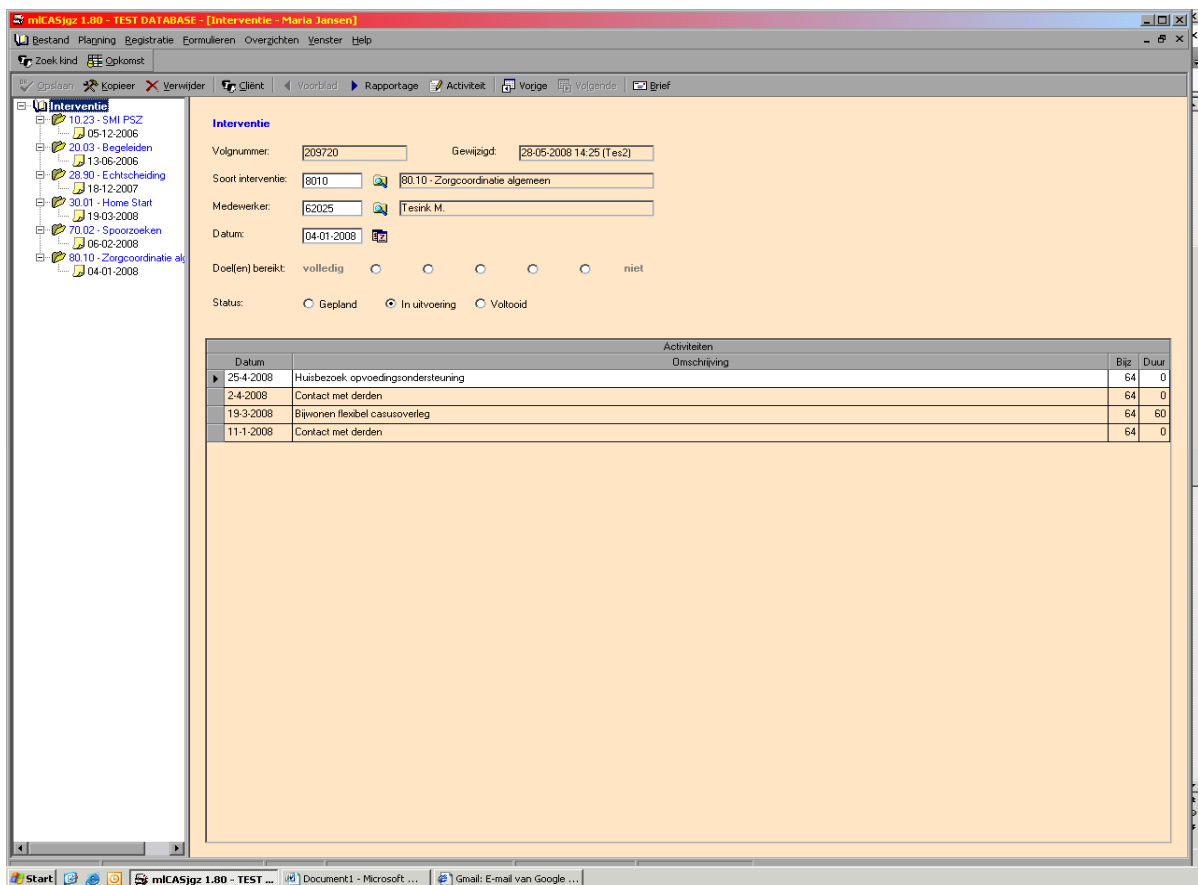
Het EKD vormt een instrument waarmee zorgcoördinatie wordt uitgevoerd en vertaald wordt naar de praktijk. Het is een aspect om zorgcoördinatie mogelijk te maken. Het heeft meerdere functies. In het EKD worden alle gegevens verzameld die van belang zijn bij het kind. Het gaat hier om registraties van de consulten bij de arts en verpleegkundigen, persoonlijke gegevens, interventies, et cetera. Er wordt niets meer op papier bewaard, dus alles moet in het EKD staan. Het EKD heeft dus ook een functie zodra de interventie zorgcoördinatie wordt ingezet. Hierin kan de aanleiding, probleem analyse, doel, evaluatie en activiteiten worden geregistreerd. In het papieren dossier was er geen specifiek werkpapier waarmee zorgcoördinatie werd vertaald naar de praktijk. Toen werden er aantekeningen gemaakt in het papieren dossier. Het geeft nu meer richting aan het proces. Aan de interventie is een beperkte keuzen aan activiteiten. Deze zijn richtinggevend voor de activiteiten die moeten worden uitgevoerd tijdens uitvoeren van zorgcoördinatie. Het EKD vormt ook de registratie en bewijs van de geleverde zorg. Het is een cruciaal element van zorgcoördinatie.

Hieronder staan enkele printshots weergegeven van het EKD. In het eerste printscherf is de inhoud van het EKD te zien. Links staat de inhoudsopgave van het EKD van het kind zoals afspraken, activiteiten, dossier en zorggegevens. Er is nu geselecteerd op dossier. Rechts daarvan ziet men het scherm wat er dan allemaal in het dossier zit. Er staan registraties van consulten, interventies en diverse dossierinformaties van derden. Er is geselecteerd op de interventie zorgcoördinatie algemeen.

Wanneer men deze interventie aanklikt krijgt men het volgende scherm (scherm 2). Hier ziet men het voorblad van de interventie zorgcoördinatie algemeen. Er kan hier duidelijk worden gemaakt of een doelstelling, bij het afsluiten van de interventie, is behaald.



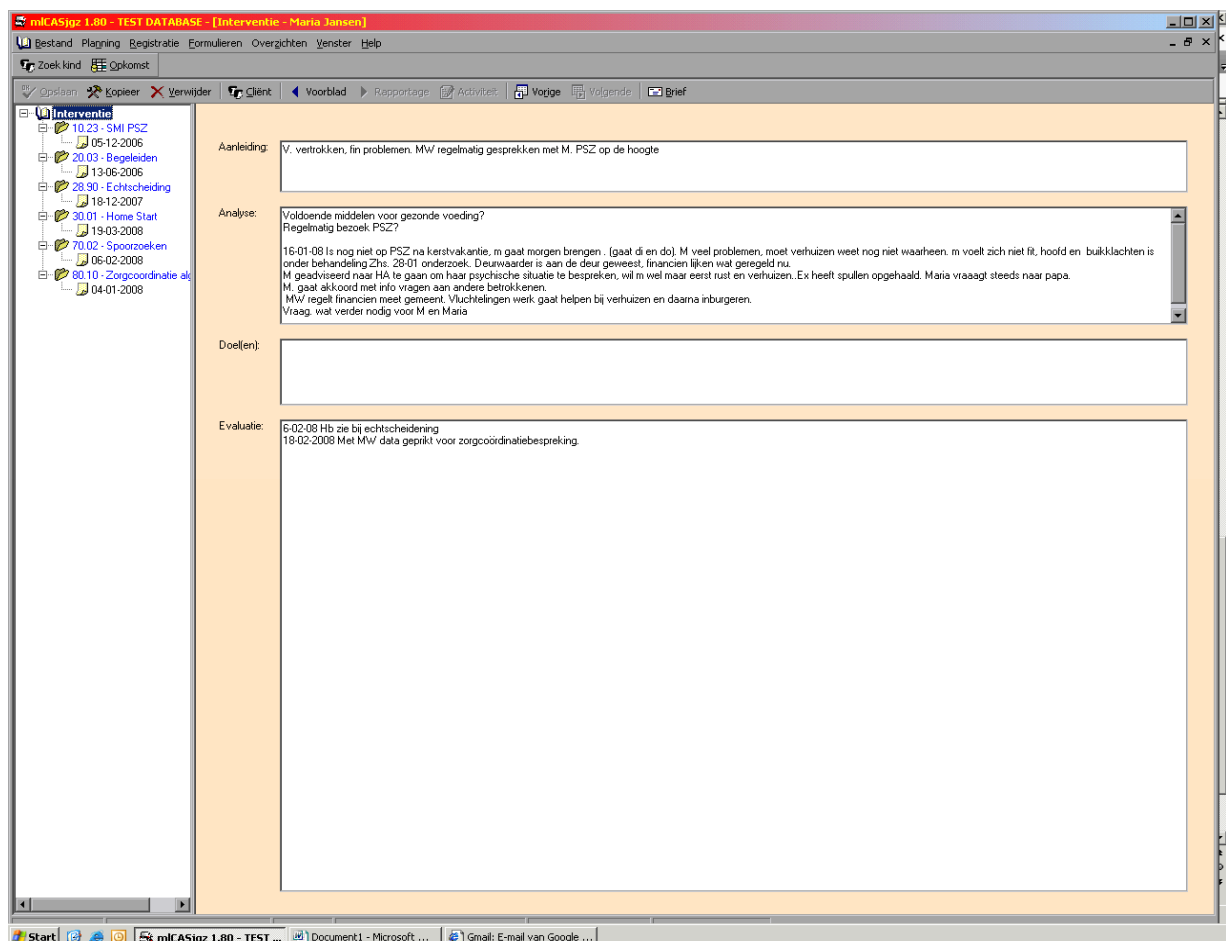
ScherM 1



ScherM 2

Daaronder staat aangegeven welke activiteiten wanneer zijn uitgevoerd. Men kan hier zien dat de activiteiten zijn afgesloten en dat er nog eentje gepland staat. Deze is in het wit aangegeven. Deze activiteiten maken het plan van aanpak inzichtelijk. In de bovenste grijze balk staat er een driehoekje met daarbij rapportage. Door daarop te klikken gaat men naar het volgende blad van de interventie. Nu komt men bij de ruimte voor aanleiding, analyse, doelstelling en evaluatie (scherm 3). Hier wordt de rapportage geschreven van de voortgang van de interventie zorgcoördinatie. In deze ruimten is een beperking om te schrijven, dit om te voorkomen dat er geen lappen tekst in komen te staan. Dit is ten bate van de overzichtelijkheid van de interventie en registratie.

In deze context wordt er op dit moment gewerkt, maar er is nog veel onduidelijkheid over de precieze eisen die aan de professionals worden gesteld binnen de JGZ Kennemerland. Het onderzoek zal hier door middel van de ontwikkeling van prestatie-indicatoren inzicht in gaan geven.



Scherm 3

5 Resultaten

De resultaten van het onderzoek geven de antwoorden op de onderzoeksvragen die zijn gesteld. De resultaten van dit onderzoek zijn gesplitst in verschillende delen. Deze verdeling is gebaseerd op de deelvragen die in de inleiding staan vermeld. In eerste instantie worden de overkoepelende landelijke eisen besproken, daarna zal er naar de praktijk worden gekeken aan de hand van de observaties en casestudies bij de wijkverpleegkundigen en CB-artsen. Als laatste wordt in gegaan op de vergelijking die heeft plaatsgevonden tussen de JGZ Kennemerland en OEK in Rotterdam.

5.1 Landelijke eisen

Zorgcoördinatie is nog een vaag begrip. Er is bijvoorbeeld geen definitie vanuit het programmaministerie Jeugd en Gezin naar buiten gebracht. Zorgcoördinatie is een samenhang van verschillende taken, stappen, lijnen en taken (Strauss et al. 1997). Er zijn diverse aspecten voor nodig voordat het kan worden uitgevoerd. De Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) heeft onderzoek gedaan naar de case van het Maasmeisje (IGZ 2007). Zij hebben hier een duidelijk standpunt in genomen. De JGZ is volgens de IGZ het beste in staat zorgcoördinatie uit te voeren. Hoe het werkelijk moet worden gedaan zal nu in de praktijk moeten worden ontwikkeld. Het advies is op dit moment leidend voor de sector en GGD Nederland heeft hier ook op ingespeeld door een concept notitie te schrijven over zorgcoördinatie en de JGZ (GGD 2008). Hier worden de zeven taken van zorgcoördinatie gedefinieerd. (zie bijlage 3). De inhoud van deze taken bevat onder andere het onderhouden van contacten, informatie-uitwisseling en eventueel een gezamenlijk hulpverleners plan opstellen. Er wordt met alle hulpverleners als een team samengewerkt om tot het doel van zorgcoördinatie te komen. Dit kan gezien worden als coördinatie op het niveau van teamsamenwerking (Whang 1995) en onderlinge aanpassing (Mintzberg 1992). Er is namelijk sprake van beperkte informatie en daarom moet er worden samengewerkt en gecommuniceerd om een helder en duidelijk beeld over het gezin of kind te creëren. Dit was namelijk niet het geval bij het Maasmeisje. Er werd in dit geval niet buiten de grenzen van de instelling gecoördineerd. Hierdoor was de verantwoordelijkheid niet duidelijk en vond er onvoldoende uitwisseling van informatie plaats, terwijl dit essentiële elementen zijn om zorgcoördinatie uit te kunnen voeren. Het doel van zorgcoördinatie is dan ook om de juiste zorg te leveren aan het kind, op de juiste tijd en plaats (Wijngaarden 2006). Er kan in de toekomst vanuit de IGZ prestatie-indicatoren ontwikkeld worden betreffende zorgcoördinatie, maar zover is het nog niet. Eerst moet zorgcoördinatie handen en voeten krijgen.

Thema's landelijke eisen

- **Zeven taken zorgcoördinatie**
- **Communicatie tussen verschillende hulpverleners**
- **Informatie uitwisseling**

Figuur 5 Thema's landelijke eisen

5.2 De praktijk van de wijkverpleegkundigen

Zorgcoördinatie is een interventie die in de praktijk als taak meestal bij de wijkverpleegkundige ligt. Zij zorgt voor het contact met ouders van het kind en met ander betrokken hulpverleners van het gezin. Zij inventariseert de aanwezige hulpverleners en

stemt zo nodig de zorg op elkaar af. Er is hier meteen wel een verschil op te merken met de gestelde definitie in het beleid. Het gaat volgens het beleid niet alleen om afstemmen en inventariseren van zorg, maar ook om het maken van afspraken over de terugrapportage en evaluatiemomenten. De wijkverpleegkundigen maken hier geen duidelijke afspraken over. Dit suggereert niet dat het niet gebeurt, want de rapportages zijn vaak wel terug te vinden. Maar niet concreet benoemd in de interventie.

Zorgcoördinatie is in 2007 ingevoerd, toch heerst er nog veel onduidelijkheid. De quote: *“Het zou fijn zijn als er een protocol was...”* is tekenend, want er is wel degelijk een protocol, maar dit is niet bij iedereen bekend. Het biedt te weinig handvatten om het in de praktijk als ondersteuning te kunnen gebruiken. Er is wel bekend dat zorgcoördinatie wordt ingezet bij meerdere hulpverleners in het gezin. Tegelijk wordt ook de vraag gesteld of de JGZ in alle gevallen wel de meest geschikte instantie is om zorgcoördinatie uit te voeren. Hier is sprake van een contradictie tussen de kennis van de wijkverpleegkundigen en de vragen die zij hebben over zorgcoördinatie. Ook voor de wijkverpleegkundigen is het niet altijd duidelijk wat te doen met zorgcoördinatie. Het is niet altijd in het beleid terug te vinden, maar het is een taak die wel aanwijsbaar is. Het zijn taken die moeten gebeuren, maar die niet altijd een expliciet plekje in het beleid hebben. Het is een complexe taak, waarvan niet alles staat beschreven. De professionals hebben wel de verantwoordelijkheid om de taken uit te voeren, ondanks dat het niet in het beleid staat beschreven. Men kan niet weglopen van zijn verantwoordelijkheden, want het zijn aanwijsbare taken.

De activiteit zorgcoördinatie is er altijd aanwezig in het werk van de wijkverpleegkundige. Het is alleen in meer of mindere mate aanwezig. Dit maakt dat het een onvoorspelbaar verloop heeft. Verpleegkundige onderschatten dit vaak (Strauss et al. 1997). Het is altijd nodig om te coördineren om het werk te kunnen doen. Er is dus ook coördinatie nodig om zorgcoördinatie uit te kunnen voeren als taak. En hier zijn onder andere de al eerder benoemde routines, standaarden en formulieren voor nodig.

In het onderzoek komt ook naar voren dat de wijkverpleegkundigen vooral naar de taak zorgcoördinatie wordt gekeken als een taak. Het is een onderdeel van wat nodig is voor het uit kunnen voeren van zorgcoördinatie. Uit het onderzoek kwamen enkele thema's naar voren (zie figuur 6).

Thema's wijkverpleegkundigen

- Verantwoording in/extern
- Rol ouders
- Voorwaarden scheppend (tijd, bereikbaarheid, inventarisatie betrokken hulpverleners (sociale kaart))
- Structurele en planmatige aanpak (Eenduidige doelstelling: Kind centraal)
- Rapportage & EKD
- Ervaring van wijkverpleegkundigen
- Blokkades om goede zorg uit te voeren.

Figuur 6 Thema's wijkverpleegkundigen

De wijkverpleegkundige maakt de interventie zorgcoördinatie aan zodra er in het gezin eerdere hulpverleners betrokken zijn. De wijkverpleegkundige gaat vervolgens inventariseren, in afstemming met de ouders, welke hulpverlening er geboden wordt of moet

worden geboden. De informatie wordt zoveel mogelijk aan ouders zelf gevraagd. Vervolgens wordt er toestemming gevraagd om met alle betrokken hulpverleners contact op te nemen. Bij het contact met de betrokken hulpverleners wordt duidelijk gemaakt welke rol de JGZ in het gezin speelt en er wordt naar hun doel, rol en vorderingen gevraagd. Als het nodig is wordt er een flexibel casus overleg gepland met alle betrokken partijen waarin de zorg wordt afgestemd.

De JGZ verpleegkundige maakt een plan en bespreekt dit, zo nodig, in het flexibel casus overleg. Het plan wordt gemaakt met de betrokkenheid van de ouders(s). De evaluatie in het geheel wordt in de casestudy door één wijkverpleegkundige genoemd. In de observaties kwam naar voren dat er vaak de registratie *informatie van derden* en het *plannen/bijwonen van een flexibel casus overleg* wordt aangemaakt. In de interventie zelf staat niet altijd een duidelijk evaluatie moment beschreven. Maar door middel van de activiteiten kan wel geconcludeerd worden dat er wordt gecommuniceerd en informatie wordt uitgewisseld. Dit kan men ook onder het evalueren verstaan. Het doel van het inzetten van zorgcoördinatie is gericht op het afstemmen van zorg en met alle betrokken hulpverleners hetzelfde doel nastreven. Hier is een contradictie in het feit dat men dit wel zegt, maar niet altijd een doel beschrijft in de interventie. Er wordt ook gewenst dat er een plan wordt gemaakt, maar dit is niet in een oogopslag terug te vinden. Men moet de hele interventie en de bijhorende registraties doorlopen om een duidelijk beeld te vormen van de case.

De ervaringen van de wijkverpleegkundigen gaven aan dat ze het een complexe, zware en moeilijke taak vinden. En niet iedere wijkverpleegkundige voelt zich bekwaam om deze taak uit te voeren. Zij geven aan dat er een te kort aan kennis is over de sociale kaart over de verschillende zorgverlenende instanties, terwijl dit ook één van de belangrijke punten is in de voorwaarden scheppende sfeer (zie figuur 7).

Daarbij komt dat het hen veel energie en tijd kost:

“Het uitvoeren van zorgcoördinatie vergt veel ‘verloren’ tijd, tijd die moeilijk te registreren is. Zoals het mailtjes lezen, versturen, telefoontjes plegen etc. (je mag pas bij meer dan 15 min registreren)” (Een wijkverpleegkundige tijdens de observatie van een case)

Dit geluid wordt veel gehoord en niet alleen binnen de JGZ Kennemerland (zie ook verderop). Het registreren van alle informatie is ook een kritiek punt. Lang niet alle verpleegkundigen kunnen er mee uit de voeten. Er heerst onduidelijkheid hoe men moet registreren. Dit is ook terug te vinden in de casestudy. In elke case werd er op verschillende manieren gerapporteerd en geregistreerd. De één maakt veel gebruik van de gerelateerde zorgcoördinatie activiteiten om inzichtelijk te maken wat er gebeurt, terwijl een ander dit niet doet. De een lijkt een methodische aanpak te hebben, terwijl een andere verpleegkundige per case kijkt hoe ze en welke dingen ze doet. Een wijkverpleegkundige zei treffend op de focusgroep: *“Er is niet 1 manier om zorgcoördinatie uit te voeren en op te schrijven.”* Het EKD is wel een belangrijk item in het zorgcoördinatie traject. Het is een essentieel item in het concept van *articulation work* (Strauss et al. 1997). Het uitvoeren van zorgcoördinatie kan alleen als alle puzzelstukjes compleet zijn en hier hoort ook het stuk registreren en rapporteren bij.

Het is niet alleen de tijd en het registreren die het coördineren verzwaart. Ook de verantwoording drukt op hen. Deze druk wordt onder andere veroorzaakt doordat er zoveel media aandacht voor de sector is. Er heerst toch een soort angst dat men het fout doet met alle gevolgen van dien. Hierbij komt naar voren dat ook niet iedere wijkverpleegkundige zich

gesteund voelt door het management. Zij zien de taak van het management dat de zorgcoördinatie van de JGZ geprofileerd moet worden. Nu komen ze nog vaak tegen dat instanties niet op de hoogte zijn van deze taak van de JGZ. Het gaat dan over de verantwoording die zowel in- als extern ligt. Een andere interne verantwoording is de rolverdeling tussen de CB-arts en de wijkverpleegkundigen. Bij een externe verantwoording gaat het over de verantwoordelijkheden van andere hulpverleners in het gezin. Het is niet altijd duidelijk wat een hulpverlener doet en met welk doel men in het gezin aanwezig is. Soms hebben hulpverleners andere doelen dat de JGZ voor ogen heeft. In plaats van dat er een teamsamenwerking als coördinatiemechanismen optreedt, is er sprake van een contractsamenwerking (Whang 1995). Ieder gaat dan voor zijn eigen doel en dan is het moeilijk om volledige informatie te kunnen krijgen. Om coördinatie te kunnen uitvoeren is het van belang dat er sociale normen zijn. Men moet flexibel, solidair, wederkerig samen werken en daarbij informatie delen (Achrol and Gundlach 1999).

“Wat ik merk is dat derden niet altijd op de hoogte zijn van onze taak zorgcoördinatie en ook niet gewend zijn om doelen zo duidelijk te verwoorden en een tijdspad te maken. Een terugkoppeling is niet vanzelfsprekend en het kost dus veel energie om je informatie rond te krijgen.”

Uit dit citaat blijkt dat deze sociale normen niet altijd aanwezig zijn en dat daardoor zorgcoördinatie kan worden bemoeilijkt. De coördinatieproblemen spelen zich zowel op het niveau van instellingen als op het niveau van de uitvoerende hulpverlening (Riet and Wouters 2003). De zorg rondom een gezin is niet altijd een geïntegreerd geheel, terwijl dit toch een doelstelling is van coördinatie (Plochg and Klazinga 2002).

Categorieën van de belangrijkste punten zorgcoördinatie (wijkverpleegkundigen)

- Verantwoording
 - Binnen drie weken is de taakverdeling van de betrokkenen in het gezin duidelijk en daarin ook de zorgcoördinerende rol van de JGZ.
 - Inzicht in actieve hulpverleners in een gezin en wat zij doen met elk doel.
 - De zorgcoördinerende rol van de JGZ Kennemerland is bekend bij andere instanties.
 - Duidelijke taakverdeling tussen consultatiebureauarts en wijkverpleegkundige.
- Rol ouders
 - Afstemming met het gezin
 - Privacy van het gezin waarborgen
 - Inzicht in wat ouders kunnen en willen.
- Voorwaarden scheppend (tijd, bereikbaarheid, inventarisatie betrokken hulpverleners (sociale kaart))
 - Tijd: Ruimte en tijd om zorgcoördinatie uit te kunnen voeren
 - Bereikbaarheid duidelijk en inzichtelijk
 - Ondersteuning vanuit management: JGZ doet zorgcoördinatie; dit is ook bekend bij andere instelling. Hier is dan ook geen discussie meer over.
 - Kennis over sociale kaart
- Structurele en planmatige aanpak
 - Binnen een bepaald termijn een plan van aanpak opstellen.
 - Eenduidige doelstelling voor het gezin en hulpverleners. Het kind staat hierin centraal.
 - Flexibel casus overleg plannen organiseren met een duidelijk doel en agenda.
 - Evaluatie momenten plannen.
 - Afspraken met alle hulpverleners opstellen.
- Rapportage & EKD
 - Registratie en rapportage van activiteiten.
 - Rapportage van afspraken met alle betrokkenen (hulpverleners + gezin)
 - Bereikbaarheid van betrokken hulpverleners in het EKD terug vinden.

Figuur 7 Categorieën van de belangrijkste punten van zorgcoördinatie

5.3 Praktijk van de consultatiebureauartsen

De rol van de CB-artsen is voor de wijkverpleegkundigen niet altijd duidelijk. In het protocol wordt er onderscheid van de rol verdeling gemaakt bij *medische* zorgcoördinatie. Een tweede onderscheid wordt benoemd in de inhoud van de samenwerking tussen wijkverpleegkundigen en CB-artsen. Deze samenwerking is wel afhankelijk van het probleem wat er speelt, maar over het algemeen zal het plaatsvinden tijdens de nabespreking of tijdens het risicokinderen overleg. Er is een kwartier ruimte na het spreekuur voor een nabespreking. Één keer in de vier weken vind er een risicokind bespreking plaats. Risicokinderen zijn kinderen waar extra risico is op risico's op de gezondheidstoestand in al zijn facetten. Dit zijn kinderen die leven in risicosituaties zoals een instabiele gezinssituatie (Kijlstra, Prinsen, and Schulpen 2001). In het onderzoek werd de proef op de som genomen en gekeken wat zorgcoördinatie voor de CB-artsen betekend.

Het eerste punt is het meest opvallende punt bij de CB-artsen en zorgcoördinatie. Zij voelen een afstand tot de taak zorgcoördinatie. Het wordt gezien als een taak die de wijkverpleegkundigen uitvoert.

“Ik word er wel bij gehaald, maar ik heb er in feite geen knal mee te maken. Ik heb geen flauw idee wat voor hulpverleners het zijn.” (een CB-arts tijdens de focusgroep)

Dit wordt veroorzaakt doordat de artsen de informatie altijd achteraf horen. De wijkverpleegkundigen praat hen bij tijdens de risicobespreking. Er is dan een uur de tijd om alle risicokinderen te bespreken van één team te bespreken. In de vier tussenliggende weken doet de wijkverpleegkundige van alles en kan ze niet alles overleggen met de arts.

Vaak gebeurt het dan op de wandelgangen. De wijkverpleegkundige komt in gesprek met ouders en andere hulpverleners. De informatie de artsen horen is voornamelijk via de wijkverpleegkundige. Het gaat ook over informatie die via mond op mond bij de wijkverpleegkundige en de CB-arts ten gehore komt. De vraag is dan hoe betrouwbaar die informatie dan nog is. De artsen missen de feitelijke informatie, zowel in de bespreking als in het dossier. Hierdoor ontbreekt het overzicht. Het EKD is hier van cruciaal belang. Het is het instrument voor de juiste informatie uitwisseling. Een belangrijk aanvulling is hierbij dat er dan wel op de juiste wijze moet worden geregistreerd.

De afstand is tegelijkertijd ook een kracht. Juist door de afstand kan men door een ander perspectief naar de situatie kijken. De CB-artsen hebben het idee dat hoe dicht men in het gezin zit, zoals de wijkverpleegkundigen, er ook blinde vlekken ontstaan. Hierdoor kan er minder zwaar geoordeeld worden over de situatie. Dit is een aanvulling op het perspectief van de wijkverpleegkundige. De CB-artsen ervaren nu de valkuil van afstand als overheersend. Men heeft geen duidelijk beeld door het ontbreken van feitelijke gegevens en het overzicht. CB-artsen zouden graag meer betrokken willen zijn. Zij zouden graag aanwezig willen zijn bij een flexibel casus overleg, omdat ze denken dat er dan een betere beeldvorming plaatsvindt en dat de betrokkenheid vergroot wordt. In de praktijk kunnen zij vaak niet aanwezig zijn, omdat het draaien van consulten voor een overleg gaat. Andere dagen werken ze vaak niet en dan blijft er dus weinig tijd over. De teamsamenwerking (Whang 1995) komt hier in het gedrang. Er kan namelijk minder onderling worden afgestemd en op elkaar worden aangepast (Mintzberg 1992). Een CB-arts is dus moeilijk in staat om vaak te communiceren. Er is hier tevens geen sprake van de norm flexibiliteit (Achrol and

Gundlach 1999), want de arts is niet flexibel om aanwezig te kunnen zijn bij afstemming van zorg.

De CB-artsen geven aan dat artsen de staf vaak inschakelen, omdat ze het zelf vaak ook niet meer weten. Het gebrek aan kennis van de sociale kaart heeft hier zeker ook een aandeel in. In de praktijk wordt verwacht dat de wijkverpleegkundigen dit wel weten.

Een ander belangrijk punt is de verantwoording in het geval van zorgcoördinatie. Er heerst soms een gevoel van onmacht en angst. De artsen ervaren dat er in veel gevallen veel gepraat wordt over het gezin of kind, maar dat er weinig gedaan wordt. Voor hen is het ook vaak onduidelijk hoe de verantwoordelijkheden liggen met de andere hulpverleners. Het is vaak niet duidelijk welke rol de verschillende hulpverleners hebben en met welke taak en welk doel. Het ontbreken van de kennis over de sociale kaart is hier onderdeel van. Toch verwacht een deel van de artsen dat deze kennis wel aanwezig is bij de wijkverpleegkundigen. Het niet duidelijk in beeld hebben welke rollen de hulpverleners hebben wordt als een blokkade beschouwd die het coördineren van het geheel moeilijker maakt. De angst wordt hierdoor ook gevoeld.

“Soms heb je het idee dat je er geen vat op hebt. De verantwoordelijkheid ligt soms eigenlijk ergens anders, maar die partijen doen niets. Je hebt zelf eigenlijk niets in de hand. Als het escaleert wie is dan verantwoordelijk? Het zal me dan niets verbazen als je in de krant leest: ‘waarom heeft het CB niets gedaan?’” (een CB-arts tijdens de focusgroep)

Zoals al eerder staat beschreven kan zorgcoördinatie als *articulation work* worden beschouwd. Dit concept bevat dan alle stappen, lijnen, taken en dingen die nodig zijn om zorgcoördinatie te kunnen uitvoeren (Strauss et al. 1997). Als dit over het takenpakket van de artsen wordt gelegd vallen er wel enkele dingen op. De samenwerking met de wijkverpleegkundigen is beperkt. Er is periodiek tijd om te overleggen. Op dat moment zou de CB-arts de wijkverpleegkundigen ondersteunen en haar kennis, ervaring en expertise moeten gebruiken. Toch heerst juist het gevoel dat er geen overzicht is en dat de informatie die gedeeld wordt subjectief is. En hierdoor nadere toelichting behoeft. Daar komt bij dat de afstemming met andere hulpverleners vaak zonder CB-arts gebeurt, dit omdat er simpelweg weinig tot geen tijd voor is. Deze punten laten zien dat het proces zorgcoördinatie op een aantal punten schort. Het proces op het niveau van teamoverleg (Riet and Wouters 2003) loopt niet, want de disciplines kunnen elkaar niet goed ondersteunen, omdat de gereserveerde tijd als te kort wordt ervaren.

De CB-artsen hebben wel een idee hoe het proces en taken van zorgcoördinatie beter kunnen worden ingericht. De artsen zien de praktische kant van zorgcoördinatie wel als taak van de wijkverpleegkundigen. Ze zouden wel meer betrokken willen worden bij de interventie. De artsen zouden graag zien dat er structureel meer tijd komt voor zorgcoördinatie. Het gaat dan niet om taakverbreding, maar de mogelijkheid om als team (arts en verpleegkundige) vaker overleg te kunnen plegen. Hierdoor hopen de artsen een beter beeld te krijgen en beter up to date te zijn van de situatie. Het voorstel is om dan één keer in de twee weken een risicobespreking te kunnen doen.

Zorgcoördinatie is een taak zowel voor de wijkverpleegkundige als voor consultatiebureauarts. Het is een verantwoording voor hen beide. De praktische kant zal bij de wijkverpleegkundige blijven, want ook hier is geen tijd voor. Het contact maken en

onderhouden met andere hulpverleners kost veel tijd en de artsen zien dit ook niet zitten om dit te doen.

De dossiervorming zou helder en duidelijk moeten zijn. De arts kan nu het dossier wel lezen, maar heeft altijd aanvulling nodig van de verpleegkundige.

“De verpleegkundige schrijft in haar registratie met woorden, zoals een rommelig huis. Maar wat is rommelig? Dit kan per persoon verschillend worden ingevuld.” (een CB-arts tijdens de focusgroep).

Volgens de artsen zou dit verbeterd kunnen worden door een meer specifieke dossiervorming. Ook de rol van de CB-arts zal beter moeten worden verwoord in de interventie zorgcoördinatie. Nu komt de rol niet tot nauwelijks naar voren, terwijl de verantwoordelijkheid zowel bij de wijkverpleegkundige als de CB-arts ligt.

Concluderend kan er gezegd worden dat er een aantal onderwerpen centraal staan bij de artsen. Het uitvoeren van zorgcoördinatie blijft een vaag begrip en de rol van de artsen is wel duidelijk in theorie, maar de uitvoering in de praktijk wordt als moeilijk ervaren. Dit wordt door diverse blokkades veroorzaakt. Men heeft wel duidelijk voor ogen hoe men het zou willen zien (figuur 8).

Centrale onderwerpen zorgcoördinatie artsen

- Informatie overdracht.
- Meer betrokkenheid, door aanwezigheid bij flexibel casus overleg.
- Verantwoording vaak onduidelijk.
- Kennis van de sociale kaart ontbreekt.

Figuur 8 Centrale onderwerpen zorgcoördinatie CB-artsen

5.4 Vergelijking OEK en JGZ Kennemerland

In een interview en door middel van documenten van het ouder en kind consultatiebureau Rotterdam (OEK) is een vergelijking gemaakt betreffende zorgcoördinatie met de JGZ Kennemerland. Door het tijdsbestek is het helaas niet mogelijk geweest om de praktijk van het OEK werkelijk te observeren. Dit had mogelijk tot andere resultaten kunnen leiden, dan alleen de vergelijking in het beleid. In dit hoofdstuk wordt er een vergelijking gemaakt op het beleidsniveau van beide instellingen. Het OEK heeft een implementatieplan betreffende zorgcoördinatie geschreven. Deze is vergeleken met het protocol van de JGZ Kennemerland. Als aanvulling wordt het beleid van OEK gespiegeld aan de ervaringen die zijn opgedaan uit de praktijk van de JGZ Kennemerland met het uitvoeren van zorgcoördinatie binnen de lijnen van het beschreven beleid.

Het eerste grote verschil in de beleidsdocumenten van het OEK en de JGZ Kennemerland is het bestaan van de verschillende niveaus van coördinatie. JGZ Kennemerland spreekt over twee niveaus van coördinatie, waarin de wijkverpleegkundigen en de CB-artsen de taak zorgcoördinatie uitvoeren. Het OEK een onderscheid maakt in vier niveaus. (Ouweneel 2008):

1. Enkelvoudig probleem, JGZ gerelateerd probleem
2. Enkelvoudig probleem, Samenwerking disciplines Centrum Jeugd en Gezin.

3. Multidisciplinair probleem
4. Levensbedreigend probleem.

De eerste twee categorieën hebben te maken met enkelvoudige problematiek. Hierin is het van belang dat

“de professionals van elkaar weten dat ze bij hetzelfde kind en/of gezin bezig zijn. Ieder heeft hier in zijn eigen contact, doelen en verantwoordelijkheden...ze wisselen vrijblijvend informatie met elkaar uit over de cliënt en houden elkaar op de hoogte van de doelen en voortgang”(Ouweneel 2008).

Dit wordt afstemmen van zorg genoemd in het implementatieplan van OEK. Het is gericht op signaleren en longitudinaal volgen. Bij categorie drie en vier wordt er werkelijk over zorgcoördinatie gesproken. Het gaat om meervoudige problematiek tot levensbedreigende problematiek. Hier is het van belang dat er over *“één gezin, één plan, één team, één coördinator”* wordt gesproken. De coördinator is verantwoordelijk voor het *“opstellen van het plan en het monitoren van de uitvoering”* (Ouweneel 2008). Deze zorgcoördinatie kent een begin en een eind. De zorgcoördinatie ligt ook niet meer bij de wijkverpleegkundige of bij de consultatiebureauarts. Op dit niveau is er een speciale interventieverpleegkundige die de zorgcoördinatie op zich neemt. Zij is een gespecialiseerde verpleegkundige die onder andere zorgcoördinatie in haar takenpakket heeft. De frequentie van het uitvoeren van zorgcoördinatie ligt hoger dan bij de wijkverpleegkundigen en de CB-artsen van de JGZ Kennemerland. De interventieverpleegkundige doet dus veel kennis en ervaring op met het uitvoeren van zorgcoördinatie.

In het begin bleek de sociale kaart, net zoals bij de JGZ Kennemerland, een probleem te zijn. De interventieverpleegkundige is daarin ondersteund door het projectmanagement. De interventieverpleegkundige heeft hierdoor haar kennis kunnen verdiepen ten aanzien van de sociale kaart. Er is informatie verstrekt over de sociale kaart in de verschillende deelgemeenten. Deze kennis hebben niet alle wijkverpleegkundigen van de JGZ Kennemerland, terwijl de verwachting van de CB-artsen van de JGZ Kennemerland was dat de wijkverpleegkundige dit juist wel zouden hebben. In de praktijk blijkt dat dus niet zo te zijn, zoals in de focusgroep naar voren kwam.

Een andere blokkade is tijd en geld. Zorgcoördinatie kost veel tijd. In een praktijk voorbeeld werd aangenomen dat de gemiddelde doorlooptijd van zorgcoördinatie 3 tot 6 maanden is. Er is daar een maximaal van 8 cases per full time werkende eenheid kan bedragen. Vanuit de gezinscoaches wordt aangegeven dat er maximaal 25 gezinnen per periode van een half jaar gecoacht/gecoördineerd kunnen worden. In de JGZ Kennemerland is de zorgcoördinatie in het takenpakket van de consultatiebureauarts en wijkverpleegkundigen erbij gekomen.

Wanneer er voldoende tijd is, is het mogelijk om het doel te optimaliseren en fragmentatie te voorkomen en kan men geïntegreerde zorg aanbieden (Plochg and Klazinga 2002). De coördinatie onder het OEK heeft de vorm van *singelperson coördinatie* (Whang 1995). Er staat één persoon centraal in het coördinatie proces zorgcoördinatie en hier kan ook gedacht worden aan *direct toezicht*. Er is ook sprake van *onderlinge aanpassing* (Mintzberg 1992). Bij het opstellen van het zorgplan wordt wel overlegd met andere betrokken hulpverleners in het gezin. Er worden eisen gesteld aan een plan van aanpak. Er is ook uitgeschreven als de coördinatie niet lukt, hoe er dan moet worden gehandeld. Hier wordt gesproken over opschalen. In het beleid worden ook randvoorwaarden gesteld om

zorgcoördinatie uit te kunnen voeren. Tevens worden de competenties die nodig zijn om zorgcoördinatie uit te kunnen voeren ook belicht. Naar aanleiding van het concept *articulation work* (Strauss et al. 1997) wordt zorgcoördinatie in het beleid niet alleen belicht vanuit de taak, maar ook van de organisatie daaromheen. Het plan is gebaseerd op de concept notitie van de GGD Nederland (GGD 2008).

Toch blijkt dat ook hier nog veel werk te doen is. Er moeten afspraken worden gemaakt met diverse partijen. Op die manier wordt duidelijk wat verwacht kan worden en wie wat kan betekenen. De sociale kaart is hier ook van belang. Dus ook hier blijkt, wanneer men naar alle facetten die betrokken zijn bij zorgcoördinatie kijkt, het beeld van zorgcoördinatie nog niet compleet is. Er is nog een weg te gaan wanneer men het *articulation work* van Strauss (1997) compleet in beeld krijgt betreffende zorgcoördinatie.

Centrale onderwerpen vergelijking OEK

- Vier niveaus van zorgcoördinatie
- Taak differentiatie: multidisciplinaire vraagstukken → interventieverpleegkundige
- Blokkade tijd en geld
- Ketenafspraken moeten nog gemaakt worden

Figuur 9 Centrale onderwerpen OEK

5.5 Samenvattend

Zorgcoördinatie is een complex geheel. Er wordt in dit onderzoek onderscheid gemaakt naar theorie, beleid en praktijk. Het beleid van zorgcoördinatie is erop gericht dat de communicatie en informatie uitwisseling goed verloopt. De theorie sluit hierbij aan in het kader van *teamsamenwerking* van Whang (1995) en *onderlinge aanpassing* van Mintzberg (1992). De praktijk laat zien dat de teamsamenwerking niet altijd duidelijk is en ook de externe verantwoording blijft vaag. De informatie-uitwisseling wordt al wel in de praktijk toegepast, maar het plan van aanpak blijft in de registratie achterwege. Het beleid in de trant van afspraken en de rolverdeling (verantwoording) is niet altijd helder geregistreerd. Dit gaat dan zowel om de interne verantwoording als om de externe rolverdeling betreffende andere betrokken hulpverleners in een gezin. De kennis van de sociale kaart blijkt in de praktijk onvoldoende aanwezig te zijn, terwijl het beleid dit juist als randvoorwaarden kan zien. Zorgcoördinatie is een complexe taak die veel tijd behoeft. Er is vanuit het beleid ook een blokkade om over de juiste hoeveelheid tijd te beschikken. De praktijkervaring leert dat er voor het gevoel tijdsdruk heerst. Het resultaat van dit onderzoek is samen te vatten onder vier hoofd thema's: verantwoording, voldoende tijd, planmatige aanpak en rapportage.

6 Discussie en conclusie

In de discussie en conclusie worden de resultaten besproken in het verlengde van prestatie-indicatoren. Er zal worden teruggegrepen op de in het eerste hoofdstuk gestelde onderzoeksvragen. Vervolgens worden de opgestelde prestatie-indicatoren besproken en de daarbij behorende argumentatie. Er zal ook kritisch worden stilgestaan bij het onderzoek zelf en hoe het onderzoek is gelopen. Er zal worden geëindigd met een conclusie.

6.1 Korte terugblik op het onderzoek

Het onderzoek had als hoofdvraag:

Hoe kunnen prestatie-indicatoren opgesteld worden en welke prestatie-indicatoren voor zorgcoördinatie zouden op deze wijze geformuleerd kunnen worden voor de JGZ Kennemerland, in het kader van de landelijke eisen die gesteld worden ten aanzien van zorgcoördinatie?

Deze vraag wordt beantwoord door eerst antwoord te geven op de volgende deelvragen:

1. *Welke eisen worden er landelijk gesteld in het kader van zorgcoördinatie van de jeugdgezondheidszorg?*
2. *Hoe wordt er in de literatuur coördinatie en de rol van coördinator beschreven? Hierbij zal gekeken worden welke voorwaarden daarvoor nodig zijn.*
3. *Hoe wordt momenteel in de praktijk vorm gegeven aan zorgcoördinatie en tegen welke problemen lopen de wijkverpleegkundigen en CB-artsen aan?*
4. *Op welke manieren wordt er invulling gegeven aan zorgcoördinatie in een vergelijkende instelling waar de zorgcoördinatie wordt uitgevoerd?*

6.1.1 Prestatie-indicatoren

In het onderzoek zijn er antwoorden gezocht op de deelvragen om zodoende prestatie-indicatoren te kunnen ontwikkelen. Het gaat om interne prestatie-indicatoren die de kwaliteit van zorg in beeld kunnen brengen ten aanzien van zorgcoördinatie. De indicatoren zijn opgesteld aan de hand van de thema's die naar voren kwamen tijdens alle facetten van het onderzoek. Het werkelijk ontwikkelen van de prestatie-indicatoren is aan de hand van het AIRE instrument gedaan (Koning, Smulders, and Klazinga 2007). Het instrument is als handleiding gebruikt voor het ontwikkelen van de set indicatoren. Door dit instrument op deze manier te gebruiken wordt er inzicht gecreëerd over de eisen waaraan een goede indicator moet voldoen. In de set van indicatoren is er in de hoofdzaak sprake van proces en structuur indicatoren. Deze indicatoren kunnen mogelijk de basis vormen van de in de toekomst te ontwikkelen prestatie-indicatoren. Een prestatie-indicator gaat over items van de zorg die de kwaliteit van zorg kunnen beïnvloeden. De set indicatoren is ook aan de hand van deze richtlijn opgesteld om de mogelijke stappen naar een prestatie-indicator zo beperkt mogelijk te houden. Vanuit deze argumentatie is deze set ook met behulp van het AIRE instrument ontwikkeld. Hier moet een goede indicator voldoet aan 20 items die onder zijn verdeeld in vier blokken:

- Doel, relevantie, organisatorisch verband
- Betrokkenheid van belanghebbenden
- Wetenschappelijk bewijs
- Verdere onderbouwing, formulering en gebruik

De set indicatoren is opgebouwd aan de hand van de 20 items waaraan een indicator moet voldoen. De indicatoren zijn gebaseerd op de bevindingen en analyses uit het vorige hoofdstuk. Vanuit de vier hoofdthema's zijn de indicatoren opgesteld. Er is antwoord op al deze items gegeven. Vervolgens zijn de indicatoren met een nadere toelichting uitgeschreven. Dit is ook gerelateerd aan de eisen van het AIRE instrument.

6.1.2 Terugblik op de resultaten van het onderzoek

De set van prestatie-indicatoren voor zorgcoördinatie is gebaseerd op zeven taken van zorgcoördinatie die de GGD (2008) heeft opgesteld (zie bijlage 3). Bij coördineren is het van belang dat er sprake is van communicatie en informatie-uitwisseling (Achrol and Gundlach 1999). De wijkverpleegkundigen hebben een aantal punten naar voren gebracht die zij van belang vinden wanneer men spreekt over zorgcoördinatie:

- Verantwoording
- Rol ouders
- Voorwaarden scheppend: tijd
- Structurele en planmatige aanpak
- Rapportage en EKD

De CB-artsen hebben hier betere informatieoverdracht aan toegevoegd. Het voorstel is om de frequentie van risicokind besprekingen te verhogen. Een ander punt van de CB-artsen dat naar voren is gebracht gaat over de verantwoording. Dit moet duidelijk zijn en de CB-artsen hebben de kennis van de sociale kaart nodig hebben om zorgcoördinatie uit te kunnen voeren. Met deze kennis kunnen ze de wijkverpleegkundigen ondersteunen in de uitvoering van de praktische kant van zorgcoördinatie. Er wordt door de wijkverpleegkundigen een aanvulling op de literatuur gegeven door ook de planmatige aanpak en de rapportage te noemen als vereiste ten aanzien van zorgcoördinatie. Door de planmatige aanpak duidelijk te registreren, kan er ook verantwoording worden afgelegd dat er communicatie bestaat tussen de verschillende hulpverleners. Het maakt inzichtelijk dat het coördineren van taken op een onderlinge aanpassing mechanisme werkt. De rapportage en het registreren nemen hierin een belangrijke functie in. Dit is het bewijsstuk voor het afleggen van verantwoording. Alles wat geregistreerd wordt is een bewijs van het uitvoeren van een taak zorgcoördinatie en het coördineren van de verschillende taken. In de rapportage wordt inzichtelijk gemaakt wat de aanleiding, analyse, doelen en evaluatie inhoudt.

Binnen OEK is er een andere weg bewandeld ten aanzien van zorgcoördinatie. Hier heeft functiedifferentiatie plaatsgevonden. De taak zorgcoördinatie van een multidisciplinair probleem ligt bij de interventieverpleegkundige. De documenten van het OEK zijn handzamer en geven meer handvatten ten aanzien van het proces, voorwaarden en taken. De taken die bij de zorgcoördinator zijn:

1. Het signaleren van risico's: consult/huisbezoek, netwerken, samenwerkingspartners.
2. Informatie verzamelen: via ouders, JGZ en samenwerkingspartners.
3. Zorgbehoefte vaststellen met beschikbare informatie.

4. Plan van aanpak opstellen: probleemanalyse, hulpvraag, inzet betrokken hulpverleners, welke interventies zijn er nodig, wie voert ze uit, afspraken over omvang, start- en beoogde einddatum, terugkoppeling, evaluatie.
5. Zorg coördineren op micro niveau: volgen afstemmen, uitvoering bewaken, nakomen van afspraken, ronde tafel sessies initiëren.
6. Evalueren

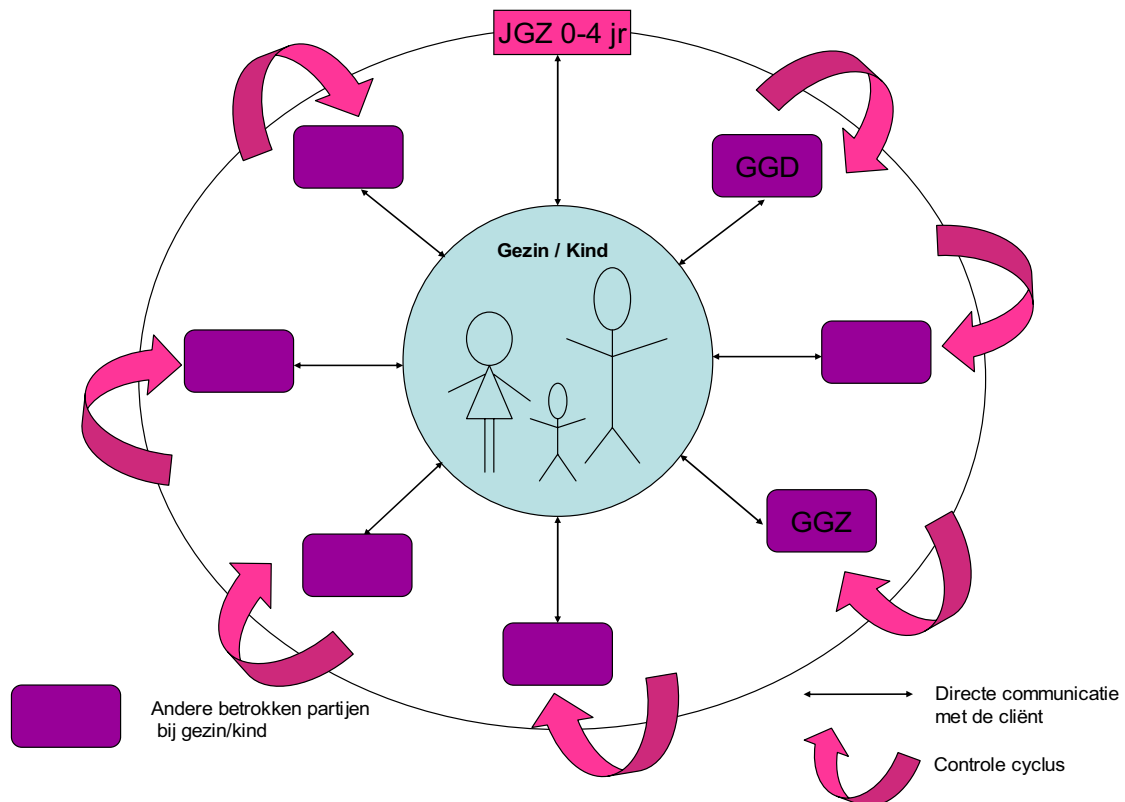
Het OEK geeft aan dat de beschikbare tijd voor zorgcoördinatie als blokkade wordt beschouwd. Dit wordt ook door de CB-artsen en de wijkverpleegkundigen van de JGZ Kennemerland naar voren gebracht. Zij ervaren een tijdsdruk ten opzichte van zorgcoördinatie. In de formatieberekeningen er rekening gehouden met zorgcoördinatie. Hieruit blijkt dat er voldoende tijd zou moeten zijn om zorgcoördinatie uit te voeren. Deze berekeningen zijn gebaseerd op de registraties van de wijkverpleegkundigen. Het kan zijn dat de wijkverpleegkundigen de tijdsregistratie van de interventie zorgcoördinatie niet op de juiste manier uitvoeren, waardoor de formatieberekeningen niet de werkelijkheid weergeven. Er bestaat op dit moment namelijk een verschil in de beleving en de harde feitelijke cijfers. Bij de CB-artsen van de JGZ Kennemerland is dit anders. In de feitelijke, cijfermatige gegevens komt wel naar voren dat de CB-artsen onder tijdsdruk staan. Voldoende tijd hebben om de taak zorgcoördinatie uit te kunnen voeren is van groot belang. En zorgcoördinatie kóst veel tijd. Dit wordt zowel door de theorie als de praktijk beaamd. Er is ook sprake van veel ‘verloren’ tijd in de vorm van mailen en telefoontjes plegen. De tijd die onder het kwartier zit wordt niet onder de interventie geregistreerd, maar komt op een noemer waar niet duidelijk terug te vinden is welke tijd voor wat wordt gebruikt. Na een duur van minimaal een kwartier wordt het pas geregistreerd onder de interventie zorgcoördinatie en maakt het inzichtelijk hoeveel tijd zorgcoördinatie werkelijk kost. Er is dus sprake van een discrepantie tussen het beleid en de daarbij horende cijfers en de aan de andere kant opgestelde theorie en de beleving van de wijkverpleegkundigen. Door voldoende tijd is de professional in staat om de verwachte taken uit te kunnen voeren. Tijd is een voorwaarde om zorgcoördinatie uit te kunnen voeren.

6.1.3 Zorgcoördinatie

Al deze hierboven genoemde punten zijn puzzelstukjes die samen nodig zijn om zorgcoördinatie uit te kunnen voeren. Er is meer inzicht verkregen in de elementen van het *articulation work* voor zorgcoördinatie. De verschillende niveaus van het coördineren zijn van belang om de taak zorgcoördinatie uit te kunnen voeren.

De gegevens uit dit onderzoek uit de praktijk, documenten en theorie vormen een duidelijk beeld over zorgcoördinatie in de JGZ Kennemerland. In beeldspraak kan men *de JGZ is als een spin in het web* zien. De JGZ heeft overal draadjes lopen en maakt hier contact mee tijdens het uitvoeren van zorgcoördinatie. Hierin staat het kind en de belang van het kind centraal. Als er geen controle over deze draadjes is, dan gaat het web stuk en valt het kind en of gezin buiten de boot. Dit kan uitgebeeld worden in een conceptueel model zoals hieronder is weer gegeven (figuur 10). Hieruit blijkt dat de JGZ op verschillende niveaus moet coördineren. Zowel op meso, organisatie niveau (roze pijlen op de zwarte lijn), als op micro, hulpverlener/cliënt niveau (zwarte pijlen). Deze verschillende niveaus van coördinatie zijn nodig om de taak zorgcoördinatie uit te kunnen voeren. Met de verschillende betrokken organisaties moeten er afspraken worden gemaakt over zorgcoördinatie. De JGZ

controleert of deze afspraken ook na worden gekomen. Dit kan gaan over de informatie uitwisseling tot de verdeling van verantwoordelijkheden. Op het niveau van de cliënt, worden er afspraken per case gemaakt om de verleende zorg op de juiste plaats en tijd te kunnen leveren. Het is een theoretisch concept model wat alleen maar werkt als ook de standaarden, rapportage, voldoende tijd en de bekwaamheid van de zorgcoördinator aanwezig zijn.



Figuur 10 Conceptmodel Zorgcoördinatie JGZ 0-4 jaar

Met de resultaten van dit onderzoek wordt antwoord gegeven op de deelvragen die vervolgens antwoord kunnen gaan geven op de hoofdvraag van deze scriptie. De resultaten die in het voorgaande hoofdstuk zijn besproken vormen de basis voor de ontwikkeling van de interne prestatie-indicatoren voor zorgcoördinatie van de JGZ Kennemerland. De indicatoren zijn ontwikkeld volgens het instrument van Koning et al. (2007). Er is een set prestatie-indicatoren ontwikkeld die in verband staat met de kwaliteit van zorg die wordt geleverd door zorgcoördinatie uit te voeren. Door gebruik te maken van de ontwikkelde prestatie-indicatoren wordt het proces van zorgcoördinatie inzichtelijker gemaakt. De knelpunten komen hierin naar voren. De set is onderverdeeld naar thema's. De set zal eerst algemeen toegelicht worden aan de hand van het AIRE instrument. Daarna komen de prestatie-indicatoren individueel aan bod.

6.2 Set interne prestatie-indicatoren zorgcoördinatie JGZ Kennemerland

Deze set bestaat uit acht indicatoren die zijn onderverdeeld in verschillende thema's. De thema's zijn gebaseerd op de resultaten van het onderzoek. De thema's zijn verantwoording,

voldoende tijd, planmatige aanpak en rapportage. De gegevens uit de analyse worden nu omgezet in indicatoren. De gegevens worden hierdoor vastgezet in een indicator. Deze gegevens kunnen in de loop van de tijd veranderen en verdiept worden. De indicatoren zullen hier dan ook op aangepast moeten worden.

Het onderzoek was gericht op prestatie-indicatoren. De set interne prestatie-indicatoren zorgcoördinatie JGZ Kennemerland bevat proces en structuur indicatoren. Het was op dit moment niet mogelijk prestatie-indicatoren op te stellen. Er heerst nog te veel onduidelijkheid over het proces en structuur van zorgcoördinatie. Als het proces inzichtelijk is, dan kan er ook kwaliteitsverbetering plaatsvinden (Bevan and Lendon 2006). Het zijn dus wel indicatoren die van belang zijn om de overstap te kunnen maken naar prestatie-indicatoren. Het zal wel de naam dragen van de set prestatie-indicatoren zorgcoördinatie JGZ Kennemerland, omdat er anders verwarring ontstaat onder de professionals. Op deze manier kunnen de proces en structuur indicatoren mogelijk in de toekomst vervangen worden door prestatie-indicatoren. Dit kan gerelateerd zijn aan de verdere ontwikkeling van zorgcoördinatie binnen de JGZ Kennemerland.

Aan de hand van de vragen van het AIRE instrument wordt nu de eerste twee blokken besproken. Hier gaat het over het doel, relevantie, organisatorisch verband en betrokkenheid van belanghebbenden.

Het eerste blok gaat over het doel van de set interne prestatie-indicatoren zorgcoördinatie JGZ Kennemerland.

- Het eerste item wat in het AIRE instrument is beschreven is: *“Het doel waarvoor de indicator is ontwikkeld is duidelijk beschreven.”* Het doel van deze indicatoren set is om meer duidelijkheid te creëren voor de wijkverpleegkundigen en de CB-artsen welke eisen aan zorgcoördinatie worden gesteld. Met de uitkomsten van de set indicatoren wordt er (management) informatie verschaft over de kwaliteit van zorgcoördinatie. Hier kan mogelijk inzichtelijk worden gemaakt of de wijkverpleegkundigen en CB-artsen wel kunnen voldoen aan de eisen die ten aanzien van zorgcoördinatie zijn opgesteld. Hierdoor kan het management de professionals beter ondersteunen en sturen in de uitvoering van zorgcoördinatie. Met deze ondersteuning en sturing zal het proces zorgcoördinatie beter in beeld kunnen worden gebracht. Hierdoor kan de kwaliteit van zorg verbeterd worden. Er wordt meer inzicht gecreëerd over zorgcoördinatie voor wijkverpleegkundigen en CB-artsen. Het levert een bijdrage aan het plan ‘Methodisch werken en zorgcoördinatie’ wat deel uitmaakt van het doel om aandacht te schenken aan professionalisering van de wijkverpleegkundigen en CB-artsen.
- Het tweede item is: *“De criteria op basis waarvan het onderwerp van de indicator is gekozen, zijn specifiek beschreven.”* Zorgcoördinatie is in het belang van het welzijn van het kind en/of gezin. Het uitvoeren van zorgcoördinatie heeft tot doel

“...om de risicokinderen te kennen, weten welke risico’s er spelen bij welke kinderen, op de hoogte zijn welke hulp er door andere instanties ingezet is, contact onderhouden met instellingen die hulp verlenen en zorgen voor afstemming.” (Rip and Beuker 2006).

Zowel in de literatuur, beleid als in de praktijk kwam het belang van informatie-uitwisseling aan de orde. Zonder informatie-uitwisseling is het niet mogelijk om zorgcoördinatie uit te kunnen voeren. Informatie-uitwisseling is van basisvormende waarde. Zonder informatie van andere hulpverlenende instellingen is het niet mogelijk om

de gewenste en aanwezige hulp op elkaar af te stemmen en te coördineren. Uit het onderzoek kwamen vier thema's naar voren die invloed hebben op het doel van zorgcoördinatie. Het is van belang dat de verantwoording duidelijk is er sprake is van voldoende tijd, een structureel plan aanwezig is en dat er duidelijke rapportages worden gemaakt.

- Het derde item *“Het organisatorisch verband waarop de indicator betrekking heeft, is specifiek beschreven.”* De indicatoren hebben betrekking op de uitvoering van zorgcoördinatie door de professionals die werkzaam zijn bij de JGZ Kennemerland. Er wordt ook gekeken naar het niveau van een team en per vakgroep. Het gaat dus over het micro-niveau van zorgcoördinatie. In de uitvoering van de coördinatietaken zijn de wijkverpleegkundigen en CB-artsen afhankelijk van derden zoals: cliënten en andere zorgverlenende instellingen. Het is dus van belang dat er ook op meso (organisatorisch)-niveau zaken geregeld zijn om geen blokkade te vormen in de uitvoering van zorgcoördinatie. Hierbij kan gedacht worden aan algemene afspraken. Een voorbeeld is de samenwerking met de kinderdagverblijven en de peuterspeelzalen zoals die in de inleiding is belicht (bijlage 1 Wijzer Samenwerken).
- Het vierde item is: *“Het kwaliteitsdomein waar de indicator betrekking op heeft, is specifiek beschreven.”* In deze set zal het kwaliteitsdomein tijdigheid als speerpunt fungeren. Daarnaast gaat het ook om de effectiviteit van zorg die geleverd wordt. De kern van dit kwaliteitsdomein is dat er wordt voorkomen dat er onnodige (soms schadelijke) wachttijden zijn (Koning, Smulders, and Klazinga 2007).
- Het laatste item van het eerste blok gaat over *“De aard en omvang van de zorgprocessen waar de indicator betrekking op heeft, zijn specifiek beschreven en afgebakend.”* Zorgcoördinatie start zodra er meerdere hulpverleners in een gezin aanwezig zijn. Het eindigt zodra er sprake is van een overdracht of een verbetering in de situatie, dusdanig dat er geen zorgcoördinatie meer nodig is.

Het tweede blok, betrokkenheid van belanghebbenden bestaat uit de volgende drie onderdelen:

6. *De leden van de commissie die de indicator hebben ontwikkeld, zijn afkomstig uit relevante beroepsgroepen.*
7. *Gezien het doel van de indicator zijn alle relevante partijen betrokken bij de indicatorontwikkeling.*
8. *De indicator is formeel vastgesteld.*

De set met prestatie-indicatoren voor zorgcoördinatie bij de JGZ Kennemerland is ontwikkeld door middel van dit onderzoek. De relevante beroepsgroepen zijn betrokken bij het onderzoek, maar niet betrokken bij het daadwerkelijk opstellen van de indicatoren. Bij de werkelijke tot stand komen van de indicatoren is er wel een overleg met de staf geweest. De staf heeft ook beoordeeld of de indicatoren wel relevant waren als (management)informatie voor de professionals, de staf en het management. De set is nog niet formeel vastgesteld. Dit onderzoek richt zich op de ontwikkeling en de implementatiefase volgt in een later tijdsbestek. Deze formele vaststelling gebeurt intern, omdat de indicatoren ook op een specifieke organisatie gericht zijn.

Het derde blok bestaat uit Wetenschappelijk bewijs voor de ontworpen prestatie-indicator:

- Item 9: *Systematisch methoden zijn toegepast voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal.* Er is een verkennend onderzoek uitgevoerd. Dit onderzoek vormt de basis voor de vastgestelde indicatoren. Er zijn geen systematische methoden toegepast voor het zoeken naar wetenschappelijk materiaal.
- Item 10: *De indicator is gebaseerd op aanbevelingen uit een evidence-based richtlijn of in wetenschappelijke literatuur gepubliceerde studies.* De indicatoren zijn opgesteld met een mix van theorie, beleid en praktijk. Er zijn concept evidence-based richtlijnen gebruikt (GGD 2008) en best-practice uit de praktijk vanuit de casestudy. De theorie komt uit wetenschappelijke artikelen.
- Item 11: *De kwaliteit van het wetenschappelijk bewijsmateriaal waarop de indicator is gebaseerd, is systematisch onderzocht en/of samengevat.* Het wetenschappelijke bewijs, betreffende de theorie is gericht op de gezondheidssector en het bedrijfsleven. De literatuur is gesplitst naar coördinatie in het algemeen en zorgcoördinatie. Het is niet specifiek gericht op de JGZ. De documenten zijn juist heel specifiek gericht op de JGZ zorgcoördinatie. Er is geen wetenschappelijke overzichtstabel als samenvatting gemaakt.

De lijn uit de eerste drie blokken kan doorgetrokken worden naar alle indicatoren die zijn opgesteld. Het laatste blok van het AIRE instrument zal voor een deel per indicator worden besproken. Voor het andere deel volgt hieronder een bespreking voor de set in zijn geheel.

- Item 12. *De teller en noemer van de indicator zijn specifiek beschreven.*
Per indicator is er een teller en een noemer opgesteld. Er zal bij elke indicator een beschrijving worden gegeven over de inhoud van beide.
- Item 13. *De doelgroep waarop de indicator betrekking heeft, is specifiek afgebakend.*
De doelgroep van de indicators zijn de professionals die het werk uitvoeren, de verschillende locaties van consultatiebureaus. De doelgroep bestaat uit de wijkverpleegkundigen en de CB-artsen. Zij registreren alle gegevens omtrent zorgcoördinatie. Vanuit de registratie en rapportage worden gegevens aangeleverd voor de indicatoren die zijn opgesteld Er kan bij de meeste indicatoren een onderverdeling gemaakt worden. Het niveau van de organisatie, van de locatie en per team. Deze onderverdeling kan een hulpmiddel zijn om de knelpunten in het leveren van zorgcoördinatie op te sporen.
- Item 14. *Een strategie voor risicocorrectie is overwogen en beschreven.*
Er bestaat bij geen van de indicatoren een risicocorrectie. Hier is niet naar gekeken, omdat het niet mogelijk is controlegroepen naast elkaar te laten lopen. In dit onderzoek in verband met de tijdlimiet van het onderzoek en doordat er geen risico kan worden genomen, met geen een kind of gezin.
- Item 15. *De indicator meet wat hij beoogt te meten (validiteit).*
De validiteit moet per indicator beschreven worden. Elke indicator kan meer of minder valide zijn. Het EKD speelt hierbij wel een grote rol. Het nadeel hierbij is dat het EKD gegevens bevat die door de professionals zijn ingevoerd. De registraties van activiteiten en de rapportage van de interventie zijn de basis gegevens die gebruikt zullen worden om ingevoerd te worden. De registratie van activiteiten en het schrijven van de rapportage kan verschillen per professional. Hierdoor kunnen de benodigde gegevens veranderen naarmate de professionals nauwkeuriger gaat registreren en rapporteren. Dit

beïnvloedt de validiteit. De validiteit zal dus ook toenemen als er in de gehele organisatie nauwkeurig wordt geregistreerd en gerapporteerd.

- Item 16. *De indicator meet precies en consistent (betrouwbaarheid).*
Doordat er gebruik wordt gemaakt van de harde feitelijke gegevens van het EKD kan men geen meetfouten maken. De juiste items van de verschillende indicatoren moeten worden gezocht, maar iedereen zal dezelfde gegevens vinden in het systeem. Het is dus wel een betrouwbaar instrument, maar de validiteit is een discussiepunt.
- Item 17. *De indicator laat in voldoende mate verschillen zien (discriminerend vermogen).*
De vastgestelde indicatoren kunnen verschillen van de kwaliteit van zorg laten zien. Ze worden uit een databestand van het EKD gehaald. Zodra de professionals dingen nauwkeuriger gaan registreren zal dit direct terug te zien zijn in de indicatoren die zijn opgesteld.
- Item 18. *De indicator is getest in de praktijk.*
Geen van de indicatoren is getest in de praktijk. De indicatoren kunnen wel uit het EKD worden gehaald. Het opstellen van de indicatoren is in overleg gegaan met de staf van de JGZ Kennemerland. Het testen in de praktijk is niet gedaan vanwege het korte tijdsbestek van dit onderzoek. De indicatoren moeten zichzelf nog ‘waar’ maken. Hier ligt ook een kritiek punt, want de indicatoren werken goed als er nauwkeurig wordt geregistreerd en het dossier goed wordt bijgehouden. Dit moet nog in de praktijk blijken.
- Item 19. *Er is rekening gehouden met de inspanningsvereisten voor het verzamelen van de data.*
Dit deel hangt samen met item 17. Voor het opstellen van de indicatoren is nagegaan of de gegevens direct leverbaar zijn uit het EKD. Er is overleg geweest met de staf, omdat zij deze gegevens zullen aanleveren. Het zijn allen indicatoren die met een redelijke inspanning te verkrijgen zijn.
- Item 20. *De indicator wordt ondersteund met een specifieke instructie voor de weergave en interpretatie van de resultaten.*
De indicatoren zijn, zoals al eerder is beschreven, verdeeld onder de vastgestelde thema’s uit het onderzoek: verantwoording, voldoende tijd, structureel plan van aanpak en rapportage. Er wordt specifiek ingegaan op de weergave van de cijfers en de interpretatie van de resultaten.

6.2.1 Verantwoording

1 Verantwoording

<p>Aantal registraties van het item ‘andere hulpverleners’ in dossiers waarin ook sprake is van de interventies zorgcoördinatie</p> <hr style="width: 80%; margin-left: 0;"/> <p>Totaal aantal dossiers waar een registratie van de interventie zorgcoördinatie aanwezig is</p>	<p>X 100% =</p>
---	-----------------

Deze eerste indicator is gericht op de externe verantwoording tussen de verschillende partijen in de keten van de jeugdgezondheidszorg. Deze indicator is gericht op de doelgroep van de JGZ Kennemerland professionals. Hier is het namelijk van belang dat de professional de betrokken hulpverleners in kaart brengt. De registratie ‘Andere hulpverleners’ geeft ruimte

om gegevens te verzamelen en te registreren van andere betrokken hulpverleners. Het is een registratie die terug te vinden zijn op scherm 1 (p. 26). Hierin staat het overzicht van de inhoud van het dossier.

Zorgcoördinatie wordt alleen ingezet als er meerdere hulpverleners in het gezin of bij een kind betrokken zijn. Het doel is vervolgens om informatie te verzamelen en te delen om tot een gezamenlijk plan te kunnen komen. Er moet duidelijkheid zijn wie die andere zorgverleners zijn. Is dit niet geregistreerd, dan kan er ook geen zorgcoördinatie uitgevoerd worden. Het is een proces- en structuurindicator die gericht is op de kwaliteit van zorg. Als er geen goed beeld is van de andere hulpverleners, dan kan er niet gesproken worden over tijdigheid van zorg. Er is dan namelijk geen beeld of de juiste zorgverlenende instellingen wel aanwezig zijn in de zorg rondom het gezin en/of kind. Er wordt niet gekeken naar het feit of zorgcoördinatie wel nodig is geweest, want dan zou men moeten kijken of bij elke registratie 'andere hulpverleners' ook een interventie zorgcoördinatie aanwezig is. De kanttekening daarbij is dat er niet altijd sprake hoeft te zijn van zorgcoördinatie, want het kan ook gaan om andere hulpverleners gaan die worden gecoördineerd door bureau jeugdzorg. In het volgende hoofdstuk wordt hier verder op in gegaan. Op dit moment is het een structuurindicator die bepaalt of de faciliteit, de registratie 'Andere hulpverleners', aanwezig is wanneer men zorgcoördinatie uitvoert. Het is een duidelijk eis die gesteld kan worden aan de uitvoerders van zorgcoördinatie door de JGZ Kennemerland.

Deze indicator kan organisatiebreed worden gemeten, maar ook per locatie. De gegevens worden uit het EKD gehaald. De staf kan deze gegevens uit het systeem halen waarin het EKD draait. Het is als het een ware een database die wordt gevuld door de registraties in het EKD. Deze kwantitatieve gegevens kunnen door middel van een taartdiagram inzichtelijk worden gemaakt. Het scoringspercentage moet op 100% liggen, anders zal het direct een reden zijn voor verder onderzoek. De indicator is valide doordat het werkelijk de kwaliteit van zorg meet. Het in kaart hebben van alle betrokken hulpverlener is een voorwaarde voor informatie uitwisseling.

6.2.2 Voldoende tijd

2.1 Tijd algemeen

Tijd zorgcoördinatie werkelijk uitgevoerd geregistreerd door wijkverpleegkundigen onder 'opvoedingsondersteuning' en door CB-artsen onder 'maatwerk'	
_____	X 100% =
Beschikbare tijd voor zorgcoördinatie (totale hoeveelheid aan uren van 'opvoedingsondersteuning' en 'maatwerk' gepland aan de hand van de formatiecijfers van het vorige jaar)	

Coördinatie vergt veel tijd en energie van de professionals. Het gevoel heerst dat er te weinig tijd is om zorg te coördineren. In de formatie berekeningen blijkt dat er wel voldoende uren aanwezig zouden moeten zijn. De registratie van de uren wordt door de professionals zelf gedaan en hier wordt vervolgens weer de formatieberekening op gemaakt. Op dit moment strookt het gevoel niet met de feitelijke cijfers, maar dit kan ook veroorzaakt worden doordat de wijze van registreren kan verschillen per professional. Er is bekend dat er verschillen

tussen professionals bestaan in de manier van registreren. De validiteit van deze prestatie-indicator is discutabel, vanwege de registratie van de professionals. Het is afhankelijk hoe de professionals registreren, hoeveel tijd er in de formatieberekeningen naar voren komt. Hierdoor kan er weer te kort formatie worden berekend aan de locaties. Uitgaande van dit feit zal het resultaat van deze structuurindicator wel het gesprek over de kwaliteit van zorg voeden. Een te kort aan tijd betekent dat er onvoldoende tijd is voor communicatie en informatie uitwisseling. Dit zal de kwaliteit van zorg nadelig kunnen beïnvloeden. De tijdigheid en effectiviteit van zorg kan hierdoor in het geding komen.

De teller bevat het aantal uren dat een professional registreert onder de noemer van opvoedingsondersteuning en maatwerk. De interventie zorgcoördinatie en de daarbij behorende activiteiten vallen onder de taak opvoedingsondersteuning. De wijkverpleegkundigen en de CB-artsen registreren hun werktijd altijd, want dit is nodig voor de salarisafwikkeling die hieraan is gekoppeld. Er wordt onderscheid gemaakt tussen de verschillende soorten werkzaamheden. Hieronder vallen ook de activiteiten van zorgcoördinatie. De arts registreert de uren onder de noemer maatwerk. Het resultaat is het percentage aan uren wat wordt benut van de beschikbaar gestelde tijd. De beschikbare tijd is de tijd die wordt gepland aan de hand van de formatieberekeningen van het vorig jaar. Dus als de indicatoren worden getest over het jaar 2008, dan is de beschikbare tijd gebaseerd op de berekeningen van 2007.

Een kritische noot bij deze indicator is dat er per activiteit wordt geregistreerd. Het is dus afhankelijk van de registratie van de professionals welke getallen eruit komen. Eerder is al gesproken over de 'verloren' tijd van telefoontje en e-mailen. Vanaf 15 minuten kan er geregistreerd worden. Minder dan 15 minuten wordt onder een andere noemer geregistreerd. Dit kan het resultaat van deze indicator beïnvloeden en geen duidelijk beeld geven. Het kan wel een uitspraak geven of er zonder de 'verloren tijd' wel voldoende tijd is en zo ja of er dan ook ruimte bestaat voor een percentage verloren tijd. Door tijd zo centraal te stellen wordt gesteld dat coördinatie iets dat wel steeds een aanwijsbare activiteit is. Dit is niet de bedoeling van deze indicator. Coördinatie is niet altijd aanwijsbaar, maar wanneer er al geen sprake is van voldoende tijd voor de aanwijsbare activiteiten, hoe moet er dan nog tijd zijn voor de niet aanwijsbare activiteiten? Het vormt dus een basis voor het begrip tijd, maar zorgcoördinatie zal naast de aanwijsbare activiteiten ook tijd moeten vrijmaken voor de niet aanwijsbare activiteiten. Het geeft dus een richting of er sprake kan zijn van *voldoende tijd*.

In deze indicator kan ook een onderscheid worden gemaakt naar locatie. Tevens is het van belang een verschil te maken tussen de wijkverpleegkundigen en de CB-artsen. Deze zijn hieronder weergegeven. Uit de huidige berekeningen komt naar voren dat de wijkverpleegkundigen wel voldoende tijd beschikbaar hebben. Daarentegen hebben de CB-artsen krap aan beschikbare tijd voor het uitvoeren van zorgcoördinatie. De weergave van deze indicator kan worden weergegeven in een staafdiagram waarin wordt vermeld welk percentage men gebruikt van de beschikbare tijd voor het uitvoeren van zorgcoördinatie en de daarbij horende aanwijsbare activiteiten.

2.2 *Tijd wijkverpleegkundigen*

Totaal aantal uren die wijkverpleegkundigen geregistreerd hebben onder de noemer 'opvoedingsondersteuning'	
<hr/> Beschikbare geplande tijd gebaseerd op de formatie berekeningen van het vorig jaar 'opvoedingsondersteuning' wijkverpleegkundigen	$\times 100\% =$

2.3 *Tijd CB-artsen*

Totaal aantal uren die de CB-artsen registeren onder de noemer 'maatwerk'	
<hr/> Beschikbare geplande tijd gebaseerd op de formatie berekeningen van het vorig jaar 'maatwerk' voor CB-artsen	$\times 100\% =$

6.2.3 Structureel plan

3 *Structureel plan*

Aantal interventies zorgcoördinatie met aanwezigheid van plan van aanpak	
<hr/> Totaal aantal interventies zorgcoördinatie	$\times 100\%$

Zoals al eerder staat beschreven is het bij zorgcoördinatie van belang dat er wordt gecommuniceerd en informatie uitwisseling plaatsvindt. Dit heeft tot doel om tot een gezamenlijk plan van aanpak te komen. Dit plan zal inzichtelijk maken met welk gezamenlijk doel er zorg wordt verleend. De afspraken worden op papier gezet en door middel van ondertekening wordt bewezen dat iedere betrokken partij op de hoogte is van de afspraken en rolverdeling. Er wordt op dit moment wel gebruik gemaakt van een plan, maar dit wordt niet structureel vormgegeven en niet als archiefstuk bewaard. Na overleg met de staf is besloten dat deze indicator wel wordt opgenomen in de set. Het is namelijk belangrijk dat er afspraken worden gemaakt en dat de zorg met een doel verleend wordt. Het laat zien dat de betrokken partijen hun plan op elkaar hebben afgestemd en het wordt inzichtelijk gemaakt wat het plan inhoudt en met welke taken dit wordt bereikt. Het is een proces en structuur indicator. Het geeft aan dat er een plan moet zijn en bij aanwezigheid van een plan is de kwaliteit van zorg beter.

Door het als een archiefstuk in te voegen in het EKD, zal het in één oog opslag terug te vinden zijn. Zonder een plan bestaat er geen doelstelling en er moet een doelstelling gesteld worden. Dit maakt de evaluatiemomenten mogelijk. Het vormt dus een basis van het leveren van kwaliteit. In het plan worden afspraken gemaakt en dat heeft betrekking op de tijdigheid van zorg. De effectiviteit is ook in het belang, omdat de zorg op elkaar wordt afgestemd, vindt er geen overlap plaats. De teller geeft de interventie zorgcoördinatie weer

waarvan bekend is dat er een archief stuk van het plan van aanpak bij aanwezig is. Het wordt vervolgens gedeeld door de noemer van het totaal aantal interventies zorgcoördinatie. Ook hier hoort het resultaat 100% te zijn. Als er geen plan van aanpak aanwezig is, dan kan men niet bewijzen dat er afstemming en informatie uitwisseling is geweest met de betrokken partijen in het gezin. Het percentage kan worden weergegeven door middel van een taartdiagram en met twee kleuren te werken: wel of geen archiefstuk van het plan van aanpak. De validiteit is nog onbekend, maar uitgaande van het feit dat het uit het EKD kan worden gehaald zal de evidentie hoog zijn. Een toevoegende noot hierbij is wel dat er gecontroleerd moet worden dat het archief stuk ook werkelijk ook bij de interventie zorgcoördinatie hoort.

6.2.4 Rapportage

4 Rapportage

De rapportage kan een bewijs vormen van de geleverde zorgcoördinatie. Hier kan veel uit worden gelezen. Hier kan kwaliteit van zorg gemeten worden. Het is van belang dat de rapportage op een juiste wijze gebeurt.

4.1 Registratie van geplande activiteiten

$\frac{\text{Aantal openstaande interventies zorgcoördinatie met geplande activiteiten}}{\text{Totaal aantal openstaande interventies zorgcoördinatie}} \times 100\% =$

Een openstaande interventie zorgcoördinatie betekent dat de zorg nog niet is afgesloten of overgedragen aan een andere instelling. Op dat moment betekent het dat er nog steeds activiteiten gepland moeten zijn om het vastgestelde doel, uit het plan van aanpak, te behalen. In een interventie zorgcoördinatie is het van belang dat communiceren en informatie uitwisseling een plek krijgen. Dit kan in verschillende perspectieven plaatsvinden. Een directe communicatie met ouder(s) of met de coördinerende en controlerende taak tussen het plan van aanpak en de verschillende betrokken instanties. Er moet dus altijd wat gebeuren. Zorgcoördinatie is een zorg die eindig is en dan wordt afgesloten. Het kan niet zonder activiteiten open blijven staan. Hierdoor bestaat de teller uit de interventies zorgcoördinatie waar ook activiteiten staan gepland. Dit wordt gedeeld door het totaal aantal openstaande, dus nog in uitvoering zijnde interventies zorgcoördinatie. Deze procesindicator staat in relatie met de kwaliteit van zorg. Geen activiteiten betekent ook dat er niets wordt gedaan om de zorg op elkaar af te stemmen, dan wel dat het niet is geregistreerd. Het gaat dus ook over de kwaliteit van het dossier. Dit kan de kwaliteit, waaronder de tijdigheid van zorg schaden. De validiteit wordt gewaarborgd doordat de cijfers uit het EKD kunnen worden gehaald. Er is geen vergissing mogelijk tussen openstaande interventies en de daarbij horende activiteiten. Dit kan uit het systeem worden gehaald en elke persoon, met kennis van het systeem, kan deze gegevens eruit halen. De cijfers kunnen worden weergegeven in

een taartdiagram. Op deze manier is er een onderscheid in beeld te brengen van het percentage interventie zorgcoördinatie die niet beschikken over geplande activiteiten.

4.2 Informatie uitwisseling

Totaal aantal dossiers waar een registratie zorgcoördinatie interventie is aangemaakt met daarin de activiteit 'risicokind bespreking' (per locatie)	$\times 100\% =$
<hr style="width: 50%; margin-left: 0;"/> Totaal aantal dossiers waar een registratie van de interventie zorgcoördinatie aanwezig is	

De tweede prestatie-indicator is gericht op de teams. Er moet namelijk gekeken worden of er per interventie zorgcoördinatie ook werkelijk minimaal één keer een risicobespreking met de arts is geweest. Sinds enkele maanden kan er de activiteit risicokind bespreking worden aangemaakt door de CB-arts of wijkverpleegkundige. Met deze activiteit kunnen de kinderen geselecteerd worden die besproken moeten worden tijdens de bespreking met de CB-arts en de wijkverpleegkundigen. Door de activiteit 'risicokind bespreking' wordt meer inzicht gegeven of een arts op de hoogte kan zijn van de situatie bij een gezin en/of kind.

Het doel van deze indicator is om meer inzicht te krijgen in de informatie uitwisseling die plaats moet vinden tussen de CB-arts en wijkverpleegkundige. Door informatie te delen zou de arts een beeld kunnen vormen en het overzicht kunnen behouden. Op deze wijze kan de arts de wijkverpleegkundige ondersteunen in haar praktische taken van zorgcoördinatie. De verantwoordelijkheid kan tijdens deze bespreking besproken worden, maar de indicator meet geen afspraken. Het geeft wel een beeld weer dat intern verantwoord kan worden. Door de registratie van de activiteit 'Risicokind bespreking' kan men wel verantwoorden dat de informatie intern gedeeld wordt. Dit is de reden dat de teller het aantal interventies zorgcoördinatie met daarin de activiteit risicokind bespreking weergeeft.

In principe zouden de registraties risicokind bespreking per team moeten worden bekeken, omdat er dan inzicht kan worden gegeven of elke team bij zorgcoördinatie ook een risicokind bespreking laat plaatsvinden. Wanneer dit niet gebeurt kan dit ten nadele zijn van de kwaliteit van zorg die geleverd wordt. Het team bestaat uit twee professionals met ieder een eigen expertise. Zij vullen elkaar aan. Hierdoor zal de effectiviteit en dus de kwaliteit van zorg beter gewaarborgd worden. Het geeft voor de wijkverpleegkundigen en CB-artsen daarnaast ook een duidelijk beleid neer voor over wat er wordt verwacht als er over zorgcoördinatie wordt gesproken.

De validiteit heeft te maken met hoe de gegevens worden berekend. Er kan bij deze indicator van breed naar smal worden gekeken. Eerst kan men per locatie kijken hoeveel risicobesprekingen er zijn bij het aantal zorgcoördinatie interventies. Vervolgens kan dit uitgekristalliseerd worden door het per team te bekijken. Er wordt dan een beeld gecreëerd of er werkelijk bij elke interventie risicobesprekingen plaatsvinden. De validiteit is hoger, naarmate de prestatie-indicator smaller in de organisatie wordt bekeken. De weergave kan plaatsvinden in een taartdiagram. Hier wordt dan onderscheid gemaakt in het wel of niet uitvoeren van risicokind bespreking bij zorgcoördinatie. Ook hier wordt een 100% scoringspercentage verwacht.

Een punt van kritiek, zoals ook in andere indicatoren genoemd is, is het feit dat de validiteit afhankelijk is van de nauwkeurigheid van registreren. Het kan zijn dat men geen 'risicokind bespreking' aanmaakt, maar het wel in de praktijk uitvoert. De resultaten zullen mogelijk dus niet een exacte weergave van de realiteit zijn.

4.3 Evaluatie

$\frac{\text{Aantal interventies zorgcoördinatie met daarin een geplande activiteit als 'contact met derden' / 'plannen of bijwonen van een flexibel casus overleg'}}{\text{Aantal openstaande interventies zorgcoördinatie}} \times 100\% =$

Evaluaties hebben tot doel om de voortgang van de geleverde zorg te bespreken. Tijdens de evaluaties kan worden gekeken of het gestelde doel is behaald of dat er andere doelen moeten worden vastgesteld. Evaluatie is onderdeel van het zorgproces. Zonder evaluatie bestaat er geen kennis en informatie hoe het plan van aanpak loopt.

Er bestaan verschillende manieren van evalueren. Er kan contact met derden worden gezocht. Dit houdt in dat er contact met een andere instelling wordt gezocht over het kind/gezin. Er vindt op dat moment informatie uitwisseling en communicatie plaats. Dit geldt ook voor het flexibel casus overleg. Dit overleg kan ook gepland worden, maar ook dan kan men zien dat er een evaluatie in opkomst is. Deze verschillende manieren van contact zoeken worden ook in de teller van de indicator genoemd en gedeeld door het aantal openstaande interventies zorgcoördinatie. Hieruit zal een percentage als resultaat komen dat aangeeft of evaluatie regelmatig wordt toegepast zodra men met zorgcoördinatie aan de gang gaat. Er wordt een verdeling gemaakt tussen wel of geen evaluatie. Het gaat over een proces- en structuurindicator, omdat evaluatiemomenten belangrijk zijn om de doelen van zorg te kunnen behalen. Maar het geeft ook een structuur aan dat er een evaluatiemoment aanwezig moet zijn. Dit kan worden weergegeven in een taartdiagram. De validiteit van deze prestatie-indicator is hoog, omdat de feitelijke gegevens uit het EKD kan worden gehaald. Hierbij wel verondersteld dat er goed wordt geregistreerd door de wijkverpleegkundigen en de CB-artsen. Hierdoor kan men ook een uitspraak doen over de kwaliteit van zorg. Zonder evaluatie kan men niet bepalen of de juiste zorg wordt geleverd. Het kan dus betekenen dat er niet tijdig andere zorg wordt ingezet of dat de effectiviteit ondermijnd wordt.

6.3 Kritische noot

Het resultaat van dit onderzoek zijn de acht ontwikkelde prestatie-indicatoren. De ontwikkeling heeft plaatsgevonden aan de hand van het AIRE instrument. Door dit instrument te gebruiken zijn de indicatoren stapsgewijs opgebouwd en beargumenteerd. Hierdoor kwamen ook de bottlenecks naar voren die niet haalbaar waren in de termijn van dit onderzoek. De professionals van de JGZ Kennemerland zijn betrokken bij het onderzoek, maar niet bij het werkelijk ontwikkelen van de set prestatie-indicatoren. Het is dus niet bekend of de professionals zich herkennen in de kwaliteit van zorgcoördinatie die door de thema's en prestatie-indicatoren wordt weergegeven. Een andere bottleneck is hieraan gerelateerd. Er is geen mogelijkheid geweest om de prestatie-indicatoren in de praktijk te testen. Hierdoor is nog niet getest of deze indicatoren werkelijk bijdrage aan de sturing en

ondersteuning van de professionals die zorgcoördinatie uitvoeren. Het is van belang dat de indicatoren via een pilot worden getest in de praktijk. De uitkomsten zouden moeten worden geëvalueerd met het management, staf en de professionals. Mogelijk kunnen de indicatoren dan bijgesteld worden en dan organisatie breed worden geïmplementeerd.

Het onderzoek heeft plaatsgevonden onder een grote populatie van professionals. Het kritieke punt van het onderzoek zit in het onderdeel van de praktijk van de CB-artsen. Hier is de helft van het aantal werkzame artsen betrokken in het onderzoek. Door een betrokkenheid van alle CB-artsen van de JGZ Kennemerland kan er een ander beeld zijn ontstaan. De vergelijking die heeft plaatsgevonden is waardevol in het onderzoek geweest. Hier is een andere weg van zorgcoördinatie bewandeld. Zoals al in de analyse is vermeld is het niet mogelijk geweest om de praktijk van het OEK werkelijk te observeren. Dit had mogelijk tot andere resultaten kunnen leiden, dan alleen de vergelijking in het beleid.

Één indicator kan op dit moment nog niet uit het EKD worden gehaald. Er wordt namelijk op dit moment nog niet met een standaard archiefstuk gewerkt als een plan van aanpak. Er is toch gekozen deze op te nemen in de set van zorgcoördinatie, omdat het in de naaste toekomst wel wordt ingevoerd. Er zal dus eerst beleid moeten worden gemaakt om deze indicator te kunnen implementeren. Dit houdt in dat bij de interventie zorgcoördinatie het plan van aanpak wordt gescand en als archiefstuk in het EKD wordt geplaatst. Zodra het beleid is geïmplementeerd, kan men ook gebruik maken van deze indicator.

6.4 Conclusie

Het onderzoek heeft als basis gediend voor de hierboven beschreven acht prestatie-indicatoren. Deze indicatoren zullen de professionals, het management en staf informatie verschaffen over de kwaliteit van de uitvoering van zorgcoördinatie. Het zal een basis vormen voor gesprek. Op basis van de uitkomsten kan een verdieping plaatsvinden en op deze manier het proces en de uitvoering van zorgcoördinatie verbeteren.

De set prestatie-indicatoren zijn bedoeld voor intern gebruik. Er is namelijk specifiek onderzoek gedaan in de setting van de JGZ Kennemerland. Er is wel gebruik gemaakt van de vergelijking met het OEK in Rotterdam, maar dit is een onderdeel van het onderzoek. Zorgcoördinatie staat nog in de kinderschoenen en krijgt elke dag een betere en duidelijkere vorm. Juist door gesprekken gaat het bij de professionals leven en komt de discussie op gang. Het onderzoek kan dus ook andere resultaten geven wanneer het in een andere instelling wordt gedaan, want hier kan een heel andere invulling gegeven worden aan de taak zorgcoördinatie in de JGZ. Hetzelfde geldt ook voor het onderzoek in dezelfde instelling. Doordat zorgcoördinatie volop in ontwikkeling is, kunnen er juist ook andere indicatoren ontwikkeld moeten worden om aansluiting te blijven vinden bij zowel de praktijk, beleid als theorie. De eisen kunnen veranderen. De gegevens worden verkregen uit het registratiegedrag van de professionals. Het is dus belangrijk om het belang van registratie te benadrukken. Hoe secuurder dit wordt gedaan, hoe exacter de gegevens zullen zijn. Hierdoor zal de validiteit en betrouwbaarheid toenemen.

Op dit moment kan het een waardevol instrument zijn om (management) informatie te verkrijgen voor de professionals, het management en staf van de JGZ Kennemerland. Het kan inzicht gaan geven over het proces, structuur van zorgcoördinatie. Dit betekent dat het een bijdrage kan gaan leveren aan de verduidelijking van de eisen die worden gesteld ten aanzien van zorgcoördinatie. De medewerkers van de JGZ Kennemerland kunnen door gebruik te maken van deze set indicatoren het inzicht in het proces en de structuur van

zorgcoördinatie verhelderen en daardoor mogelijke verbeteringen ontwikkelen. In de toekomst zouden dan wel de gevraagde prestatie-indicatoren ontwikkeld kunnen worden. Dit kunnen dan indicatoren zijn over de uitkomsten van zorgcoördinatie. Men kan bijvoorbeeld gaan kijken of er binnen drie tot zes maanden de zorgcoördinatie interventie wordt afgesloten en met welk resultaat: verwezen of verbetering bij kind/gezin. Dit is maar een idee, maar zij kunnen allicht gerelateerd zijn aan bijdrage die nu is gelegd.

7 Aanbevelingen

Het resultaat van dit onderzoek zijn de in het vorige hoofdstuk besproken prestatie-indicatoren. In dit hoofdstuk wordt in gegaan op het technisch en praktisch niveau van het ontwikkelen van de set prestatie-indicatoren. De ontworpen indicatoren zijn in overleg met de staf ontwikkeld. Er is gelet op de haalbaarheid van de gegevens. Het was een eis dat de gegevens makkelijk uit het EKD konden worden gehaald. Dit is meteen ook de beperking geweest, want er waren meer ideeën dan mogelijkheden. Deze ideeën worden in dit hoofdstuk als aanbevelingen vertaald. Tevens zullen algemene aanbevelingen worden benoemd die naar voren kwamen in het onderzoek.

7.1 Vertaling naar de praktijk

Zoals in de conclusie staat beschreven moet de praktijk nog betrokken worden bij het in gebruik nemen van de set indicatoren. Er is een draagvlak gecreëerd door de professionals te betrekken in het onderzoek. Er is ook bekendheid binnen de organisatie dat ik bezig ben met het ontwikkelen van indicatoren. De resultaten van het onderzoek en de ontwikkelde set indicatoren moeten nog worden vertaald naar de praktijk. Het is een onderwerp wat leeft bij de professionals en ik merk de interesse die er heerst over de resultaten van het onderzoek. De vertaalslag zal door middel van een presentatie tijdens de verschillende vakgroepen kunnen worden gedaan. Er kan dan een presentatie worden gegeven die specifiek op de vakgroep gericht is. Concreet betekent dat er één presentatie aan de wijkverpleegkundigen en één aan de CB-artsen wordt gegeven. Het is ook van het belang dat het management en staf hier ook bij betrokken wordt. De uitkomsten van de indicatoren geeft (management)informatie die gebruikt kan worden om sturing en ondersteuning te verlenen aan de wijkverpleegkundigen en de CB-artsen. Het geeft de professionals ook een handreiking in het scheppen van een duidelijker beeld over de eisen ten aanzien van zorgcoördinatie. Een terugkoppeling, specifiek gericht op deze doelgroep is ook zeker van belang. Op dit moment bestaat er een draagvlak. Het is nu van belang om daar direct op in te spelen. Wordt hier te lang mee gewacht, zal de informatie weer wegzakken en daarbij ook het draagvlak.

7.2 Toekomstmuziek voor de set prestatie-indicatoren

Tijdens het overleg met de staf over de ontwikkeling (prestatie)indicatoren werd er vol enthousiasme gefilosofeerd over andere mogelijke indicatoren die opgesteld zouden kunnen worden. Het waren veel detailleringen op de ontworpen en in dit onderzoek beschreven indicatoren. Door het te specificeren kan er in veel gevallen een verdeling worden gemaakt naar locaties. Het management is verdeeld over regio's. Elke manager heeft een aantal regio's onder zich die aangestuurd en ondersteund dienen te worden. Hoe specifiekere de managementinformatie is, hoe beter en kan worden gestuurd en ondersteund.

Bij de prestatie-indicatoren 2.2 en 2.3 kunnen worden gesplitst. Hier gaat het over de tijd die wordt besteed aan zorgcoördinatie. De indicatoren kunnen worden uitgesplitst naar wijkverpleegkundige en CB-arts. Hierdoor kan er op individueel niveau sturing worden gegeven. De indicator tijd is nu nog gericht op de verzameling van activiteiten die onder het kopje van opvoedingsondersteuning en maatwerk vallen.

De indicator 4.2 Informatie uitwisseling wordt nu per locatie bekeken, maar dit kan ook per team worden uitgesplitst. Dit kan voornamelijk worden gedaan bij opvallende uitkomsten.

Men kan het gebruik van tijd voor zorgcoördinatie inzichtelijker maken, door de prestatie-indicator alleen te laten richten op het tijdsgebruik binnen de interventie zorgcoördinatie. Het beeld zou completer worden als dan ook de eerder genoemde ‘verloren’ tijd daarin opgenomen kan worden. Op dit moment is dit niet mogelijk. Het zal een beter beeld geven, want het wordt niet vervuild door andere opvoedingsondersteunende interventies.

Een verdieping op zorgcoördinatie en de tijdsdruk worden gemaakt. Men zou dus een vergelijking kunnen maken tussen de verschillende locaties. Het voorstel is om te kijken hoeveel interventies van zorgcoördinatie er per locatie bestaan, gedeeld door de verwachte aantal interventies zorgcoördinatie vanuit de populatie gezien. Hierdoor wordt er inzicht verschaft of het aantal interventies dat men uitvoert volgens de verwachting is. Vervolgens kan dan een verdieping worden gemaakt door te kijken hoeveel activiteiten er per interventie zorgcoördinatie zijn verbonden. Dit resulteert in een beeld dat men verschillende niveaus van zwaarte van zorgcoördinatie kan ontwikkelen. Er kunnen grote verschillen bestaan tussen de tijdsbesteding van zorgcoördinatie. Elke case is verschillend en daarmee ook het werk wat geleverd moet worden.

Er kan mogelijk ook in de toekomst worden gekeken of zorgcoördinatie nodig is geweest. Hierbij kan inzicht worden verworven of er geen missers worden begaan of juist te veel zorg wordt geleverd. Hoe dit vorm zou moeten krijgen is niet helder en zal in de loop der jaren mogelijk ingevuld kunnen worden.

Een ander aspect is van voorwaarden scheppende aard. De artsen doen een voorstel in de focusgroep om een hogere frequentie van risicokind besprekingen in te gaan voeren. Door gebruik te maken van de ontworpen prestatie-indicatoren kan men beoordelen of het gewenst is om de frequentie te verhogen. Het proces zal inzichtelijker worden gemaakt en dit kan een antwoord geven om meer betrokken te raken bij de interventie zorgcoördinatie.

7.3 Algemene aanbevelingen

Tijdens het onderzoek heb ik veel gehoord en ondervonden. Het viel mij op hoe betrokken de professionals zijn bij hun werk en hoe graag ze willen meedenken over de uitvoering van hun werk. Het was dan ook opvallend om te horen:

“Wat leuk dat we eindelijk betrokken worden bij de ontwikkeling van een beleid.” (een wijkverpleegkundige tijdens de focusgroep).

De wijkverpleegkundigen en CB-artsen zijn stuk voor stuk professionals, maar voelen zich niet altijd even gewaardeerd en gesteund. In het kader van zorgcoördinatie kwam naar voren dat er, volgens de professionals, nog een taak bij het management lag om de zorgcoördinatie betere bekendheid te geven. De onbekendheid dat de taak zorgcoördinatie bij de JGZ ligt wordt als een blokkade ervaren bij het uitvoeren van de zorgcoördinatie. Het is dan zeker ook een aanbeveling om samen met de professionals te gaan kijken waar de blokkades liggen. Op deze manier worden ze gesteund in hun werk, maar ook betrokken in vervolg stappen. De professionals weten dan waar ze aan toe zijn. Het geeft een gedeeltelijk

duidelijkheid in het complexe proces zorgcoördinatie. Het geeft houvast en ondersteuning om deze taak uit te voeren. Het werken en het uitvoeren van zorgcoördinatie betekent ook dat men letterlijk ziet in welke soms zware omstandigheden kinderen leven. De afstand in het werk kan dan soms moeilijk bewaard blijven. Zowel wijkverpleegkundigen als artsen liggen er soms wakker van. Op de focusgroepen en tijdens de gesprekken op de wandelgangen werd vaak om waardering gevraagd. Positieve feedback, het wel bekende klopje op de schouder, is misschien een stap die bewuster genomen kan worden.

7.4 Aanbevelingen vervolgonderzoek

De ontwikkelingen in de JGZ zijn volop in ontwikkeling en daarbij ook de zorgcoördinatie. In de conclusie staat al vermeld dat er gelet moet worden dat er aansluiting blijft met de theorie, beleid en praktijk. Eisen kunnen veranderen en daarop moet men de indicatoren op aanpassen of zelf nieuwe ontwikkelen.

Uit het onderzoek is ook gebleken dat er verschillende manieren bestaan om zorgcoördinatie vorm te geven. In dit onderzoek zijn er geen praktijk observaties in een andere, vergelijkende instelling gedaan. Dit zou wel waardevolle gegevens kunnen opleveren.

Het is belangrijk de indicatoren te evalueren. Hieruit kan blijken ze het doel bereiken. Zij moeten (management) informatie opleveren om de professionals te ondersteunen en sturen in het werk en uitvoering van zorgcoördinatie. Door de evaluatie ondervind men of de indicatoren voldoen aan de gestelde verwachtingen. Deze evaluatie zouden gepaard kunnen gaan met een onderzoek bij de andere instelling. Deze gegevens kunnen een andere kijk op zorgcoördinatie geven. Men kan op deze wijze van elkaar leren. De zorg is een dynamisch en veranderend proces waarin prestatie-indicatoren een grote rol kunnen spelen om de kwaliteit van zorg te verbeteren en te behouden. Dat maakt ook dat het belangrijk is om in de toekomst 'echte' prestatie-indicatoren te ontwikkelen.

8 Literatuurlijst

- Achrol, R.S., and G.T. Gundlach. 1999. Legal and social safeguards against opportunism in Exchange. *Journal of Retailing* 75 (1):107-124.
- Atkinson, A.A., R.S. Kaplan, E.M. Matsumura, and S.M. Young. 2007. *Management Accounting*. Fifth Edition ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Balint, International. <http://www.balintinternational.com/balintwork.html> 2008 (cited).
- Berg, M. 1999. Accumulating and Coordinating: Occasions for Information Technologies in Medical Work. *Computer Supported Cooperative Work* 8:373-401.
- Berg, Marc, Yvonne Meijerink, Marit Gras, Anne Goossensen, Wim Schellekens, Jan Haeck, Marjon Kallewaard, and Herre Kingma. 2005. Feasibility First: Developing Public Performance Indicators on Patient Safety and Clinical Effectiveness for Dutch Hospitals. *Health Policy* 75:59-73.
- Bevan, G. 2006. What's measured in What matters: Targets and Gaming in the English public health care system. *Public Administration* 84:517-538.
- Bevan, H. , and R. Lendon. 2006. Improving performance by improving processes and systems. In *Performance Management in Health Care Improving patient outcomes: an integrated approach*. Oxon New York: Routledge.
- Campbell, S.M , J. Braspenning, A. Hutchinson, and M. Marshall. 2002. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Quality & Safety in Health Care* 11 (4):358-364.
- Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine 2001. Crossing the Quality Chasm: A new Health care system for the 21st century. *National Academy Press*.
- Creswell, J.W. 2003. *Research design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. Second edition ed. Lincoln: SAGE Publication.
- Donabedian, A. 1997. The quality of care: How can it be assessed. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine* 121:1145-1150.
- Donner, J.P.H. 2002. Besluit van 5 november 2002, houdende nadere uitwerking van de gemeentelijke taken op het gebied van de jeugdgezondheidszorg (Besluit jeugdgezondheidszorg), edited by Ministerie van Justitie: Minister van Justitie.
- Fugate, B., F. Sahin, and J.T. Mentzer. 2005. Supply chain management coordination mechanisms.
- GGD, Nederland. 2008. Zorgcoördinatie door de jeugdgezondheidszorg Wat kan de jeugdgezondheidszorg bieden? Wat is hiervoor nodig?
- Glouberman, S., and H. Mintzberg. 2001. Managing the Care of Health and the Cure of Disease - Part 1: Differentiation. *Health Care Manage Rev.* 26 (1):56-92.
- Glouberman, S., and H. Mintzberg. 2001. Managing the Care of Health and the Cure of Disease - Part II: Integration. *Health Care Manage Rev.* 26 (1):56-92.

- IGZ. 2007. Zorgverlening door Jeugdgezondheidszorg, GGZ en huisartsen aan Gessica vanuit het perspectief van een veilige ontwikkeling van het kind Verdiepingsrapport IGZ. Den Haag: Staatstoezicht op volksgezondheid.
- Jeugdzorg, Bureau. http://www.bureaujeugdzorg.info/Wat_is_jeugdzorg/ 2008 (cited).
- JGZ Kennemerland. 2007. Activiteitenplan 2007.
- JGZ Kennemerland. 2008. Jaarverslag 2007.
- Kijlstra, M., B. Prinsen, and T. Schulpen. 2001. *Kwetsbaar jong! een quick scan van de kansen op achterstand van kinderen van 0 tot 4 jaar in risicosituaties*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW).
- Koning, J. de, A. Smulders, and N. Klazinga. 2007. Appraisal of Indicators through Research and Evaluation (AIRE). Amsterdam: Afdeling Sociale Geneeskunde AMC.
- Mainz, J. 2003. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care* 15(6):523-530.
- Ministerie van Volksgezondheid, welzijn en Sport. 2006. Investeren in Jeugd, een overzicht.
- Ministerie van Volksgezondheid, welzijn en Sport, Directie Jeugdbeleid, Ministerie van Justitie, and Directie Justitieel Jeugdbeleid. 2005. Informatie Brochure Wet op de Jeugdzorg.
- Mintzberg, H. 1992. *Organisatie Structuren*. Vol. 2nd edition: Pearson education Benelux.
- Ouweneel, I. 2008. Implementatieplan Zorgcoördinatie JGZ Rotterdam. Rotterdam: Consultatiebureau Ouder en Kind.
- Plochg, T., and N.S. Klazinga. 2002. Community-based integrated care: myth or must? *International journal for Quality in Health Care* 14 (2):91-101.
- Quist, Hein, Freeke Mulder, Bob van der Meijden, Christiaan Gaasbeek, and Masja van den Burg. 2005. Implementatie WMO Algemene handreiking.
- Riet, van N., and H. Wouters. 2003. *Casemanagement*. 4 ed. Assen: Koninklijke van Gorcum BV.
- Rip, R., and A. Beuker. 2006. Zorgcoördinatie: JGZ Kennemerland.
- RIVM. *Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid*. http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o3135n203311.html 2008 (cited).
- Rouvoet, A. 2007. Centra voor Jeugd en Gezin en regierol gemeente, edited by programmaministerie Jeugd en Gezin.
- Rouvoet, A. . 2007. Alle kansen voor alle kinderen, Programma voor Jeugd en Gezin, edited by programmaminister van Jeugd en Gezin.
- Strauss, A., S. Fagerhaugh, B. Suczek, and C. Wiener. 1997. Articulation Work. In *Social Organization of Medical Work*. Chicago London: Transaction Publishers.

- Verschuren, P., and H. Doorewaard. 2000. *Het ontwerpen van een onderzoek*. derde druk ed. Utrecht: Uitgeverij Lemma BV. Original edition, 1.
- Whang, S. 1995. Coordination in operations: Taxonomy. *Journal of Operations Management* 12:413-422.
- Wijngaarden. 2006. *Cooperation in Care: Integration of care in networks by steering, coordination and learning*, Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam.

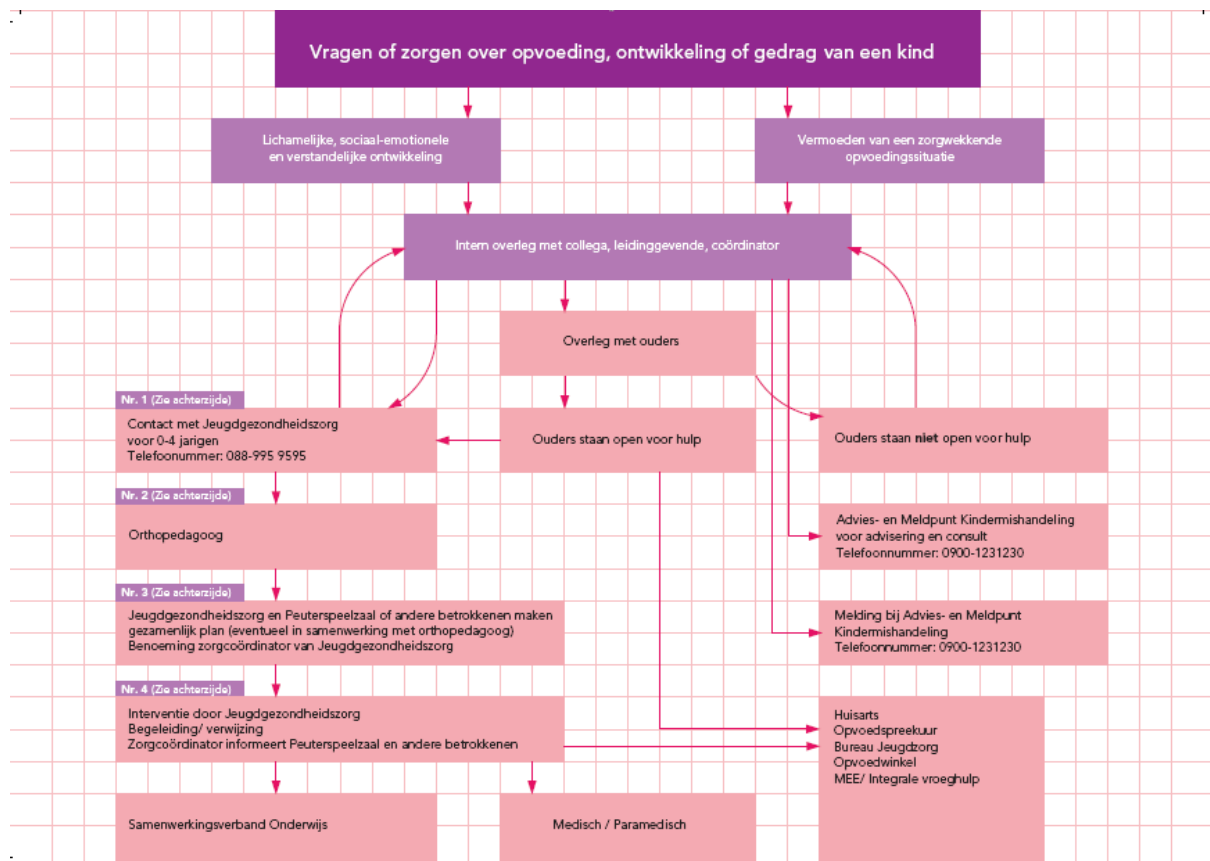
Bijlage 1 Wijzer Samenwerken



- Contact met Jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen**
Je krijgt contact met het bedrijfsbureau van de Jeugdgezondheidszorg en geeft de volgende gegevens door:
- naam en geboortedatum van het kind
- eigen naam
- telefoonnummer
- tijdstip waarop je telefonisch bereikbaar bent.
Je wordt binnen twee werkdagen teruggebeld.
- Orthopedagoog**
Indien je vragen hebt over je eigen handelen in de omgang met een kind/kinderen kun je de orthopedagoog rechtstreeks consulteren via telefoonnummer: 088-9959597. Namen van kinderen worden tijdens dit gesprek niet genoemd.
- Gezamenlijk plan maken**
Een onderdeel van het plan van aanpak kan de observatie door de orthopedagoog van het kind zijn (bijvoorbeeld op de Peuterspeelzaal).
- Interventie door Jeugdgezondheidszorg**
De zorgcoördinatie voor 0-4 jarigen ligt bij de Jeugdgezondheidszorg zolang er geen indicatie is gesteld voor jeugdhulpverlening (Bureau Jeugdzorg). De zorgcoördinator onderhoudt contact met de Peuterspeelzaal en/of andere betrokkenen.

Wijzer Samenwerken

Ten behoeve van kinderen van 0-4 jaar



Bijlage 2 Protocol Zorgcoördinatie

ZORGCOÖRDINATIE

Toepassingsgebied: CB-artsen en wijkverpleegkundigen JGZ

Inleiding

De basis van dit beleid is de discussienota van Z-org en GGD Nederland (februari 2006). Deze discussienota is voor een groot deel geciteerd en aangevuld met de werkwijze binnen Jeugdgezondheidszorg Kennemerland. 'Operatie Jong' is een samenwerkingsverband van de ministeries van VWS, OCW, Justitie, SZW en BZK. Met 'Operatie Jong' wil het kabinet de samenhang in het jeugdbeleid versterken en de samenwerking tussen Rijk, provincie, gemeente en partners verbeteren. Het uiteindelijk doel hiervan is het zoveel mogelijk voorkomen van uitval van jeugdigen. Relevant voor de jeugdgezondheidszorg (JGZ) is het plan betreffende de vroegsignalering. Hierin worden vijf zaken voorgesteld die nodig zijn om de keten van signaleren, beoordelen, interveniëren, doorverwijzen en volgen te versterken:

- een verzamelpunt voor signalen;
- een bovensectoraal risicoprofiel;
- bewezen effectieve interventies;
- een risicodossier;
- stroomschema's schakelmomenten.

Om op lokaal niveau te komen tot een verzamelpunt voor signalen wil VWS zich aansluiten bij de registratie die plaatsvindt bij de JGZ. De JGZ dossiers worden gekoppeld aan het Burger Service Nummer. Andere instanties (school, maatschappelijk werk, politie), die hiervoor geautoriseerd zijn, kunnen in een aparte module van het dossier signalen toevoegen en kunnen zien welke organisaties bij een kind of gezin betrokken zijn. Het is overigens niet de bedoeling dat andere instanties het volledige dossier kunnen inzien. De Inventgroep heeft onlangs advies uitgebracht over bewezen effectieve interventies en over bovensectorale risico signaleringsinstrumenten.

De Gemeente en de uitwerking van het actiepunt vroegsignalering van 'Operatie Jong'

De gemeenten hebben een cruciale rol in de uitvoering van de Plannen van Aanpak van 'Operatie Jong' op lokaal niveau. Zij zijn ervoor verantwoordelijk dat uitvoerende instanties tot afspraken komen over samenwerking. Het ministerie van VWS heeft overeenkomsten afgesloten met een aantal gemeenten, provincies en grootstedelijke regio's en met hen afspraken gemaakt om deze werkwijze in de praktijk te realiseren.

De JGZ en de uitwerking van het actiepunt vroegsignalering van 'Operatie Jong'

De JGZ krijgt een centrale rol in de samenwerking tussen diverse instanties rond de zorg voor kinderen. Het kabinet wil toe naar drie regisseurs die per leeftijdsfase van het kind het voortouw nemen in de samenwerking tussen verschillende instanties: het consultatiebureau voor kinderen tot 4 jaar, de school voor schoolgaande kinderen en een regionaal meld- en coördinatiepunt voor kinderen die niet meer op school zitten. In deze constructie moet drie maal worden overgedragen, met alle risico's van dien. Voor een integrale JGZ 0-19 jaar is het logisch om de regisseursrol voor de 'vier plussers' bij de JGZ te leggen. De integrale JGZ heeft immers een brede sociale, verpleegkundige en medische deskundigheid, is laagdrempelig en heeft alle kinderen in beeld door middel van het Elektronisch Kind Dossier (EKD).

Het begrip zorgcoördinatie

Het begrip zorgcoördinatie (casemanagement) is uit Amerika afkomstig en in de jaren tachtig in Nederland uitgewerkt voor toepassing in de zwakzinnigenzorg en psychiatrie. Daarna is het begrip doorgedrongen in de drugsverslavingszorg, het maatschappelijke werk en in de JGZ. Een zorgcoördinator kan een veelheid van functies hebben, zoals zorgcoördinatie, casemanager, contactpersoon, zorgmakelaar, zorgbemiddelaar, eerstverantwoordelijke, spil, circuitmanager, etc. De functie is afhankelijk van de werksoort, het model dat gekozen wordt en de doelen die men hierbij stelt. Er zijn diverse modellen in de literatuur beschreven die variëren van minimaal het inschatten van de zorgbehoefte en doorverwijzen, tot een allesomvattend model waarbij belangenbehartiging, budgetbeheersing, netwerken onderhouden voor de klant en voorlichting aan de maatschappij tot de taken van het zorgcoördinator behoren, maar er is geen eensluidende landelijke definitie. Zorgcoördinatie is arbeidsintensief. De belangrijkste uitgangspunten van zorgcoördinatie zijn: het gaat om een zorgvrager, dat wil zeggen om individuele kinderen, gezinnen, mensen;

het gaat om het coördineren, dat wil zeggen om het managen en regelen;
 het gaat om het hele traject van vraag en aanbod;
 het richt zich op complexe problematiek of continuïteitsproblemen;
 zorgcoördinatie is geen beroepsafhankelijke activiteit.

Zorgcoördinatie houdt in:

- gegevens verzamelen;
- voorlopige diagnose vaststellen, samen met de ouders en/of de jeugdige en andere betrokken partijen;
- hulpvraag formuleren;
- hulp realiseren;
- delegeren en coördineren;
- evalueren en het plan van aanpak bijstellen, samen met de ouders en andere hulpverleners.

Wat is zorgcoördinatie binnen de JGZ?

Veel organisaties hebben zorgcoördinatie voor kinderen in hun takenpakket, onder andere maatschappelijk werk en jeugdzorg, maar ook de huisarts is de toegang en het coördinatiepunt van de paramedische en 2e lijns gezondheidszorg. De aard en de omvang van de zorgcoördinatie van de verschillende instellingen dienen verschillende doelen en zijn anders van opzet. De vraag dient zich aan wie, wat, wanneer coördineert en wat die zorgcoördinatie inhoudt. De JGZ heeft een integrale benadering van het kind binnen het gezinssysteem. Zorgcoördinatie binnen de JGZ houdt dan ook in: risicokinderen kennen, weten welke risico's er spelen bij welke kinderen, op de hoogte zijn welke hulp er door andere instanties ingezet is, contact onderhouden met instellingen die hulp verlenen en zorgen voor afstemming. Met andere woorden: er voor zorgen dat er geen kinderen buiten de boot vallen.

Landelijk niveau

In het Basistakenpakket-Jeugdgezondheidszorg staat zorgcoördinatie omschreven als: product M6.1.2.

'Zorgcoördinatie is noodzakelijk in die gevallen waarin behalve door de JGZ ook door andere sectoren tegelijkertijd of achtereenvolgend zorg wordt verleend. Gezien de frequente contacten en de laagdrempeligheid treedt de JGZ in deze gevallen op als zorgcoördinator. Kenmerkend is in dit geval het individuele karakter van de contacten van de JGZ met de aanpalende sectoren. Bij elk individueel kind kunnen deze contacten kwantitatief en kwalitatief verschillen. In veel gevallen zal boven bedoelde zorgcoördinatie volgen op een verwijzing vanuit de JGZ. Het evalueren van een verwijzing kan ook als een vorm van zorg-coördinatie worden gezien. Onder individuele zorgcoördinatie kunnen ook activiteiten gerekend worden die tot doel hebben ouders c.q. kinderen van wie het vermoeden bestaat dat zij een bepaald verhoogd risico hebben op te sporen en weer in contact te brengen met de reguliere zorgverlening van de JGZ'.

Gemeentelijk niveau

Uitvoerende regie is in de Jong-overeenkomsten als volgt gedefinieerd.

'Aanwijzen welke instanties in de dagelijkse praktijk de verantwoordelijkheid hebben om te zorgen dat datgene gebeurt dat nodig is om de uitval van afzonderlijke jeugdigen te voorkomen. Deze instanties voeren de regie op de samenwerking van de uitvoerende instanties ten aanzien van individuele jeugdigen door het voortouw te nemen bij het formuleren van het resultaat van de hele jeugdketen en de benodigde inspanningen van de afzonderlijke ketenpartners'. Zorgcoördinatie is één van de vijf gemeentelijke taken op het gebied van opgroei- en opvoedondersteuning. De gemeente voert voor wat betreft deze vijf taken de regie over de voorzieningen binnen het lokale jeugdbeleid. Het gaat bij de opgroei-en opvoedingsondersteuning om een beperkte groep kinderen die op grond van individuele kenmerken als risico kind geselecteerd zijn of demografisch of geografisch afgebakende doelgroepkinderen. De JGZ speelt als grote, onder gemeentelijke regie werkende, organisatie een belangrijke rol bij de uitvoering van de vijf gemeentelijke taken. Hierna volgen de vijf gemeentelijke taken op het gebied van opvoed- en gezinsondersteuning.

1. Informatie en advies

Met voorlichting en advies over de normale ontwikkeling van kinderen en de benodigde opvoedingsvaardigheden heeft de JGZ haar sporen verdiend. De JGZ legt de basis voor de opvoeding en verzorging van kinderen. Voor de JGZ is het geven van informatie en advies uitgewerkt in productgroep 4 van het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg. Het Platform-

Jeugdgezondheidszorg (nu centrum jeugdgezondheid van het RIVM) heeft geadviseerd deze productgroep te verplaatsen van het maatwerk naar het uniform deel.

2. Signalering

Monitoring en signalering is uitgewerkt in productgroep 1 van het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg.

3. Toeleiden naar hulpaanbod

In de JGZ spreken we van een warme overdracht, zorgen dat de gezinnen zo vroeg mogelijk terechtkomen bij de juiste hulpverlener.

4. Licht pedagogische hulp

Licht pedagogische hulp noemen we in de JGZ meestal opvoedingsondersteuning. Het gaat om het aanbrengen van een basisstructuur voor het opvoeden: regelmaat, voorspelbaarheid, positieve aandacht, grenzen stellen, straffen en belonen. De activiteiten van de JGZ spelen zich altijd af binnen de grenzen van de preventieve begeleiding, JGZ is geen hulpverlening. Een in de JGZ gangbare indeling van deze eenvoudige opvoedingsondersteuning is:

- (1) opvoedingsvragen
- (2) opvoedingsspanning
- (3) opvoedingscrisis en
- (4) opvoedingsnood.

Vanaf 1999 bestaat binnen de JGZ voor 0-4 jarigen consensus over de reikwijdte van de opvoedingsondersteuning. (Partners in opvoeden en verzorgen, Lim/Prinsen 1999).

Opvoedingsvragen en opvoedingsspanning behoren tot het domein van de JGZ. Opvoedingscrisis bevindt zich in het overgangsgebied tussen preventie en behandeling. De problematiek van opvoedingsnood is te zwaar voor de JGZ. Dit valt ook niet meer onder maatwerkproducten, maar behoort tot het domein van de jeugdhulpverleningsorganisaties. Intervenieren in opvoedingsnood behoort dus niet meer tot het domein van de JGZ, wel het signaleren van deze problemen, het toeleiden naar hulpaanbod en het coördineren van de zorg.

5. Zorgcoördinatie

Zorgcoördinatie vanuit de JGZ is aan de orde wanneer meerdere hulpverleners of instanties bemoeienis hebben met een gezin, of zich daarmee zouden moeten bemoeien. Soms zijn er te veel, soms te weinig hulpverleners in een gezin. Het gaat hier om kinderen die (nog) geen indicatie hebben voor jeugdzorg. De JGZ als zorgcoördinator houdt in de gaten of de diverse instellingen voldoende, dan wel te veel of te weinig hulp inzetten. De zorgcoördinator let wel op of het gezin de behandeling volgt en afmaakt en geeft daarover advies en begeleiding.

Zorgcoördinatie omvat het volgende.

- Als houder van het EKD ervoor zorgdragen dat van alle kinderen in het werkgebied informatie bekend is, zodat de risicokinderen aangemerkt kunnen worden.
- Risicokinderen definiëren, regelen dat voor kinderen met problemen hulp
- Wordt ingezet door de juiste hulpverlener, dat geen kinderen buiten de boot
- Vallen doordat ze niet verwezen worden, niet aankomen of de behandeling niet afmaken.
- Bij gezinnen met (dreigende) complexe problemen nagaan of andere hulpverleners contact hebben met het gezin.
- Met toestemming van de ouders contact zoeken met andere hulpverleners.
- Interventies van andere hulpverleners in beeld brengen en afstemmen.
- Het desbetreffende gezin informeren over de gemaakte afspraken en uitleg
- Geven wat ze kunnen verwachten van de verschillende hulpverleners.
- Werken vanuit het uitgangspunt van versterken van empowerment, aansluiten bij en stimuleren van de krachten van de gezinsleden en de sociale omgeving.

Aan andere betrokken hulpverleners zal duidelijk gemaakt moeten worden dat de JGZ, bij de niet geïndiceerde zorg de zorgcoördinatie heeft, omdat de JGZ voor ouders laagdrempelig is en zij contact heeft met alle gezinnen. Bij kinderen met een indicatie voor de jeugdzorg ligt de zorgcoördinatie elders, namelijk bij Bureau jeugdzorg. In die gevallen dat een kind een indicatie heeft voor jeugdzorg maar er is een wachtlijst, dan levert Bureau Jeugdzorg de zorgcoördinatie. De JGZ levert in alle andere gevallen zorgcoördinatie, ook als er sprake is van geïndiceerde zorg voor bijvoorbeeld de gespecialiseerde gezinszorg. Zorgcoördinatie vanuit de JGZ is breder dan opvoedingsondersteuning en betreft de ontwikkeling en groei van de jeugdige en ook gezond gedrag.

Voor welke kinderen is zorgcoördinatie aan de orde?

De JGZ kent (bijna) alle kinderen. Ze ziet ze regelmatig op het consultatiebureau en tijdens huisbezoeken. De JGZ monitort periodiek de hele populatie en houdt van alle kinderen het jeugdgezondheidszorgdossier bij. De JGZ kent de gezondheidstoestand van de kinderen en hun sociale situatie. Omdat de JGZ van alle kinderen informatie verzamelt, is het mogelijk om te constateren welke kinderen extra risico lopen, om zodoende risico kinderen, waarvoor zorgcoördinatie nodig is, te identificeren. Hiertoe behoren ook kinderen die frequent verhuizen, 'zorgmijders' en illegale migranten. Alle ouders hebben wel eens geïsoleerde opvoedingsvragen, die horen bij het leven en komen overal voor. Zorgcoördinatie is nodig wanneer er problemen ontstaan en er meerdere instanties of hulpverleners betrokken zijn.

Eenvoudige opgroei- en gezinsondersteuning, 15% van de populatie

Zo'n 15% van de jeugd heeft enkelvoudige problemen (Bron: 'Kinderen in Nederland', Sociaal Cultureel Planbureau 2005). De JGZ is (samen met de kinderopvang en de peuterspeelzalen) vaak de eerste instantie bij wie ouders hun twijfels en zorgen neerleggen. De JGZ doet nader onderzoek, begeleidt kortdurend, consulteert andere deskundigen en bespreekt het kind in een netwerk of verwijst het door naar een andere instelling binnen het lokale jeugdbeleid. Wanneer de JGZ een kind doorverwijst, blijft ze wel actief betrokken. Ze stemt af wat ze zelf blijft doen en wat de ander zal gaan doen en maakt afspraken over regelmatige terugrapportage en evaluaties. Hierdoor is de JGZ gemakkelijk in staat om de zorgcoördinator te zijn voor ouders met eenvoudige opvoedingsproblemen bij wie meerdere hulpverleners actief zijn. Vaak zijn er meerdere problemen, zoals schulden, relatieproblemen en politiecontacten. Gezinnen waarbij deze problemen spelen, maken vaak gebruik van meerdere vormen van hulp, zodat een kind bij meerdere instellingen bekend kan zijn, zonder dat die instellingen dat van elkaar weten. Wanneer ouders tegelijkertijd of achtereenvolgens hulp krijgen van meerdere instanties is zorgcoördinatie aan de orde. De JGZ heeft altijd de zorgcoördinatie vanuit de integrale benadering van de kinderen. Dit betreft zorgcoördinatie van de niet geïndiceerde zorg. Wanneer een andere organisatie de zorgcoördinatie levert, zal de JGZ de zorgcoördinatie voor dat desbetreffende probleem overdragen. Hier gaat het om geïndiceerde zorg door Bureau Jeugdzorg. Het kind blijft gedurende de behandeling van een andere instantie wel gewoon reguliere JGZ ontvangen en ook na afloop van de behandeling blijft het kind in de JGZ. In het EKD wordt de zorgcoördinatie geregistreerd. Bij een verwijzing wordt, na toestemming van ouders, relevante informatie doorgegeven en informatie (terugkoppeling) van de verwijzer genoteerd in het EKD zodat een goede afstemming mogelijk is met andere hulpverleners.

Ernstige opgroei en gezinsondersteuning, 5% van de populatie

Ongeveer 5% van de kinderen heeft te maken met een opeenstapeling van ernstige problemen (Bron: 'Kinderen in Nederland', Sociaal Cultureel Planbureau 2005). Deze kinderen worden zo mogelijk voor een indicatie verwezen worden naar Bureau Jeugdzorg. JGZ is de voordeur van Bureau Jeugdzorg en een belangrijke samenwerkingspartner. Bureau Jeugdzorg geeft een indicatie voor verdere zorg en onderzoekt of een gezinscoach of zorgcoördinatie vereist is. Zodra Bureau Jeugdzorg de zorgcoördinatie op zich neemt of regelt dat een jeugdhulpverleningsinstelling dat doet, draagt de JGZ de zorgcoördinatie over. Het kind blijft gedurende de behandeling van desbetreffende jeugdzorginstantie wel gewoon reguliere JGZ ontvangen. De JGZ houdt contact met de zorgcoördinator van Bureau Jeugdzorg. In het EKD wordt de zorgcoördinatie vanuit de jeugdzorg geregistreerd. In overleg met de ouders wordt relevante informatie doorgegeven en informatie (terugkoppeling) vanuit de jeugdzorginstelling wordt genoteerd in het dossier zodat er een goede afstemming mogelijk is met andere hulpverleners. Wanneer Bureau Jeugdzorg bij complexe gezinssituaties gezinscoaching regelt, trekt de JGZ zich ook terug. De begrippen gezinscoach en zorgcoördinator lopen nogal eens door elkaar. Gezinscoaching is een relatief nieuw begrip, maar het is geen nieuwe functie. Bureau Jeugdzorg wijst meestal één van de reeds betrokken hulpverleners aan als gezinscoach. Er lopen diverse experimenten, waaruit duidelijk wordt dat het belangrijk is dat een gezinscoach een door het gezin zelf gekozen niet bedreigende professionele vertrouwensfiguur is. Bijvoorbeeld, een gespecialiseerde gezinsverzorgende is bij uitstek geschikt om de rol van gezinscoach in te vullen, omdat die laagdrempelig is en tijdelijk intensief meewerkt in een gezin en structuur aanbrengt in een huishouden. De zorg-coördinator vanuit de JGZ houdt vanzelfsprekend contact met de gezinscoach en kan die zo nodig inschakelen bij dreigende calamiteiten. Daarnaast heeft de JGZ een unieke achterdeurfunctie. Wanneer een behandeling afgerond is, blijven de ouders en het kind JGZ ontvangen. De verpleegkundigen en artsen van de JGZ zien het kind immers na elke doorverwijzing weer terug, hetzij op indicatie, hetzij tijdens een standaard consult/huisbezoek. Bij een mislukking of vroegtijdig afbreken van de behandeling neemt de verpleegkundige de begeleiding en

ondersteuning van het gezin weer op zich en bemiddelt zonnodig om een nieuwe verwijzing tot stand te brengen. Maar als dat niet lukt, blijft de JGZ doen wat ze altijd doet, namelijk de leefwijze positief beïnvloeden, de draagkracht vergroten en bij dreigende calamiteiten andere maatregelen treffen. Wanneer een gezin op de wachtlijst staat met een indicatie voor jeugdhulpverlening levert de JGZ geen plaatsvervangende jeugdzorg en ook geen zorgcoördinatie. De JGZ kan de problemen niet oplossen, maar zal wel alert blijven en al het mogelijke doen om te voorkomen dat de situatie escaleert.

De JGZ kan bij deze meervoudige opgroei en opvoedingsproblemen het volgende doen.

- Contact houden met het gezin, telefonisch en met huisbezoeken.
- Nagaan of Bureau Jeugdzorg mogelijk een indicatie kan afgeven voor de inzet van gespecialiseerde gezinszorg.
- Bepleiten dat Bureau Jeugdzorg een startbijeenkomst organiseert met alle mogelijke betrokken hulpverleners, burens, familie, vrienden om af te spreken wie wat doet.
- Mogelijkheid nagaan van hulp van (kerkelijk) vrijwilligerswerk bijvoorbeeld het Leger des Heils.
- Doorgaan met wat de JGZ altijd doet, het beïnvloeden van de leefwijze, naast de ouder blijven staan, het empowerment van de ouders versterken en de draagkracht vergroten.
- Regelmatig informeren hoe ver het gezin opgeschoven is op de wachtlijst.
- Zo nodig melden bij het AMK, aangifte doen bij de politie, of op een andere manier ingrijpen wanneer de situatie dreigt te escaleren.

Wie voert zorgcoördinatie uit?

Veel organisaties hebben zorgcoördinatie voor kinderen in hun takenpakket, onder andere maatschappelijk werk en jeugdzorg, maar ook de huisarts is de toegang en het coördinatiepunt van de paramedische en 2e lijns gezondheidszorg. De aard en de omvang van de zorgcoördinatie van de verschillende instellingen dienen verschillende doelen en zijn anders van opzet. In dit stuk hebben we het over de zorgcoördinatie vanuit de JGZ. Alle professionals uit het JGZ team kunnen optreden als zorgcoördinator. De verpleegkundigen zullen hiermee het meest aan de slag zijn. De taakverdeling tussen arts en verpleegkundige is als volgt.

Arts

De arts heeft de zorgcoördinatie in het medische en paramedische circuit. Dat houdt in dat bij een verwijzing nagegaan wordt of het kind inderdaad gezien is, of de verwijzing juist was, welke behandeling ingezet is, of en hoe tijdens de reguliere contacten de behandeling ondersteund kan worden. De arts informeert ook wanneer de behandelaar de zorg stopt, zodat het kind in de reguliere JGZ verder gevolgd kan worden.

Verpleegkundige

De verpleegkundige heeft de zorgcoördinatie bij problemen met de verzorging, opvoeding, leefstijl en psychosociale ontwikkeling. Dat houdt in dat de verpleegkundige de ouders inzicht probeert te geven in hun probleem en hen helpt om zorg te accepteren. Vervolgens leidt ze hen toe met een zogenaamde 'warme' overdracht naar de juiste instantie. Dan gaat ze na of het kind daar inderdaad is aangekomen, of de verwijzing juist was, welke behandeling ingezet is, of en hoe de ingezette behandeling tijdens de reguliere contacten ondersteund kan worden. De jeugdverpleegkundige informeert ook wanneer de behandelaar de zorg stopt, zodat het kind in de reguliere JGZ verder ondersteund en gevolgd kan worden.

Samenwerking arts en verpleegkundige

Per kind wordt tijdens de nabespreking van een CB-zitting of tijdens een risicokinderen overleg vastgesteld wie de zorgcoördinatie gaat uitvoeren. Dit is afhankelijk van de problemen zoals hierboven beschreven. In het risicokinderen overleg wordt de voortgang besproken en is er de mogelijkheid om van de kennis, ervaring en expertise gebruik te maken.

Longitudinaal

De verpleegkundige en/of de arts is niet alleen zorgcoördinator in complexe situaties, maar ook in de longitudinale zorg. De verpleegkundigen en artsen dienen er voor te zorgen dat ze goede contacten onderhouden met zorgverleners in de keten van de jeugd en dat er een zorgvuldige en volledige overdracht plaatsvindt tijdens de schakelmomenten in het leven van kinderen, de geboorte, de eerste keer naar de peuterspeelzaal en de overgang naar de basisschool.

Profileren

Zorgcoördinatie is geen nieuwe functie voor de JGZ, maar zorgcoördinatie wordt systematisch ingezet bij risicokinderen en is uitgebreid met nieuwe activiteiten. De functie is gedefinieerd in het Basistakenpakket en beschreven in de vijf gemeentelijke taken. De JGZ kan er nu inhoud en status aan geven en kan zich als zorgcoördinator presenteren en profileren, zodat het voor anderen herkenbaar wordt dat de JGZ deze functie vervult. Elke verpleegkundige of arts die werkzaam is in de JGZ kan zich als zorgcoördinator profileren in samenwerkingsverbanden. Het is een kwestie van zelfvertrouwen en van vaardigheden om ouders te steunen en hun angst en weerstand om hulp te zoeken weg te nemen. Men kan niet volstaan met het doorgeven van een telefoonnummer, maar men dient zelf initiatief te nemen en daadwerkelijk contact te leggen, te bespreken welke hulp er nodig is en te bemiddelen met de instantie waarnaar doorverwezen wordt. Door het maken van afspraken kan men tussentijds op de hoogte blijven en indien nodig de zorg bijstellen. Een medewerker die op deze manier de zorg coördineert zal door andere disciplines ook als zodanig geaccepteerd worden. Kinderartsen, kinderverpleegkundigen, Bureau Jeugdzorg, jeugdzorginstellingen, maatschappelijk werk, gespecialiseerde gezinszorg, kinderopvang en alle anderen die zich met de begeleiding en behandeling van kinderen en hun omgeving bezig houden, zullen de JGZ tegenkomen vanwege haar rol als spin in het web van de zorg rondom het kind.

Voorwaarden

Opgroeien in een gezin met ouders met problemen, schulden, chronische of psychische ziekte, verslaving, of met één van de ouders of broers/zusters in het crimineel circuit, betekent voor kinderen en jongeren een belastende opvoedingssituatie en een risico. Ze lopen kans om sociaal, emotioneel en gedragsproblemen te ontwikkelen. In het eerste jaar kunnen hechtingsproblemen ontstaan. Vaak zijn de ouders zich niet bewust van de invloed van hun problemen op de kinderen. Echter, sociale steun uit directe omgeving van het kind kan bescherming bieden. Daarom zijn kinderen erbij gebaat dat JGZ-professionals weten dat ze opgroeien in zo'n gezin. Lang niet alles is bekend. Instanties die volwassenen behandelen, houden nu nog niet bij of er kleine kinderen in het spel zijn en hebben niet in de gaten hoe groot de invloed van de klachten van de volwassenen kunnen zijn op kinderen. Instanties hebben geen gewoonte om te 'melden' bij het consultatiebureau, wanneer zij een klant in zorg hebben met een kind onder de vier jaar.

Als de JGZ zijn nieuwe rol als meldpunt van signalen waar wil maken, zal zij open moeten staan voor signalen van instellingen die ouders van jonge kinderen in behandeling hebben. De JGZ heeft binnen de wet BIG bevoegdheden om informatie van andere instanties te krijgen. Daarbij moet niet alleen gedacht worden aan andere hulpverlenende instanties, maar ook aan woningbouwverenigingen bij dreigende uithuisplaatsingen van gezinnen met jonge kinderen, uitkeringsinstanties bij dreigende stopzetting van de uitkeringen, adoptie en pleegzorg, gezondheidszorg (chronische zieke ouders), psychiatrie en verslavingszorg (KOPP kinderen), politiecontacten met ouders of oudere broertjes en zusjes. Ook al is de bestuurlijke regie bij de gemeente en de uitvoerende regie bij de JGZ goed geregeld, dat is nog geen garantie dat de juiste informatie wordt overgedragen en de juiste hulp wordt geboden. Het leveren van zorgcoördinatie betekent een pro-actieve houding en doortastendheid.

Bron: 'Zorgcoördinatie in de jeugdgezondheidszorg', discussienota Z-org en GGD Nederland, februari 2006

Bijlage 3 Taken zorgcoördinatie

Taken zorgcoördinatie (GGD 2008)

	Taken	Toelichting
1	Risicokinderen kennen, weten welke risico's spelen bij welke kinderen (in verband met een veilige ontwikkeling)	Zorgcoördinatie begint bij risico's signaleren vanuit: <ul style="list-style-type: none"> ○ contacten met het kind/gezin (via reguliere JGZ contactmomenten of tussentijds) ○ signalen van hulpverleners in een zorg(advies)team (ZAT) van school of andere instelling/netwerk ○ de Verwijsindex Risicokinderen (VIR) ○ Relevante informatie vanuit risicosignalering registreren in het EKD.
2.	Op de hoogte zijn welke hulp er door andere instanties is ingezet bij risicokinderen	<ul style="list-style-type: none"> ○ Actieve informatie-uitwisseling tussen de betrokken hulpverleners (welke instelling betrokken, waarom, welke contacten, afstemming?) ○ Relevante informatie van hulpverleners registreren in het EKD.
3.	Contact onderhouden met instellingen die hulp verlenen	<ul style="list-style-type: none"> ○ Blijvende informatie-uitwisseling met hulpverleners (incl. de huisarts) t.b.v. overzicht ○ Relevante informatie registreren in het EKD.
4.	Zorgen voor afstemming	Initiëren van multidisciplinair overleg met hulpverleners binnen en buiten GGD/zorgorganisatie, of de casus inbrengen binnen een bestaand overleg (bijv. ZAT).
5.	Indien nodig, een integraal plan opstellen voor gezin	<ul style="list-style-type: none"> ○ Overleggen met betrokken hulpverleners over de inhoud van het zorgplan, of en welke interventies nodig zijn, wie ze uitvoert, afspraken maken over de omvang, start- en beoogde einddatum, terugkoppeling etc. ○ Zorgen dat het integrale zorgplan op papier komt. ○ Relevante informatie registreren in het EKD.
6	Interveniëren bij gezin	Conform het integrale plan.
7	Voortgang bewaken en eventueel bijstellen	<ul style="list-style-type: none"> ○ De uitvoering van het plan monitoren, toetsen of afspraken nagekomen worden, hulpverleners en cliënt hierop aanspreken, het plan zonodig bijstellen. ○ Relevante informatie registreren in het EKD.

