Zelfevaluatie spiegel

Ontwikkelingsmodel voor
Ketenzorg (OMK)

‘ketencoördinatie Jeugd’ gemeente Oosterhout

Vilans
KENNIS DIE WERKT IN ZORG

Ketencoördinatie jeugd gemeente Oosterhout

Zelfevaluatie

Joyce de Goede.
Tranzo

En
Lidewij Vat en Mirella Minkman
Vilans, Kenniscentrum voor de langdurende zorg
Postbus 8228, 3503 RE Utrecht
Telefoon: (030) 789 2367
e-mail: l.vat@vilans.nl, m.minkman@vilans.nl
Website: www.vilans.nl

In opdracht voor Gemeente Oosterhout en GGD West-Brabant

Utrecht, juni, 2012

Inleiding

Binnen de behandeling en begeleiding van de kinderen en gezinnen met complexe problemen is een samenhangend, gecoördineerde benadering nodig. Het project ketencoördinatie jeugd Oosterhout zet zich in om te komen tot een sluitende hulpverlening en begeleiding in de gemeente Oosterhout. De gemeente Oosterhout vindt het van groot belang van ketenpartners te horen wat zij vinden van de huidige kwaliteit van de samenwerking en welke verbeterpunten naar de mening van de verschillende ketenpartners prioriteit hebben om aan te pakken. In dit kader is een pilot uitgevoerd om de gehele jeugdketen in beeld te brengen.

Binnen de pilot is een samenwerkingstraject met Vilans gestart om te experimenteren met het gebruik van het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg (OMK). Het OMK is een gevalideerd kwaliteitsmodel dat handvatten biedt voor het verbeteren en verder ontwikkelen van ketens in de zorg. Het OMK gaat uit van negen clusters die van belang zijn om een goede keten te realiseren en definieert vier fasen van ontwikkeling. Vilans heeft op basis van het OMK model een digitale zelfevaluatietool ontwikkeld welke behulpzaam is om te bepalen waar op de negen clusters van het model de belangrijkste verbeterpunten liggen om een ontwikkelingsfase verder te komen.

Opzet van veldwerk voor Vilans instrument

De eerst stap in het veldwerk was de aanpassing van het digitale instrument aan de context van de ketencoördinatie jeugd Oosterhout.

Daarvoor is een pretest uitgezet onder 3 experts in januari 2012.
Op basis van dit advies is in februari 2012 bekeken welke aanpassingen in het digitale instrument noodzakelijk waren. De aanpassingen waren voornamelijk gericht op terminologie. Het oorspronkelijke instrument was meer medisch gericht en dit moest opgezet worden naar sociaal maatschappelijke termen. Zo spraken we niet alleen van cliënten maar ook van kinderen en hun ouders.

Op 27 februari is het onderzoek besproken en aangekondigd binnen het ketenoverleg waar een vertegenwoordiger van ketenpartners aanwezig was.
Op 5 maart hebben de betroken ketenpartners (uitvoerende professionals en in sommige gevallen managers) via email een vooraankondiging ontvangen.
Op 12 maart is zijn de officiële uitnodigingen en inlogcodes via email verstuurd.
Op 19 maart zijn via email herinneringen gestuurd naar de genodigden die de vragen nog niet (geheel) hadden ingevuld. Op 26 maart is er voor gekozen de vragenlijst tot 31 maart open te houden en is in overleg met de ketencoördinator naar diverse organisaties nog een tweede herinnering gestuurd.

Overzicht van de respons.

Aantal aangeschreven organisaties en/ of functies:

1. Surplus welzijn: maatschappelijk werk (7)
2. Basisscholen: Intern begeleiders (15)
3. Scholen voorgezet onderwijs: Intern- of leerling begeleiders (3)
4. Speciaal onderwijs: intern begeleider, directie (3)
5. Driespan ambulante begeleiding (1)
6. Orthopedagisch centrum Brabant (3)
7. Thebe Thuiszorg: praktische thuisbegeleiding (7)
8. Prisma, praktische thuisbegeleiding voor verstandelijk en lichamelijk beperkte ouders (4)
9. Dunya zorg, praktische thuisbegeleiding voorallochtonen gezinnen (1)
10. Woningbouw vereniging (1)
11. GGZ Breburg Volwassenen (7)
12. GGZ Breburg Jeugd (3)
13. Thebe Thuiszorg Jeugdgezondheidszorg (7)
14. Tender jeugdzorg: Medisch kleuterdagverblijf (1)
15. Kentalis, organisatie voor kinderen met spraak taal problematiek: Gezins-ouderbegeleiders (2)
16. Mee Noord-Brabant: consulenten en maatschappelijk werkenden (6)
17. Huisartsenondersteuner (1)
18. Revalidatie centrum (1)
19. Gemeente Oosterhout: Leerplicht ambtenaren, gezinsmanager, ambtenaarjeugd (4)
20. Schoolmaatschappelijk werk (3)
21. Avicenna: hulp aan allochtone gezinnen met kinderen tot 12 jaar met somatische, psychosociale of psychische klachten (2)
22. Bureau jeugdzorg/ AMK (6)
23. Valkenhorst vrouwenopvang (2)
24. Novadic kentron (verslavingszorg)
25. Wijkagent (1)
26. GGD (2)
27. Psychomotorisch thearpeut (1)
28. Othovisie: orthopedagogiek (1)
29. Particulier psychiater (1)

Aantal personen die gestart zijn met de vragenlijst:35

Personen die de vragenlijst hebben afgerond:16
Organisaties vertegenwoordigd: 10

Dit zijn:

- Thebe, praktische thuisbegeleiding (professionals)
- Thebe, JGZ (professionals)
- Mee Noord-Brabant (coördinator en professionals)
- GGD (ketencoordinator)
- Orthopedagogisch Centrum Brabant (professional)
- Surplus (manager en professionals)
- Intern Begeleiders Basisscholen (professionals)
- Woningbouw Vereniging: Thuisvester (professionals)
- Tender Jeugdzorg; MKD (professional)

Opmerkingen over de respons:
Hoewel de ervaring van Vilans leert dat veel uitvoerende professionals het lastig vinden om op ketenoverstijgend niveau de vragenlijst in te vullen, is er binnen dit onderzoek gekozen. Voor een brede uitnodiging van alle organisaties/functies, er was binnen het netwerk niet duidelijke welke personen, naast de ketencoördinator, een goed zicht zou hebben op de samenwerkende organisaties.

Op het eerste gezicht is de respons laag. De respondenten waren uitgekozen op basis van betrokkenheid bij één of meerdere casussen in de afgelopen jaren 3 jaar bij het project ketencoördinatie.
Het zijn alle personen die één of meer keer hebben deelgenomen aan een casusoverleg. Daarnaast zijn vertegenwoordigers van betrokken organisaties die deelnemen aan het overkoepelende ketenoverleg aangeschreven. In een enkel geval is op basis van reacties van genodigden een extra manager aangeschreven.

Er zijn verschillende redenen waarom personen de vragenlijst niet hebben ingevuld of niet hebben afgemaakt:

1. geen prioriteit ivm andere werkzaamheden
2. Veel moeite om de vragenlijst in te vullen omdat deze om ketenoverstijgende zaken gaat en veel uitvoerende professionals hier te weinig zicht op hebben. Veel personen liepen al vast in het eerste deel waar aangegeven moest worden wanneer de keten gestart was en welke organisaties deelnamen. Veel professionals waren bang het verkeerd in te vullen. Uiteindelijk hebben enkelen hem toch ingevuld na de afspraak om de startdatum voor de desbetreffende persoon te benoemen en de organisaties te melden waarmee zij te maken hebben gehad. Toch werd vervolgens door enkele personen aangegeven dat de overige delen ook te moeilijk waren om in te vullen, zij hadden geen zicht op deze zaken.

Op basis van de resultaten van de zelfevaluaties geanalyseerd welke elementen van het OMK volgens ketenpartners aanwezig zijn in de jeudketenen welke elementen gepland staan. Tevens is er gekeken in welke ontwikkelingsfase de jeugdketen zich op dit moment bevindt. Ook de ketenpartners hebben hier een inschatting van gemaakt. In deze rapportage worden de resultaten van de zelfevaluatie gepresenteerd. De resultaten geven inzicht in de huidige status van de jeugdketen en bieden handvatten voor verdere ontwikkeling van deze keten in de toekomst.

1. Algemene kenmerken

In het eerste deel van de ketenevaluatie is gevraagd naar een aantal algemene kenmerken van de diabetesketen. In onderstaande tabel 1 presenteren we een aantal bevindingen. De tweede kolom geeft informatie over in hoeverre de antwoorden tussen de verschillende respondenten overeen kwamen, of niet.

Gegevens keten		toelichting
Startjaar	2008-2011	Het officiële startjaar is 2008. Echter veel respondenten weten dit niet en hebben het jaar aangegeven dat zij (bv via een casus) betrokken zijn geraakt bij de jeugdketen.
Aantal ketenpartners	24	Op basis van de pretest van de vragenlijst was er een lijst van 22 mogelijke ketenpartners opgesteld. Daar werden drie aanvullingen/ specificaties op gegeven: Kentalis (voor kinderen met spraak/ gehoorproblemen), Medisch Kinderdagverblijf en binnen de gemeente de leerplichtambtenaar. Een organisatie werd door geen enkele respondent aangekruist als ketenpartner, dit was bureau Halt.
Kenmerken van de keten Op basis van antwoorden van de respondenten	**Ja**	**Nee**
Is er regulier overleg met gemeente	63% (n=8)	37% (n=6)
Zijn er werkgroepen actief	13% (n=2)	87% (n=10)
Is er een Ketencoördinator	56% (n=9)	44% (n=7)
Is er een samenwerkingsovereenkomst	31% (n=5)	69% (n=11)
Is er een regulier bestuurlijke keten overleg	37% (n=6)	63% (n=8)
Wordt er data verzameld over de keten	31% (n=5)	69% (n=11)
Zijn er afspraken over keteninkoop	25% (n=4)	75% (n=8)

Tabel 1: Kenmerken

Aanvullende opmerkingen naar aanleiding van kenmerken van de keten

- Veel van de uitvoerende professionals gaven aan niet te weten welke organisaties betrokken zijn. Dit komt doordat zij op casusniveau met elkaar samenwerken en daar niet alle organisaties om de tafel zitten. Daarop is door de onderzoeker aangegeven dat zij alleen de organisaties hoefden te benoemen waar zij mee te maken hebben gehad.
- Opvallend is dat bijna de helft van de respondenten aangeeft (44%) niet te weten of er een ketencoördinator is. Dit kan betekenen dat ze er zich niet van bewust zijn dat deze functie bestaat en/of wie dit dan is. De ketencoördinator zelf gaf aan zich bij casus-overleggen zich vaak niet zo te profileren maar als voorzitter van het overleg.
- Vooral het instellen van specifieke werkgroepen en het maken van keteninkoop afspraken worden weinig gemeld.

2. Scores op negen clusters voor ketenzorg

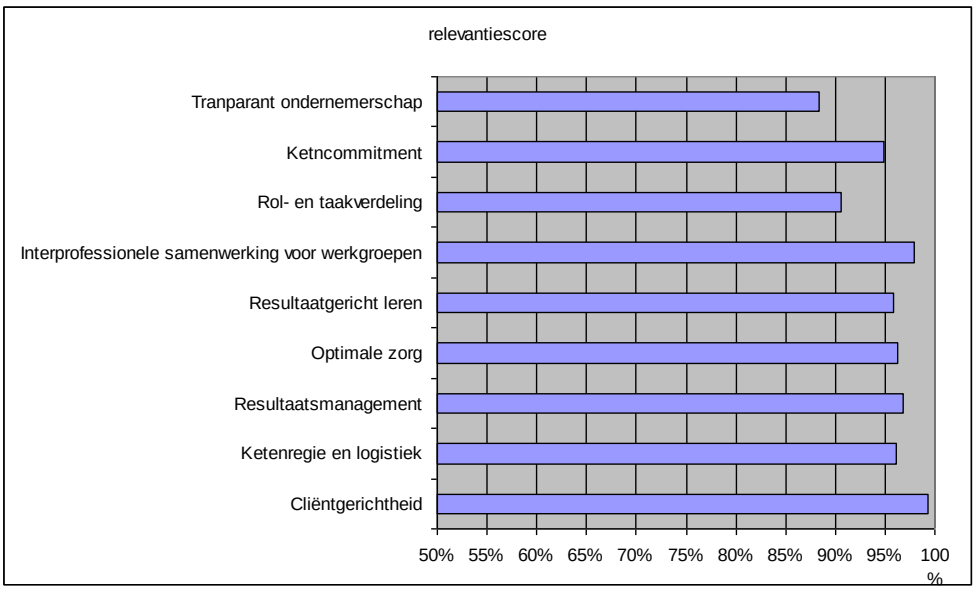
Het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg benoemt negen clusters. De negen clusters zijn:

1. Cliëntgerichtheid
2. Ketenregie en logistiek
3. Resultaatmanagement
4. Optimale zorg
5. Resultaatgericht leren
6. Interprofessionele samenwerking
7. Rol en taakverdeling
8. Ketencommitment
9. Transparant ondernemerschap

Een beschrijving van de clusters in opgenomen in bijlage 1. Werken aan al deze negen clusters is van belang om een goede keten te ontwikkelen en te behouden. Iedere cluster bestaat uit een wisselend aantal 'elementen' (variërend van drie tot 18 elementen). De elementen zijn beschreven als ketenactiviteiten. De evaluaties van de diverse ketenpartners presenteren wij hieronder op hoofdlijnen. Tevens geven we aan waar consensus lijkt te zijn, en waar minder. In een aparte bijlage zijn de detailscores terug te vinden.

2.1 Relevantie per cluster

Aan de respondenten is allereerst gevraagd of men de OMK-elementen wel relevant vond voor de jeugdketen. Is dit element van belang? In figuur 1 staan de relevantiescores per cluster. Dit zijn hoge scores. Op basis hiervan concluderen we dat het OMK model toepasbaar lijkt voor de jeugdzorg keten. Een score '100%' wil zeggen dat alle ketenpartners alle elementen van het cluster relevant vonden.



Figuur 1: Relevantiescores

Opvallend is dat het cluster transparant ondernemerschap als enige lager dan 90% scoort.

Slechts enkele elementen worden door enkele respondenten minder relevant (onder de 85%, let op dit zijn dan 2 of 3 personen die het dan niet relevant vinden) bevonden, dit zijn:

- Cliëntvolgdossier gebruiken dat toegankelijk en bruikbaar is voor alle ketenpartners (81,25%)
- De keten aansturen door een beperkt aantal personen met coördinerende taken (81,25%)
- Afspraken maken over het introduceren en integreren van nieuwkomers in de keten(81,25%)
- Activiteiten inzetten die gericht zijn op het ontwikkelen van vertrouwen tussen de ketenpartners (81,25%)
- Budgetafspraken maken over de organisatie van de ketenzorg (81,25%)
- Financiën beschikbaar stellen voor implementatie en onderhoud (81,25%).

2.2 Scores op negen clusters

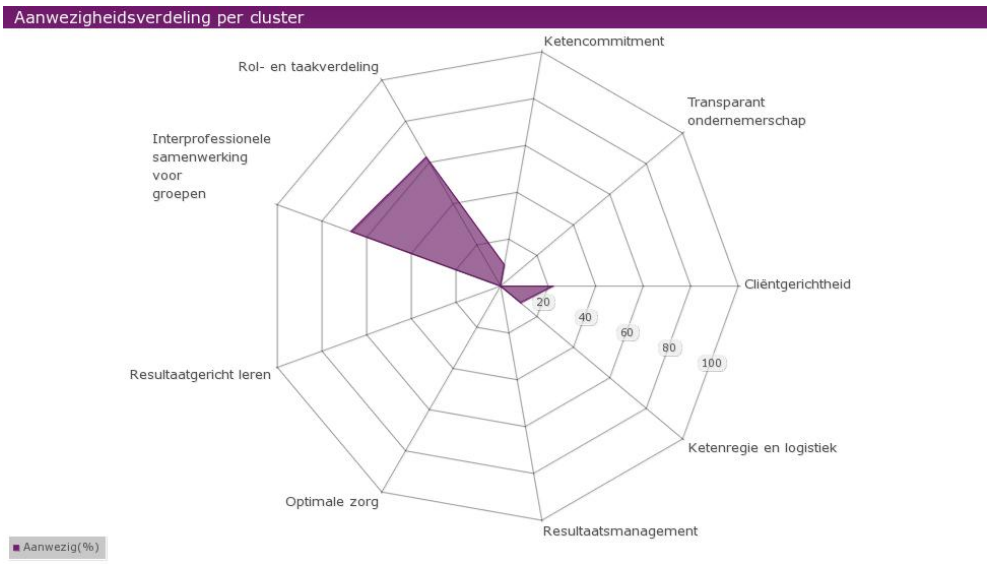
Respondenten hebben per cluster aangegeven of de elementen wel/niet aanwezig zijn en of de elementen die niet aanwezig zijn gepland staan voor dit of volgend jaar. Indien >=*70%* van de respondenten heeft aangegeven dat een element aanwezig is het element in onze analyses als aanwezig beschouwd.

Wanneer we naar alle clusters tegelijk kijken, kunnen we een radardiagram maken. Het radardiagram laat het percentage elementen zien dat volgens respondenten aanwezig is binnen ieder cluster. Hoe verder de lijnen naar de buitenkant van het spinnenweb, hoe meer aspecten van ketenzorg aanwezig zijn. Bij ieder cluster is de maximale score 100%[1]. Onderstaand het radardiagram waarbij een grenswaarde van >=70% (n=11) is gehanteerd.

Daarbij is opvallend dat veel respondenten niet kunnen aangeven of een element aanwezig is of niet. Waarbij ook wordt aangegeven dat ze het element niet kunnen beoordelen.
Dit kan betekenen:

- dat men het niet weet (onbekend is)
- het is er niet en men had er ook niet nog bij stil gestaan
- de vraag is moeilijk te interpreteren.

[1] Hierbij is niet gecorrigeerd voor het aantal elementen per cluster. Het ene cluster bevat meer elementen dan het andere cluster. Indien alle elementen uit het cluster aanwezig zijn geldt een score van 100%. Daarnaast is er niet gecorrigeerd indien respondenten elementen niet relevant vinden of niet kunnen beoordelen.



Figuur 2: aanwezigheidsverdeling per cluster in percentages (consensusscore)

Het radardiagram laat zien dat binnen het project ketencoördinatie jeugd Oosterhout op een aantal clusters elementen van ketenzorg geïmplementeerd heeft. Op de clusters rol- en taakverdeling interprofessionele samenwerking scoort het project hoog. Dit zijn met name de aspecten gericht op directe samenwerking tussen professionals rondom de patiënt en afspraken tussen deze professionals over hoe samen te werken

Een volgende stap kan zijn het realiseren van meer aspecten van ketenzorg, ook op de andere clusters van het OMK zodat een meer gebalanceerd beeld ontstaat. Er zijn vier clusters die afwezig zijn: transparant ondernemerschap, resultaatgericht leren, optimale zorg en resultaatsmanagement. Dit zijn zaken die gaan om kwaliteitsnormen, het betrekken van cliënt vertegenwoordigers in de keten en ruimte voor experimenten.

De andere clusters laten ook nog veel ruimte voor verbetering. Dat zijn de clusters: ketenregie- en logistiek, cliëntgerichtheid en ketencommitment. Denk hierbij aan informatieoverdracht tussen de ketenpartners, gemeenschappelijk dossier, gezamenlijk cliëntinformatie aanbieden en het erkennen van wederzijdse afhankelijkheden en het loslaten van domeinen.

In het totaal bestaat er consensus over de aanwezigheid van 11 van de 89 elementen van ketenzorg. Er is veel verschil tussen de antwoorden van de respondenten. Waarschijnlijk kan het te maken met het perspectief en overzicht op de keten van de betrokken professionals, dat zich beperkt tot de cases waar zij bij betrokken zijn en niet op het geheel van de keten.

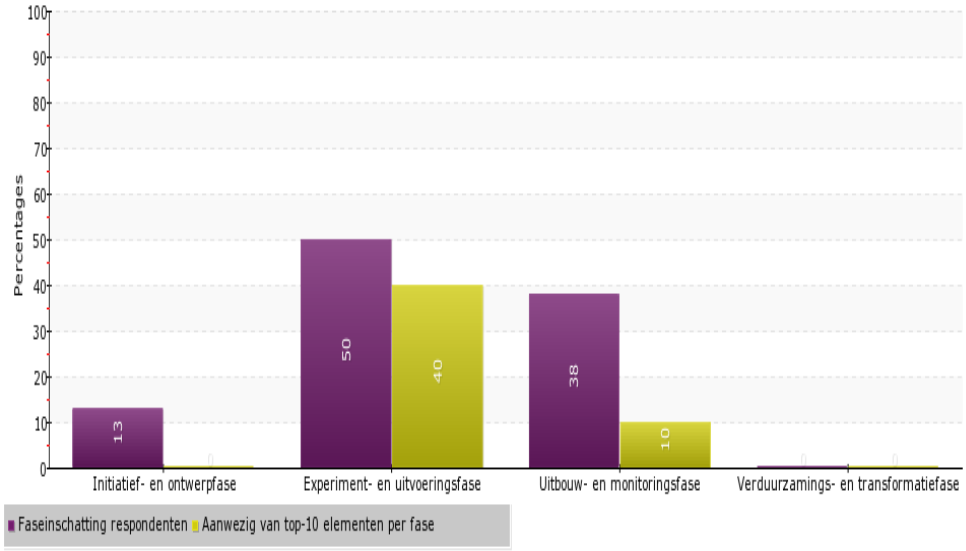
3. Ontwikkelingsfasen

Het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg beschrijft vier ontwikkelingsfasen:

1. Initiatief- en ontwerpfase
2. Experiment- en uitvoeringsfase
3. Uitbouw- en monitoringsfase
4. Verduurzamings- en transformatiefase

In de vragenlijst is aan alle respondenten gevraagd in welke van de vier ontwikkelingsfasen van het model zij hun jeugdketen zouden positioneren. In bijlage 2 zijn de uitgebreide beschrijvingen van de fasen opgenomen.
In de onderstaand grafiek geven we de fase inschatting door ketenpartners en de huidige fase zoals verwacht op basis van het OMK.

3.1 Ontwikkelingsfase



Figuur 3: de inschatting van de fase van ketenontwikkeling door respondenten (paars) en percentage elementen van de top 10 van het OMK model als aanwezig beschouwd door respondenten (groen)

De meeste respondenten schatten dat de jeugdketen zich in fase 2 en 3 bevindt: uitbouw en monitoringfase. De respondenten schatten in dat na ongeveer 17 maanden de huidige fase voltooid zal zijn.

Het valt op dat fase 1 wel door enkele respondenten genoemd wordt. Fase 4wordt niet genoemd. Opvallend is dat op basis van het OMK model er geen elementen van fase 1 aanwezig zijn, deze stap lijkt simpelweg te zijn overgeslagen. Fase 2 springt eruit zowel door respondenten benoemd, als op basis van het OMK model. De fase waar de keten zich nu in bevindt, voornamelijk 2, komt redelijk goed overeen met de inschatting van de respondenten.

Het lijkt zinvol om te kijken of elementen van fase 1 daadwerkelijk niet aanwezig zijn als fundament van de keten.
Dit betreft de volgende elementen uit fase 1

- Afspraken maken over verwijzing en overdracht van cliënten binnen de keten
- Afspraken maken over omgaan met en uitwisselen van cliëntgegevens
- Kenmerken van het gezamenlijke 'ketenproduct' benoemen en vaststellen
- Het vastleggen van de ambitie en doelen van de ketensamenwerking

- De samenwerkingsafspraken tussen alle betrokken ketenpartners vastleggen
- Afhankelijkheden tussen de ketenpartners benoemen
- Zorgdragen voor commitment van de leidinggevenden van de deelnemende organisaties
- Een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het eindresultaat afspreken
- De doelgroep omschrijven waarop de ketensamenwerking zich richt

Pas wanneer de elementen uit fase 1 zijn nagegaan en zijn verankerd kan er verder gekeken worden in de doorontwikkeling ontwikkeling van de jeugdketen in fase 2. Hier zijn een aantal elementen nog in onvoldoende mate aanwezig of waar nog onbekendheid over is.:

- Monitoren van successen en resultaten gedurende ontwikkelingen van de keten
- Zorg dragen dat medewerkers in de keten zijn geïnformeerd over elkaars deskundigheid en taken
- Inzetten van gespecialiseerde professionals die ketenbreed werkzaam zijn
- Informatie over de aantallen en doorlooptijden van de keten verzamelen
- Gebruiken van evidencebased richtlijnen

Conclusie

Wat kunnen we nu leren van deze resultaten? De jeugdketen in Oosterhout is een relatief jonge maar complexe keten met een grote diversiteit en dynamiek van betrokken partners.

De grote hoeveelheid aan betrokken organisaties is karakteristiek waarbij komt dat binnen organisaties diverse professionals met diverse casussen bezig zijn.
Op basis van de betrokken professionals per organisatie en deelnemers uit de werkgroep komen een aantal organisaties naar voren als 1e ring ketenpartners. Dit zijn Surplus, Thebe thuiszorg en jeugdzorg, Mee Noord Brabant, GGZ Breburg en bureau jeugdzorg. Ook de GGD hoort hierbij om de ketencoördinator hier werkzaam is.
Personen uit de 1e ring zijn redelijk vertegenwoordigt in deze meting.

Opvallende bevinding is dat veel respondenten regelmatig aangeven dat ze niet weten of een element aanwezig is. Dit, in combinatie met de reactie van non respondenten, geeft een beeld van professionals die weliswaar betrokken zijn bij 1 of meerdere casussen maar geen of weinig zicht hebben op de organisatie achter de samenwerking. Er is weinig tot geen zicht op de keten. Personen die bij de werkgroep betrokken zijn geven blijk van meer zicht op organisatorische aspecten. Dit maakt dat er een beeld van een “los zand” netwerk is dat voornamelijk door de ketencoördinator bij elkaar gehouden wordt. Het risico is dat als deze persoon er niet meer werkzaam is en de werkzaamheden zijn niet verankerd dan valt het netwerk uit elkaar.

Uit de resultaten blijkt dat er met name goed gescoord wordt op de clusters “rol en taak verdeling”en “interprofessionele samenwerking voor groepen”. Dit duidt op een pragmatische aanpak binnen de netwerk van organisatie, gericht op de gezinnen. Dit is logisch want dit is uiteindelijk waar het om draait. Daarnaast komt uit de resultaten dat de keten zich voornamelijk in fase 2 van de ketenontwikkeling bevindt en dat fase 1 lijkt zijn “over geslagen”. Ook dit sluit aan bij de pragmatische aanpak. Om echt stappen verder te komen is het kijken naar de ‘basis van samenwerking’ belangrijk om later niet vast te lopen en een bredere commitment te creëren.

Bespreekpunten voor de doorontwikkeling van ketenzorg voor de jeugd in de gemeente Oosterhout

Concreet ligt er nu de vraag hoe op welke wijze de borging van ketenzorg voor de jeugd geregeld kan worden zodat deze niet meer afhankelijk is van de inzet van één ketencoördinator. Daarom zou het goed zijn om voordat de keten verder ontwikkeld wordt aandacht te besteden aan de (organisatorische) verankering van de keten. Waarbij aandacht gegeven zou moeten worden aan ketencommitment: vastleggen van ambities en doelen, doelgroepsdefiniëring en samenwerkingsafspraken, benoemen van afhankelijkheden, commitment van organisaties en herkenbaarheid van de keten.
Afspraken over informatie-uitwisseling en dossiervorming kunnen hierbij meegenomen worden.
Daarbij zou het zinvol zijn om te discussiëren of en hoe uitvoerende professionals betrokken zijn bij de organisatie van de ketenzorg.

Leerpunten voor de inzet van het OMK model bij jeugdketens

Methodologisch zijn er een aantal leerpunten te halen uit dit onderzoek.

1. Bij relatief jonge maar complexe ketens zoals de jeugdketen in Oosterhout is het lastig vast te stellen door wie het instrument ingevuld

zou moeten worden. Op basis van dit onderzoek lijkt het van belang om in ieder geval de ketencoördinator dit te laten te, vertegenwoordigers die bij overkoepeld overleg aanwezig zijn en een beperkt aantal professionals. Voor deze laatste groep kun je denken aan ervaren professionals die bij minimaal 3 casussen betrokken zijn geweest.

2. Daarnaast zijn de vragen over ketenkenmerken moeilijk door professionals in te vullen omdat zij vanuit een casusperspectief er naar kijken.
3. Uit feedback op het instrument is naar voren gekomen dat het lastig is om te scoren of een element wel of niet aanwezig is. Men is dan wel met het element aan de slag met is het nog niet naar tevredenheid ontwikkeld.

Bijlage 1: beschrijving clusters

Cluster 1: *Cliëntgerichtheid* betreft het ontwikkelen van zorg en informatiestromen afgestemd op doelgroepen van cliënten. Informatie wordt in de keten gezamenlijk aangeboden in begrijpelijke taal, bijvoorbeeld via een front office. Methoden voor zelfmanagementondersteuning worden toegepast. De keten is in staat zorg op individuele behoeften of subgroepen toe te snijden, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van multimorbiditeit.

Cluster 2: *Ketenregie en logistiek* gaat over het stroomlijnen van de zorg voor de gehele keten. Denk aan het maken van allerlei afspraken over verwijzing, onderzoek, overdracht en ontslag van cliënten in de keten. Ook uitwisseling van cliëntgegevens en overige informatie, bijvoorbeeld middels koppelingen tussen databases, horen hierbij. Casemanagement voor cliënten met complexe zorgvragen is aangeboden r wordt gewerkt met een voor de ketenpartners toegankelijk cliëntvolgend dossier. Afspraken over consultatie van expertise of gespecialiseerde verpleegkundigen in de keten zijn gemaakt.

Cluster 3: *Resultaatsmanagement* gaat over het benoemen van prestatie-indicatoren en normen om vervolgens resultaten in de keten te kunnen evalueren. Resultaten die betrekking hebben op cliëntgerelateerde uitkomsten, cliëntwaardering, logistieke en financiële prestaties. Analyses van (bijna)fouten, feedbackmechanismen en verbeterteams worden gebruikt om prestaties te verbeteren.

Cluster 4: *Optimale zorg* gaat het om het ontwikkelen van een multidisciplinair zorgpad voor de keten gebaseerd op de behoeften van cliënten in de keten en op evidencebased richtlijnen. Hiervoor zijn behoeften van de cliëntgroep inzichtelijk. Vertegenwoordigers van cliënten zijn betrokken bij het ontwikkelen, verbeteren en monitoren van de zorg.

Cluster 5: *Resultaatgericht leren* heeft betrekking op een leerklimaat dat gericht is op voortdurend verbeteren van resultaten in de keten. Hierbij past het gezamenlijk in kaart brengen van de doelen, knelpunten en leemten in de keten en het delen van kennis in een open sfeer. Incentives belonen betere prestaties.

Cluster 6: *Interprofessionele samenwerking voor doelgroepen* bevat elementen zoals het omschrijven van de cliëntengroep waarop de ketensamenwerking zich richt en het werken in multidisciplinaire teams. Helder is wanneer professionals beschikbaar en toegankelijk zijn voor ketenpartners.

Cluster 7: *Rol- en taakverdeling* gaat het bijvoorbeeld over inzicht in elkaar expertises, het afspreken van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de keten en over het bereiken van effectieve samenwerking op alle niveaus tussen ketenpartners. Dit laatste kan onder andere door het aanstellen van een coördinator voor de keten of door coördinerende taken te beleggen en door wederzijds overleg en direct contact tussen professionals.

Cluster 8: *Ketencommitment* gaat over de gezamenlijke ambitie en doelen van de ketensamenwerking. Er wordt gevraagd om commitment van leidinggevenden met de ambitie en helder gestelde doelen. Er is een bewustzijn dat men in een keten werkt, welke afhankelijkheden er zijn en welke domeinen.

Cluster 9: *Transparant ondernemerschap* concentreert zich op het afspreken van een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het eindresultaat. Voor transparant ondernemerschap gelden voorwaarden zoals ruimte voor innovatie en experimenten, leiders betrokken bij verbeteringen, een gezamenlijke budgetafspraak en het hanteren van een gemeenschappelijke taal.

Bron: Minkman, M. et al (2009). A quality management model for integrated care: results of a Delphi and Concept Mapping study. In: International Journal for Quality in Health Care.

Bijlage 2: fasebeschrijving

Fase 1: Initiatief- en ontwerpfase

De ketensamenwerking is opgestart of wordt geïntensiveerd. Er wordt gesproken over een gezamenlijk erkend probleem, alsmede de noodzaak en (on)mogelijkheden om hier gezamenlijk mee aan de slag te gaan. De doelgroep en het ketenproces zijn in kaart gebracht, evenals behoeften van klanten en diverse stakeholders. Het ambitieniveau, de motivatie van betrokkenen en de inzet van leiders bepalen de voortgang. Op basis van de ontstane ideeën en aanwezig vertrouwen maakt een multidisciplinair team een ontwerp voor een experiment of een project en legt men de samenwerking eventueel vast in een samenwerkings- of intentieverklaring.

Initiatief- en ontwerpfase	totaal **0** aanwezig
Afspraken maken over verwijzing en overdracht van cliënten binnen de keten	✗
Afspraken maken over omgaan met en uitwisselen van cliëntgegevens	✗
Kenmerken van het gezamenlijke 'ketenproduct' benoemen en vaststellen	✗
Het vastleggen van de ambitie en doelen van de ketensamenwerking	✗
De samenwerkingsafspraken tussen alle betrokken ketenpartners vastleggen	✗
Afhankelijkheden tussen de ketenpartners benoemen	✗
Zorgdragen voor commitment van de leidinggevenden van de deelnemende organisaties	✗
Omschrijven welke taken en bevoegdheden leiding, coördinator, bestuur en adviesraden in de keten hebben	✗
Een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het eindresultaat afspreken	✗
De doelgroep omschrijven waarop de ketensamenwerking zich richt	✗

Fase 2: Experiment- en uitvoeringsfase

Er worden projecten of experimenten uitgevoerd. Doelen en inhoud van de ketensamenwerking worden aangescherpt en vastgelegd in afspraken en zorgpaden. Ketenpartners bereiken afstemming middels een ketenoverleg en door het benoemen van een persoon met een coördinerende rol. Gegevens over werkwijzen, doelgroepen en kennis en kunde worden uitgewisseld. Resultaten worden geëvalueerd waarna bijstelling plaatsvindt. Randvoorwaarden voor projecten zijn afgewogen en middels gezamenlijke afspraken of middelen gedekt.

Experiment- en uitvoeringsfase	totaal **4** aanwezig
Monitoren van successen en resultaten gedurende ontwikkelingen van de keten	✗
Werken in multidisciplinaire teams	✓
Zorg dragen dat medewerkers in de keten zijn geïnformeerd over elkaars deskundigheid en taken	✗
Afstemming in de keten bereiken door wederzijds overleg tussen professionals	✓
Regulier direct contact tussen professionals in de keten realiseren	✓
Afspraken maken over afsluiting van de casus	✗
Eén gezamenlijk plan van aanpak (één gezin, één plan)	✓
IInzetten van gespecialiseerde professionals die ketenbreed werkzaam zijn	✗
Informatie over de aantallen en doorlooptijden van de keten verzamelen	✗
Gebruiken van evidencebased richtlijnen	✗

Fase 3: Uitbouw- en monitoringsfase

De projecten zijn ingebed in of volgroeid tot een ketenprogramma. Afspraken over inhoud, taken en rollen en de organisatie van zorg zijn helder en liggen vast. Samenwerking is niet vrijblijvend. De resultaten worden systematisch gemonitord en verbeterpunten opgepakt. De bereikte populatie is in kaart gebracht. Er ontstaan meer initiatieven tot gezamenlijkheid zoals scholingsprogramma's. Financiering van de zorg op basis van structurele en

reguliere middelen is het uitgangspunt. Er is een blijvend commitment aan de benodigde inzet en ambitie.

Uitbouw- en monitoringsfase	totaal **1** aanwezig
Koppelingen ontwikkelen tussen databases van ketenpartners	✗
Het zichtbaar maken van de effecten van de ketensamenwerking op de productie van ketenpartners	✗
Een systematiek hanteren van periodieke toetsing en evaluatie van afspraken, aanpak en resultaten	✗
Registreren en analyseren van (bijna)fouten in de keten	✗
Gezamenlijke kennis opdoen om innovaties in de ketenzorg te ontwikkelen	✗
Gezamenlijke scholingsprogramma's en leeromgevingen in de keten gebruiken	✗
Afspraken maken over het introduceren en integreren van nieuwkomers in de keten	✗
Flexibiliteit in het aanpassen van de ketenzorg voor individuele gezinnen inbouwen	✗
Aandacht voor ouders en kinderen met complexe zorgvragen/ multiprobleemgezinnen	✓
Vertegenwoordigers van gezinnen betrekken bij verbetertrajecten	✗

Fase 4: Verduurzamings- en transformatie fase

De ketenzorg vormt de reguliere werkwijze en zorg. Een coördinatiepunt op ketenniveau is operationeel, informatie wordt gedeeld, overgedragen en teruggekoppeld. Organisatorische structuren transformeren of zijn nieuw ontworpen rondom de ketenzorg. Financiering is geregeld in integrale ketencontracten tussen aanbieder(s) en financiers. Er is sprake van continue verbetering en analyse van klant- en stakeholderbehoeften. Op succesvolle resultaten wordt verder gebouwd. Nieuwe samenwerkingsmogelijkheden worden verkend en gewogen. Een monitorings- en benchmarksysteem laat periodiek zien waar resultaten geborgd zijn en waar verbetering mogelijk is.

Verduurzamings- en transformatiefase	totaal **0** aanwezig
Het ontwikkelen van specifieke zorgprogramma's voor subgroepen binnen de keten	✗
Registreren en analyseren van (bijna)fouten in de keten	✗
Consequenties verbinden aan het al dan niet behalen van ketendoelen	✗
Kennis delen over het doelmatig opzetten, verankeren en onderhouden van ketens met de deelnemende organisaties in de ketens	✗
Gezamenlijke scholingsprogramma's en leeromgevingen in de keten gebruiken	✗
Regulier bestuurlijk overleg houden met externe partijen (gemeente, inspectie, zorgverzekeraar)	✗
Overeenstemming bereiken tussen ketenpartners over het loslaten van domeinen	✗
Budgetafspraken maken over de organisatie van de ketenzorg	✗
Het gezamenlijk aanbieden van een ketencontract aan de financiers	✗
rikkels inbouwen die behaalde en afgesproken kwaliteit belonen	✗

Bron: Minkman, M. et al (2009). A four phase development model for integrated care services in the Netherlands. In: BMC Health Services Research.