

Probleemloos schakelen binnen ketens

*Kwantitatief onderzoek naar succes- en faalfactoren van
ketensamenwerking aan multiprobleemgezinnen binnen de gemeente*

Oldambt



Jenny Pranger
Juni 2017

Probleemloos schakelen binnen ketens

*Kwantitatief onderzoek naar succes- en faalfactoren van
ketensamenwerking aan multiprobleemgezinnen binnen de gemeente
Oldambt*

Jenny Pranger

Master Healthcare & Social Work

Saxion Hogeschool

Enschede, juni 2017

1^e beoordelaar: dr. M. Rouwette-Witting

2^e beoordelaar: dr. M. Braun

Bron omslagblad: (Meer met Teams, 2017)

Voorwoord

Voor u ligt het eindresultaat van mijn meesterproef, gedaan in het kader van de master Health care & Social work aan de Saxion Hogeschool in Enschede.

Het proces dat leidde tot dit resultaat is het beste te omschrijven met een citaat van Albert Einstein (Frank, 1947, p. 185) waarin hij zegt: “ the value of an education . . . is not the learning of facts, but the training of the mind to think something that can’t be learned from textbooks”. Het onderzoek dat ik gedaan heb en het beschrijven van de resultaten hiervan, was een ontdekkingstocht over onbekende paden wat mij veel nieuwe inzichten, mogelijkheden, kennis en vaardigheden heeft opgeleverd.

Mijn dank ben ik zeker verschuldigd aan mijn twee meesterproefbegeleiders dr. Marjon Rouwette- Witting en dr. Margriet Braun. Hun enthousiasmerende en praktische instelling van waaruit zij mij steeds van opbouwende feedback voorzagen, was zeker voor mij een stimulans om de inzet en discipline te blijven behouden om dit onderzoeksverslag tot een goed einde te brengen. Ook wil ik Tanja Smid bedanken die vanuit het Ommelander Ziekenhuis Groningen met een kritische blik heeft meegekeken en met waardevolle opmerkingen een bijdrage heeft geleverd aan de verfijning van het uiteindelijke resultaat. Daarnaast wil ik mijn directe collega's Anneke Hoekstra, Marrit Massaut en Marijke Smedes bedanken, die mij in de afgelopen periode alle ruimte hebben gegeven om te doen wat nodig was om de eindstreep te halen. Als laatste bedank ik mijn vrienden voor hun bemoedigende woorden, de cadeautjes en de gedekte tafels. Alles om mij te motiveren tot uiteindelijk het resultaat dat voor u ligt. Mijn oprechte dank aan jullie allemaal.

Wanneer u dit leest zit mijn bijdrage erop en bent u net begonnen aan het lezen van dit onderzoeksverslag, waarbij ik hoop dat u het met net zoveel plezier leest als waarmee ik het geschreven heb.

Jenny Pranger

Juni 2017

Samenvatting

De complexe problematiek van multiprobleemgezinnen vraagt van hulpverleners om intensieve samenwerking in de keten. Wanneer probleemsignalen bijvoorbeeld niet vroegtijdig opgepakt worden of wanneer niet duidelijk is wie de regie heeft, komt het veilig opgroeien van kinderen in gevaar. De gemeente Oldambt kent een groot aantal van deze gezinnen en ook binnen het Ommelander Ziekenhuis Groningen heeft het maatschappelijk werk hier veel ervaring mee. De ketenpartners waarmee samen gewerkt wordt zijn binnen dit onderzoek naar de aard van hun werkzaamheden en wettelijke- of landelijke kaders ingedeeld in 3 groepen, te weten: de jeugdhulp, de geboortezorg en de gezinszorg. Met als doel een kwaliteitsslag te kunnen slaan in de ketensamenwerking ten aanzien van multiprobleemgezinnen is de centrale vraagstelling van dit onderzoek: 'Wat zijn in het Oldambt, succesvolle- en falende factoren binnen de ketensamenwerking ten aanzien van de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen?'

Om antwoord te kunnen geven op deze vraag is gekozen voor kwantitatief onderzoek in de vorm van surveyonderzoek. Uit literatuuronderzoek kwamen 6 dimensies van ketensamenwerking naar voren, die meegenomen zijn in een online vragenlijst. Deze lijst is verstuurd naar uitvoerend professionals binnen 29 organisaties, ervaren in de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen.

Aspecten van de onderzochte constructen (proces, afstemming, regie, casemanager, verantwoordelijkheid en communicatie) worden over het algemeen genomen door de uitvoerend professionals slechts voor een deel herkent in hun dagelijkse praktijk. Significante verschillen zijn zichtbaar in de ervaringen van de verschillende groepen ten aanzien van processen binnen de samenwerking en ook met betrekking tot de communicatie binnen de keten. De ervaringen betreffende afstemming binnen de samenwerking zijn zeer matig, terwijl men redelijk positief is ten aanzien van het nemen van de verantwoordelijkheden door betrokken professionals. De jeugdhulp geeft de ketensamenwerking in het algemeen een voldoende, terwijl de geboortezorg met een onvoldoende duidelijk maakt niet tevreden te zijn. De gezinszorg zit hier tussenin. Als belangrijkste kernpartners worden Veilig Thuis, het CJG Oldambt en de huisarts genoemd.

De eerste aanbeveling is dat de kernpartners, onder leiding van de gemeente, zich gaan beraden op het bevorderen van de kwaliteit van de samenwerking. Andere aanbevelingen zijn om gezamenlijk een samenwerkingsprotocol op te stellen met duidelijke afspraken en daarnaast gebruik te maken van een digitaal plan van aanpak. Als laatste worden aanbevelingen gedaan ten aanzien van vervolgonderzoek naar de motieven achter de keus voor de kernpartners en naar ketensamenwerking binnen andere gemeenten.

Abstract

The complex problems of multi-problem families is asking for intensive chain collaboration between all professional caregivers. For example, when none of the caregivers act early on signals of problems, or when it's not clear who is in control, safe childhood is at risk. The municipality of Oldambt has a large number of these families and the social workers in the Ommelander Hospital Groningen has a lot of experience helping these families, together with a lot of chain partners. For this research the chain partners are classified according to the nature of their work (by legal frameworks or by law) in 3 groups, namely: youth support, birth care and family care. In order to improve the quality of chain care for multi-problem families, the central question of this research is: "Which are the successful and failing factors in chain collaboration in helping multi-problem families who lives in the municipality of Oldambt?"

To answer this question, quantitative research has been chosen in the form of survey research. After literature research, 6 dimensions of chain collaboration emerged, which were included in an online questionnaire. The questionnaire has been sent to professionals (in 29 organizations) with experience in working with multi-problem families within the municipality of Oldambt.

Professionals do have a problem to recognize the investigated dimensions (process, coordination, management, casemanager, responsibility and communication) in their daily practice. Significant differences are seen in the experiences between the groups regarding processes within the collaboration. Significant differences also exist regarding the communication between chain partners. The experience of coordination within the collaboration is very moderate, but the professionals are a bit more positive about the way colleagues act responsible. Youth support is generally satisfied about chain collaboration. The birth care, with an insufficient awareness, does not seem to be satisfied with the collaboration and the family care has a position between these two. Veilig Thuis, CJG Oldambt and the GP are the most important core partners in chain collaboration.

The first recommendation focuses on improving the quality of chain collaboration by forming a group of core partners, coached by the municipality. Together they can make a plan of action to improve the collaboration. Other recommendations are to draw up a protocol of collaboration with clear agreements and also the use of an digital personal care plan for each family. Final recommendations are made regarding follow-up research on the motives behind the choice of core partners and research on chain collaboration within other municipalities.

Inhoudsopgave

VOORWOORD	3
SAMENVATTING	4
ABSTRACT	5
1. INLEIDING	8
1.1 KETENSAMENWERKING	9
1.1.1 Analyse en doelstelling.....	10
1.1.2 Regie.....	10
1.1.3 Communicatie.....	11
1.1.4 Continuïteit en afstemming	12
1.1.5 Verantwoordelijkheid	12
1.1.6 Evaluatie.....	13
1.2 CONTEXT KETENSAMENWERKING MPG	144
ONDERZOEKSVRAGEN EN DOELSTELLINGEN	16
2. ONDERZOEKSMETHODE	17
2.1 ONDERZOEKSPOPULATIE EN STEEKPROEF	17
2.2 DATAVERZAMELINGSMETHODE.....	18
2.3 MEETINSTRUMENT	18
2.4 DATA-ANALYSE	20
2.5 METHODOLOGISCHE KWALITEIT	20
2.6 ETHISCHE VERANTWOORDING	21
3. RESULTATEN	22
3.1 SOCIO-DEMOGRAFISCHE KENMERKEN.....	22
3.2 BESCHRIJVING VAN DE KETEN.....	23
3.3 PRINCIPAL CONSTRUCT ANALYSIS.....	24
3.4 BESCHRIJVENDE RESULTATEN	26
3.5 RESULTATEN F-TOETS EN KRUSKAL- WALLIS	26
3.6 RESULTATEN KWALITATIEF	28
4. CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN	30
4.1 DISCUSSIE	31

4.2	AANBEVELINGEN	34
	LITERATUURLIJST	36
BIJLAGE 1	INDELING KETENORGANISATIES EN CONTACTGEGEVENS.....	40
BIJLAGE 2	INTRODUCTIEBRIEF BIJ VRAGENLIJST	43
BIJLAGE 3	VRAGENLIJST KETENSAMENWERKING	44
BIJLAGE 4	OPERATIONALISATIE ENQUÊTEVRAGEN.....	49
BIJLAGE 5	ORGANISATIES BINNEN KETENSAMENWERKING.....	53
BIJLAGE 6	INHOUD NIEUWE CONSTRUCTEN.....	54

1. Inleiding

In september 2004 komt de 3-jarige Savanna om het leven als gevolg van mishandeling door haar moeder en stiefvader. Binnen het gezin zijn multiple problemen en er is een gezinsvoogd aangesteld. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) komt in het eindrapport tot de conclusie dat er binnen de ketensamenwerking onvoldoende afstemming was en dat de ketenpartners ervan uit gingen dat de casemanager verantwoordelijk was voor de hulpverleningsmaatregelen (Inspectie voor de Volksgezondheid, 2005).

Dit soort accidenten hebben er mede voor gezorgd dat ketenzorg op de agenda van vele instanties staat. Ketenzorg is een samenhangend geheel van zorginspanningen door verschillende zorgaanbieders en met een herkenbare regiefunctie, waarbij de cliënt centraal staat en er geformaliseerde afspraken zijn gemaakt over afstemming en continuïteit (Ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland en Alzheimer Nederland, 2008). Bij ketensamenwerking gaat het vervolgens om het samenbrengen van input, management en het leveren en organiseren van diensten met als doel het verbeteren van de toegankelijkheid, kwaliteit en efficiëntie van zorg (Gröne & Garcia-Barbero, 2001). Succesvolle ketensamenwerking is essentieel bij het bieden van de juiste ketenzorg, zeker als het gaat om multiprobleemgezinnen (verder aangeduid als MPG), zoals het gezin van Savanna.

MPG worden omschreven als gezinnen bestaande uit minstens één kind en één volwassene in een gezamenlijk huishouden, waarbij langdurig sprake is van een combinatie van sociaaleconomische- en psychosociale problemen en waar opvoedingsproblemen een rol spelen (Holwerda, Reijneveld, & Jansen, 2014; Van der Steege & Zoon, 2015; Bodden & Dekovic, 2016), gekoppeld aan een hoge mate van antisociaal gedrag (White, Warrenner, Reeves, & La Valle, 2008; Holwerda et al., 2014). Dit maakt hulpverlening aan MPG complex en hulpverleners ervaren deze gezinnen vaak als lastig om mee te werken (Ghesquière, 1993; Van der Steege & Zoon, 2015), maar ook bij de hulpverleners zelf ontbreekt regelmatig een gezamenlijke visie en worden er tegenstrijdige adviezen gegeven (Steketee & Vandenbroucke, 2010).

Daarnaast is er vaak sprake van tegengestelde belangen tussen MPG enerzijds en de hulpverlening anderzijds. De ouder(s) hebben als gezagsdrager(s), de plicht hun kind te verzorgen, op te voeden en een veilige omgeving te bieden. Hulpverleners hebben hun beroepsmatige verantwoordelijkheid om de veiligheid van het kind te waarborgen en deze te verzekeren van bescherming, zorg en welzijn (Verdrag inzake de rechten van het kind, 2002, artikel 3, lid 1 en 2). Binnen de complexe problematiek en deze vaak voorkomende tegengestelde belangen is het daarom essentieel om vroegtijdig signalen op te pakken en te

komen tot een integrale aanpak, wat vraagt om intensieve samenwerking tussen de ketenpartners (Ghesquière, 1993; White et al., 2008).

Dit belang wordt onderstreept door wet- en regelgeving. De jeugdwet uit 2015 is ontstaan nadat, uit het eindevaluatierapport van de wet op de jeugdzorg, geconstateerd was dat er nog steeds weinig samenhang tussen de ketenpartners was, dat de afstemming ontbrak en dat continuïteit onvoldoende aanwezig bleek (Baecke, et al., 2009; Dijkshoorn, 2007). De jeugdwet, tezamen met het invoeren van een Integrale Bekostiging van Ketenzorg (Nederlandse Zorgautoriteit, 2009) en Samenwerkend Toezicht Jeugd, zijn op dit moment de instanties die toezicht houden op de uitvoering van de ketenzorg, met als doel kwaliteit van zorg te bieden. Om kwaliteit in de ketenzorg te kunnen bieden is het belangrijk voor ketenpartners inzicht te krijgen in de wijze waarop ketensamenwerking rondom hulpverlening aan MPG georganiseerd is, zodat acties ten aanzien van verbeterpunten ingezet kunnen worden.

1.1 Ketensamenwerking

Ketensamenwerking kent vele dimensies die het resultaat bepalen van succesvolle ketenzorg. Deze dimensies van ketensamenwerking bij hulpverlening aan MPG, zijn in basis niet anders dan bij hulpverlening aan andere groepen zorgvragers. Accenten en prioriteiten liggen anders vanwege de complexiteit van problemen en de verhoogde kans op conflicten tussen zorgvragers en zorgverleners (Ghesquière, 1993). Door bijvoorbeeld generaties lange ervaringen met hulpverlening is er bij MPG veelal een basaal wantrouwen tegen hulpverleners ontstaan (Steketee & Vandenbroucke, 2010). Dit vraagt enerzijds binnen de ketensamenwerking om specifieke focus op transparante communicatie met MPG en anderzijds zorgvuldig overleg tussen ketenpartners zodat met één mond gesproken wordt naar het gezin toe en hulpverleners niet tegen elkaar uitgespeeld kunnen worden (White et al., 2008). Van een succesvolle ketensamenwerking is sprake:

Wanneer de schakels van de keten hun taken en verantwoordelijkheden in onderlinge samenhang hebben afgebakend en verdeeld, hun werkzaamheden op elkaar afstemmen, structureel alle relevante informatie uitwisselen, zorgen voor eenheid van optreden, dubbel werk voorkomen, zo doelmatig mogelijk werken en de gezamenlijke ketendoelen goed bewaken (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2008. p. 7).

In deze definitie komen een aantal dimensies van ketensamenwerking naar voren. Gecombineerd met andere literatuur kan dit, naar eigen inzicht, samengevat worden in:

- Analyse en doelstelling;
- Regie;

- Communicatie;
- Continuïteit en afstemming;
- Verantwoordelijkheid;
- Evaluatie.

In de volgende paragrafen worden bovenstaande dimensies uitgewerkt in succes- en faal factoren van ketensamenwerking ten aanzien van hulpverlening aan MPG.

1.1.1 Analyse en doelstelling

Ketenpartners hebben vaak de neiging om de gesignaleerde problemen te definiëren vanuit hun eigen perspectief om van daaruit een probleemanalyse te maken, terwijl bij ketensamenwerking het juist van belang is om de probleemanalyse op te stellen met een brede kijk op de problemen (Steketee & Vandenbroucke, 2010). Door gezamenlijk een probleemanalyse te definiëren, wordt deze gedeeld door alle ketenpartners, waarna ook in gezamenlijkheid doelstellingen geformuleerd kunnen worden in een individueel plan van aanpak (Steketee & Vandenbroucke, 2010; De Bruin & Gelderloos, 2010; Uittenbogaard (red.), 2010). Het plan zorgt voor structuur en overeenstemming en is van invloed op het uiteindelijke resultaat van de gezamenlijk behaalde doelen. Duidelijke gemeenschappelijke doelstellingen fungeren ook als drijfveer voor succesvolle samenwerking (Van Tomme, Voets, & Verhoest, 2011). Een gedeelde probleemanalyse en gezamenlijke doelstellingen, bevorderen tevens de hulpverlening omdat het voor MPG vaak niet duidelijk is wat er van hen verwacht wordt (White et al., 2008), waardoor het risico tot zorgvermijding toeneemt (Steketee & Vandenbroucke, 2010).

1.1.2 Regie

Het voeren van regie binnen ketensamenwerking is van cruciaal belang, gezien het feit dat vaak meerdere hulpverleners betrokken zijn bij de vele en complexe problemen van MPG. Daarnaast zijn MPG vaak niet in staat om het overzicht te bewaren over hun eigen leven (White et al., 2008; Steketee & Vandenbroucke, 2010). Chaos binnen de ketensamenwerking is hier het gevolg van met als resultaat dat ketenpartners solistisch aan het werk zijn (Steketee & Vandenbroucke, 2010) en werkzaamheden niet of dubbel gedaan worden (Baecke, et al., 2009). Het aanwijzen van een actieve, op coördinatie en inhoud gerichte regisseur is essentieel (Baecke, et al., 2009; Van der Steege & Zoon, 2015). Deze casemanager is volgens Van der Steege & Zoon (2015) de hulpverlener die het dichtst bij het gezin staat en voor hen het vaste aanspreekpunt is binnen de hulpverlening. Uittenbogaard (red.) (2010) geeft echter aan dat de rol van casemanager juist

gescheiden moet worden van de begeleidingsrol, zodat voldoende afstand gehouden kan worden en de casemanager onafhankelijk blijft.

Van de regisseur wordt verwacht dat deze een coördinerende rol vervult en daarnaast betrokken hulpverleners ondersteunt bij het opstellen van een gezamenlijk plan van aanpak voor het gezin (Van der Steege & Zoon, 2015). Ook het managen van activiteiten die gericht zijn op samenwerking binnen de keten behoren tot de taak van de ketenregisseur (Uittenbogaard (red.), 2010). Voorbeelden hiervan zijn het zorgdragen dat afspraken nagekomen worden (Steketee & Vandenbroucke, 2010) en het afstemmen van de zorg tussen de individuele ketenpartners. Door middel van een helicopterview is de regisseur in staat om de schakels zo te verbinden dat de ketensamenwerking de kwaliteit biedt waar op gerekend mag worden en zoals deze is afgesproken (Uittenbogaard (red.), 2010).

De regisseursrol brengt de verantwoordelijkheid met zich mee voor de veiligheid van de gezinsleden, wat als zwaar ervaren kan worden. Van der Steege en Zoon (2015) pleiten daarom voor een functie die vervuld wordt door twee personen, zodat de verantwoordelijkheid gedeeld kan worden. Een bijkomstig voordeel is dat bij gedeeltelijke afwezigheid er direct een vervanger is om de aansturing over te nemen, waardoor de continuïteit gewaarborgd blijft.

Vanaf januari 2015, bij het ingaan van de Jeugdwet, is de gemeente verantwoordelijk voor het hele jeugdveld, wat inhoudt dat zij zorg dragen voor ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en hun ouders (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2015). Gemeenten geven dit vorm binnen de centra voor jeugd en gezin, waarmee zij binnen het jeugdveld de regierol vervullen (De Bruin & Gelderloos, 2010).

1.1.3 Communicatie

Communiceren binnen ketensamenwerking vraagt om formele overlegmomenten, waarin afspraken gemaakt worden over de samenwerking en waarbij ketenpartners elkaar fysiek ontmoeten (De Bruin & Gelderloos, 2010). Ook is het van belang om formele afspraken te maken over de wijze waarop informatie wordt uitgewisseld. Gebeurt dit niet, dan wordt de informatieoverdracht afhankelijk van de motivatie van de individuele hulpverlener (Van Tomme et al., 2011) en is miscommunicatie niet te vermijden (Dijkshoorn, 2007; Rosendal, Ahaus, Huijsman, & Raad, 2009). Succesvolle communicatie binnen ketensamenwerking is haalbaar door onder andere het invoeren van een goede communicatiestructuur en formele communicatie systemen (Van Tomme et al., 2011). Een voorbeeld van een communicatie systeem is het online hulpverleningsplan www.samen1plan.nl (Stichting Samen1Plan, 2016), waarbij door middel van

hedendaagse informatie- en communicatietechnologie (ICT) communicatie snel en compleet beschikbaar is voor meerdere betrokken personen.

Duidelijke communicatie tussen ketenpartners heeft ook een positief effect op het vaak aanwezige wantrouwen bij MPG ten aanzien van de hulpverlening (Ten Dam & Van 't Hul, 2009). Zorgvuldige communicatie tussen ketenpartners geeft duidelijke verwachtingen, wat het vertrouwen tussen ketenpartners en MPG bevordert, het wantrouwen doet afnemen met als gevolg minder zorg mijddend en conflicterend gedrag (Steketee & Vandenbroucke, 2010; White et al., 2008).

1.1.4 Continuïteit en afstemming

Essentieel in ketensamenwerking is het waarborgen van continuïteit binnen de hulpverlening, wat vraagt om afstemming tussen de ketenpartners zodat voorkomen kan worden dat hulpverleners solistisch te werk gaan (Janssens, 2006). Daarbij staat discontinuïteit van de hulpverleners het opbouwen van een vertrouwensrelatie met MPG in de weg en dit gaat ten koste van de hulpverlening (Ten Dam & Van 't Hul, 2009) en de samenwerking.

Afstemming, samenhang en continuïteit in de hulpverlening zijn te realiseren door met de betrokken ketenpartners een protocol op te stellen waarin samenwerkingsafspraken, coördinatiestructuur en werkaafspraken ten aanzien van de hulpverlening beschreven staan (Ten Dam & Van 't Hul, 2009).

Een protocol bevordert niet alleen de effectiviteit van de samenwerking, maar verkleint daarnaast de ruimte voor concurrentie. Verschillende onderzoeken beschrijven concurrentie tussen hulpverleners als knelpunt binnen ketensamenwerking (De Bruin & Gelderloos, 2010; Holwerda et al., 2014; Rosendal et al., 2009). Als redenen hiervoor worden genoemd dat verschillende organisaties vanuit persoonlijke belangen eigen projecten voor MPG starten die elkaar overlappen (Bieleman, Boendermaker, Nijkamp, & Snippe, 2012) en dat hulpverleners door hun organisatie gepusht worden om hun bestaansrecht veilig te stellen (Konings, 2010; Dijkshoorn, 2007). Optimale ketensamenwerking, zonder concurrentie is alleen mogelijk als ketenpartners elkaar de ruimte geven en zonder eigenbelang naar de samenwerking kunnen kijken (De Bruin & Gelderloos, 2010).

1.1.5 Verantwoordelijkheid

Bij veel MPG is sprake van een beperkt zelfinzicht, waardoor gezinsleden niet in staat zijn zelf de verantwoordelijkheid te nemen en hun problemen aan te pakken (Bieleman et al., 2012). Uit verschillende casusevaluaties komt daarnaast naar voren dat hulpverleners onvoldoende hun

verantwoordelijkheid nemen om te handelen bij signalen van onveiligheid (Inspectie voor de Volksgezondheid, 2005; Samenwerkend Toezicht Jeugd, 2015). Genoemde oorzaken zijn de individuele gerichtheid van de hulpverlener op de eigen cliënt, het missen van een casemanager (Samenwerkend Toezicht Jeugd, 2015) en het uitgangspunt van hulpverleners dat de casemanager probleemeigenaar is (Dijkshoorn, 2007).

Voor succesvolle ketensamenwerking is het van belang dat er afspraken worden gemaakt met betrekking tot de verantwoordelijkheden en taken van de individuele professional (JSO expertisecentrum voor jeugd, samenleving en opvoeding, 2008; De Bruin & Gelderloos, 2010; Rosendal et al., 2009) en dat deze afspraken formeel vastgelegd worden in een protocol (JSO expertisecentrum voor jeugd, samenleving en opvoeding, 2008).

De complexe problematiek van MPG doet een beroep op de professionele verantwoordelijkheid van iedere ketenpartner. Daarbij is het van belang dat ketenpartners zich aan elkaar binden om de verantwoordelijkheid voor de hulpverlening gezamenlijk te dragen (Uittenbogaard (red.), 2010). Dit vraagt van de individuele ketenpartner een houding waarbij men zich bewust is van de eigen bijdrage aan een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor het resultaat (Uittenbogaard (red.), 2010). Hieronder wordt ook de verantwoordelijkheid bedoeld bij het overdragen van cliënten naar andere hulpverleners. Deze overdracht verloopt alleen succesvol wanneer de hulpverlener de verantwoordelijkheid blijft dragen en de cliënt blijft volgen, tot het moment dat er een overdracht heeft plaats gevonden tussen beide hulpverleners (Samenwerkend Toezicht Jeugd, 2015; Steketee & Vandenbroucke, 2010).

1.1.6 Evaluatie

Systematisch evalueren biedt de mogelijkheid lering te trekken uit de opbrengsten en de beperkingen van de huidige samenwerking (Van Delden, 2009). Van belang is dat de hulpverleners de gezamenlijk geboden zorg, ook gezamenlijk evalueren (Samenwerkend Toezicht Jeugd, 2015). Wanneer binnen de ketensamenwerking geen evaluatiemomenten plaatsvinden, zal er ook geen bijsturing plaatsvinden, met als gevolg dat ineffectieve hulpverlening en samenwerking in stand gehouden worden (Samenwerkend Toezicht Jeugd, 2015). Criteria en momenten van evalueren dienen vastgelegd te worden in een protocol en in het plan van aanpak, zodat dit voor iedereen duidelijk is (Uittenbogaard (red.), 2010).

1.2 Context ketensamenwerking MPG

In de gemeente Oldambt (Oost-Groningen) is, in vergelijking met landelijke cijfer, het aantal inwoners met een lage sociaal economische status (verder aangeduid als SES) erg hoog (GGD Groningen, 2013). Problemen voorkomend uit deze status uiten zich onder andere in schulden, stille armoede (Steketee & Vandenbroucke, 2010) en een ongezonde leefstijl (Heutink, Van Diemen, Elzenga, & Kooiker, 2010). Mensen met een lage SES roken bijvoorbeeld meer dan mensen met een hoge SES (Alliantie Nederland Rookvrij!, 2017). Ook de cijfers van het aantal inwoners in Oost- Groningen met overgewicht liggen ver boven het gemiddelde in Nederland (RIVM, 2016). Onderzoeken naar het aantal jongeren met jeugdbescherming (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2016) en jeugdhulp (Centaal Bureau voor de Statistiek, 2016), laten zien dat ook deze cijfers hoger liggen in het Oldambt dan in andere delen van Nederland. Hoewel er geen exacte cijfers zijn van het aantal MPG in deze regio, lijkt het op basis van bovenstaande factoren aannemelijk dat dit aantal hoog is. Dit blijkt eveneens uit projecten zoals *Kans voor de Veenkoloniën* (www.kvdvk.nl) en *Healthy Pregnancy4All* (Project Healthy Pregnancy 4 All, 2016), waarbij in samenwerking met verschillende organisaties wordt geprobeerd om de leefsituatie en de gezondheid van de inwoners van het Oldambt, te verbeteren. Hierbij gaat het om multidisciplinaire, integraal gerichte acties die vragen om intensieve regionale ketensamenwerking.

Een van deze ketenpartners is het Ommelander Ziekenhuis Groningen (verder aangeduid als Ommelander Ziekenhuis). Als regionaal ziekenhuis in Oost-Groningen levert zij de zorg aan de inwoners van het Oldambt. Vanuit de visie 'samen de beste zorg dichtbij' zet het Ommelander Ziekenhuis zich in om binnen de zorgverlening in samenwerking met andere zorgaanbieders, de kwaliteit en beschikbaarheid van de zorg hoog te houden in het veranderende huidige zorglandschap (Ommelander Ziekenhuis Groningen, 2016). Het doel daarbij is om de zorg dichtbij de patiënt te organiseren; thuis als dat mogelijk is, in de eerste lijn als het moet en in het ziekenhuis wanneer het niet anders kan (Ommelander Ziekenhuis Groningen, 2016). Dit vraagt om een andere benadering van zorg waarbij de behoefte steeds meer komt te liggen op een multidisciplinaire, integrale aanpak, breder dan alleen op het medische vlak. Voorbeelden hiervan zijn zorgpaden die integraal binnen de keten ontwikkeld worden en samenwerkingsverbanden met vele verschillende ketenpartners op het gebied van zorg en welzijn.

Gericht op de hulpverlening aan MPG vindt met grote regelmaat samenwerking plaats tussen het medisch maatschappelijk werk van het Ommelander Ziekenhuis en vele

ketenpartners. Deze richten zich op verschillende zorg gebieden zoals jeugdhulp, geboortezorg en zorg die zich richt op het gezin. Jeugdhulp (inclusief jeugdbescherming en reclassering) richt zich specifiek op het ondersteunen van en het bieden van zorg en hulp aan jeugdigen (en hun ouders) (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2015). Sinds het ingaan van de Jeugdwet in 2015, dragen de gemeenten de verantwoordelijkheid voor dit beleid waarbij zij de uitvoering neergelegd hebben bij de Centra voor Jeugd en Gezin (verder aangeduid als CJG). In de gemeente Oldambt kunnen inwoners en professionals bij het CJG terecht voor opvoedtips, hulp, ondersteuning en specialistische hulp voor kinderen tot 23 jaar. Een kernteam van verschillende hulpverleners bespreekt wekelijks de binnengekomen casuïstiek en bij complexe problemen wordt er vanuit het CJG een casemanager aangesteld.

De geboortezorg richt zich specifiek op basiszorg aan iedere zwangere en kraamvrouw vanaf de conceptie tot enkele weken na de bevalling. In 2011 is het College Perinatale Zorg door het ministerie van WVS ingesteld, met als opdracht de kwaliteit van de geboortezorg te verbeteren. Deze kwaliteitsslag betrof onder andere specifieke aandacht voor kwetsbare vrouwen uit achterstandsituaties en het naadloos op elkaar aan laten sluiten van de zorg rond zwangerschap en geboorte, gegeven door verschillende professionals (Advies Stuurgroep zwangerschap en geboorte, 2009). Een gevolg van deze kwaliteitsslag is de oprichting van verplichte regionale Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV). Deze zijn gekoppeld aan een ziekenhuis en hebben als doel het implementeren en uitvoeren van lokaal beleid ten aanzien van de geboortezorg (Advies Stuurgroep zwangerschap en geboorte, 2009). Ook binnen het werkgebied van het Ommelander Ziekenhuis Groningen bestaat een VSV waarbinnen verloskundigenpraktijken, huisartsen, kraamzorginstellingen en het ziekenhuis participeren.

De laatste groep is de gezinszorg, waarin alle overige ketenorganisaties vallen die hulpverlening bieden aan MPG, primair gericht op de complexe problematiek vanuit het perspectief van volwassene(n).

De complexe problematiek van MPG vraagt binnen deze ketensamenwerking om afspraken betreffende afstemming, continuïteit en verantwoordelijkheden, welke op dit moment niet geformaliseerd zijn. Dit leidt in de praktijk tot ongewenste situaties en problemen. Hulpverlening door het medisch maatschappelijk werk, komt soms pas laat op gang omdat de problemen niet eerder door andere hulpverleners gesignaleerd zijn of er is niet geacteerd op de signalen. Gevolg hiervan is dat hulp (te) laat wordt ingezet waardoor het veilig opgroeien van kinderen in gevaar komt (Samenwerkend Toezicht Jeugd, 2015). Een ander gevolg is dat het medisch maatschappelijk werk wordt geconfronteerd met MPG waarbij een aantal hulpverleners betrokken zijn, maar waarbij niet duidelijk is wie de regie voert en hoe de verantwoordelijkheden

verdeeld zijn. Dit veroorzaakt veel onduidelijkheid en vertraagt de hulpverlening (Van Tomme et al., 2011) en laat zien dat binnen de ketensamenwerking nog een kwaliteitsslag te slaan is.

1.3 Onderzoeksvragen en doelstellingen

De geschetste probleemstelling en aanleiding, in combinatie met het uitgewerkte theoretische kader, hebben uiteindelijk geleid tot de volgende centrale vraagstelling en deelvragen.

Centrale vraagstelling:

Wat zijn in het Oldambt, succesvolle- en falende factoren binnen de ketensamenwerking ten aanzien van de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen?

Deelvragen:

- Welke succes- en faalfactoren worden in de ketensamenwerking ervaren ten aanzien van het analyseren van problemen en het stellen van doelen?
- Welke succes- en faalfactoren worden ervaren in het regisseren van ketenpartners en het hulpverleningsproces?
- Welke succes- en faalfactoren worden ervaren in de communicatie tussen de ketenpartners?
- Welke succes- en faalfactoren worden ervaren met betrekking tot de continuïteit en afstemming van de ketensamenwerking?
- Welke succes- en faalfactoren worden ervaren ten aanzien van de verantwoordelijkheden binnen de ketensamenwerking verdeeld?
- Welke succes- en faalfactoren worden ervaren met betrekking tot de evaluatie van de ketensamenwerking?

De interne doelstelling van dit onderzoek is enerzijds het vermeerderen van kennis en het hebben van inzicht ten aanzien van factoren die ketensamenwerking binnen de hulpverlening aan MPG in het Oldambt, succesvol maken of doen falen. Anderzijds bestaat de doelstelling uit het meten van de verschillen binnen en tussen de groepen jeugdhulp, geboortezorg en gezinszorg.

In het verlengde hiervan is de externe doelstelling dat dit leidt tot verbeteringen binnen de ketensamenwerking om daarmee een kwaliteitsslag te kunnen slaan in de ketenzorg aan MPG binnen het Oldambt.

2. Onderzoeksmethode

Met betrekking tot ketensamenwerking is reeds veel wetenschappelijke literatuur beschikbaar over succes- en faalfactoren. Als onderzoeksstrategie is daarom gekozen voor kwantitatief onderzoek om de centrale vraagstelling te beantwoorden. Met de bestaande literatuur als basis werden data verzameld waarmee de ketensamenwerking getoetst is aan de bestaande theorie (Bryman, 2012). Op basis van de theorie heeft de onderzoeker in de centrale vraagstelling de verwachting uitgesproken dat succes- en faalfactoren aanwezig zijn binnen de ketensamenwerking aan MPG in de gemeente Oldambt. Door middel van toetsingsonderzoek is gekeken of deze verwachtingen werden ondersteund vanuit de praktijk (Baarda & De Goede, 2006). Voor het verkrijgen van onderzoeksdata is surveyonderzoek als onderzoeksdesign gebruikt, waarbij van zo veel mogelijk respondenten gegevens verzameld zijn middels een online vragenlijst (Baarda & De Goede, 2006). Dit verzamelen van gegevens heeft plaats gevonden door het houden van één meting op één bepaald moment (Cross-sectioneel).

2.1 Onderzoekspopulatie en steekproef

De onderzoekspopulatie bestond uit organisaties waarvan verwacht werd dat deze samenwerken in de ketenzorg aan MPG in de gemeente Oldambt. Voor de selectie van de organisaties heeft de onderzoeker dossieronderzoek gedaan in het Ommelander Ziekenhuis en daarbij 29 organisaties geselecteerd (zie Bijlage 1).

Voor het onderzoek was een selecte steekproef getrokken waarbij een tweetal inclusiecriteria gehanteerd zijn. Het eerste inclusie criterium betrof de huidige functie van de medewerkers binnen de organisatie. Het onderzoek richtte zich op uitvoerend professionals zoals jeugdbeschermers, verloskundigen en sociaal werkers. Het tweede inclusie criterium betrof het aantal casussen met betrekking tot hulpverlening aan MPG, waarbij uitgegaan werd van de betrokkenheid van de uitvoerend professional bij tenminste vijf casussen. De onderzoeker heeft hierover overleg gehad met de collega's uit de vakgroep medisch maatschappelijk werk van het Ommelander Ziekenhuis, waarbij de conclusie was dat vijf casussen voldoende zijn om een algemeen beeld te kunnen schetsen van de ketensamenwerking.

In het onderzoek is ervoor gekozen om de 29 geselecteerde organisaties in te delen in de eerder genoemde drie groepen: jeugdhulp (10 organisaties), geboortezorg (5 organisaties) en gezinszorg (14 organisaties). De reden hiervan was enerzijds het duidelijk aanwezige onderscheid naar de aard van de werkzaamheden en wettelijke- of landelijke kaders van de verschillende groepen. Anderzijds lag binnen het onderzoek de focus op de succes- en

faalfactoren van de ketensamenwerking en niet op het functioneren van de individuele ketenorganisaties. Deze indeling maakte het mogelijk om de theoretische kaders te toetsen aan de praktijk, waarbij gekeken is naar de verschillen binnen en tussen de verschillende groepen.

2.2 Dataverzamelmethode

Het verzamelen van de data heeft plaatsgevonden middels een online vragenlijst, waarbij het internetprogramma *Qualtrics* is gebruikt voor het opstellen van de vragenlijst. Volgens Bryman (2012) heeft het gebruik van een onlineprogramma als voordeel dat er meer variatie mogelijk is om de lay-out aantrekkelijk te maken en fouten worden voorkomen doordat data automatisch geïmporteerd kan worden in een data-analyse programma. Daarbij vraagt het gebruik van een onlineprogramma relatief weinig tijd terwijl een groot aantal respondenten bereikt kan worden (Dassen, Keuning, Jansen, & Jansen, 1992). Nadeel is dat een online vragenlijst een afstandelijke wijze van dataverzameling is. Om die reden werd zoveel mogelijk gebruik gemaakt van het persoonlijke netwerk van de onderzoeker om respondenten te motiveren tot deelname.

Respondenten ontvingen een introducerende email (zie Bijlage 2) waarin ze uitgenodigd werden tot deelname en waarbij ze via een link direct de vragenlijst konden openen. In eerste instantie werden de uitnodigingen verstuurd naar persoonlijke contacten van de onderzoeker (zie Bijlage 1). Behalve de uitnodiging om zelf deel te nemen, werd in de introductie email ook gevraagd de uitnodiging intern door te sturen naar collega's. Ketenorganisaties waarvan geen persoonlijk contact bekend was, zijn benaderd via algemene emailadressen (zie bijlage 1), gevolgd door telefonisch contact door de onderzoeker. Na twee weken en twee dagen voor de sluitingsdag, zijn reminders verstuurd in de vorm van een herinneringsmail. De reminders zijn verstuurd aan de respondenten die nog niet gereageerd hadden met de vraag dit alsnog te doen.

2.3 Meetinstrument

Als instrument om data te meten is gekozen voor een (online) vragenlijst (zie Bijlage 3). De voorkeur ging uit naar het gebruik van gevalideerde vragenlijsten, omdat dit de betrouwbaarheid van het onderzoeksresultaten vergroot en vergelijkingen met andere onderzoeken mogelijk maakt (Dassen et al., 1992). In wetenschappelijke literatuur is echter geen vragenlijst gevonden waarbij succes- en faalfactoren van ketensamenwerking als voldoende betrouwbaar werden aangetoond. Wel zijn enkele niet gevalideerde vragenlijsten gevonden (De Bruin & Gelderloos, 2010; Vonk, 2012; Zomer, 2007). Deze zijn in het onderzoek als hulpmiddel gebruikt ten aanzien van de formulering en opzet van de vragen.

De vragenlijst bevatte deels een aantal socio-demografische vragen met als doel om inzicht en informatie over de doelgroep te krijgen. De inhoud van deze vragen betrof geslacht, leeftijd en vragen over de functie en de organisatie waar de respondent werkzaam was, zoals het aantal werkzame jaren en het aantal casussen ten aanzien van hulpverlening aan MPG. Daarnaast werden er vragen gesteld gericht op de samenwerking in de keten, hoofdzakelijk bestaande uit schaalvragen, aangevuld met enkele vragen voor het verkrijgen van meer verdiepende informatie ten aanzien van de ketensamenwerking. Hierbij werd gevraagd aan respondenten welke organisaties volgens hen tot de keten behoorden en of men ook het gevoel had een keten te vormen met deze organisaties.

De schaalvragen waren geformuleerd vanuit operationalisatie (zie Bijlage 4) van de in hoofdstuk 1 beschreven theoretisch kader van ketensamenwerking. Hieruit ontstonden 6 dimensies bestaande uit een aantal vragen. Binnen de dimensie *analyse en doelstelling* werden in totaal 6 vragen gemeten (Q14-1 t/m Q14-3, Q15-1, Q16-1 en Q17-1). Om te voorkomen dat de respondenten overbodige vragen onder ogen kregen, werden instellingen binnen *Qualtrics* aangepast zodat deze vragen automatisch overgeslagen werden. Hiervoor was het noodzakelijk om meerdere vragen binnen dezelfde dimensie aan te maken. Een voorbeeld van een vraag binnen de dimensie *analyse en doelstelling* was: 'De geformuleerde doelstellingen worden beschreven in het plan van aanpak van een multiprobleemgezin.' Binnen de dimensie *regie* werden 14 vragen gemeten (Q18-1 t/m Q18-14), waarvan de vraag 'de casemanager wordt aangesteld in overleg met alle betrokken ketenpartners' een voorbeeld was. Vervolgens werden 4 vragen (Q19-1, Q19-2, Q20-1 en Q20-2) gemeten binnen de dimensie *communicatie*. Een voorbeeld van een vraag binnen deze dimensie was: 'Binnen de ketensamenwerking vinden overlegmomenten plaats waarbij ketenpartners elkaar fysiek ontmoeten.' De dimensie *continuïteit en afstemming* met 7 vragen (Q21-1 t/m Q21-7) waar 'het protocol biedt structuur aan de samenwerking binnen de keten' er een van was. Binnen de dimensie *verantwoordelijkheid* werden 7 vragen (Q22-1 t/m Q22-7) gemeten. Een vraag binnen deze dimensie betrof: 'Binnen de ketensamenwerking is sprake van concurrentie tussen de ketenpartners.' De dimensie *evaluatie* bestond tenslotte uit 3 vragen (Q23-1 t/m Q23-3) die gemeten werden. Een van de vragen in deze dimensie was: 'Evaluaties vinden plaats met alle betrokken ketenpartners.'

Middels een 5-puntsschaal, bestaande uit de antwoorden nooit, soms, regelmatig, vaak en altijd, werd gemeten met welke intensiteit de respondenten vonden dat de vragen betrekking hadden op hun praktijkervaring ten aanzien van ketensamenwerking binnen de hulpverlening aan MPG. Vervolgens werd aan de hand van een 10-puntschaal, van 0 tot 10, aan respondenten gevraagd een waardeoordeel te geven betreffende de samenwerking in de keten. Deze vraag

werd tenslotte nog gevolgd door twee open vragen naar wat er goed ging binnen de ketensamenwerking en welke verbeterpunten genoemd konden worden.

2.4 Data-analyse

Het analyseren van de onderzoeksgegevens heeft plaats gevonden met behulp van het computer programma *SPSS versie 24*. Om de veelheid aan onderzoeksgegevens, afkomstig van de schaalvragen, te reduceren tot een werkbare hoeveelheid data, is gebruik gemaakt van factoranalyse. Door middel van factoranalyse is gekeken welke vragen samengebundeld konden worden tot enkele constructen (Dassen et al., 1992), waarbij uitgegaan is van factorladingen met een grens van minimaal .30 of .40 (Dassen et al., 1992). De hoogte van de factorlading bepaalde in welk construct de vraag geplaatst werd, waarbij een verschil van $> .2$ (Keijer, 2010) gehanteerd is. De nieuw ontstane constructen zijn vervolgens herbenoemd waarna van ieder construct Cronbach's alfa berekend is om de interne consistentie te bepalen.

De variabelen zijn gemeten op quasi-interval niveau tussen drie groepen respondenten en daarom is (bij een normaalverdeling) de F-toets gebruikt om gemiddelden te kunnen vergelijken tussen de groepen. De p -waarde is vastgesteld om de statistische significantie weer te geven van de gevonden verschillen tussen de groepen, waarbij de uitgangswaarde $p < .05$ is gehanteerd (Bryman, 2012).

Om bepaalde analyses uit te kunnen voeren is een minimum van 30 respondenten per groep nodig (Baarda & De Goede, 2006). Echter binnen sommige ketenorganisaties waren maar enkele medewerkers werkzaam. Door de organisaties te clusteren in de drie groepen was het aantal van 30 respondenten per groep haalbaar, waarbij Baarda & De Goede (2006) aangeven dat voorzichtigheidshalve beter uitgegaan kan worden van in totaal minimaal 100 respondenten. Daarnaast is het belangrijk dat bij statistische analyse de steekproef groot genoeg is om de verschillen statistisch significant te kunnen noemen (Dassen et al., 1992).

2.5 Methodologische kwaliteit

Betrouwbaarheid en validiteit zijn de belangrijkste pijlers waarop de methodologische kwaliteit van een onderzoek berust.

Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van de onderzoeksgegevens zijn bepaald door het berekenen van Cronbach's alfa voor alle constructen, waarbij de waarden tussen de 0 en 1 behoorden te liggen en > 0.70 als voldoende is beschouwd (Dassen et al., 1992).

Validiteit

Om de validiteit aan te tonen zijn een aantal acties ondernomen. De juistheid van het meetinstrument werd vastgesteld door deze tijdens een pilot fase te testen. De conceptvragenlijst werd kritisch geëvalueerd door drie medestudenten, die feedback hebben gegeven op de inhoud en opzet van het meetinstrument, waarna deze definitief is vastgesteld. Daarnaast zijn de vragen in het meetinstrument ontstaan na operationalisatie vanuit de theoretische verantwoording (zie Bijlage 4).

Tevens werd in de vragenlijst de schaalvraag ‘binnen de ketensamenwerking is sprake van concurrentie tussen de ketenpartners’ ingevoerd om te kunnen zien hoe consequent er door de respondent geantwoord werd. Deze negatief geformuleerde vraag ten opzichte van de positief geformuleerde overige schaalvragen diende voor analyse nog wel her gecodeerd te worden.

De keuze voor een selecte steekproef heeft gevolgen voor de representativiteit van de onderzoeksresultaten. Strikt genomen gelden de resultaten alleen voor de groepen die deel hebben genomen aan het onderzoek (Baarda, Bakker, Van der Hulst, Van Vianen, & De Goede, 2014).

2.6 Ethische verantwoording

Voor het invullen van de vragenlijst is aan iedere respondent expliciet toestemming gevraagd om de onderzoeksgegevens anoniem en vertrouwelijk te mogen delen met derden. Deze toegezegde anonimiteit is daarna ook door de onderzoeker gegarandeerd. Dit handelen in vertrouwen is tevens van waarde voor de opdrachtgever, het Ommelander Ziekenhuis. Door het geven van toestemming voor dit onderzoek verwacht ook de organisatie waar de onderzoeker werkzaam is, dat er discreet omgegaan wordt met de ontvangen data.

Toestemming van de ethische commissie was niet noodzakelijk omdat het onderzoek geen betrekking had op de wet medisch wetenschappelijk onderzoek.

3. Resultaten

De onderzoekspopulatie bestond uit totaal 115 respondenten. Hiervan vielen 22 respondenten buiten de inclusiecriteria 'uitvoerend professional' en nog eens 14 respondenten die op basis van het aantal casussen ge-excludeerd werden. Na verwijderen van nog eens 10 respondenten waarbij alleen de *informed consent* was ingevuld, bleven er 69 respondenten over waarvan de data gebruikt zijn voor statistische analyse. Vervolgens heeft er een indeling plaats gevonden van de organisaties waar de respondenten werkzaam waren, gebaseerd op de in paragraaf 2.1 vermelde groepen gericht op jeugdhulp, geboortezorg en gezinszorg.

3.1 Socio-demografische kenmerken

In Tabel 3.1 worden de socio-demografische karakteristieken van de respondenten weergegeven, waarmee inzicht wordt verkregen in de spreiding van de respondenten. De meeste respondenten (47.8%) behoorden tot de groep van de geboortezorg en waren van het vrouwelijk geslacht (92.8%).

Tabel 3.1 Socio-demografische karakteristieken van de respondenten (n=69)

Demografische factoren	Totale Populatie		Jeugdhulp		Geboortezorg		Gezinszorg	
	n	%	n	%	n	%	n	%
n	69	100	12	17.4	33	47.8	24	34.8
Geslacht								
Man	5	7.2	1	8.3	1	3.0	3	12.5
Vrouw	64	92.8	11	91.7	32	97.0	21	87.5
Huidige functie								
Jeugdbeschermer	5	7.2	4	33.3				
Consulent	5	7.2	1	8.3			4	16.7
IPG-er	1	1.4	1	8.3				
Verpleegkundige	15	21.7	1	8.3	13	39.4	1	4.2
Casemanager	4	5.8	2	16.7			2	8.3
Psycholoog	3	4.3	2	16.7	1	3.0		
Systeemtherapeut	1	1.4	1	8.3				
Verloskundige	4	5.8			4	12.1		
Arts	15	21.7			11	33.3	4	16.7
Zorgdeskundige	1	1.4			1	3.0		
Maatschappelijk werker	4	5.8			2	6.1	3	12.5
Psychotherapeut	1	1.4			1	3.0		
Coach	2	2.9					2	8.3
Begeleider	3	4.3					3	12.5
Verpleegkundig specialist	2	2.9					2	8.3
Sociaal werker	2	2.9					2	8.3
GGZ-agoog	1	1.4					1	4.2

De gemiddelde leeftijd binnen de groepen lag respectievelijk op 41.5 (SD= 11.5) voor de jeugdzorg, 43.7 (SD= 10.1) voor de geboortezorg en voor de gezinszorg op 45.5 (SD= 9.4). Het gemiddelde voor de totale groep lag op 43.9 (SD=10.0). In totaal waren de respondenten werkzaam in 17 verschillende functies, waarbij verpleegkundigen (21.7%) en artsen (21.7%) de overhand hadden. Het gemiddeld aantal jaren dat respondenten in deze functie werkzaam waren lag voor de totale groep op 11.5 jaren (SD=8.9). Verdeeld over de groepen werkten respondenten respectievelijk 9.9 jaar (SD= 6.3) in de jeugdhulp, 14.1 (SD= 10.2) in de geboortezorg en 8.6 (SD= 7.1) in de gezinszorg. Gemiddeld waren de respondenten (n= 51) betrokken bij 27.9 (SD= 41.7) casussen ten aanzien van hulpverlening aan MPG in het Oldambt.

3.2 Beschrijving van de keten

Ten aanzien van de ketensamenwerking aan MPG werden Veilig Thuis (91.3%), het CJG Oldambt (82.6%) en de huisarts (76.8%) (zie Tabel 3.2) genoemd als de meest betrokken ketenpartners. Voor de geboortezorg was Veilig Thuis (100%) de meest betrokken ketenpartner en voor de jeugdhulp was dit het CJG Oldambt (100%). De huisarts (76.8%) werd door de respondenten als derde kernpartner genoemd. Bijlage 5 bevat een totaaloverzicht van alle organisaties. Het totaal aantal ketenpartners dat betrokken was bij de samenwerking kwam daarmee op een gemiddelde van 16.10 (SD= 6.57).

Tabel 3.2 *Ervaring ketensamenwerking en betrokken organisaties*

Aspecten ketensamenwerking	Totale Populatie		Jeugdhulp		Geboortezorg		Gezinszorg	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Organisaties ketensamenwerking								
Veilig Thuis	63	91.3	10	83.3	33	100	20	83.3
CJG Oldambt	57	82.6	12	100	24	72.7	21	87.5
Huisarts	53	76.8	6	50	28	84.8	19	79.2
Lentis	52	75.4	8	66.7	23	69.7	21	87.5
Jeugdgezondheidszorg (GGD)	50	72.5	7	58.3	30	90.9	13	54.2
NOVO	50	72.5	7	58.3	25	75.8	18	75
Verslavingszorg Noord- Nederland	49	71	8	66.7	24	72.7	17	70.8
Gevoel van ketensamenwerking								
Ja	37	53.6	11	91.7	9	27.3	17	70.8
Nee	32	46.4	1	8.3	24	72.7	7	29.2

Het gevoel van ketensamenwerking met alle genoemde organisaties werd door 37 respondenten (53.6%) positief beantwoord. Uitgaande van de 10-puntschaal, van 0 tot 10, kwam de tevredenheid over de samenwerking binnen de keten op een gemiddelde van 5.37 (SD= 1.80),

waarbij de groepen significant van elkaar verschilden ($H(2) = 6.87$, $p < .05$). Tussen de jeugdzorg en de geboortezorg was een significant verschil zichtbaar ($U = 36$, $r = -0.40$). De jeugdzorg was met een gemiddelde van 6.29 ($SD = .48$) significant meer tevreden over de ketensamenwerking dan de geboortezorg ($M = 4.78$; $SD = 1.59$). Ook verschilden de geboortezorg significant van de gezinszorg ($U = 113$, $r = -0.32$), waarbij de geboortezorg significant ontevredener was over de ketensamenwerking dan de gezinszorg ($M = 5.81$; $SD = 2.19$).

3.3 Principal Construct Analysis

Principal Construct Analysis werd gebruikt, waarbij gekozen is voor *Oblique rotation*, vanwege de verwachte correlatie tussen de mogelijke constructen (Field, 2009). Omdat er geen gebruik gemaakt werd van een gevalideerde vragenlijst werd de *Regression method* uitgevoerd waarbij overlappingsen tussen de constructen geaccepteerd werden (Field, 2009). Als uitgangspunt werd een factorlading $> .40$ gehanteerd en een verschil tussen factorladingen van $> .2$ (Dassen et al., 1992; Keijer, 2010). De vragen Q15_1Ana, Q18_1Reg, Q18_3Reg, Q18_6Reg, Q18_7Reg, Q18_8Reg, Q18_9Reg, Q22_1Ver, Q22_2Ver, Q22_5Ver voldeden niet aan deze voorwaarden en werden verwijderd. Dit resulteerde in 7 constructen bestaande uit 31 items overeenkomstig de vragen uit de vragenlijst. Construct 7 bestond enkel uit vraag Q22_7VerHER (binnen de ketensamenwerking is sprake van concurrentie tussen de ketenpartners). De factorlading (.86) discrimineerde ruimschoots met de andere constructen, maar er was geen sprake van een nieuw construct en betrouwbaarheidsanalyse was om die reden niet mogelijk. Daarnaast bleek uit de resultaten dat het gemiddelde hoog lag met een kleine spreidingswijdte ($n = 46$, $M = 4.36$, $SD = .60$). Om deze redenen is dit item uiteindelijk verwijderd, waarna 6 constructen (zie Tabel 3.3) overbleven.

Tabel 3.3 Constructen na factoranalyse met betrouwbaarheidsanalyse

Constructen	α
1. Proces (8 items)	.92
2. Afstemming (7 items)	.98
3. Regie (3 items)	.83
4. Casemanager (5 items)	.92
5. Verantwoordelijkheid (3 items)	.89
6. Communicatie (3 items)	.86

Na interpretatie werd ook besloten vraag Q20_1Com (het uitwisselen van informatie vindt plaats middels gebruik van ICT toepassingen) uit construct 3 te verwijderen, hoewel de factorlading voldeed (.65) en voldoende discrimineerde tussen de verschillende constructen. Ook de betrouwbaarheid was $> .7$, maar omdat er vanuit het theoretisch kader geen

gemeenschappelijke overeenkomst te vinden was met de overige items werd de vraag toch verwijderd. Tabel 3.4 geeft het uiteindelijke resultaat weer na *Principal Construct Analysis*, bestaande uit totaal 29 items verdeeld over 6 constructen.

Tabel 3.4 *Pattern Matrix definitieve resultaten factoranalyse*

Vragen	Constructen					
	Proces	Afstemming	Regie	Casemanager	Verantwoordelijkheid	Communicatie
Q14_1Ana	.46	.00	.20	-.11	-.26	.19
Q14_2Ana	.57	-.01	.10	-.11	-.30	.29
Q14_3Ana	.63	.17	.12	.13	-.22	.25
Q16_1Ana	.58	.20	.26	-.10	-.19	.29
Q17_1Ana	.54	.23	.05	.25	.24	.31
Q18_2Reg	.23	.36	.60	.07	.07	.12
Q18_4Reg	.09	-.13	.00	.61	.03	-.00
Q18_5Reg	.11	-.21	.62	-.23	-.32	-.09
Q18_10Reg	-.12	-.01	.87	.15	.03	.00
Q18_11Reg	-.11	-.04	-.10	.85	-.27	.09
Q18_12Reg	.09	-.12	.29	.62	-.14	-.12
Q18_13Reg	.16	-.01	.17	.65	-.02	.27
Q18_14Reg	.19	.05	.18	.67	.06	.22
Q19_1Com	.12	-.01	-.02	.03	-.24	.68
Q19_2Com	-.16	-.26	.03	.03	-.01	.84
Q20_2Com	.18	-.06	.08	.20	.17	.69
Q21_1Con	.07	-.88	.08	.00	.02	.04
Q21_2Con	-.07	-.92	.01	.03	-.11	.05
Q21_3Con	-.08	-.87	.10	.07	-.10	.04
Q21_4Con	.00	-.82	.12	.07	-.08	.02
Q21_5Con	.22	-.83	.09	-.08	.02	-.00
Q21_6Con	.08	-.93	-.06	-.02	-.00	.11
Q21_7Con	-.04	-.89	.06	.05	-.14	.01
Q22_3Ver	-.11	-.14	.01	-.04	-.82	.17
Q22_4Ver	.18	-.17	-.02	.21	-.72	-.11
Q22_6Ver	.03	-.06	.05	.16	-.85	-.08
Q23_1Eva	.82	-.30	-.13	.08	.01	-.09
Q23_2Eva	.76	-.13	.17	.19	.03	-.10
Q23_3Eva	.66	-.42	-.16	.12	.11	.07

Noot: De hoogste factorladingen per vraag zijn dikgedrukt. Ana = Analyse en doelstelling; Reg= regie; Com= communicatie; Con= continuïteit en afstemming; Ver= verantwoordelijkheid; Eva= evalueren.

De inhoud van construct 1 (zie Bijlage 6) bestond uit 8 items waarvan 5 vragen overeenkomstig de inhoud van de dimensie *analyse en doelstelling* uit de vragenlijst waren. Daarnaast bleken de hoogste factorladingen van de vragen uit de dimensie *evalueren* ook binnen deze factor te liggen. De consistentie binnen construct 1 was hoog ($\alpha=.92$) (zie Tabel 3.3) en hoewel het theoretisch 2 verschillende dimensies betrof, kon vanuit de literatuur voldoende onderbouwing

gegeven worden om beide constructen samen te voegen onder de naam *proces*. Construct 2 bestond uit 7 items overeenkomstig de dimensie *continuïteit en afstemming* in de vragenlijst. Cronbach's Alfa van dit construct was .98 en na interpretatie kreeg dit construct de naam *afstemming*. De constructen 3 en 4 bestonden beiden uit in totaal 8 items uit de in de vragenlijst geformuleerde dimensie *regie*. Binnen beide constructen bleek de hoogte van de factorladingen voldoende, als ook de verschillen in factorlading tussen de constructen. Omdat Cronbach's Alfa voor beide constructen $>.7$ bleek werd gekeken naar de inhoud van de vragen. De vragen konden onderbouwd vanuit de theorie, verdeeld worden in items gerelateerd aan *regie* en aan de *casemanager*. Binnen construct 5 konden 3 items vanuit de dimensie *verantwoordelijkheid* geplaatst worden waardoor een betrouwbaar ($\alpha=.89$) nieuw construct onder dezelfde naam ontstond. In het laatste construct *communicatie* kwamen 3 items terug vanuit diezelfde dimensie in de vragenlijst, waarbij zowel de factorladingen als de betrouwbaarheidsanalyse (.86) hoog genoeg waren.

3.4 Beschrijvende resultaten

De resultaten van de totale groep op constructniveau (zie Bijlage 6) liet het laagste gemiddelde zien binnen het construct *afstemming* ($M= 1.83$, $SD= 1.00$), waarmee de respondenten aangaven dat er maar weinig merkbaar was van afstemming binnen de ketensamenwerking, zoals bijvoorbeeld de aanwezigheid van een samenwerkingsprotocol. Het hoogste gemiddelde was zichtbaar binnen het construct *verantwoordelijkheid* ($M= 3.27$, $SD= 0.98$). Het professioneel omgaan met de eigen verantwoordelijkheid werd regelmatig waargenomen door de uitvoerend professionals. Op itemniveau lag binnen het construct *casemanager* het gemiddelde en de spreiding ten aanzien van 'de casemanager is de persoon die de ketensamenwerking coördineert' ($M= 3.22$, $SD= 1.20$), hoger dan bij de overige items binnen dit construct. De uitvoerend professionals ervoeren regelmatig de aanwezigheid van een casemanager die de ketensamenwerking coördineert. Een overzicht van alle resultaten op construct- en itemniveau is weergegeven in Bijlage 6.

3.5 Resultaten F-toets en Kruskal– Wallis

Voorwaarde om met de F-toets gemiddelden te kunnen vergelijken tussen de groepen was dat er sprake moest zijn van een normaalverdeling. Het histogram en de *Normal Q-Q Plot* van de constructen *regie*, *casemanager*, *verantwoordelijkheid* en *communicatie* gaven een normaalverdeling aan. De Kolmogorov– Smirnov en de Shapiro– Wilk van de constructen '*afstemming*' en '*proces*' bleken significant waardoor er geen sprake was van een

normaalverdeling. Voor deze constructen werd de Kruskal– Wallis toets uitgevoerd, gevolgd door de Mann– Whitney toets om aan te tonen welke significante verschillen tussen de groepen zichtbaar waren (Field, 2009). Voor de overige constructen werd de F-toets uitgevoerd, waarbij gebruik gemaakt werd van de Bonferroniprocedure, om na te gaan welke subgroepen significant van elkaar verschilden (Baarda, Van Dijken, & De Goede, 2014).

Op basis van de F-toets kon vastgesteld worden dat er geen significante verschillen bestonden tussen de groepen met betrekking tot *regie*, *casemanager* en *verantwoordelijkheid* (zie Tabel 3.5).

Tabel 3.5 Resultaten F-toets, Kruskal – Wallis en gemiddelden van de groepen

Variabele	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F*/ H**</i>	<i>p</i>
Proces	64	2.36	.84	8.29**	.016
Jeugdhulp	11	2.93	.80		
Geboortezorg	31	2.12	.65		
Gezinszorg	22	2.41	.98		
Afstemming	48	1.83	1.00	.36**	.832
Jeugdhulp	8	1.80	.95		
Geboortezorg	23	1.77	1.01		
Gezinszorg	17	1.93	1.08		
Regie	51	2.49	.88	.119*	.888
Jeugdhulp	9	2.59	.57		
Geboortezorg	23	2.50	1.00		
Gezinszorg	19	2.42	.87		
Casemanager	51	2.78	.95	2.114*	.132
Jeugdhulp	9	3.35	.90		
Geboortezorg	23	2.60	.89		
Gezinszorg	19	2.73	.98		
Verantwoordelijkheid	46	3.27	.98	.977*	.385
Jeugdhulp	7	3.52	.66		
Geboortezorg	23	3.07	1.03		
Gezinszorg	16	3.45	1.03		
Communicatie	50	2.76	.90	6.179*	.004
Jeugdhulp	8	3.66	.53		
Geboortezorg	23	2.49	.82		
Gezinszorg	19	2.70	.89		

* *F-toets*

** *Kruskal– Wallis toets*

Significante verschillen waren wel zichtbaar betreffende de ervaringen aangaande de *communicatie* binnen de ketensamenwerking ($F(2.47) = 6.179$; $p < .05$). Met behulp van de Bonferronimethode kon vastgesteld worden dat er een significant verschil was tussen de ervaringen van de jeugdhulp en de geboortezorg ($p = .003$) met betrekking tot de communicatie

tussen de ketenpartners. Het verschil tussen de jeugdhulp en de gezinszorg ($p = .022$) was tevens significant te noemen.

De Kruskal–Wallis toets (zie Tabel 3.5) toonde aan dat het construct *afstemming* geen signifiante verschillen tussen de groepen liet zien, echter binnen het construct *proces* was wel een significant verschil zichtbaar ($H(2) = 8.29$, $p < .05$). De Mann–Whitney toets toonde aan dat het verschil tussen de jeugdhulp en de geboortezorg significant was ($U = 68$, $r = -0.45$) aangaande de ervaring met het gezamenlijk analyseren van de problemen, het definiëren van doelstellingen en het evalueren en bijsturen van de ketensamenwerking.

3.6 Resultaten kwalitatief

Het onderzoek bevatte twee kwalitatieve vragen die betrekking hadden op wat de respondenten goed vonden gaan binnen de ketensamenwerking en waar verbeterpunten lagen. Samengevat vonden de respondenten dat men elkaar wist te vinden. “De contacten die ik heb zijn goed, de overleggen, indien nodig, komen snel tot stand” (Respondent jeugdhulp, 2017). Dit had ook een positief effect op de bereikbaarheid. Men vond het prettig met ketenpartners een ‘juiste klik’ te voelen en te ervaren dat kennis van zaken aanwezig was bij andere organisaties en deze informatie ook gedeeld werd. De samenwerking als geheel werd als positief genoemd alsmede het gezamenlijk overleggen. De betrokkenheid van medewerkers was zeker zichtbaar. “De bedoelingen van iedereen zijn goed om de cliënten goede ondersteuning te bieden” (Respondent gezinszorg, 2017). Het grote aantal hulporganisaties kon men waarderen en het feit dat er steeds meer zorg in een vroeg stadium georganiseerd werden.

Verbeterpunten betreffende de ketensamenwerking zagen de respondenten onder andere in het zoeken van verbindingen tussen alle betrokken hulpverleners, waar meer en structureel overleggen een bijdrage aan zouden kunnen verlenen. Daarmee zou mogelijk ook in een vroeger stadium hulp ingezet kunnen worden. Daarnaast werden verbeteringen aangegeven ten aanzien van het werkproces. Men miste een duidelijke structuur, afstemming van zorg, continuïteit, duidelijk omschrijving van taken en verantwoordelijkheden, en formele afspraken die dit alles inzichtelijk maakten voor alle betrokkenen. Een samenwerkingsprotocol werd als voorbeeld genoemd, waarbij als kanttekening werd aangegeven dat afspraken ook moeten worden nagekomen. Respondenten zagen verbeterpunten in het zoeken van de inhoudelijke dialoog met elkaar om enerzijds meer gebruik te kunnen maken van elkaars expertise en anderzijds om de deskundigheid van medewerkers te vergrootten. Respondenten gaven tevens aan behoefte te hebben aan één aanspreekpunt, omdat lang niet altijd duidelijk is wie de regie heeft. Dit geeft veel onduidelijkheid bij de uitvoerend professionals, die lang niet altijd weten

wie er betrokken zijn en wat de verwachtingen zijn. “Soms zie je door de bomen het bos niet meer. Wie is waarvoor verantwoordelijk” (Respondent geboortezorg, 2017). Verbeteringen werden ook gewenst ten aanzien van het overdragen van informatie in het algemeen en het overdragen van een dossier aan een nieuwe hulpverlener in het bijzonder, waarvan men van mening was dat dit met regelmaat stroef verliep. Als aandachtspunt werd genoemd dat bij informatieoverdracht meer rekening gehouden moest worden met het waarborgen van de privacy van de cliënt. De interne- en externe communicatie kon beter en als laatste kwam naar voren dat verbeteringen binnen de evaluatie wenselijk waren. “Systematisch evalueren en bijsturen zou beter ingezet kunnen worden” (Respondent gezinszorg, 2017).

4. Conclusie en aanbevelingen

Vanuit de centrale vraagstelling in dit onderzoek: 'Wat zijn in het Oldambt, succesvolle- en falende factoren binnen de ketensamenwerking ten aanzien van de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen?', zijn de volgende conclusies te trekken. De onderzochte dimensies van de ketensamenwerking worden door de drie groepen slechts gedeeltelijk herkend en veel van de door hen zelf aangegeven verbeterpunten hebben betrekking op dezelfde dimensies. De tevredenheid over de ketensamenwerking wordt door de jeugdhulp met een voldoende beoordeeld, wat significant verschilt met de onvoldoende van de geboortezorg en de net voldoende van de gezinszorg.

Na factoranalyse zijn zes constructen (proces, afstemming, regie, casemanager, verantwoordelijkheid) ontstaan die meegenomen zijn in de toetsen. De inhoud van deze constructen kwam grotendeels overeen met het geschetste theoretische kader.

De ervaring met betrekking tot de het *proces* aangaande de samenwerking in de keten is door de gezamenlijke groepen beschreven als matig. Tussen de groepen blijkt dat de jeugdhulp significant verschilt met de geboortezorg. De groep van de jeugdhulp herkent deze processen met betrekking tot het gezamenlijk analyseren van de problemen, het definiëren van doelstellingen en het evalueren en bijsturen regelmatig, terwijl de geboortezorg deze processen maar af en toe in de praktijk tegenkomt. De uitvoerend professionals geven aan dat verbeteringen wenselijk zijn met betrekking tot het evalueren en bijsturen van de ketensamenwerking.

Aangaande *regie* en *casemanager* zijn alle groepen van mening dat met regelmaat niet duidelijk is op welke wijze de regie is geregeld en wat de taken en verantwoordelijkheden van de casemanager zijn. Dat de casemanager de coördinatie heeft, is in een redelijk aantal gevallen wel duidelijk, echter geven uitvoerend professionals tegelijk aan dat er behoefte is aan één aanspreekpunt.

De conclusie kan getrokken worden dat de totale groep vindt dat de aspecten van *communicatie* maar gedeeltelijk waarneembaar zijn in de dagelijkse praktijk. In het maken van formele afpraken met betrekking tot het uitwisselen van informatie en de ontmoeting tussen ketenpartners, verschillen de groepen van elkaar. Significante verschillen zijn zichtbaar tussen de jeugdhulp en de geboortezorg, en de jeugdhulp en de gezinszorg. Daar waar de jeugdhulp aangeeft deze aspecten met grote regelmaat te herkennen, zijn het de geboortezorg en de gezinszorg die deze aspecten maar af en toe tegenkomen. De uitvoerend professionals zelf zijn positief over de korte lijnen die er onderling zijn en het samen overleggen, waardoor men elkaar

gemakkelijk weet te vinden en te raadplegen. Ook het overdragen van kennis aan andere ketenpartners wordt als goed en prettig ervaren. Verbeterpunten zijn het structureel overleggen met elkaar, waardoor de verbinding beter gezocht kan worden. Daarnaast geven de professionals aan dat het zoeken van de inhoudelijke dialoog een bijdrage kan leveren aan het benutten van elkaars expertise, waarbij tegelijk de deskundigheid van een ieder vergroot kan worden. Als laatste wordt genoemd dat het overdragen van informatie regelmatig stroef verloopt, zowel tussen de ketenorganisaties als binnen de organisaties zelf.

De ervaring van de totale groep als het gaat om de *afstemming* binnen de ketensamenwerking is erg matig. De uitvoerend professionals zijn van mening dat er nauwelijks sprake is van het gezamenlijk maken van protocollen waarin afspraken staan met betrekking tot de samenwerking. Hieronder vallen afspraken over de formatieoverdracht, taken, verantwoordelijkheden, regie en evaluaties. Specifiek wordt aangegeven dat een duidelijke structuur, continuïteit en verantwoordelijkheidsomschrijving worden gemist. Daarnaast liggen er wensen met betrekking tot formele overleggen waar afspraken ten aanzien van ketensamenwerking ten aanzien van hulpverlening aan MPG worden gemaakt.

Het meest positief is de gezamenlijke groep ten aanzien van *verantwoordelijkheid*, waarbij de algemene opinie is dat signalen van onveiligheid zeer regelmatig opgepakt worden door de hulpverlener die deze signaleert. Ook is de totale groep van mening dat gemaakte afspraken regelmatig worden nagekomen en dat de ervaring is dat de professionals met regelmaat handelen vanuit de individuele professionele verantwoordelijkheid. Aanvullend geven de uitvoerend professionals aan dat de bereidheid tot goede hulpverlening en de betrokkenheid aanwezig zijn.

4.1 Discussie

Terugkomend op de definitie van succesvolle ketensamenwerking, zoals geformuleerd door de Tweede Kamer der Staten- Generaal (2008) kan de conclusie getrokken worden dat met het onderzoek een duidelijk beeld is verkregen van de succes – en falende factoren binnen de ketensamenwerking ten aanzien van hulpverlening aan MPG in de gemeente Oldambt. Deze definitie zegt dat sprake is van succesvolle ketensamenwerking:

Wanneer de schakels van de keten hun taken en verantwoordelijkheden in onderlinge samenhang hebben afgebakend en verdeeld, hun werkzaamheden op elkaar afstemmen, structureel alle relevante informatie uitwisselen, zorgen voor eenheid van optreden, dubbel werk voorkomen, zo doelmatig mogelijk werken en de gezamenlijke ketendoelen goed bewaken (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2008. p. 7).

Hierin komt duidelijk naar voren dat ketensamenwerking vraagt om het gezamenlijk en in samenhang samenwerken. Binnen het onderzoek ervaren maar de helft van de uitvoerend professionals het gevoel een keten te vormen met de betrokken samenwerkingspartners. Als belangrijkste kernpartners worden Veilig Thuis, het CJG Oldambt en de huisarts genoemd waarbij men gemiddeld uitgaat van 16 ketenorganisaties binnen de samenwerking. Dat Veilig Thuis en het CJG Oldambt als meest betrokken organisaties worden aangemerkt, zou samen kunnen hangen met hun duidelijke positie door wet – en regelgeving. Volgens de Jeugdwet zijn gemeenten (CJG's) verantwoordelijk voor het inhoud geven en het in praktijk brengen van jeugdhulp en daarnaast zijn gemeenten volgens de wet WMO 2015 verantwoordelijk voor Veilig Thuis (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2015). Voor beiden bestaat de wettelijke verplichting het beleid hiervoor planmatig vast te leggen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2015), maar voor een antwoord op die vraag is vervolgonderzoek naar de motieven noodzakelijk. Ook de positie van de huisarts als kernpartner wordt vanuit verschillende literatuur bevestigd, waarbij de huisarts gezien wordt als de belangrijkste verwijzer naar jeugdhulptrajecten (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2016). Daarbij is de huisarts regievoerder voor alle inwoners met betrekking tot generalistische medische zorg in de eerste lijn en neemt daarmee een centrale en langdurige positie in als het gaat om verwijzingen naar specialistische zorg of hulp (Landelijke Huisartsen Vereniging, 2017). Het is dan ook aan te bevelen dat deze kernpartners zich beraden op het bevorderen van de ketensamenwerking bij hulpverlening aan MPG. Deze aanbeveling wordt bekrachtigd doordat de tevredenheid van de uitvoerend professionals ten aanzien van de ketensamenwerking beoordeeld wordt met een magere voldoende. De succes- en faalfactoren die dit bewerkstellen vinden hun oorsprong in alle onderzochte dimensies van de ketensamenwerking ten aanzien van MPG in het Oldambt, waarbij de algemene opinie is dat deze dimensies slechts deels herkenbaar zijn in de dagelijkse praktijk.

Ten aanzien van processen binnen samenwerking is het alleen de jeugdhulp die de ervaring heeft dat problemen regelmatig gezamenlijk geanalyseerd worden, dat doelstellingen gedefinieerd worden en dat de samenwerking geëvalueerd en bijgestuurd wordt. Daarnaast wordt door de uitvoerend professionals zelf aangegeven dat het evalueren en bijsturen van de samenwerking beter kan. Wanneer ketensamenwerking niet voldoende geëvalueerd wordt, kan er geen bijsturing plaatsvinden met als gevolg ineffectieve samenwerking (Samenwerkend Toezicht Jeugd, 2015). Het verdient derhalve dan ook aanbeveling om evaluatie- criteria en momenten vast te stellen (Uittenbogaard (red.), 2010). Ook met betrekking tot analyse en doelstellingen is het wenselijk om dit in gezamenlijkheid met betrokken ketenpartners uit te

voeren (De Bruin & Gelderloos, 2010). Dit geeft structuur en duidelijk aan zowel de ketenpartners als aan de MPG, waarbij onduidelijkheid het risico op zorgmijding doet toenemen (Steketee & Vandenbroucke, 2010).

Regie is noodzakelijk omdat in de hulpverlening aan MPG vaak veel hulpverleners betrokken zijn. De MPG zelf missen vaak het overzicht over hun eigen leven, vanwege de complexiteit van hun problemen en hebben de neiging hulpverleners tegen elkaar uit te spelen (White et al., 2008). Daarnaast is een casemanager ook van belang om binnen de samenwerking te voorkomen dat men langs elkaar heen werkt (Baecke, et al., 2009). In het onderzoek komt naar voren dat het voor de uitvoerend professionals in de praktijk regelmatig niet duidelijk is wie de regie heeft en dat men een aanspreekpunt mist. Het is dan ook aan te bevelen om ten aanzien van casemanagement en regie afspraken te maken en deze vast te leggen in een protocol.

Het maken van formele afspraken ten aanzien van informatie uitwisseling en de ontmoeting tussen ketenpartners bevordert de communicatie. Wanneer dit niet gebeurt, is de communicatie afhankelijk van de motivatie en inzet van de individuele hulpverlener (Van Tomme et al., 2011) met als gevolg miscommunicatie. Voor de jeugdhulp zijn deze aspecten van communicatie redelijk vaak herkenbaar, wat door de geboorte- en gezinszorg niet beaamd wordt. Zij hebben die ervaring veel minder. Structureel overleg en het investeren in elkaars expertise zouden beter kunnen, zoals ook de 'stroefheid' waarmee communicatie (intern en extern) verloopt. Om de communicatie te bevorderen is het goed om te zorgen voor een goede communicatiestructuur en gebruik te maken van formele digitale communicatie systemen (Van Tomme et al., 2011). Voor MPG die door generaties lange hulpverlening veelal een basaal wantrouwen hebben ontwikkeld (Steketee & Vandenbroucke, 2010) is duidelijke communicatie van groot belang wil de hulpverlening effect hebben.

Ook met betrekking tot het opbouwen van een vertrouwensband met MPG en effectieve hulpverlening, is het van belang dat ketenpartners op elkaar zijn afgestemd en er sprake is van continuïteit binnen de samenwerking (Ten Dam & Van 't Hul, 2009). Kijkend naar de resultaten vanuit het onderzoek wordt dit in de praktijk maar matig ervaren door de uitvoerend professionals. Een samenwerkingsprotocol kent men niet en tevens mist men formele overlegmomenten en een heldere structuur. Het verdient dan ook aanbeveling om een protocol op te stellen waarin afspraken met betrekking tot ketensamenwerking beschreven staan.

Uitvoerend professionals zijn betrokken bij en bereid tot goede hulpverlening. Gemaakte afspraken worden regelmatig nagekomen wat belangrijk is om succesvol samen te kunnen werken. Ook handelt men regelmatig vanuit de individuele professionele verantwoordelijkheid

en signalen van onveiligheid worden met regelmaat opgepakt door de hulpverlener die deze signaleert. Dit is alleen mogelijk wanneer de individuele hulpverlener gericht is op meer dan alleen de eigen cliënt (Samenwerkend Toezicht Jeugd, 2015). De complexe problematiek bij MPG doet een beroep op de verantwoordelijkheid van de professional en om die reden is het belangrijk dat die verantwoordelijkheid samen gedragen wordt (Uittenbogaard (red.), 2010).

Het onderzoek heeft een antwoord gegeven op de centrale onderzoeksvraag. De gebruikte methode (online vragenlijst) heeft hiertoe een bijdrage geleverd doordat verspreiding onder een groot deel van de doelgroep mogelijk was. Dit heeft ertoe geleid dat er een breed beeld verkregen kon worden op de vraag naar succes- en faalfactoren van ketensamenwerking in het Oldambt.

Een viertal beperkingen van dit onderzoek zijn te noemen. Ten eerste bestond de onderzoekspopulatie uit een selecte groep respondenten. Hierdoor is de generaliseerbaarheid laag en zijn de resultaten alleen van toepassing op de populatie betrokken bij het onderzoek (Bryman, 2012). Het zou interessant zijn om vervolgonderzoek binnen andere gemeenten te doen om een breder zicht te krijgen op succes- en faalfactoren van ketensamenwerking. Een tweede beperking betreft het meetniveau van de schalen. In de vragenlijst is gebruik gemaakt van 5-puntschalen, wat strikt genomen ordinaal is. Door de meeste wetenschappers wordt dit beschouwd als intervalvariabelen (Bakker & Van Buuren, 2014) en de data is als zodanig meegenomen in de daarvoor bestemde toetsen. De derde beperking betreft het construct *afstemming*, waarvan Cronbach's Alfa 0.98 was. Dit zou kunnen betekenen dat er te weinig variatie tussen de vragen aanwezig was en teveel hetzelfde werd gemeten. De laatste beperking betreft het aantal respondenten per groep die in het onderzoek meegenomen zijn. De groepen jeugdhulp (n= 12) en gezinszorg (n=24) bestonden uit te weinig respondenten waarbij de vraag gesteld kan worden of de steekproef groot genoeg was om de verschillen significant te noemen.

4.2 Aanbevelingen

Voorvloeiend vanuit de conclusie en discussie zijn een aantal aanbevelingen te formuleren.

Aanbeveling 1: *als kernpartners, onder regie van de gemeente, zich beraden op het bevorderen van de kwaliteit van de ketensamenwerking ten aanzien van hulpverlening aan MPG in de gemeente Oldambt.*

Onderzoek geeft aan dat het aantal MPG in de gemeente Oldambt hoger ligt dan gemiddeld in Nederland. Mede door de complexiteit van de problemen bij deze gezinnen is succesvolle ketensamenwerking noodzakelijk en wenselijk.

Aanbeveling 2: *het gezamenlijk, onder regie van de gemeente Oldambt, opstellen van een samenwerkingsprotocol waarin duidelijke afspraken beschreven staan met betrekking tot:*

- *het analyseren van de problemen en het definiëren van doelstellingen ten aanzien van de hulpverlening;*
- *taken en verantwoordelijkheden van de betrokken ketenpartners in het algemeen en van de casemanager in het bijzonder;*
- *evaluatie- criteria en momenten;*
- *de communicatie structuur en informatieuitwisseling.*

Hulpverlening aan MPG doet een zo mogelijk nog groter beroep op de onderlinge afstemming en het waarborgen van de continuïteit binnen de samenwerking dan andere cliëntgroepen. Dat maakt het des te belangrijker om ervoor te zorgen dat de samenwerking tussen de ketenpartners naadloos op elkaar aansluit.

Aanbeveling 3: *het gezamenlijk, onder regie van de gemeente Oldambt, opstellen en gebruiken van een digitaal individueel plan waar onder andere de probleemanalyse, doelstellingen en evaluaties in beschreven staan.*

Een plan van aanpak geeft inzicht en overzicht in de hulpverlening en de samenwerking voor zowel de MPG als voor de uitvoerend professionals. Het voorkomt hiaten en overlap en het geeft de betrokkenen vertrouwen in elkaar. Dit alles levert een positieve bijdrage aan het verhogen van de kwaliteit van de hulpverlening.

Aanbeveling 4: *vervolgonderzoek naar de motieven van uitvoerend professionals ten aanzien van de keus voor kernpartners binnen de ketensamenwerking ten aanzien van MPG.*

Succesvolle ketensamenwerking bevorderen is alleen mogelijk wanneer dit opgepakt wordt door organisaties die een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid hebben ten aanzien van de kwaliteit van de zorg die geleverd wordt (Uittenbogaard (red.), 2010). Dit kan ingegeven zijn door wet- en regelgeving of door praktijkervaringen van uitvoerend professionals. Deze kernpartners zijn door hun directe betrokkenheid in staat om veranderingen aan te brengen die aansluiten bij de praktijk, waarbij het logisch zou zijn dat de gemeente de regie hierin neemt, gezien hun eindverantwoordelijkheid ten aanzien van alle jeugdhulp.

Aanbeveling 5: *vervolgonderzoek in andere gemeenten om een breder zicht te krijgen op succes- en faalfactoren binnen ketensamenwerking ten aanzien van de hulpverlening aan MPG.*

Door inzichtelijk te hebben of de genoemde succes- en faalfactoren binnen de gemeente Oldambt op zichzelf staan of ook ervaren worden door uitvoerend professionals in

andere gemeenten, kan bepaald worden of het bevorderen van ketensamenwerking op gemeentelijk niveau opgepakt moet worden of dat expertise met betrekking tot succes- en faalfactoren breder ingezet en gedeeld kunnen worden.

Literatuurlijst

- Advies Stuurgroep zwangerschap en geboorte. (2009). *Een goed begin: Veiligheid rond zwangerschap en geboorte*. Utrecht: Stuurgroep zwangerschap en geboorte.
- Alliantie Nederland Rookvrij!. (z.d.). *Themapublicatie: Sociaaleconomische verschillen in roken 1988–2010*. Geraadpleegd op 7 juni 2017, van <http://www.alliantienederlandrookvrij.nl/themapublicatie-sociaaleconomische-verschillen-roken-1988-2010/>
- Baarda, B., Bakker, E., Van der Hulst, M., Van Vianen, R., & De Goede, M. (2014). *Basisboek Methoden en Technieken: Kwantitatief praktijkgericht onderzoek op wetenschappelijke basis*. Groningen: Noordhoff.
- Baarda, B., Van Dijken, C., & De Goede, M. (2014). *Basisboek SPSS: Handleiding voor het verwerken en analyseren van en rapporteren over (onderzoeks)gegevens*. Groningen: Noordhoff.
- Baarda, D., & De Goede, M. (2006). *Basisboek Methoden en Technieken: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwantitatief onderzoek*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Baecke, J., Boer de, R., Bremmer, P., Duenk, M., Kroon, D., Loeffen, M., . . . & Schuyt, M. (2009). *Evaluatieonderzoek Wet op de jeugdzorg*. Amersfoort: BMC.
- Bakker, E., & Van Buuren, H. (2014). *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Groningen: Noordhoff.
- Bieleman, B., Boendermaker, M., Nijkamp, R., & Snippe, J. (2012). *Dwars door verbanden: Evaluatie pilot aanpak multiprobleemgezinnen stad Groningen*. Groningen: Intraval.
- Bodden, D., & Dekovic, M. (2016). Multiprobleem Families Referred to Youth Mental Health: What's in a Name? *Family Process*, vol. 55 (1), 31–47.
- Bolt, A., & Zijden, Q. V. (2015). *1 Gezin 1 Plan: Handboek voor de praktijk*. Amsterdam: SWP.
- Bryman, A. (2012). *Social research methods* (4th edition). New York: Oxford University.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2016). *Jeugdhulp 1e halfjaar 2016*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2016). *Jeugdbescherming en jeugdreclassering 1e halfjaar 2016*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.

- Dassen, T., Keuning, F., Jansen, G., & Jansen, W. (1992). *Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties: Een handleiding voor studenten hbo en wo-gezondheidszorg, geneeskunde en gezondheidswetenschappen*. Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.
- De Bruin, A., & Gelderloos, A. (2010). *Sterkte schakels: Op zoek naar succesfactoren voor ketensamenwerking in de jeugdzorg*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Dijkshoorn, P. (2007). De case is gemanaged, maar wordt de zorg ook beter? *Kind en Adolescent Praktijk*, 2007 (06), 157–160.
- Expertgroep Zorgstandaard Integrale Geboortezorg. (2016). *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg. Versie 1.1*. Utrecht: College Perinatale Zorg.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3rd edition). SAGE: London.
- Frank, P. (1947). *Einstein: His Life and Times*. New York: Alfred A. Knopf.
- GGD Groningen. (2013). *Gezondheidsprofiel Groningen 2012*. Groningen: GGD Groningen.
- Ghesquière, P. (1993). *Multi-probleem gezinnen: Problematische hulpverleningssituaties in perspectief*. Leuven: Garant.
- Gröne, O., & Garcia-Barbero, M. (2001). Integrated care: A position paper of the WHO European office for integrated health care services. *International Journal of Integrated Care*, vol. 1, 1–10.
- Heutink, H., Van Diemen, D., Elzenga, M., & Kooiker, S. (2010). Wat hebben mensen met een lage en hoge(re) SES zelf te zeggen over gezond leven? *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 88 (1), 10–12.
- Holwerda, A., Reijneveld, S., & Jansen, D. (2014). *De effectiviteit van hulpverlening aan multiprobleemgezinnen: een overzicht*. Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen.
- Inspectie voor de Volksgezondheid. (2005). 1035 Rapport Igz In Zaak Savanna. *Zorg en Financiering*, (7), 59–62.
- Janssens, J. (2006). De wereld na Savanna en Rowena: De toekomst van de jeugdzorg. *Pedagogiek*, 26(1), 3–10.
- JSO expertisecentrum voor jeugd, samenleving en opvoeding. (2008). *'Een kwestie van goed regelen': Over multiprobleemgezinnen, coördinatie van zorg en gezinscoaching: Handreiking bij implementatie*. Gouda: JSO expertisecentrum voor jeugd, samenleving en opvoeding.
- Keijer, M. (2010, 26 mei). *Factoranalyse Deel II*. Geraadpleegd op 10 mei 2017, van <https://www.youtube.com/watch?v=laliHbWGJY>

- Keijer, M. (2010, 26 mei). *Ompolen*. Geraadpleegd op 10 mei 2017, van <https://www.youtube.com/watch?v=XfJmy6HLhzo>
- Konings, J. (2010). *Samenwerken in de eerste lijn: Een handreiking voor zorgverleners*. Amersfoort: KNGF.
- Landelijke Huisartsen Vereniging. (z.d.). *Aanbod huisartsgeneeskundige zorg*. Geraadpleegd op 28 mei 2017, van <https://www.lhv.nl/service/aanbod-huisartsgeneeskundige-zorg>
- Meer met Teams. (z.d.). *Kunst van samenwerken* [Online afbeelding]. Geraadpleegd op 14 januari 2017, van <http://www.meermetteams.nl/wp-content/uploads/2014/11/kunst-van-samenwerken-340x292.jpg>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2015). *Handreiking: Beleidsinformatie jeugd: Over jeugdhulpgebruik, inzet jeugdbescherming en jeugdreclassering*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland en Alzheimer Nederland. (2008). *Leidraad Ketenzorg Dementie*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2009, 9 november). *NZa maakt ketenzorg mogelijk voor diabetes en hart- vaatziekten*. Geraadpleegd op 10 januari 2017, van <https://www.nza.nl/nieuwsimport/nieuwsItem139>
- Ommelander Ziekenhuis Groningen. (2016). *Ommelander Ziekenhuis Groningen jaarverslag 2015*. Geraadpleegd op 11 februari 2017, van <https://www.ommelanderziekenhuis.nl/over-ozg/waarom-ozg/jaarverslagen>.
- Project Healthy Pregnancy 4 All. (2016). *Healthy Pregnancy 4 All: Eindrapportage: Aanpak babysterfte in Nederland*. Rotterdam: Erasmus MC.
- RIVM. (2016). *Regionaal*. Geraadpleegd op 10 april 2017, van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/overgewicht/regionaal-internationaal/regionaal#node-overgewicht-gemeente>
- Rosendal, H., Ahaus, K., Huijsman, R., & Raad, C. (2009). *Ketenzorg: Praktijk in perspectief*. Amsterdam: Elsevier gezondheidzorg.
- Samenwerkend Toezicht Jeugd. (2015). *Gezinnen met Geringe Sociale Redzaamheid: Casuïstiek Groningen*. Utrecht: Samenwerkend Toezicht Jeugd.
- Steketee, M., & Vandenbroucke, M. (2010). *Typologie voor een strategische aanpak van multiprobleemgezinnen in Rotterdam*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Stichting Samen1Plan. (z.d.). *Over Samen1Plan*. Geraadpleegd op 24 oktober 2016 van <http://samen1plan.nl/over>

- Ten Dam, J., & Van 't Hul, L. (2009). *Hulpverlening aan huishoudens met complexe en meervoudige problemen: Een verkennende literatuurstudie naar de problematiek en de hulpverlening*. Zwolle: Christelijke Hogeschool Windesheim.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2008). *Ketenbesef op de werkvloer*. 's-Gravenhage: Sdu.
- Uittenbogaard (red.), B. (2010). *Werken met multiprobleemhuishoudens*. Baarn/Utrecht/Zutphen: ThiemeMeulenhoff.
- Van Delden, P. (2009). *Sterke netwerken: Ketensamenwerking in de publieke dienstverlening*. Amsterdam: Van Gennep.
- Van der Steege, M., & Zoon, M. (2015). *Richtlijn Multiprobleemgezinnen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Van Tomme, N., Voets, J., & Verhoest, K. (2011). *Samenwerking in ketens en netwerken: praktijkervaringen uit de zorg- en welzijnssector*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Verdrag inzake de rechten van het kind*. (2002, 18 november). Geraadpleegd op 7 juni 2017, van http://wetten.overheid.nl/BWBV0002508/2002-11-18#Verdrag_2_Verdragtekst_Deel_Artikel3
- Vonk, D. (2012). *Ketenen of ontketenen? Onderzoek naar de (on)mogelijkheden van ketens in het maatschappelijk veld*. Dordrecht: Gemeente Dordrecht.
- White, C., Warrenner, M., Reeves, A., & La Valle, I. (2008). *Family Intervention Project: An evaluation of their Design, Set-up and Early Outcomes*. Londen: Department for Children, Schools and Families.
- Zomer, K. (2007). *Gezonden samenwerking in de gezondheidsbevordering? Een onderzoek naar de ontwikkeling van een meetinstrument naar de kwaliteit van interorganisationale samenwerking*. Enschede: Universiteit Twente.

Bijlage 1 Indeling ketenorganisaties en contactgegevens

	Ketenorganisaties	Aard van de werkzaamheden	Naam contact	Emailadressen
Jeugdhulp (1)	Veilig Thuis	Advies- en meldpunt voor geweld in huis	Ageeth Vanderveen Trientje Sikkema Anjali van Eeten Judith Visser Elsbeth Schutter Juliëtte Heetman	A.Vanderveen@veiligthuisgroningen.nl T.Sikkema@veiligthuisgroningen.nl a.vaneeten@veiligthuisgroningen.nl j.visser@veiligthuisgroningen.nl E.Schutter@veiligthuisgroningen.nl J.Heetman@Veiligthuisgroningen.nl
	Jeugdbescherming & reclassering Noord/ Groningen	Voeren de wettelijke maatregelen uit op het gebied van ondertoezichtstelling, voogdij en jeugdreclassering	Bianca Tidey Evelien Bos Rick Klunder Leyla Polat Sonja Smits	Bianca.tidey@jbnoord.nl Evelien.bos@jbnoord.nl Rick.klunder@jbnoord.nl Leyla.polat@jbnoord.nl Sonja.smits@jbnoord.nl
	Leger de Heils jeugdbescherming en reclassering Groningen	Voeren de wettelijke maatregelen uit op het gebied van ondertoezichtstelling, voogdij en jeugdreclassering	Sylvia Bos Aletta Rinsma Fred Danker Christa Huistra Jaap Berghuis	Sylvia.Bos@legerdesheils.nl Aletta.rinsma@legerdesheils.nl f.danker@legerdesheils.nl Christa.Huistra@legerdesheils.nl w.berghuis@legerdesheils.nl
	William Schrikker Groep	Jeugdbescherming reclassering en pleegzorg	Sasja ten Brink	stbrink@wsq.nu
	Raad voor de kinderbescherming	Hulp aan kinderen die in hun ontwikkeling of opvoeding bedreigd worden	Sanne Heling Danny Nowee	s.heling@rvdk.minvenj.nl D.Nowee@rvdk.minvenj.nl
	Elker	Jeugd- en opvoedhulp	Pauline Belga Annemiek Buzeman	p.wolters@elker.nl a.buzeman@elker.nl
	CJG Oldambt	Centrum voor Jeugd & Gezin	Esmeralda Louwes	esmeralda.louwes@gemeente-oldambt.nl
	Jonx	Kinderpsychiatrie	Sieta Martens	s.martens@lentis.nl
	Accare	Kinderpsychiatrie	Petra Colijn	p.colijn@accare.nl
	JGZ (GGD)	Jeugdgezondheidszorg	Aly Reezigt Emma Beije Stephanie Samusamu	aly.reezigt@ggd.groningen.nl emma.beije@ggd.groningen.nl stephanie.samusamu@ggd.groningen.nl

			Esther ten Wolde	esther.ten.wolde@ggd.groningen.nl
Geboortezorg (2)	Ommelander Ziekenhuis Groningen	Regionale ziekenhuiszorg aan zwangeren en de pasgeborenen	Kinderartsen Gynaecologen Klinisch verloskundigen Verpleegkundigen kraamafdeling Verpleegkundigen kinderafdeling Klinisch psychologen Ontwikkelingsgerichte zorg Medisch maatschappelijk werk	Interne emailadressen
	Kraamzorg Groene Kruis	Bieden van thuiszorg in de eerste dagen na de geboorte	Marion Loning Hilda Battjes Geesje Fokkens	marion.ralf@home.nl hbattjes@kraamzorghetgroenekruis.nl gfockens@kraamzorghetgroenekruis.nl
	Kraamzorg ISIS	Bieden van thuiszorg in de eerste dagen na de geboorte	Alie Bakker Jiska Keizer	alie.bakker@isiskraamzorg.nl jiska.keizer@isiskraamzorg.nl
	Verloskundig centrum De Wieg	Verloskundige zorg	Suzanne Wieringa Marleen Smit	suzanne@verloskundigcentrumdewieg.nl marleen@verloskundigcentrumdewieg.nl
	Karssen verloskunde	Verloskundige zorg	Marian Karssen	karssenverloskunde@kpnmail.nl
Gezinszorg (3)	Het oude ambt (Sociaal werk Oldambt)	Maatschappelijke- juridische dienst, sociaal welzijn en leefbaarheid voor alle inwoners van de gemeente Oldambt.	Jolanda van der Spek Janneke Norden Ina Hartjes Liz Kloosterhuis Ramon van Dijk	jvanderspek@hetoudeambt.nl jnorden@hetoudeambt.nl ihartjes@welzijnoldambt.nl lkloosterhuis@hetoudeambt.nl r.vandijk@hetoudeambt.nl
	UWV Groningen	Hulp bij werkloosheid en arbeidsbeperkingen	Algemeen	klantenservicegroningencentrum@uwv.nl
	Traject R95	Re-integratie voor mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt	Hetty Schalks	hschalkx@r95.nl
	Houkes	Bewind voering	Kim Dijkstra	info@houkesbewindvoerders.nl
	Martini Zorg	Woonbegeleiding Winschoten	Greta Roosien Algemeen Winschoten	greta.roosien@martinizorg.nl winschoten@martinizorg.nl
	VNN	Verslavingszorg Noord- Nederland	Lisa van der Berg Madicken van Greven	l.vanderberg@vnn.nl m.vangreven-ijzerman@vnn.nl
	Gemeente Oldambt	Afdelingen leerling zaken, Jeugd en Werk en inkomen	Silvie de Vries Gjill Smit Karl Buursma	silvie.devries@gemeente-oldambt.nl gjill.smit@gemeente-oldambt.nl karl.buursma@gemeente-oldambt.nl

	Huisartsen	Eerstelijns huisartsenzorg	Huisarts A.N. Elting-Wartan Arts & Zorg Praktijk Huisarts Meijer (Hommesplein) Huisarts Jonges (Hommesplein) Huisartspraktijk Blauwe Stad	a.n.elting-wartan@ezorg.nl winschoten@artsenzorg.nl m.meijer@ezorg.nl s.jonges@ezorg.nl huisartsblauwestad@home.nl
	NOVO	Gezinsondersteuning voor mensen met een verstandelijke beperking	Johanna Mulder Petra van Essen Nieske van den Akker Arnica Daniëls Janine Stuurwold Nadine Boneschansker	j.mulder@novo.nl p.vessen@novo.nl n.vdaker@novo.nl A.Daniels@novo.nl J.Stuurwold@novo.nl N.Boneschansker@novo.nl
	Lentis	Psychiatrische zorg voor volwassenen en bemoeizorg	Evelien Posthuma Riek Even	e.posthuma@lentis.nl r.even@lentis.nl
	Buurtzorg	Bieden van verpleging, begeleiding en persoonlijke verzorging in de thuissituatie	Janneke Wubs Gerda Korte	winschotenzuid@buurtzorgnederland.com winschotencentrum@buurtzorgnederland.com scheemda@buurtzorgnederland.com midwolda@buurtzorgnederland.com winschoten@buurtzorgnederland.com reiderland@buurtzorgnederland.com
	Stichting MEE Groningen	Het bieden van ondersteuning en begeleiding voor mensen met een beperking	Thea Sewuster Gonda Waijer Miranda van der Hout Rosanne Olbertijn	t.sewuster@mee Groningen.nl g.waijer@mee Groningen.nl miranda.vanderhout@gemeente-oldambt.nl r.olbertijn@mee Groningen.nl
	Volkskredietbank	Hulpverlening en preventie t.a.v. financiële problemen	Janny Dekker	j.dekker@volkskredietbank.nl
	Acantus	Woningbouwvereniging	Antje Noorda	anoorda@acantus.nl

Bijlage 2 Introductiebrief bij vragenlijst

Beste *Naam* (of heer/ mevrouw),

Middels deze uitnodiging wil ik u, als uitvoerend professional, vragen deel te nemen aan een onderzoek naar succes- en faalfactoren binnen de ketensamenwerking met betrekking tot de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen binnen de gemeente Oldambt.

Binnen ketensamenwerking is veel kwaliteit zichtbaar, uitgevoerd door enthousiaste professionals. Daarnaast dragen de complexiteit van de hulpverlening tezamen met het huidige maatschappelijke landschap er toe bij dat de focus gericht blijft op het ontwikkelen van de ketensamenwerking ten aanzien van multiprobleemgezinnen. De onderzoeker heeft als doel om middels een kritische reflectie een bijdrage te kunnen leveren aan het verhogen van de kwaliteit van deze ketensamenwerking.

Dit onderzoek bestaat uit een online vragenlijst met een aantal stellingen, die ongeveer 15 minuten van uw tijd vragen.

Bij aanvang van de vragenlijst zal u gevraagd worden om de Informed Consent te bevestigen. De gegevens die u invult zijn anoniem en zullen ook niet voor andere doeleinden worden gebruikt dan voor een adviesrapport, als afstudeeropdracht van de Master Health care & Social work. De onderzoek data wordt door de onderzoeker bewaard voor een periode van vijf jaar.

Bij het beantwoorden van de vragen zou ik graag van u als uitvoerend ketenpartner willen weten wat uw ervaringen zijn met betrekking tot de ketensamenwerking ten aanzien van de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen in de gemeente Oldambt. Daarbij gaat het niet om bepaalde casuïstiek, maar het algemene beeld dat u heeft van deze samenwerking.

Via onderstaande link komt u bij de vragenlijst waar u deze in kan vullen tot **dinsdag 2 mei**
https://saxion.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV_5cqo1PgXGSeY257

Mocht u binnen uw organisatie meerdere collega's hebben die deze uitnodiging niet ontvangen hebben en uitvoerend professional zijn, dan zou ik het zeer op prijs stellen wanneer u deze uitnodiging ook naar hen doorstuurt.

Mocht u vragen of opmerkingen hebben, neem dan gerust contact met mij op via 06-12372806 of j.pranger@OmmelanderZiekenhuis.nl.

Mijn hartelijke dank voor uw deelname aan dit onderzoek.

Met vriendelijke groet,

Jenny Pranger

*Medisch maatschappelijk werker Ommelander Ziekenhuis Groningen, Winschoten
Master student Health care & Social work, Saxion Hogeschool Enschede*

Bijlage 3 Vragenlijst ketensamenwerking

Hartelijk dank dat u deel wilt nemen aan dit onderzoek naar succes- en faalfactoren binnen de ketensamenwerking met betrekking tot de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen binnen de gemeente Oldambt. Multiprobleemgezinnen worden omschreven als gezinnen bestaande uit minstens één kind (of op komst) en één volwassene in een gezamenlijk huishouden, waarbij langdurig sprake is van een combinatie van sociaaleconomische- en psychosociale problemen en waar opvoedingsproblemen een rol spelen, gekoppeld aan een hoge mate van antisociaal gedrag. Bij ketensamenwerking gaat het om het samenbrengen van input, management en het leveren en organiseren van diensten met als doel het verbeteren van de toegankelijkheid, kwaliteit en efficiëntie van zorg. De vragenlijst bestaat uit 40 stellingen en enkele aanvullende vragen, die samen ongeveer 15 minuten van uw tijd vragen.

Q2 Ik verklaar op duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en belasting van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Ik stem vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek.

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Q3 Wat is uw leeftijd?

Q4 Wat is uw geslacht?

- ☐ Man
- ☐ Vrouw

Q5 Bij welke organisatie bent u op dit moment werkzaam?

Q6 Wat is uw functie?

Q7 Hoelang bent u werkzaam in deze functie?

Q8 Bent u als uitvoerend professional direct betrokken bij de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen in de gemeente Oldambt?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Q9 Bij hoeveel casussen bent u, bij benadering, betrokken geweest in de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen?

Q10 Uitgaande van ketensamenwerking, welke organisaties zitten volgens u in de keten voor hulpverlening aan multiprobleemgezinnen binnen het Oldambt? (meerdere antwoorden)

Veilig thuis	Het Oude Ambt
Jeugdbescherming/reclassering Noord	UWV Groningen
Leger des Heils jeugdbescherming en reclassering Groningen	Traject R95
William Schrikker Groep	Houkes bewindvoerder
Raad voor de kinderbescherming	Martinizorg Woonbegeleiding
Elker	Verslavingszorg Noord- Nederland
CJG Oldambt	Gemeente Oldambt
Jonx	Huisarts
Accare	NOVO
Jeugdgezondheidszorg (GGD)	Lentis
Ommelander Ziekenhuis Groningen	Buurtzorg verpleging en verzorging
Kraamzorg Het Groene Kruis	Stichting MEE Groningen
Kraamzorg ISIS	Volkskredietbank
Verloskundig centrum De Wieg	Acantus Wonen
Karssen verloskunde	Andere organisaties.....

Bij het beantwoorden van de volgende vragen en stellingen wordt uitgegaan van de samenwerking met professionals vanuit de door u aangegeven organisaties.

Q12 Heeft u het gevoel dat u met deze organisaties een keten vormt?

- Ja
- Nee

Iedere onderstaande stelling geeft steeds vijf antwoordcategorieën weer, waarbij u gevraagd wordt het antwoord aan te vinken dat het dichtst bij uw ervaring komt.

Q14 Analyse en doelstelling

De volgende vragen gaan in op de wijze waarop binnen de ketensamenwerking, probleemanalyse en doelstellingen gemaakt en gedeeld worden.

	Nooit	Soms	Regelmatig	Vaak	Altijd
Q14_1Ana Er wordt een gezamenlijke analyse gedefinieerd van de gesignaleerde problemen bij een multiprobleemgezin.					
Q14_2Ana Doelstellingen ten aanzien van de hulpverlening worden in gezamenlijkheid geformuleerd.					
Q14_3Ana Er wordt een plan van aanpak (hulpverleningsplan) opgesteld ten aanzien van de hulpverlening aan een multiprobleemgezin.					

Q15 Analyse en doelstelling

	Nooit	Soms	Regelmatig	Vaak	Altijd
Q15_1Ana Het plan van aanpak wordt opgesteld in gezamenlijkheid met de betrokken uitvoerende professionals.					

Q16 Analyse en doelstelling

	Nooit	Soms	Regelmatig	Vaak	Altijd
Q16_1Ana De gedefinieerde probleemanalyse wordt beschreven in het plan van aanpak van een multiprobleemgezin.					

Q17 Analyse en doelstelling

	Nooit	Soms	Regelmatig	Vaak	Altijd
Q17_1Ana De geformuleerde doelstellingen worden beschreven in het plan van aanpak van een multiprobleemgezin.					

Q18 Regie

De volgende vragen gaan in op de wijze waarop de aansturing van de ketenpartners en het hulpverleningsproces geregeld zijn.

	Nooit	Soms	Regelmatig	Vaak	Altijd
Q18_1Reg Binnen de ketensamenwerking ten aanzien van de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen wordt een casemanager (regisseur) aangesteld.					
Q18_2Reg Een vaste ketenorganisatie voert de regie ten aanzien van alle casuïstiek.					
Q18_3Reg Er wordt per casus vanuit de betrokken ketenpartners een casemanager aangesteld.					
Q18_4Reg De casemanager is een ketenpartner die geen direct begeleidende rol heeft in de hulpverlening naar een multiprobleemgezin toe.					
Q18_5Reg De casemanager is de ketenpartner die het dichtst bij een multiprobleemgezin staat.					
Q18_6Reg De casemanager wordt aangesteld in overleg met alle betrokken ketenpartners.					
Q18_7Reg De casemanager bestaat uit twee personen die samen de regie voeren.					
Q18_8Reg Binnen een casus is voor een ieder duidelijk wie de casemanager is.					
Q18_9Reg De casemanager is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de ketensamenwerking.					
Q18_10Reg De casemanager is verantwoordelijk voor het oplossen van de problemen ten aanzien van de hulpverlening.					
Q18_11Reg De casemanager is de persoon die de ketensamenwerking coördineert.					
Q18_12Reg De casemanager ondersteunt de ketenpartners bij het opstellen van het plan van aanpak (hulpverleningsplan) van een multiprobleemgezin.					
Q18_13Reg De casemanager levert een actieve bijdrage in het nakomen van gemaakte afspraken tussen de ketenpartners.					
Q18_14Reg De casemanager levert een actieve bijdrage in het voorkomen de ketenpartners langs elkaar heen werken.					

Q19 Communicatie

De volgende vragen gaan in op de wijze waarop de communicatie tussen de ketenpartners geregeld is.

	Nooit	Soms	Regelmatig	Vaak	Altijd
Q19_1Com Er worden afspraken gemaakt over het uitwisselen van informatie tussen de ketenpartners.					
Q19_2Com Afspraken met betrekking tot het uitwisselen van informatie worden gemaakt tijdens een formeel overlegmoment.					

Q20 Communicatie

	Nooit	Soms	Regelmatig	Vaak	Altijd
Q20_1Com Het uitwisselen van informatie vindt plaats middels gebruik van ICT (Informatie en Communicatie Technologie) toepassingen. Bijvoorbeeld Samen1Plan of elektronische cliënten dossiers, email enz.					
Q20_2Com Binnen de ketensamenwerking vinden overlegmomenten plaats waarbij ketenpartners elkaar fysiek ontmoeten.					

Q21 Continuïteit en afstemming

De volgende vragen gaan in op de wijze waarop de continuïteit en afstemming binnen de ketensamenwerking gewaarborgd zijn.

	Nooit	Soms	Regelmatig	Vaak	Altijd
Q21_1Con Er is een protocol waarin afspraken ten aanzien van de ketensamenwerking zijn vastgelegd.					
Q21_2Con Het protocol is tot stand gekomen met inbreng van alle betrokken ketenorganisaties.					
Q21_3Con Het protocol bevat afspraken met betrekking tot de taakomschrijving en verantwoordelijkheden van de betrokken professionals.					
Q21_4Con Het protocol bevat afspraken met betrekking tot de taakomschrijving en verantwoordelijkheden van de casemanager.					
Q21_5Con Dit protocol bevat afspraken ten aanzien van het evalueren van de samenwerking.					
Q21_6Con Dit protocol bevat afspraken ten aanzien van het uitwisselen van informatie binnen de samenwerking.					
Q21_7Con Het protocol biedt structuur aan de samenwerking binnen de keten.					

Q22 Verantwoordelijkheid

De volgende vragen gaan in op de wijze waarop verantwoordelijkheden binnen de ketensamenwerking verdeeld zijn.

	Nooit	Soms	Regelmatig	Vaak	Altijd
Q22_1Ver Binnen de ketensamenwerking is duidelijk hoe de verantwoordelijkheden tussen de ketenpartners verdeeld zijn.					
Q22_2Ver Ketenpartners zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor een effectieve ketensamenwerking.					
Q22_3Ver Ontvangen signalen van onveiligheid binnen een multiprobleemgezin worden opgepakt door de ketenpartner die deze signaleert.					
Q22_4Ver Binnen de ketensamenwerking worden afspraken nagekomen.					
Q22_5Ver Bij het overdragen van een gezinslid aan een andere ketenpartner sluit de overdracht naadloos op elkaar aan.					
Q22_6Ver Iedere ketenpartner handelt vanuit de individuele professionele verantwoordelijkheid.					
Q22_7Ver Binnen de ketensamenwerking is sprake van concurrentie tussen de ketenpartners.					

Q23 Evalueren

De volgende vragen gaan in op de wijze waarop binnen de ketensamenwerking word geëvalueerd.

	Nooit	Soms	Regelmatig	Vaak	Altijd
Q23_1Eva Binnen de keten vinden systematisch evaluaties van de samenwerking plaats.					
Q23_2Eva Evaluaties vinden plaats met alle betrokken ketenpartners.					
Q23_3Eva Vanuit de evaluatie vindt bijsturing plaats van de ketensamenwerking.					

Q24 Op een schaal van 0 tot 10, hoe tevreden bent u over de ketensamenwerking met betrekking tot de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen binnen het Oldambt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Q25 Wat vindt u goed gaan?

Q26 Wat kan er volgens u verbeterd worden?

Bijlage 4 Operationalisatie enquêtevragen

Dimensie	Vragen	Verantwoording
Analyse en doelstelling	Q14_1Ana Er wordt een gezamenlijke analyse gedefinieerd van de gesignaleerde problemen bij een multiprobleemgezin. Q14_2Ana Doelstellingen ten aanzien van de hulpverlening worden in gezamenlijkheid geformuleerd. Q14_3Ana Er wordt een plan van aanpak (hulpverleningsplan) opgesteld ten aanzien van de hulpverlening aan een multiprobleemgezin. Q15_1Ana Het plan van aanpak wordt opgesteld in gezamenlijkheid met de betrokken uitvoerende professionals. Q16_1Ana De gedefinieerde probleemanalyse wordt beschreven in het plan van aanpak van een multiprobleemgezin. Q17_1Ana De geformuleerde doelstellingen worden beschreven in het plan van aanpak van een multiprobleemgezin.	Bij ketensamenwerking is het volgens Steketee & Vandenbroucke (2010), De Bruin & Gelderloos (2010), Uittenbogaard (red.), (2010) en Bolt & Zijden (2015) belangrijk dat betrokken ketenpartners gezamenlijk de probleemanalyse en doelstellingen definiëren en formuleren om deze vervolgens te vermelden in het plan van aanpak van een multiprobleemgezin.
Regie	Q18_1Reg Binnen de ketensamenwerking ten aanzien van de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen wordt een casemanager (regisseur) aangesteld. Q18_6Reg De casemanager wordt aangesteld in overleg met alle betrokken ketenpartners. Q18_7Reg De casemanager bestaat uit twee personen die samen de regie voeren. Q18_8Reg Binnen een casus is voor een ieder duidelijk wie de casemanager is. Q18_9Reg De casemanager is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de ketensamenwerking. Q18-10Reg De casemanager is verantwoordelijk voor het oplossen van de problemen ten aanzien van de hulpverlening. Q18-11Reg De casemanager is de persoon die	Ketensamenwerking kan alleen effectief functioneren als er een casemanager is die de gehele samenwerking en hulpverlening coördineert en waarvan duidelijk is welke taakomschrijving deze heeft (Baecke, et al., 2009; Steege van der & Zoon, 2015; Samenwerkend Toezicht Jeugd, 2015; Uittenbogaard (red.), 2010; Bieleman et al., 2012; Dijkshoorn, 2007 en Steketee & Vandenbroucke, 2010).

	de ketensamenwerking coördineert. Q18_12Reg De casemanager ondersteunt de ketenpartners bij het opstellen van het plan van aanpak (hulpverleningsplan) van het gezin. Q18_13Reg De casemanager levert een actieve bijdrage in het nakomen van gemaakte afspraken tussen de ketenpartners. Q18_14Reg De casemanager levert een actieve bijdrage in het voorkomen dat ketenpartners langs elkaar heen werken.	
	Q18_2Reg Een vaste ketenorganisatie voert de regie ten aanzien van alle casuïstiek. Q18_3Reg Er wordt per casus vanuit de betrokken ketenpartners een casemanager aangesteld.	De Bruin & Gelderloos (2010) en Van der Steege & Zoon (2015) verschillen van inzicht over de keuze van casemanager als het gaat om een vaste of flexibele rol van casemanager.
	Q18_4Reg De casemanager is een ketenpartner die geen directe begeleidende rol heeft in de hulpverlening naar een multiprobleemgezin toe. Q18_5Reg De casemanager is de ketenpartner die het dichtst bij een multiprobleemgezin staat.	In de literatuur bestaan verschillende meningen over de keuze van casemanager met betrekking tot afstand en nabijheid tot het multiprobleemgezin (Uittenbogaard (red.), 2010; Ten Dam & Van 't Hul, 2009) (Steege van der & Zoon, 2015; Konings, 2010).
Communicatie	Q19_1Com Er worden afspraken gemaakt over het uitwisselen van informatie tussen de ketenpartners. Q19_2Com Afspraken met betrekking tot het uitwisselen van informatie worden gemaakt tijdens een formeel overlegmoment. Q20_1Com Het uitwisselen van informatie vindt plaats middels gebruik van ICT (Informatie en Communicatie Technologie) toepassingen. Bijvoorbeeld Samen1Plan of elektronische cliënten dossiers, e-mails, enz. Q20_2Com Binnen de ketensamenwerking vinden overlegmomenten plaats waarbij ketenpartners elkaar fysiek ontmoeten.	Goede communicatie is essentieel binnen ketensamenwerking. De Bruin & Gelderloos (2010), Van Tomme, Voets, & Verhoest (2011) en Dijkshoorn (2007), geven aan dat het daarbij van belang is dat betrokken ketenpartners hierbij afspraken maken over de wijze van communiceren.
Continuïteit en	Q21_1Con Er is een protocol waarin afspraken	Vele bronnen, zoals Ten Dam &

<i>afstemming</i>	ten aanzien van de ketensamenwerking zijn vastgelegd. Q21_2Con Het protocol is tot stand gekomen met inbreng van alle betrokken ketenorganisaties. Q21_3Con Het protocol bevat afspraken met betrekking tot de taakomschrijving en verantwoordelijkheden van de betrokken professionals. Q21_4Con Het protocol bevat afspraken met betrekking tot de taakomschrijving en verantwoordelijkheden van de casemanager. Q21_5Con Het protocol bevat afspraken ten aanzien van het evalueren van de samenwerking. Q21_6Con Het protocol bevat afspraken ten aanzien van het uitwisselen van informatie binnen de samenwerking. Q21_7Con Het protocol biedt structuur aan de samenwerking binnen de keten.	Van 't Hul (2009), Konings (2010), Vonk (2012), Rosendal et al. (2009), JSO expertisecentrum voor jeugd, samenleving en opvoeding (2008), Van Tomme, Voets, & Verhoest (2011) en Van der Steege van der & Zoon (2015) vermelden het belang van een protocol waarin de betrokken ketenorganisaties samen afspraken hebben beschreven ten aanzien van een effectieve ketensamenwerking.
<i>Verantwoordelijkheid</i>	Q22_1Ver Binnen de ketensamenwerking is duidelijk hoe de verantwoordelijkheden tussen de ketenpartners verdeeld zijn. Q22_2Ver Ketenpartners zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor een effectieve ketensamenwerking. Q22_3Ver Ontvangen signalen van onveiligheid binnen een multiprobleemgezin worden opgepakt door de ketenpartner die deze signaleert. Q22_4Ver Binnen de ketensamenwerking worden afspraken nagekomen. Q22_5Ver Bij het overdragen van een gezinslid aan een andere ketenpartner sluit de overdracht naadloos op elkaar aan. Q22_6Ver Iedere ketenpartner handelt vanuit de individuele professionele verantwoordelijkheid.	Succesvolle samenwerking wordt deels bewerkstelligd door een duidelijke verdeling van verantwoordelijkheden tussen de ketenpartners en het maken van afspraken hierover, maar tevens door de mate waarin ieder individuele ketenpartner werkt vanuit de eigen professionele verantwoordelijkheid (JSO expertisecentrum voor jeugd, samenleving en opvoeding, 2008; Uittenbogaard (red.), 2010; Dijkshoorn, 2007; Inspectie voor de Gezondheidszorg en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2015; Vonk, 2012; Samenwerkend Toezicht Jeugd, 2015; Steketee & Vandenbroucke, 2010; De

	Q22_7Ver Binnen de ketensamenwerking is sprake van concurrentie tussen de ketenpartners.	Bruin & Gelderloos, 2010; Holwerda et al., 2014; Rosendal et al., 2009).
<i>Evalueren</i>	Q23_1Eva Binnen de keten vinden systematisch evaluaties van de samenwerking plaats. Q23_2Eva Evaluaties vinden plaats met alle betrokken ketenpartners. Q23_3Eva Vanuit de evaluatie vindt bijsturing plaats van de ketensamenwerking.	Van Delden (2009), Samenwerkend Toezicht Jeugd (2015) en Vonk (2012) geven aan dat ketensamenwerking vraagt om systematische evaluaties in het bijzijn van alle betrokkenen, waarna de samenwerking zo nodig bijgestuurd dient te worden.

Bijlage 5 Organisaties binnen ketensamenwerking

Ketenorganisaties	Totale Populatie		Jeugdhulp		Geboortezorg		Gezinszorg	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Veilig Thuis	63	91.3	10	83.3	33	100	20	83.3
CJG Oldambt	57	82.6	12	100	24	72.7	21	87.5
Huisarts	53	76.8	6	50	28	84.8	19	79.2
Lentis	52	75.4	8	66.7	23	69.7	21	87.5
Jeugdgezondheidszorg (GGD)	50	72.5	7	58.3	30	90.9	13	54.2
NOVO	50	72.5	7	58.3	25	75.8	18	75
Verslavingszorg Noord- Nederland	49	71	8	66.7	24	72.7	17	70.8
Ommelander Ziekenhuis Groningen	46	66.7	4	33.3	29	87.9	13	54.2
Jeugdbescherming/reclassering Noord	45	65.2	10	83.3	18	54.5	17	70.8
Gemeente Oldambt	45	65.2	8	66.7	18	54.5	19	79.2
Raad voor de kindbescherming	44	63.8	6	50	24	72.7	14	58.3
Elker	43	62.3	10	83.3	18	54.5	15	62.5
Martinizorg Woonbegeleiding	42	60.9	8	66.7	21	63.6	13	54.2
Jonx	39	56.5	9	75	15	45.5	15	62.5
William Schrikker Groep	38	55.1	6	50	18	54.5	14	58.3
LJ&R Groningen	37	53.6	8	66.7	16	48.5	13	54.2
Accare	37	53.6	10	83.3	14	42.4	13	54.2
Kraamzorg Het Groene Kruis	37	53.6	3	25	25	75.8	9	37.5
Stichting MEE Groningen	37	53.6	7	58.3	15	45.5	15	62.5
Verloskundig centrum De Wieg	34	49.3	3	25	26	78.8	5	20.8
Acantus Wonen	31	44.9	5	41.7	9	27.3	17	70.8
Karssen verloskunde	30	43.5	1	8.3	25	75.8	4	16.7
Het Oude Ambt	27	39.1	6	50	7	21.2	14	58.3
Buurtzorg verpleging en verzorging	25	36.2	2	16.7	14	42.4	9	37.5
Kraamzorg ISIS	24	34.8	1	8.3	19	57.6	4	16.7
Volkskredietbank	24	34.8	2	16.7	11	33.3	11	45.8
UWV Groningen	21	30.4	1	8.3	5	15.2	15	62.5
Houkes bewindvoerder	13	18.8	3	25	1	3	9	37.5
Traject R95	9	13	2	16.7	1	3	6	25
Andere organisaties:	9	13	1	8.3	5	15.2	3	12.5
KDC								
Scholen								
Wijkagent								
Voedselbank								
Thuiszorg								
Kinderthuiszorg								
Lefier woningcoöperatie								

Bijlage 6 Inhoud nieuwe constructen

Constructen (nummer)			
Items		<i>M</i>	<i>SD</i>
Proces (1)		2.36	.84
Er wordt een gezamenlijke analyse gedefinieerd van de gesignaleerde problemen bij een multiprobleemgezin.		2.50	.68
Doelstellingen ten aanzien van de hulpverlening worden in gezamenlijkheid geformuleerd.		2.47	.76
Er wordt een plan van aanpak (hulpverleningsplan) opgesteld ten aanzien van de hulpverlening aan een multiprobleemgezin.		2.79	.93
De gedefinieerde probleemanalyse wordt beschreven in het plan van aanpak van een multiprobleemgezin.		2.68	.98
De geformuleerde doelstellingen worden beschreven in het plan van aanpak van een multiprobleemgezin.		2.74	.97
Binnen de keten vinden systematisch evaluaties van de samenwerking plaats.		2.29	.83
Evaluaties vinden plaats met alle betrokken ketenpartners.		2.34	.87
Vanuit de evaluatie vindt bijsturing plaats van de ketensamenwerking.		2.45	.92
Afstemming (2)		1.83	1.00
Er is een protocol waarin afspraken ten aanzien van de ketensamenwerking zijn vastgelegd.		1.75	.93
Het protocol is tot stand gekomen met inbreng van alle betrokken ketenorganisaties.		1.90	1.09
Het protocol bevat afspraken met betrekking tot de taakomschrijving en verantwoordelijkheden van de betrokken professionals.		1.96	1.16
Het protocol bevat afspraken met betrekking tot de taakomschrijving en verantwoordelijkheden van de casemanager.		1.81	1.08
Het protocol bevat afspraken ten aanzien van het evalueren van de samenwerking.		1.73	.98
Het protocol bevat afspraken ten aanzien van het uitwisselen van informatie binnen de samenwerking.		1.83	1.05
Het protocol biedt structuur aan de samenwerking binnen de keten.		1.88	1.10
Regie (3)		2.49	.88
Een vaste ketenorganisatie voert de regie ten aanzien van alle casuïstiek.		2.39	1.07
De casemanager is de ketenpartner die het dichtst bij een multiprobleemgezin staat.		2.47	.90
De casemanager is verantwoordelijk voor het oplossen van de problemen ten aanzien van de hulpverlening.		2.61	1.06

Constructen (nummer)		
Items	<i>M</i>	<i>SD</i>
Casemanager (4)	2.78	.95
De casemanager is een ketenpartner die geen directe begeleidende rol heeft in de hulpverlening naar een multiprobleemgezin toe.	2.35	1.05
De casemanager is de persoon die de ketensamenwerking coördineert.	3.22	1.20
De casemanager ondersteunt de ketenpartners bij het opstellen van het plan van aanpak (hulpverleningsplan) van het gezin.	2.73	1.07
De casemanager levert een actieve bijdrage in het nakomen van gemaakte afspraken tussen de ketenpartners.	2.82	1.05
De casemanager levert een actieve bijdrage in het voorkomen dat ketenpartners langs elkaar heen werken.	2.82	1.07
Verantwoordelijkheid (5)	3.27	0.98
Ontvangen signalen van onveiligheid binnen een multiprobleemgezin worden opgepakt door de ketenpartner die deze signaleert.	2.98	1.12
Binnen de ketensamenwerking worden afspraken nagekomen.	3.24	.97
Iedere ketenpartner handelt vanuit de individuele professionele verantwoordelijkheid.	3.61	1.16
Communicatie (6)	2.76	.90
Er worden afspraken gemaakt over het uitwisselen van informatie tussen de ketenpartners.	2.70	1.05
Afspraken met betrekking tot het uitwisselen van informatie worden gemaakt tijdens een formeel overlegmoment.	2.84	1.03
Binnen de ketensamenwerking vinden overlegmomenten plaats waarbij ketenpartners elkaar fysiek ontmoeten.	2.74	.96