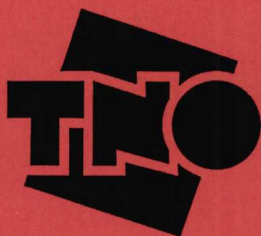




West-Brabant



STICHTING REGIONAAL
KRUISWERK
MARK EN MAAS



De invoering van “Samen op de kleintjes letten”

Evaluatieonderzoek

Joyce de Goede
Frans I.M. Pijpers
Johan A.M.W. Rijcken
Frans J.A.L. Damen

© GGD West-Brabant
Breda, maart 2000

Colofon

Financiering

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
TNO Preventie en Gezondheid
GGD West-Brabant

Uitvoering

GGD West-Brabant
TNO Preventie en Gezondheid

Met dank aan:

- Alle medewerkers JGZ van Stichting Kruiswerk Mark en Maas in het land van Heusden en Altena
- Alle medewerkers JGZ van GGD West-Brabant in het land van Heusden en Altena
- Ingrid Verhoeven en Pim Visée, projectleiders "Samen op de kleintjes letten"
- Begeleidingscommissie:
Jan Wassenaar, directeur GGD West-Brabant
Hetty van Velzen, hoofd Jeugdgezondheidszorg Stichting Kruiswerk Mark en Maas
Henk Zoomers, ministerie van VWS
- Ike Kroesbergen, epidemioloog GGD West-Brabant
- Karin Illing, secretariaat Jeugdgezondheidszorg GGD West-Brabant
- Karin de Vries, afdeling Gezondheidsbevordering GGD West-Brabant, Lay-out
- Cocky Verhoef, jeugdverpleegkundige GGD West-Brabant

CIP-gegevens Koninklijke Bibliotheek, Den Haag

Auteurs

Joyce de Goede
Frans I.M. Pijpers
Johan A.M.W. Rijcken
Frans J.A.L. Damen

© TNO – All rights reserved

Voor de rechten en verplichtingen van de opdrachtgever met betrekking tot de inhoud van dit rapport wordt verwezen naar de Algemene Voorwaarden van TNO.

Niets uit deze uitgave mag worden vervaelvoudigd, openbaar gemaakt, en/of verspreid op welke wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

De invoering van "Samen op de kleintjes letten".

Evaluatieonderzoek./ J. de Goede, F.I.M. Pijpers, J.A.M.W. Rijcken, F.J.A.L. Damen

Breda: GGD West-Brabant, 2000

Met lit.opg.

ISBN 90-5640-065-7

NUGI 732

Prijs: f 15,00

Besteladres: GGD West-Brabant, INFOcentrum
Postbus 3369
4800 DJ Breda

Inhoudsopgave

	Pagina
Samenvatting	4
1. Inleiding	8
1.1 Voorgeschiedenis	8
1.2 Doelstelling van de evaluatie	8
1.3 Analyse-model	9
1.3.1 Fasen in het implementatieproces	9
1.3.2 Veranderen en leren	11
1.4 Onderzoeksopzet	12
1.5 Leeswijzer voor de rapportage	12
2. Projectbeschrijving	14
2.1 Aanleiding	14
2.2 Probleemdefinities en doelstelling	14
2.3 Opzet van het project	15
2.3.1 Fasen in het project	15
2.3.2 Projectorganisatie	16
2.3.3 Verantwoordelijkheden	17
2.3.4 Samenstelling van het team	17
2.3.5 Stuurgroep	18
2.3.6 Financiën en formatie	18
2.3.7 Scholing	19
2.3.8 Overlegsituaties	19
2.3.9 Werkgroepen	19
2.3.10 Informatievoorziening	20
2.4 Productbeschrijving	20
2.5 Beschrijving van de werkzaamheden	21
3. Effectevaluatie	23
3.1 Inleiding	23
3.2 Resultaten	24
4. Procesevaluatie	33
4.1 Inleiding	33
4.2 Het projectverloop in fasen	33
4.2.1 Initiatief en definitiefase	33
4.2.2 Ontwerpfase	34
4.2.3 Voorbereidingsfase	34
4.2.4 Inwerkfase	35
4.2.5 Uitvoeringsfase	36
4.2.6 Nazorg- of evaluatiefase	37
4.3 Ervaringen van de medewerkers	37
4.3.1 Aspecten van de organisatiestructuur	37
4.3.2 Aspecten in de uitvoering	39
4.3.3 Aspecten van de organisatiecultuur	39
4.3.4 Diversen	40

5. Conclusies	41
5.1 Inleiding	41
5.2 Effectevaluatie	41
5.3 Procesevaluatie	42
6. Aanbevelingen	47
Literatuur	49
Bijlage	
I Tekstkaders interviews medewerkers	1

Samenvatting

Inleiding

Het JGZ-integratieproject “Samen op de kleintjes letten” was een experiment om de 0 tot 4 jarigen zorg van de Stichting Kruiswerk Mark en Maas samen te voegen met de 4 tot 19 jarigen zorg van de toenmalige GGD Stadsgewest Breda. De looptijd van het project was van 1997 tot medio 1999. De reden voor dit project was de veronderstelling dat geïntegreerde zorg voor 0 tot 19 jarigen zou leiden tot een betere continuïteit van de zorg, een optimalere afstemming tussen zorgvraag en -aanbod en betere beleidsvoering op lange termijn. Dit hield onder andere in dat er een zorgnetwerk gevormd zou worden rondom kinderen uit risicogroepen.

Het project is uitgevoerd in het Land van Heusden en Altena. Dit is een deelgebied van zowel de zorgregio van de toenmalige GGD Stadsgewest Breda als van de Stichting Kruiswerk Mark en Maas in Oosterhout. De keuze viel op dit gebied omdat het relatief klein is (51.330 inwoners waarvan 28% jonger dan 19 jaar), geografisch afgebakend is en omdat er al één arts beide vormen van zorg leverde. Bovendien stond de lokale politiek welwillend tegenover het idee van geïntegreerde jeugdgezondheidszorg.

Inhoud van het project

Een team van doktersassistenten, logopedisten, verpleegkundigen en artsen vanuit beide organisaties verleenden hun diensten aan beide leeftijdsgroepen, dus aan alle 0 tot 19 jarigen. Daar er in de leeftijdsgroep 0 tot 4 jaar meer contactmomenten zijn tussen zorgvragers en zorgverleners, betekende dit enerzijds voor met name verpleegkundigen van de GGD, een verschuiving in hun werkzaamheden. Voor 80% van de tijd zouden zij zich richten op de jongere leeftijdsgroep. Anderzijds werkten de verpleegkundigen binnen het project veel zelfstandig, zij gingen preventieve gezondheidsonderzoeken bij kleuters en op basisscholen uitvoeren zonder dat een arts aanwezig was. Dit was voor de verpleegkundigen van het Kruiswerk nieuw.

Ook voor de doktersassistenten trad er een verandering op, zij gingen artsen assisteren bij peuters en kleuters. Voorheen assisteerden zij alleen bij oudere kinderen.

Het team van assistenten, logopedisten, verpleegkundigen en artsen maakte deel uit van een groter multidisciplinair team samen met ondersteunende disciplines zoals GVO, tandheelkundige preventie, diëtetiek en epidemiologie.

Uitvoering van het project

Het project was onderverdeeld in fasen. Bij aanvang, begin 1997, zijn er twee projectleiders aangesteld om de inhoud van het project verder te ontwikkelen. Nadat hun voorstel in juli 1997 goedgekeurd was door de directie van beide organisaties, ging de voorbereidingsfase in. Gedurende deze fase werd de scholing gepland en kon men kennis maken met elkaars werkzaamheden. Hoewel het oorspronkelijk de bedoeling was de uitvoering van de geïntegreerde zorg in februari 1998 van start te laten gaan, is dit maar gedeeltelijk gelukt. Men begon wel met geïntegreerde zorg maar de medewerkers waren ook nog aan het leren. De officiële startdatum van het project is daarom verplaatst naar september 1998. Vanaf dit moment was de nieuwe werkwijze van kracht inclusief de gezamenlijke registratie. Er is daarna ongeveer een schooljaar geïntegreerd gewerkt en geregistreerd. Na de zomervakantie van 1999 is de “oude zorgsituatie” in het Land van Heusden en Altena weer teruggekeerd.

Gesignaleerde knelpunten

Uit zowel de effect- als de procesevaluatie komt in de implementatie van de geïntegreerde zorg een aantal knelpunten naar voren.

Zo blijkt onder andere uit de effectevaluatie dat de verbetering van de zorg lastig te bepalen is op grond van de gevoerde registraties. Er kwam wel duidelijk naar voren dat de klanttevredenheid hoog was, maar de gezamenlijk aangeboden diensten kwamen niet geheel uit de verf door de korte looptijd van de uitvoering.

Vanaf het begin hadden de uitvoerende medewerkers moeite met het project. Uit de procesevaluatie bleek dat sommige medewerkers onzeker waren of zij de “nieuwe” werkzaamheden wel konden uitvoeren. Een aantal van hen had het gevoel dat het project aan hen opgelegd werd zonder voldoende rekening te houden met hun bezwaren. Ook zag een aantal medewerkers het nut van de geïntegreerde zorg niet in en wilde een aantal niet met een andere leeftijdsgroep werken. Verder waren er verschillen in arbeidsvoorwaarden en beloning bij medewerkers die hetzelfde werk deden, doordat zij bij hun eigen organisatie in dienst bleven. Tot slot werkte de gekozen projectorganisatiestructuur deze verschillen in de hand, doordat medewerkers formeel alleen verantwoording hadden af te leggen aan hun “eigen” manager of teamleider. Naarmate het project vorderde, nam de weerstand bij de medewerkers overigens wel af. Er was duidelijk enige tijd nodig om aan de nieuwe situatie te wennen. Ook positieve geluiden van cliënten stimuleerden hen.

Gedurende de implementatie diende zich een aantal organisatorische problemen aan waardoor een hoge werkdruk ontstond. Zo vond de scholing, het inwerken en de uitvoering van geïntegreerde zorg tegelijkertijd plaats. De scholing voldeed daarbij niet aan de verwachtingen van de medewerkers omdat deze meer gericht was op teambuilding dan op inhoudelijke vaardigheden. Veel medewerkers voelden zich onzeker over zichzelf. Daarnaast waren er bijna continue problemen met de planning van de PGO's op scholen en consultatiebureaus. De afstanden tussen de activiteiten waren te groot, zodat de tussenliggende tijd te krap was. Dit leidde tot een haastige afwerking en weinig ruimte voor overleg of collegiale contacten. Door deze werkdruk kwamen de cultuurverschillen tussen beide organisaties pregnant naar voren en werden zij soms ook nog versterkt. Maar ook hier waren aan het einde van het project signalen dat men aan elkaars werkstijl begon te wennen en zich daarin steeds toleranter opstelde.

De hoge werkdruk was uiteindelijk de belangrijkste reden om het project stop te zetten. Om de werkdruk weg te nemen, was uitbreiding van formatie nodig. Aangezien het project door de organisaties zelf uit de reguliere middelen gefinancierd werd, was het risico dat er blijvend extra gelden in het project gestoken moesten worden voor directie en management niet aanvaardbaar.

Aanbevelingen

Uit de evaluatie komen aanwijzingen dat geïntegreerde jeugdgezondheidszorg uitvoerbaar is en een meerwaarde heeft ten opzichte van de huidige, gescheiden zorgsituatie. Het onderzoek laat zich goed vertalen in aanbevelingen en randvoorwaarden, indien er besloten wordt over te gaan tot geïntegreerde jeugdgezondheidszorg.

Om medewerkers te stimuleren tot adoptie van de nieuwe werkwijze, dient de visie achter de geïntegreerde jeugdgezondheidszorg helder, frequent en al in een vroegtijdig stadium uitgedragen te worden. Uit de evaluatie van het project “Samen op de kleintjes letten” blijkt dat een dergelijke complexe verandering

onzekerheid bij medewerkers teweeg meebrengt. Het sleutelwoord is duidelijkheid: duidelijkheid over wat er van hen verwacht wordt en duidelijkheid over wat zij mogen verwachten. Het betrekken van de praktijkwerkers bij de inhoudelijke ontwikkeling van de zorg zal hen stimuleren de nieuwe werkwijze te adopteren. Belangrijke motieven voor adoptie zijn: uitdaging van de nieuwe werkzaamheden, mogelijkheden tot persoonlijke groei en verbetering van de zorg.

Het verdient aanbeveling om voorafgaande aan de invoering van geïntegreerde jeugdgezondheidszorg de organisatie helder te structureren. Jeugdgezondheidszorg vanuit één organisatie verdient de voorkeur. Dit voorkomt verschillen in arbeidsvoorwaarden en beloning bij gelijke functie. Een heldere organisatiestructuur geeft naast duidelijke lijnen in bevoegdheden en verantwoordelijkheden, ook een duidelijk financieel kader. In een dergelijke organisatieverandering zal geïnvesteerd moeten worden, waarbij men zich moet realiseren dat de invoering van deze complexe verandering arbeidsintensief is.

De complexiteit van de veranderingen maakt dat de invoering van de geïntegreerde zorg het beste gefaseerd kan plaatsvinden. Mensen moeten voldoende tijd krijgen om de nieuwe vaardigheden te leren en om te experimenteren met de nieuwe werkzaamheden.

Tot slot verdient het aanbeveling de invoering van geïntegreerde zorg bij zowel medewerkers als cliënten te monitoren. Hiervoor zal een praktisch bruikbaar instrument ontwikkeld moeten worden.

1 Inleiding

1.1 Voorgeschiedenis

“Samen op de kleintjes letten” is een experiment geweest waarbij geprobeerd is om de zorg voor 0 tot 4 jarigen uitgevoerd door de Stichting Regionaal Kruiswerk Mark en Maas (OKZ¹) en de zorg voor 4 tot 19 jarigen uitgevoerd door de GGD Stadsgewest Breda, binnen een deel van de verzorgingsregio, te integreren. Het experiment is uitgevoerd in de veronderstelling dat geïntegreerde zorg voor 0 tot 19 jarigen zou leiden tot een betere continuïteit van de zorg, een optimalere afstemming tussen zorgvraag en aanbod en een betere beleidsvoering op lange termijn. Dit hield onder andere in dat er om kinderen uit risicogroepen een zorgnetwerk gevormd zou worden.

De proefregio was het Land van Heusden en Altena. Dit zijn de gemeenten Aalburg, Werkendam en Woudrichem in de provincie Noord-Brabant. Dit gebied telde gemiddeld over de jaren 1997 en 1998, 51330 inwoners waarvan 5% in de leeftijdscategorie 0 tot 4 jaar en 22% in de categorie 4 tot 19 jaar. Dit gebied is onder andere gekozen omdat het relatief klein en geografisch afgebakend is. Eén van de artsen werkte bovendien al voor zowel de 0 tot 4 jarigen als 4 tot 19 jarigen zorg. Ook stond de lokale politiek welwillend tegenover geïntegreerde jeugdgezondheidszorg.

Het project is van 1 januari 1997 tot 1 augustus 1999 uitgevoerd. Op dit moment is de oude zorgsituatie in het Land van Heusden en Altena weer opgepakt. Dit wil zeggen dat het Kruiswerk de zorg voor 0 tot 4 jarigen uitvoert en de GGD de zorg voor 4 tot 19 jarigen.

Het evaluatieonderzoek is gestart na de stopzetting van het project. Al gedurende de eindfase van het project werd het belang van een evaluatie ingezien in verband met een mogelijke landelijke implementatie van geïntegreerde 0 tot 19 jarigen zorg. Met behulp van financiële steun van het ministerie van VWS was de GGD in staat een onderzoeker aan te stellen. Daarnaast was TNO Preventie en Gezondheid bereid bij te dragen aan de evaluatie van het implementatieproces.

1.2 Doelstelling van de evaluatie

Het doel van de evaluatie van het project “Samen op de kleintjes letten” is het formuleren van aanbevelingen en randvoorwaarden welke van belang zijn bij landelijke implementatie van geïntegreerde jeugdgezondheidszorg voor 0 tot 19 jarigen.

Op basis van de doelstelling zijn de volgende algemene vraagstellingen geformuleerd.

Effectevaluatie

1. In hoeverre is de geïntegreerde zorg voor 0 tot 19 jarigen overeenkomstig de doelstellingen uitgevoerd? Dat wil zeggen zijn de te leveren producten gerealiseerd en is dit naar tevredenheid van de klant gebeurd?

¹ OKZ = Ouder en Kind Zorg

Procesevaluatie

2. Welke factoren hebben de uitvoering van de geïntegreerde zorg voor 0 tot 19 jarigen belemmerd dan wel bevorderd?
3. Wat zijn randvoorwaarden voor de implementatie van geïntegreerde zorg voor 0 tot 19 jarigen?

In het onderzoek is gebruikt gemaakt van het analysemodel dat in de volgende paragraaf wordt weergegeven.

1.3 Analyse-model

Implementatie wordt wel omschreven als een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en veranderingen met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het beroepsmatig handelen, het functioneren van organisaties of in de structuur van de gezondheidszorg (ZON, 1996). Met andere woorden: implementatie is het in de praktijk daadwerkelijk gaan werken met of handelen volgens een vernieuwing.

1.3.1 Fasen in het implementatieproces

Vaak wordt met implementatie niet alleen het invoeringstraject maar het hele proces van ontwikkelen van een vernieuwing tot en met blijven handelen in de dagelijkse praktijk bedoeld. Er worden 6 fasen onderscheiden (Fleuren, 1998):

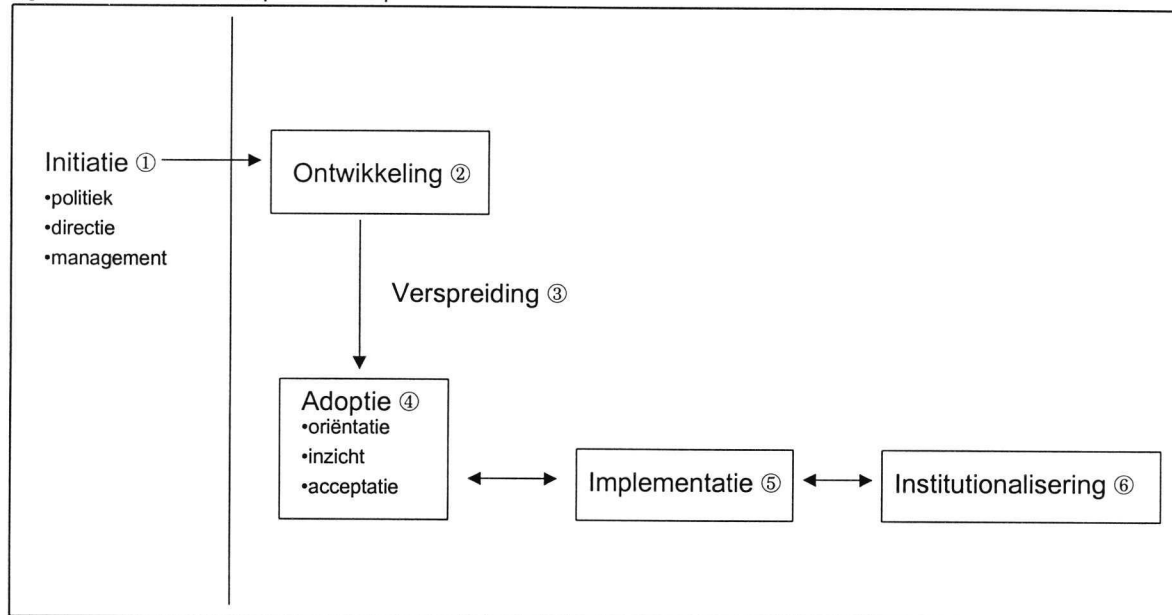
1. initiatie
2. ontwikkeling
3. verspreiding
4. adoptie
5. implementatie
6. institutionalisering.

In de initiatiefase wordt een probleem gesignaleerd en de beslissing genomen om de vernieuwing te ontwikkelen. Vervolgens wordt de vernieuwing verspreid onder de gebruikers, neemt de gebruiker hem over en gaat hij er vervolgens mee werken. Tot slot is het de bedoeling dat de gebruiker de vernieuwing integreert in het dagelijks handelen.

In elke fase kan iets mis gaan waardoor er uiteindelijk geen of geen optimale implementatie plaatsvindt. Anderzijds zijn er ook factoren die de implementatie in positieve zin beïnvloeden. In het hierna volgende overzicht staat tussen haakjes aangegeven of het een belemmerende (-) dan wel een bevorderende (+) factor betreft.

Vaak zijn factoren specifiek voor een bepaalde vernieuwing en situatie. In de praktijk betekent dit meestal dat per vernieuwing en per fase onderzocht moet worden welke factoren in de desbetreffende situatie een rol spelen.

Figuur 1: Fasen in het implementatieproces



Belemmerende en bevorderende factoren tijdens de besluitvorming (fase ①)

Een belangrijke belemmerende rol tijdens de implementatie kan het fenomeen 'not invented here' spelen. Wanneer de gebruiker niet reeds in de initiatiefase betrokken is geweest, kan dit fenomeen optreden. Dit onderstreept het belang van tijdige en doorlopende informatie.

Belemmerende en bevorderende factoren bij ontwikkeling (fase ②)

Kenmerken van de vernieuwing die de invoering beïnvloeden hangen volgens Orlandi (1986) samen met:

1. de inhoud: de vernieuwing is bijvoorbeeld niet klinisch relevant (-), heeft geen prioriteit (-), is niet valide (-) of is effectief (+);
2. de vorm: de vernieuwing is te complex (-), flexibel (+) of toegankelijk (+).

Naar mate deze factoren meer 'in de min zitten' is 'meer overtuigingskracht' nodig.

Belemmerende en bevorderende factoren bij verspreiding (fase ③)

Een groot probleem bij de verspreiding is dat de vernieuwing simpelweg de potentiële gebruiker niet bereikt. Wanneer nieuwe kennis gepubliceerd wordt in een tijdschrift, wat nogal gebruikelijk is, bestaat de kans dat een deel van de gebruikers het eenvoudigweg nooit onder ogen krijgt.

Belemmerende en bevorderende factoren bij de adoptie (fase ④)

In deze fase kunnen gebruikers verschillend reageren, variërend van onzekerheid over de eigen rol tot het zich afzetten tegen de vernieuwing. Een belangrijk deel van het onderzoek naar de 'Invoering van Samen op de kleintjes letten' richt zich op deze fase en geeft aandacht aan de reacties van de medewerkers.

Belemmerende en bevorderende factoren bij implementatie (fase ⑤) en institutionalisering (fase ⑥)

De belemmerende en bevorderende factoren die een rol spelen bij de implementatie, dus bij het daadwerkelijk gaan handelen volgens de vernieuwing zijn onder te verdelen in 10 hoofdcategorieën:

1. Hulpverlener zelf: gebrek aan kennis (-); gebrek aan vaardigheden (-), terugvallen op oude routines (-); acceptatie (+/-);

2. Andere hulpverleners: ander beleid of werkwijze(-), acceptatie (+/-);
3. Patiënten: wensen (+/-); compliance (+/-);
4. Setting: faciliteiten; werkdruk (+/-);
5. Financiën: geld (+/-);
6. Wet- en regelgeving: niet bevoegd tot handelen (-); apparatuur voldoet aan regels (-);
7. Extra financiering en ondersteuning (+/-);
8. Motivatie van betrokkenen (+/-);
9. Belang of de relevantie van de vernieuwing (+/-);
10. Concurrentie van andere vernieuwingen (-).

1.3.2 Veranderen en leren

Invoeren van een vernieuwing heeft als consequentie dat gebruikers andere werkgewoonten moeten aanleren. Vrijwel elk implementatietraject zal daarom scholing omvatten. Naast aandacht voor de inhoud, is het wenselijk de programmering te laten aansluiten bij de 'betrokkenheidsfase' van de gebruikers, dat wil zeggen bij de soort vragen die de gebruiker op dat moment heeft. Deze verschillen per fase. Pas nadat 'vragen uit voorgaande fasen in de ogen van de gebruiker bevredigend besproken zijn, is hij toe aan de volgende vraagstukken' (Van den Berg en Vandenbergh, 1995). Er worden drie betrokkenheidsfasen onderscheiden die een persoon doorloopt als hij betrokken raakt bij een verandering: de eerste fase wordt gekenmerkt door een sterke zelfbetrokkenheid, de tweede fase is die van de taakbetrokkenheid en de derde fase is een fase van anderbetrokkenheid. In figuur 2 worden de vragen in de verschillende fasen weergegeven.

Figuur 2: Fasen van betrokkenheid

<p>In de fase van <i>zelfbetrokkenheid</i> zal de degene die met een verandering geconfronteerd wordt eerst sterk op zichzelf betrokken zijn en vaak gevoelsmatig reageren. Er zijn vragen aan de orde als:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kan ik dit wel aan? - Doe ik het dan niet goed? - Ik heb nu alles net zo goed voor elkaar en moet ik nu weer veranderen? - Voor de vernieuwing die nu wordt voorgesteld ben ik niet voorbereid? - Wat voor daadwerkelijke hulp kan ik verwachten? - Ik heb het nooit geleerd. - Ik ben er niet voor opgeleid. <p>Als de zelfbetrokkenheidsproblemen in intensiteit verminderen of uitvoerig besproken zijn, verschuift de aandacht naar de processen en taken in verband met het gebruik van de innovatie in de concrete praktische situatie. In deze fase van <i>taakbetrokkenheid</i> richt de aandacht zich op de consequenties van de vernieuwing voor de taak. De vragen hebben verband met het bemeesteren van de processen die het gevolg zijn van de voorgestelde vernieuwing. Vragen die men dan heeft zijn bijvoorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Staat de geïnvesteerde tijd wel in verhouding tot de resultaten die behaald moeten worden? - Worden de kinderen van de ingevoerde vernieuwing wel gezonder? - Wij missen het materiaal om de vernieuwing mogelijk te maken - De vernieuwing gaat veel te vlug - Ik weet niet hoe ik alle activiteiten moet voorbereiden en organiseren - Het kost heel veel energie - Hoe moeten wij dat praktisch organiseren. <p>Na de fase van taakbetrokkenheid wordt de aandacht vooral gericht op de ander (klant, doelgroep). Tevens ligt dan de nadruk op de samenwerking met collega's, <i>fase van anderbetrokkenheid</i>. De betrokkenen gaan zich inspannen om de vernieuwing uit te werken in samenhang met activiteiten van collega's. Vragen die zich voordoen zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wat mag er van collega's verwacht worden in verband met de samenwerking in de groep? - Bemerkingen of andere interpretaties worden door mijn collega's niet in dank afgenomen. - Wij hebben problemen met het inpassen van een nieuwe collega in het team. - Hoe kunnen wij de innovatie aanpassen gebaseerd op d ervaringen die ik ermee heb opgedaan.

1.4 Onderzoeksopzet

Het evaluatieonderzoek valt uiteen in een effectevaluatie en een procesevaluatie.

De effectevaluatie bestaat uit de analyse van verschillende registraties die gedurende en voorafgaande aan het project gevoerd zijn. Op basis van deze analyses zijn twee soorten resultaten te onderscheiden: de output, hieronder verstaat men de producten die men geleverd heeft en de outcome, dit is het effect van de producten zoals bijvoorbeeld waardering van de doelgroep. De analyses zijn uitgevoerd met behulp van SPSS 9.0 for Windows. Om te bepalen of verschillen in output en outcome van het project met controlegroepen significant zijn, is de χ^2 -toets gebruikt.

In de procesevaluatie is het verloop van de implementatie in kaart gebracht. Dit wordt op twee manieren gedaan. In het documentatieonderzoek is de invoering van de geïntegreerde zorg chronologisch beschreven op basis van verslagen. Daarnaast zijn door middel van interviews de ervaringen en meningen van de medewerkers nagegaan. In het totaal zijn er ruim 10 interviews gehouden onder verschillende disciplines. De te interviewen personen zijn gekozen op basis van discipline en de organisatie waar ze werkten (Kruiswerk of GGD). Binnen deze groepen zijn de personen volstrekt willekeurig geselecteerd. De onderzoekers kenden de personen niet.

Zowel in het documentatieonderzoek als de interviews wordt er relatief veel aandacht besteed aan de verpleegkundigen en de doktersassistente. Dit komt ten eerste omdat van deze groep de meeste verslagen aanwezig waren. Ten tweede bestond het grootste gedeelte van de uitvoerende medewerkers uit verpleegkundigen.

1.5 Leeswijzer voor de rapportage

In het volgende hoofdstuk wordt het project beschreven. De hierbij gebruikte bron is het projectplan (Visée en Verhoeven, 1997). In dit hoofdstuk worden ook de verschillende fasen van het project weergegeven. In hoofdstuk 3 worden de resultaten van de effectevaluatie beschreven. In hoofdstuk 4 volgt de procesevaluatie. In hoofdstuk 5 worden conclusies getrokken. Tot slot zal in hoofdstuk 6 op de onderzoeksvragen antwoord worden gegeven en worden aanbevelingen voor de implementatie van geïntegreerde zorg voor 0 tot 19 jarigen geformuleerd.

2 Projectbeschrijving

2.1 Aanleiding

In december 1991 werd door Vriens-Otterloo in de Tweede Kamer een motie ingediend, waarin verzocht werd de verantwoordelijkheid en middelen van de Jeugdgezondheidszorg voor 0 tot 4 jarigen onder te brengen bij de gemeenten. In oktober 1992 leidde dit bij de Stichting Regionaal Kruiswerk Mark en Maas en de GGD Stadsgewest Breda tot een principebesluit over een deellovereenkomst tot samenwerking in jeugdgezondheidszorg. Een jaar later werden werkgroepen gestart die verschillende aspecten van een dergelijke integratie moesten beschrijven en aanbevelingen formuleren. De aanbevelingen hebben geleid tot het besluit om bij wijze van experiment in een deel van het gezamenlijke verzorgingsgebied een project te starten met geïntegreerde zorg voor 0 tot 19 jarigen. Een beschrijving hiervan was gereed in januari 1996. Daarna zijn de besturen van de organisatie gaan lobbyen voor financiële ondersteuning. Dit leidde echter niet tot de gewenste middelen en vervolgens is besloten het project per 1 januari 1997 met eigen middelen van start te laten gaan.

2.2 Probleemdefinities en doelstelling van het project

In het projectplan wordt een aantal problemen geïdentificeerd die het gevolg zijn van de gescheiden zorg voor 0 tot 4 jarigen en 4 tot 19 jarigen. Ten eerst wordt een breuk in de continuïteit van de zorg geconstateerd doordat de uitvoering van de zorg in handen ligt van twee organisaties. Ten tweede hebben deze organisatie ieder hun eigen specialismen, specifieke kennis en vaardigheden waardoor er niet altijd een optimale afstemming tussen vraag en aanbod wordt bereikt. Ten derde zijn er verschillende registratiesystemen waardoor beleidsvoering op termijn nadelig kan worden beïnvloed. Er wordt daarom geconcludeerd dat het de kwaliteit ten goede zou komen als de gehele zorg voor 0 tot 19 jarigen in handen van één uitvoeringsorganisatie komt.

Binnen het project is er naar gestreefd de hulpverlener een continue factor te laten zijn in de begeleiding van het kind. De zorg van 0 tot 19 jaar wordt in een kleine regio door zoveel mogelijk dezelfde hulpverleners gegeven. Dit heeft als voordeel dat er eerder een vertrouwensrelatie ontstaat tussen zorgvrager en hulpverleners en dat de hulpverlener in staat is eerder risico's waar te nemen en daarop te reageren.

De uiteindelijke doelstellingen van het project zijn:

- Betere afstemming van het zorgaanbod op de wensen van de cliënt, middels continuïteit en longitudinaliteit in het aanbod en samenwerking met andere disciplines en organisaties.
- Personeel dat breed inzetbaar is waardoor de organisatie kan anticiperen op ontwikkelingen in zorgverlening en maatschappij.
- Eenduidige, continue en longitudinale beleidsvoering ten aanzien van individuele en collectieve preventie voor 0 tot 19 jarigen.

Het project zou gedurende maximaal drie en minimaal één jaar feitelijk uitvoering plaats vinden in één proefregio, het Land van Heusden en Altena.

2.3 Opzet van het project

2.3.1 Fasen in het project

Het verloop van het project is onder te verdelen in verschillende fasen:

1. Initiatief- en definitiefase.

Vanaf het moment dat eind 1991 de motie in de Tweede Kamer werd ingediend om de zorg voor 0 tot 4 jarigen bij de gemeenten onder te brengen zijn er verschillende werkgroepen bezig geweest om tot een betere afstemming te komen tussen het Kruiswerk en GGD. Dit leidde eind 1996 tot de parttime-aanstelling van twee projectleiders, één van de GGD en één van het Kruiswerk Mark en Maas.

2. Ontwerpfase.

Deze fase liep van 1 januari 1997 tot en met juli 1997. De belangrijkste activiteiten in deze fase werden uitgevoerd door de aangestelde projectleiders, ondersteund door de hoofden JGZ van zowel het Kruiswerk als de GGD en de teamleider van het Kruiswerk van de regio "Land van Heusden en Altena ". In deze fase werd het projectplan geschreven. Met vragenlijsten is de mening van de medewerkers die uiteindelijk het project moesten gaan uitvoeren, gepeild. Ook is in enkele bijeenkomsten het plan met hen besproken.

3. Voorbereidingsfase.

In deze fase werd gewerkt aan praktische uitwerking van het projectplan. Dit zijn activiteiten zoals het opzetten van scholing, deerschikking van personeel, de planning van de werkzaamheden en het schrijven en uitvoeren van het inwerkprogramma.

De scholing bestond uit 2 verschillende trajecten, een intern en een extern. Het interne traject bestond voor de negen verpleegkundigen uit een aantal snuffelstages en in een later stadium het inwerken door een collega-verpleegkundige. Eén arts werkte al voor beide organisaties en één arts had de bevoegdheid voor beide. De doktersassistente is apart ingewerkt. Daarnaast zijn er voor alle betrokken verpleegkundigen, artsen, assistenten en logopedisten voorlichtingsbijeenkomsten gehouden door interne deskundigen, o.a. door GVO'ers, een Tandheekundig Preventief medewerkster, een diëtiste en een epidemioloog. De externe scholing is verzorgd door Stuna, een opleidingsinstituut. Bij deze scholing lag de nadruk op teambuilding, omgaan met verandering, omgaan met risico's, ontwikkeling van kinderen tot en met 12 jaar en pedagogische begeleiding van hen.

Deze fase startte in augustus 1997 en liep in het projectplan tot en met december 1997 maar is uiteindelijk uitgelopen tot juni 1998.

4. Uitvoeringsfase.

De start van de geïntegreerde zorg voor 0 tot 19 jarigen was officieel gepland op 1 februari 1998. In de praktijk was de echte start echter pas in september 1998. Dit was het moment dat alle medewerkers zelfstandig hun werkzaamheden konden uitvoeren. In maart 1999 is op directieniveau besloten de uitvoering in juli 1999 te beëindigen en het project niet te continueren. Uiteindelijk is het project op 31 juli afgesloten, zodat er wel een vol schooljaar geregistreerd kon worden.

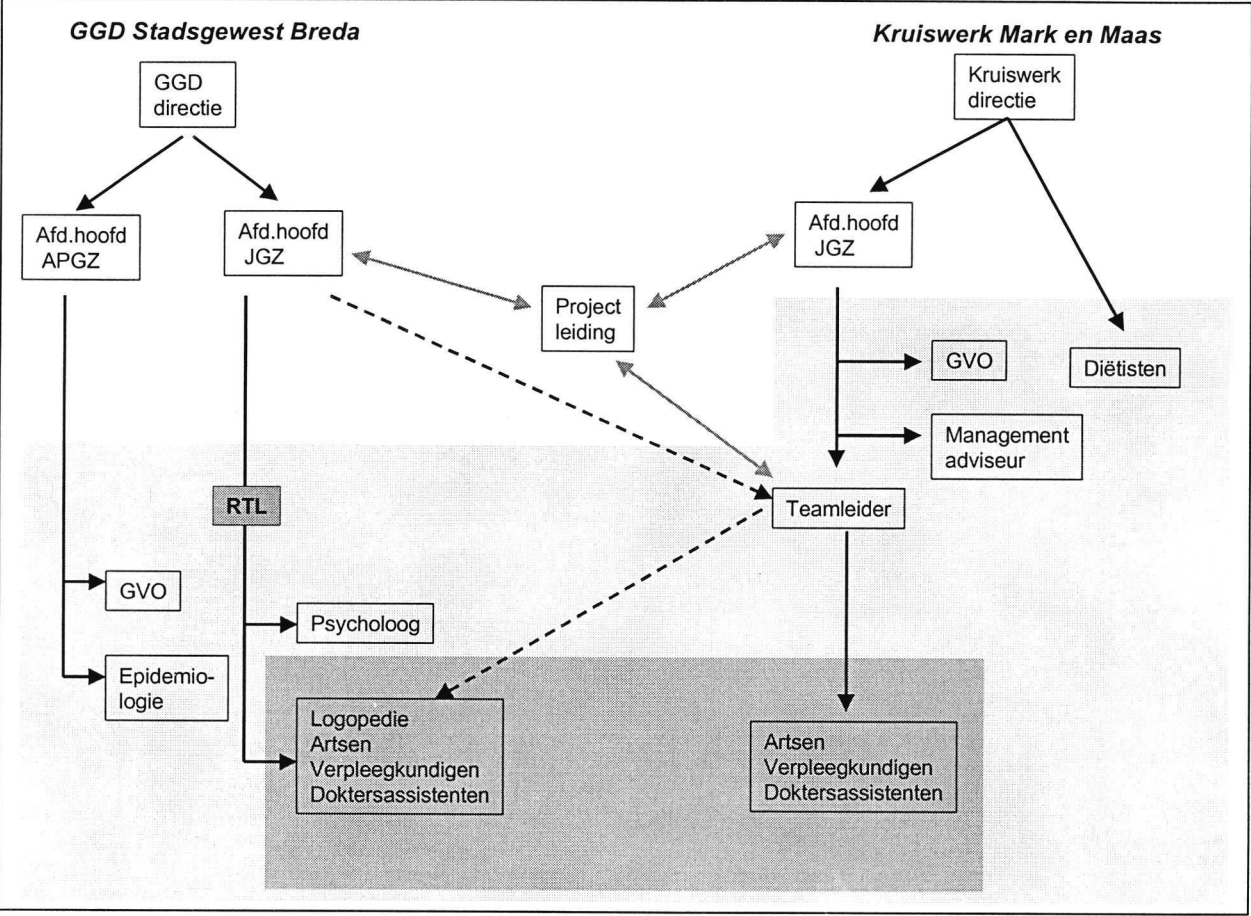
5. Nazorgfase.

In augustus 1999 is gestart met de evaluatie van het project. Deze bestaat uit een effectevaluatie en procesevaluatie waarbij ook de medewerkers de mogelijkheid hebben om hun ervaringen, visie en mening te geven over het project.

2.3.2 Projectorganisatie

In het onderstaande organogram wordt de structuur van de projectorganisatie weergegeven².

Figuur 3: Organogram van het project “Samen op de kleintjes letten”



Het donker gekleurde vak stelt het team van direct betrokken medewerkers afkomstig van de GGD en het Kruiswerk voor. Getrokken pijlen geven aan dat er een directe hiërarchische relatie aanwezig is. Zo was de teamleider van het Kruiswerk wel formeel bevoegd om leiding te geven aan de betrokken medewerkers van het Kruiswerk , maar niet aan de GGD-medewerkers. In de praktijk werd echter wel van hem verwacht dat hij ook hen aanstuurde. Dit uit zich in de onderbroken pijl.

Het licht gekleurde vak stelt het multidisciplinaire team voor. Het is duidelijk te zien dat deze medewerkers uit alle lagen van beide organisaties komen en veelal aan de verschillende afdelingshoofden verantwoordelijkheid aflegden.

Uit het organogram blijkt ook dat de projectleiding geen formele bevoegdheden had. Zij ondersteunden de afdelingshoofden en de teamleider van het Kruiswerk. Dit laat zich zien door de dubbele, grijze pijlen.

² APGZ= Algemene Preventieve GezondheidsZorg
JGZ= Jeugd GezondheidsZorg
GVO= Gezondheid Voorlichting en Opvoeding
RTL= Regio Team Leider

2.3.3 Verantwoordelijkheden

Op bestuursniveau is door zowel Kruiswerk Mark en Maas en GGD besloten tot samenwerking. De eindverantwoordelijkheid van het gezamenlijke project lag bij beide directies. Deze samenwerking is bestuurlijk onderschreven maar niet in een samenwerkingsovereenkomst vastgelegd.

De algemene leiding werd gevoerd door de beide afdelingshoofden JGZ. Afspraken tussen hen zijn mondeling gemaakt en niet op schrift teruggevonden. Of er sprake was van een taakverdeling is niet duidelijk. De afdelingshoofden legden verantwoordelijkheid af aan de eigen directie.

Alle betrokken medewerkers bleven in dienst van hun eigen organisatie. Zij hadden dus verantwoording af te leggen aan hun “eigen” afdelingshoofd.

Al voordat het project van start ging, kende het Kruiswerk de functie teamleider. Deze persoon had de dagelijkse leiding over de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen en consultatiebureau-artsen. Een dergelijke functie kende de GGD niet.

Binnen het project had gedurende de voorbereidings- en uitvoeringsfases één van de teamleiders van het Kruiswerk de dagelijkse leiding over de werkzaamheden van alle direct betrokken medewerkers. Dit betekende dat hij ook de medewerkers van de GGD diende aan te sturen terwijl zij formeel geen verantwoordelijkheid aan hem hoefden af te leggen. Zij waren alleen aan het hoofd JGZ van de GGD verantwoording schuldig.

De Regio Team Leider (RTL) van de GGD is pas aan het einde van de uitvoeringsfase van het project aangesteld. Hij had geen leidinggevende rol binnen het project, maar nam in een ondersteunende functie wel aan het multidisciplinaire team.

De projectleiders hebben met name in de ontwerpfase en voorbereidingsfase werk verricht, zoals het schrijven van het projectplan en het opzetten van de scholing. Zij werden hierbij aangestuurd door de afdelingshoofden en ondersteund door de betrokken teamleider van het Kruiswerk Mark en Maas.

Gedurende de uitvoeringsfase ondersteunden zij voornamelijk de teamleider bij de dagelijkse leiding. Zij hadden geen formele bevoegdheden over de medewerkers. Alle beslissingen met financiële consequenties werden door de hoofden JGZ genomen. De projectleiders hadden wel de eindverantwoordelijkheid over de geformeerde werkgroepen (zie paragraaf 2.3.7).

Tot slot kan nog worden opgemerkt dat beide projectleiders een dubbele pet op hadden. De ene projectleider werkte ook als arts in het project en de andere projectleider was aanvankelijk managementadviseur en aan het eind van de uitvoeringsfase, teamleider.

Er waren er binnen het project begeleiders voor het inwerken van de medewerkers met nieuwe werkzaamheden. Deze zijn niet in het organogram weergegeven daar zij alleen bij de scholing een rol speelden. Dit waren ervaren verpleegkundigen van het Kruiswerk en GGD. Er was ook een begeleider voor de doktersassistenten die in de loop van het project nieuw werden aangesteld.

2.3.4 Samenstelling van het team

Het team bestond uit direct betrokken medewerkers en medewerkers met een ondersteunende functie.

Direct betrokken medewerkers waren: negen verpleegkundigen, twee cb-/jeugdartsen, twee dokters-assistenten en twee logopedisten. Ondersteunende disciplines waren: GVO, Diëtetiek, Tandheelkundige Preventie, Psychologie en Epidemiologie. Deze laatste medewerkers waren geen verantwoording schuldig

aan de teamleider. De GVO'ers en de epidemioloog van de GGD vielen onder het hoofd APGZ en de psycholoog onder het hoofd JGZ van de GGD. De GVO'ers, managementadviseur en de teamleider van het Kruiswerk vielen onder de verantwoordelijkheid van het hoofd JGZ van het Kruiswerk Mark en Maas, de diëtisten onder de directie van het Kruiswerk Mark en Maas.

Eén cb³-/jeugdarts werkte al voor het project voor beide organisaties. De andere cb-arts werkte niet voor de GGD maar was wel geregistreerd als jeugdarts.

2.3.5 Stuurgroep

In het projectplan was een stuurgroep voorzien die, bij externe financiering, het project moest begeleiden. Doordat het bij een intern project, gefinancierd uit eigen middelen, is gebleven, was de rol van deze stuurgroep niet duidelijk. De stuurgroep is daarom niet ingesteld.

2.3.6 Financiën en formatie

In het projectplan is geen begroting opgenomen, maar wordt er wel onderscheid gemaakt tussen verschillende kosten.

- Uitvoeringskosten: de materiële en personele kosten voor de reguliere werkzaamheden van alle betrokken medewerkers.
- Voorwaardenscheppende kosten: de kosten voor extra overleg en scholing voor het personeel.
- Extra personele kosten: onder andere de kosten voor de aanstelling van de projectleiders en de benodigde secretariële ondersteuning.

Alle kosten zijn betrokken uit reguliere middelen. De voorwaardenscheppende kosten werden gedeeld door beide organisaties. Het Kruiswerk had hiervoor een bedrag van 25.000 gulden per jaar gereserveerd. Inzicht krijgen in alle kosten en de financiële middelen die voor het project zijn aangewend, is tijdrovend en vergt een specifieke evaluatie. Derhalve valt het buiten het bestek van dit evaluatieonderzoek.

De formatie die gedurende het project beschikbaar was, was een optelling van de al aanwezige formatie.

Artsen	1.9 FTE ⁴	2 personen
Verpleegkundigen	5.6 FTE	9 personen
Doktersassistenten	1.6 FTE	2 personen
Logopediste	0.6 FTE	2 personen

Verder was voor de projectleiding 0,3 FTE beschikbaar. De projectleider van het Kruiswerk werd uit het gereserveerde geld betaald. De formatie doktersassistent , oorspronkelijk 1,0 FTE, werd ingevuld vanuit de GGD. Bij de start van de uitvoeringsfase is 0,6 FTE aangevuld door het Kruiswerk.

³ cb= consultatiebureau
⁴ 1,0 FTE = aanstelling voor 36 uur in de week

2.3.7 Scholing

Hoewel artsen, verpleegkundigen en dokterassistenten in principe voldoende basisopleiding hadden, hebben in de voorbereidingsfase met name de verpleegkundigen en de doktersassistenten extra theoretische en praktische scholing gekregen. Het theoretische gedeelte werd deels verzorgd door medewerkers van de GGD en Kruiswerk, zoals bijvoorbeeld over epidemiologie en registratie en deels een scholingsinstituut, Stuna. De externe scholing was gericht op het eigen functioneren en teambuilding. De keuze voor Stuna is door de projectleiders na overleg met een personeelsfunctionaris van het Kruiswerk gemaakt. Hun advies is goedgekeurd door de afdelingshoofden.

Al in een vroeg stadium werd praktijkopleiding noodzakelijk geacht. Dit kreeg gestalte in snuffel- en werkstages. Tijdens de snuffelstages liepen de verpleegkundigen van de GGD en het Kruiswerk met elkaar mee. De werkstages hielden in dat men de nieuwe werkzaamheden uitvoerde onder begeleiding van een ervaren collega. Hiervoor is een inwerkprogramma geschreven. Deze wijze van scholing is door de afdelingshoofden en de projectleiding gekozen om goed te kunnen aansluiten bij de behoefte van de verpleegkundigen aan scholing in praktische vaardigheden. De dokterassistenten, gedurende de voorbereidingsfase was dat er nog maar één, had een eigen inwerkprogramma. Deze was gemaakt door de teamleider en één van de projectleiders.

2.3.8 Overlegsituaties

Het project kende de volgende overlegvormen:

- 2 maal per maand was er overleg tussen alle verpleegkundigen;
- 1 maal per maand namen ook artsen, dokterassistenten en logopedisten aan het hiervoor genoemde overleg deel;
- 1 maal in de drie maanden vond een interdisciplinair-overleg plaats. Dit is met alle betrokken medewerkers: artsen, verpleegkundigen, dokterassistenten, logopedisten en ondersteunende disciplines (GVO, Diëtisten, Psycholoog en Epidemioloog);
- 1 maal per maand was er overleg tussen de beide afdelingshoofden JGZ, de twee projectleiders en de teamleider om de gang van zaken binnen het project te bespreken.

Bestaande externe overlegstructuren zijn voortgezet, bijvoorbeeld hometeams, leerlingbegeleiders op school.

2.3.9 Werkgroepen

Met name op het gebied van het collectieve groepsgerichte zorg moesten een aantal producten nog ontwikkeld worden. Hiervoor werden werkgroepen van direct betrokken en ondersteunende medewerkers ingesteld. Er waren vier werkgroepen die protocollen, handleiding en materialen moesten ontwikkelen:

- Verpleegkundig kleuterbureau: het kleuterbureau voor kinderen van 3 jaar;
- Kindercentraleid: gezondheidsbeleid op kindercentra;
- Spraak- taalontwikkeling: omgaan met spraak- taalontwikkeling tijdens groepsgerichte en individuele contacten;
- Netwerk: sociale kaart van het Land van Heusden en Altena;
- PR: ontwikkeling en bewaking van de informatie aan klanten.

2.3.10 Informatievoorziening

De informatievoorziening is onder te verdelen in twee onderdelen: informatiestromen binnen de projectorganisatie en gericht op klanten en externe relaties.

Voor de interne informatiestroom, bedoeld om de het gehele interdisciplinaire team op de hoogte te houden, zijn diverse middelen aangewend zoals werk- en discipline-overleg, aparte bijeenkomsten en brieven.

Ouders en kinderen werden geïnformeerd door folders en posters, artikelen in plaatselijke en vakbladen. Huisartsen, andere intermediairen en gemeenten zijn op de hoogte gehouden door brieven en persoonlijke contacten.

In dit kader was ook een goede bereikbaarheid van de medewerkers van belang. Daarom was er dagelijks een spreekuur van 13.00 tot 14.00 door een verpleegkundige

2.4 Productbeschrijving

In figuur 4 staat het algemene individugerichte productenaanbod binnen het project weergegeven. Naast dit algemene individu-gerichte deel van de collectieve preventieve zorg maakten de volgende activiteiten deel uit van het productenaanbod:

- Gericht preventief onderzoek: huisbezoek op indicatie en/of onderzoek op indicatie (door arts of verpleegkundige), jongerenspreekuur, deelname leerlingbeleidingsteams;
- CARA saneringshuisbezoek;
- Extra lang consult;
- Vervolgonderzoek spraak, taal, stem en gehoor;
- Themabijeenkomsten;
- Registratie van de PGO's, screeningen en alle andere verrichtingen;
- Registratie logopedische screening;
- Gericht preventief gezondheidsonderzoek op doelgroepen;
- Schoolgezondheidsbeleid basis- en voortgezet onderwijs;
- Telefonisch informatieverstrekking/ telefonisch spreekuur;
- Vaccinaties jeugdigen 4- en 9-jarigen;
- Samenwerking in beleids/thema-netwerken gericht op jeugd;
- Samenwerking in lokale zorgnetwerken/ buurtnetwerken gericht op jeugd;
- Ontwikkeling kindercentrabeleid.

Figuur 4: Het algemene individugerichte productenaanbod

Product	Leeftijd kind	Uitvoerende discipline	Tijdsduur (in minuten)
PKU/CHT ⁵	5-7 dagen	Verpleegkundige	30
Huisbezoek	10 dagen	Verpleegkundige	60
PGO	4 weken	Arts en verpleegkundige	24
Groepsbureau	6/10 weken	Verpleegkundige	90 per 6/8 kinderen
PGO	8 weken	Verpleegkundige	15
PGO + inenten	3 maanden	Arts en verpleegkundige	24
PGO + inenten	4 maanden	Verpleegkundige	15
PGO + inenten	5,5 maanden	Arts en verpleegkundige	24
PGO	7,5 maanden	Verpleegkundige	15
CAPAS	9 maanden	Specialistisch verpleegkundige	5
PGO + VOV	9,5 maanden	Arts en verpleegkundige	24
PGO + inenten	12 maanden	Verpleegkundige	15
PGO + inenten	14 maanden	Arts en verpleegkundige	20
Groepsbureau	1,5 jaar	Verpleegkundige	90 per 6/8 kinderen
PGO	2 jaar	Arts + assistente	20
Groepsbureau	2,5 jaar	Verpleegkundige	90 per 6/8 kinderen
PGO	3 jaar	Verpleegkundige	20
PGO + inenten	4 jaar	Arts + assistente	20
Spraak/taal onderzoek	4,5 jaar	Logopediste	20
PGO	5,5 jaar	Arts + assistente	30
PGO	10,5 jaar	Verpleegkundige	25
PGO	13 jaar	Arts + assistente	20

Voor een beschrijving van de producten wordt verwezen naar de productenboeken van Kruiswerk Mark en Maas afdeling JGZ en de productencatalogus GGD West-Brabant afdeling JGZ (in voorbereiding). Voor het project waren de producten van het Kruiswerk met name individu-gericht en die van de GGD meer groepsgericht.

2.5 Beschrijving van de werkzaamheden

De meeste producten voor ouders en kinderen veranderden in het project weinig. De inhoud van de functie en de werkzaamheden voor de medewerkers wel. Dit geldt met name voor de verpleegkundigen, maar toch ook voor de artsen en de doktersassistenten. De belangrijkste veranderingen in werkzaamheden worden hieronder per functie aangegeven.

- Jeugd- en consultatiebureau-artsen binnen het land van Heusden en Altena werkten al gedeeltelijk geïntegreerd. Zij werkten wel tijdens de consultatiebureaus vaker samen met doktersassistenten in plaats van met verpleegkundigen.
- Voor verpleegkundigen waren er wezenlijke veranderingen:
 - Ineenschuiven van de werkzaamheden van het Kruiswerk en de GGD betekende voor de verpleegkundigen een uitbreiding van de leeftijdsgroep en daardoor kregen zij er nieuwe werkzaamheden bij. Het verpleegkundig werk werd 80% werkzaamheden voor 0-4 jarigen en 20%

⁵ PKU/CHT = hiehprik

PGO = Preventief Gezondheidsonderzoek

CAPAS = gehoortest

werkzaamheden voor 4-19 jarigen. Dit betekent vooral voor de GGD-verpleegkundigen een zeer grote verandering. Men werkte wel in een kleiner gebied.

- Verpleegkundigen van het Kruiswerk gingen zelfstandig bureaus draaien, terwijl zij in de oude situatie veel meer met de artsen samenwerkten.
 - Het zelfstandig uitvoeren van het verpleegkundig kleuterbureau⁶ voor 3-jarigen was voor alle betrokkenen nieuw.
 - De verpleegkundige werd het centrale aanspreekpunt voor ouders en kinderen.
 - De nadruk van het verpleegkundig werk lag meer nog dan voorheen op de psychosociale ontwikkeling van het kind en pedagogische advisering van de ouders.
 - De loskoppeling van arts en verpleegkundige onderstreepte niet alleen de zelfstandigheid van de verpleegkundige, maar creëerde ook meer ruimte voor een netwerk met anderen die voor en met kinderen en jeugdigen werkten.
- Logopedisten konden nu hun aandacht richten op de spraak- taalontwikkeling van peuters en kleuters. Jonge kinderen konden daardoor eerder worden doorverwezen. Er waren geen extra logopedische screeningen.
 - Extra werkzaamheden van de GVO'ers lagen met name op het gebied van de Public Relations van het project en de ontwikkeling van het Kindercentrabeleid (werkgroepen).
 - De doktersassistenten assisteerden nu in plaats van de verpleegkundige de arts tijdens het peuter/kleuterbureau .

Voor een overzicht van de werkzaamheden van verpleegkundigen, artsen, doktersassistenten en logopedisten wordt verwezen naar de taak- en functieomschrijvingen van de afdelingen JGZ van het Kruiswerk Mark en Maas en de GGD West-Brabant.

De rol van de ondersteunende disciplines GVO, diëtetiek, epidemiologie en psychologie zijn in het projectplan niet omschreven.

⁶ Het verpleegkundige kleuterbureau (PGO) voor 3-jarigen werd in een nieuwe vorm aangeboden. Zie tabel producten aanbod.

3 Effectevaluatie

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de effectevaluatie beschreven. In de beschrijving wordt eerst de vraag aangehaald waarna de resultaten worden gepresenteerd. Vervolgens wordt in de conclusie de vraag beantwoord. In hoofdstuk 5, worden de conclusies samengevat en besproken.

Het doel van de effectevaluatie is om te bepalen of de gezamenlijke zorg voor 0 tot 19 jarigen overeenkomstig de doelstellingen is uitgevoerd. Dat wil zeggen of de te leveren productie is gerealiseerd (output) en of dat naar tevredenheid van de klant (outcome) is gebeurd (Buurma, 1999). Er is onderzocht of het project de kwaliteit van de zorg minimaal op het oude niveau handhaaft.

De volgende vragen zijn onderzocht:

1. Is het percentage vervolgonderzoeken of gesprekken als gevolg van de standaardcontactmomenten (PGO's en screenings) niet afgenomen?
2. Vinden er vaker "onderzoek op verzoek" van bijvoorbeeld leiding kindercentra, huisartsen, leerkrachten of ouders plaats?
3. Zijn er meer contacten op verzoek van ouders, jongeren en intermediairen uitgesplitst naar psychosociale en lichamelijke vragen?
4. Vindt er een verhoging plaats van het aantal adviezen en doorverwijzingen voor spraak/taal problemen en problemen met mondgezondheid op basis van alle contacten?
- 5a. Is in iedere gemeente minimaal één voorlichtingsbijeenkomst voor ouders en verzorgers georganiseerd met een hogere opkomst dan voorheen?
- 5b. Is er minimaal één netwerk waar een projectmedewerker lid is?
- 5c. Is er minimaal éénmaal contact geweest met ieder kindercentrum in de gemeente?
6. Is er in groepsgerichte activiteiten vaker dan voorheen aandacht besteed aan spraak/taal en mondgezondheid?
7. Zijn ouders en jongeren van het land van Heusden en Altena meer tevreden over de dienstverlening in vergelijking met de rest van het Stadsgewest Breda?
8. Is de ervaring van ouders bij groepsbijeenkomsten in het Land van Heusden en Altena gedurende de projectperiode minstens net zo goed als in de rest van Stadsgewest Breda in de periode 1996 en 1997?
9. In welke mate is er gebruik gemaakt van het telefonisch spreekuur, door wie en waarvoor?

Voor de effectevaluatie zijn verschillende bestaande registraties gebruikt. In sommige gevallen blijken echter de beschikbare gegevens niet geheel geschikt. De registratie is dan toch gebruikt omdat er geen alternatief was en er op deze manier wel een indicatie verkregen kon worden.

Er wordt in de resultaten een onderscheid gemaakt tussen de output van het project "Samen op de kleintjes letten" en de klanttevredenheid.

De output binnen dit project zijn de in het projectplan afgesproken uit te voeren werkzaamheden en activiteiten zoals bijvoorbeeld de preventieve gezondheidsonderzoeken, onderzoeken op verzoek, adviezen, de ouderbijeenkomsten of de contacten met zorgnetwerken.

De registraties hadden betrekking op:

- de verrichtingen van de medewerkers (*output*);
- de externe activiteiten (waaronder het onderhouden van zorgnetwerken) van de medewerkers (*output*);
- de tevredenheid van over de individuele contacten (*outcome*);
- de tevredenheid over de ouderbijeenkomsten (*outcome*);
- het gebruik van het ingestelde telefonische spreekuur.

Het telefonisch spreekuur is moeilijk in te delen, omdat het deels iets zegt over de output. Het zegt het in afgeleide zin echter ook iets over de bereikbaarheid en toegankelijkheid van het project.

Voor de eerste 4 vragen is de verrichtingenregistratie gebruikt. Voor de daarop volgende vragen waren er specifieke registraties.

Voor de registratie van de verrichtingen werd bij ieder contactmoment met een kind een registratieformulier ingevuld door de medewerkers van JGZ. Deze manier van registreren werd ook al voor het project door de GGD bij 4-19 jarigen toegepast. Hierdoor konden de resultaten bij de 4-19 jarigen vergeleken worden met de situatie in 1997 in het Land van Heusden en Altena. Dit geldt niet voor de resultaten bij de 0 tot en met 4 jarigen. Deze worden wel gepresenteerd, maar er is geen vergelijkingsmateriaal. Voor het project registreerde het Kruiswerk nog niet op deze manier.

In de evaluatie worden drie leeftijdsgroepen onderscheiden: 0 tot en met 4 jaar, 5 tot en met 12 jaar en 13 tot en met 19 jaar.

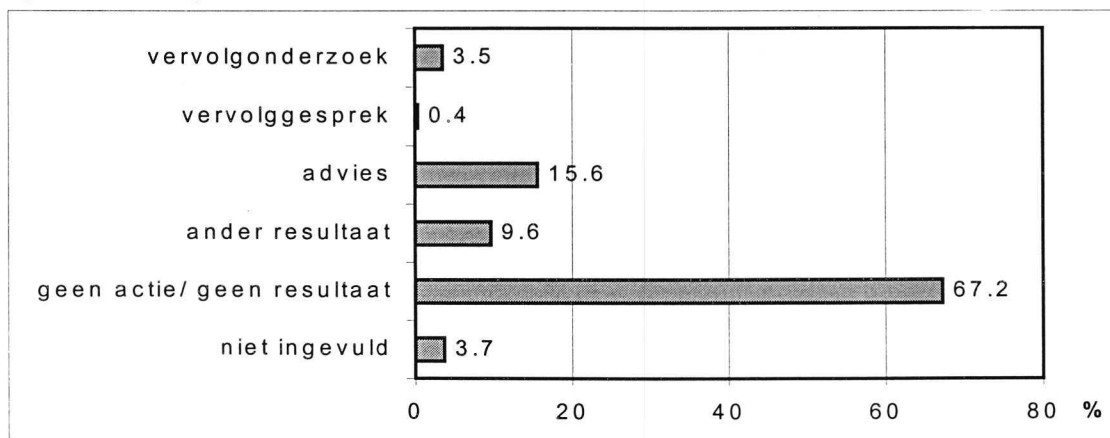
Wanneer er verschillen tussen het controlejaar en het projectjaar gepresenteerd worden is dit verschil statistisch significant met een p-waarde kleiner dan 0,05. Dit wil zeggen dat de kans dat het gevonden verschil toevallig is kleiner is dan 5%.

3.2 Resultaten

1. Is het percentage vervolgonderzoeken of gesprekken als gevolg van de standaardcontactmomenten (PGO's en screeningen) niet afgenomen?

Eerst wordt er naar de groep 0 tot en met 4 jarigen gekeken. In totaal werden gedurende het projectjaar 9701 Preventieve gezondheidsonderzoeken en screeningen uitgevoerd bij deze leeftijdsgroep. Bij 316 hiervan werd er meer dan 1 resultaat geregistreerd.

Figuur 5: Verdeling van de eerste resultaten van de 'standaardcontactmomenten voor 0 tot en met 4 jarigen



Binnen de leeftijdsgroep 5 tot en met 12 jaar hebben er in het projectjaar 2139 PGO's en screeningen plaatsgevonden. In het controlejaar 1924. Gedurende het projectjaar werd 252 keer twee maal een resultaat geregistreerd (12%), in het controlejaar was dit 274 keer (14%).

Figuur 6: Verdeling van de verschillende resultaten van de standaardcontactmomenten bij 5 tot en met 12 jarigen

	Eerste resultaat (p < 0,000)		Tweede resultaat (p < 0,000)	
	Controle n = 1924	Project n = 2139	Controle n = 274	Project n = 252
Vervolgonderzoek	28,7%	23,5%	38,3%	25,8%
Vervolggesprek	3,4%	1,9%	7,7%	4,4%
Advies	15,7%	17,2%	43,1%	36,1%
Geen actie	45,0%	45,6%	0,7%	4,0%
Anders	7,2%	11,7%	10,2%	29,8%

Relatief is het aantal vervolgonderzoeken of gesprekken voor lichamelijke of psychosociale redenen afgenomen.

Binnen de leeftijdsgroep 13 jaar en ouder hebben er in het projectjaar 514 PGO's plaatsgevonden. Dit is twee keer zoveel als in het controlejaar, waarin het aantal 256 was.
 Met name het aantal PGO's in klas 2 voor VBO en IVBO steeg van 212 in het controlejaar naar 424 in het projectjaar. Er zijn geen significante verschillen in deze leeftijdsgroep in de resultaten tussen het controle- en projectjaar.

Er is een toename van het aantal PGO's en screeningen in het projectjaar. Dit geldt voor alle kinderen tussen de 4 en 20 jaar. Binnen de leeftijdsgroep 5 tot en met 12 jaar is het percentage vervolgonderzoeken en gesprekken afgenomen. Dit geldt zowel voor alle eerste en tweede resultaten. Het percentage adviezen is ongeveer gelijk gebleven en andere soorten resultaten (verwijzing, overleg, medicatie of huisbezoek) zijn toegenomen. Er is geen toename in psychosociale problematiek tussen het controle- en projectjaar.

2. Vinden er vaker “onderzoek op verzoek” van bijvoorbeeld leiding kindercentra, huisartsen, leerkrachten of ouders plaats?

Bij de 0 tot en met 4 jarigen hebben er in het projectjaar 1140 contacten op verzoek van derden plaatsgevonden. In de onedrstaande tabel is de verdeling weergegeven.

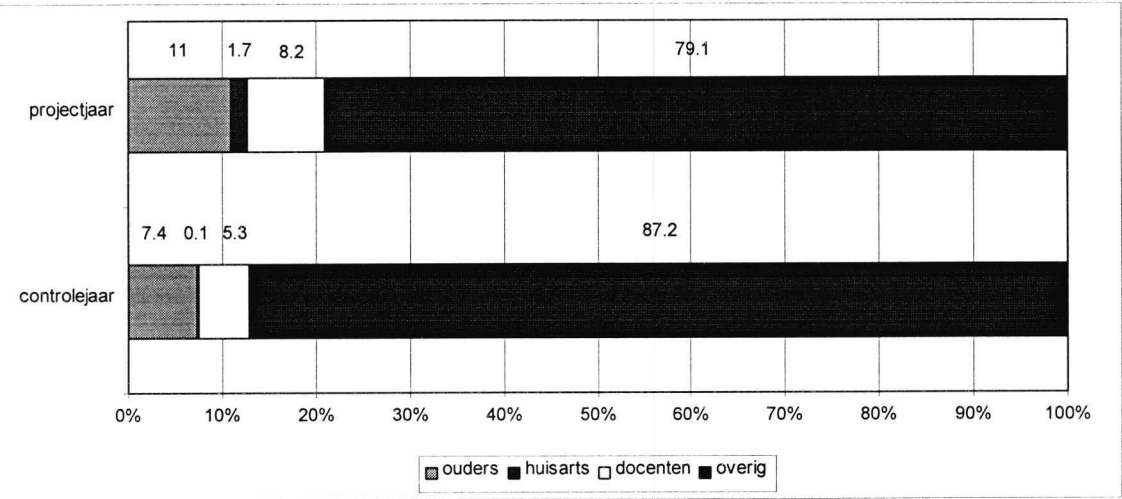
Figuur 7: Verdeling van de aanvragers van ‘onderzoeken op verzoek’

Aanvrager	n = 1140
Ouders	29,4%
Huisarts	2,9%
Docenten	3,9%
Kinderdagverblijf	0,3%
Overig	63,5%
Overig = medewerkers JGZ, jeugdige, BVA, bureau jeugdzorg, enz	

Voor de groep kinderen ouder dan 4 jaar is er een vergelijking te maken met het voorgaande jaar.

In het controlejaar hebben er bij kinderen ouder dan 4 jaar 1685 contacten op verzoek van derden plaatsgevonden. In het projectjaar waren dit er 1967. In figuur 3 staat weergegeven van wie de verzoeken kwamen.

Figuur 8: Op wiens verzoek vond onderzoek plaats



De verschillen tussen het controlejaar en het projectjaar zijn significant ($p < 0,000$).

In het projectjaar hebben er dus meer onderzoeken op verzoek plaatsgevonden. Dit is te verklaren door een toename van het aantal verzoeken door ouders, huisartsen en docenten.

3. Zijn er meer contacten op verzoek van ouders, jongeren en intermediairen uitgesplitst naar psychosociale en lichamelijke vragen?

Bij de 5 tot 12 jarigen is het aantal onderzoeken op verzoek, door ouders, jongeren en intermediairs in verband met psychosociale of lichamelijke problemen van 178 in het controlejaar toegenomen naar 311 in het projectjaar. Voor de leeftijdsgroep 13 jaar en ouder is het aantal onderzoeken op verzoek in verband met deze problematiek toegenomen van 12 (controlejaar) naar 79 (projectjaar). In de leeftijdsgroep 0 tot 4 jaar vonden gedurende het projectjaar 393 van dergelijke onderzoeken op verzoek plaats.

In figuur 9 worden de resultaten getoond van deze onderzoeken naar leeftijdsgroep. In het registratieformulier kunnen twee verschillende vragen of problemen geregistreerd worden. Bij ongeveer 6% van de contacten werden twee problemen genoteerd. In de onderstaande tabel worden alleen de resultaten met betrekking tot het eerste probleem weergegeven⁷.

⁷ In de registratie staat het eerste resultaat los van de tweede (zie registratieprotocol integratieproject "Samen op de kleintjes letten").

Figuur 9: Verdeling van de resultaten van de onderzoeken op verzoek naar leeftijdsgroepen en naar soort problemen

	0 tot en met 4 jaar		5 tot en met 12 jaar (p < 0,000)		13 jaar en ouder (n.s.)	
	Controle	Project n = 393	Controle n = 187	Project n = 311	Controle n = 12	Project n = 79
Lichamelijke problemen	-	54%	55%	21%	17%	11%
Psychosociale problemen	-	46%	45%	79%	83%	89%
n.s.: niet significant						
- : geen registratie in het controlejaar						

In de leeftijdsgroep 0 tot en met 4 jaar werd er 20 keer een tweede resultaat geregistreert. Bij de 5 tot 12 jarigen werd in het controlejaar 29 keer een tweede resultaat geregistreerd in het project jaar 21 keer. De verschillen naar problematiek waren niet significant. Binnen de leeftijdsgroep 13 jaar en ouder werd in het controlejaar bij 4 contacten een tweede resultaat gevonden, in het projectjaar 3 keer. Ook dit leverde geen significant verschil naar problematiek.

In het project jaar is er bij alle 5 tot en met 19 jarigen buiten de standaardcontacten (Preventieve Gezondheidsonderzoeken) meer onderzoeken op verzoek uitgevoerd. Opvallend daarbij is dat in de groep 5 tot en met 12 er in het controlejaar relatief vaker psychosociale dan lichamelijke problemen geconstateerd worden .

4. Vindt er een verhoging plaats van het aantal adviezen en doorverwijzingen voor spraak- taalproblemen en problemen met mondgezondheid op basis van alle contacten?

In de leeftijdsgroep van 0 tot en met 4 jaar worden in het algemeen 4089 keer problemen geconstateerd waarmee iets gedaan wordt, dit zijn alle resultaten samen. Dit kan een vervolgonderzoek zijn maar ook een doorverwijzing of advies. In het totaal zijn er 2428 doorverwijzingen en adviezen geweest. 61,4% van de problemen hebben betrekking op de lichamelijke ontwikkeling van het kind. 30,2% heeft te maken met psychosociale problematiek en 7,1% logopedisch en 1,3% mondgezondheid.

Bij de kinderen van 5 jaar of ouder worden logopedische problemen minder vaak als eerste resultaat geregistreerd dan in het controlejaar (27,8% versus 30,2% ; p < 0,000). Ook het aandeel logopedische problemen als tweede resultaat is in het projectjaar iets (maar wel statistisch significant) lager dan in het controlejaar (20,3% versus 18,8%;p < 0,000).

Gedurende het projectjaar vindt er dus geen verhoging plaats van het aantal adviezen en doorverwijzingen voor spraak- taalproblemen. Over de problemen met mondgezondheid is geen uitspraak te doen omdat dit gedurende het projectjaar voor het eerst geregistreerd werd.

5a. Is er in iedere gemeente minimaal één voorlichtingsbijeenkomst voor ouders en verzorgers georganiseerd met een hogere opkomst dan voorheen?

5b. Is er minimaal één netwerk waarvan een projectmedewerker lid is?

5c. Is er minimaal éénmaal contact geweest met ieder kindercentrum in de gemeente?

Voor de registratie van externe activiteiten heeft elke medewerker van JGZ het aantal en het soort externe activiteiten, bijgehouden. Vergelijking met 1997 is niet mogelijk omdat in de registratie niet duidelijk wordt aangegeven om welke leeftijdsgroepen het gaat. Deze registratie is daardoor minder geschikt maar er was geen alternatief.

In figuur 10 staat per gemeente een overzicht van het aantal groepsbijeenkomsten voor ouders en het aantal deelnemers.

Figuur 10: Per gemeente een overzicht van het aantal groepsbijeenkomsten voor ouders en het aantal deelnemers

Gemeente	Aantal groepsbijeenkomsten	Deelnemers
Aalburg	43	383 personen
Werkendam	17	165 personen
Woudrichem	34	157 personen

In de gemeente Aalburg hebben er 3 geregistreerde contacten met een netwerk plaatsgevonden. Eén daarvan ging over armoede en één was een bijeenkomst met de Klankbordgroep Jeugd. In Werkendam zijn er meerdere bijeenkomsten geweest met verschillende netwerken. Een belangrijk netwerk was “Werkendam, laat je tanden stralen” en een netwerk omtrent lokaal gezondheidsbeleid. In Woudrichem is er één netwerkbijeenkomst geweest. Waarover en met wie, is niet bekend.

Tot slot is er nagegaan of er met elk kindercentrum in elke gemeente contact is geweest. Hierbij is het afgeven van voorlichtingsmateriaal met een korte instructie niet meegeteld. Het blijkt dat in Aalburg met alle kindercentra (4 stuks) contact is geweest. In Werkendam met 1 van de zes kindercentra. In Woudrichem is met geen enkel kindercentra een geregistreerd contact geweest.

In alle gemeenten hebben dus groepsbijeenkomsten voor ouders plaatsgevonden. Ook is in elke gemeente contact geweest met een netwerk. In Woudrichem was dit maar eenmaal in tegenstelling met Aalburg waar er 11 keer contact is geweest. Ook zijn volgens deze registratie, lang niet alle kindercentra bereikt.

6. *Is er in groepsgerichte activiteiten vaker dan voorheen aandacht besteed aan spraak/taal en mondgezondheid?*

In figuur 11 staat per gemeente een overzicht van het aantal groepsbijeenkomsten waarin aandacht besteed is aan spraak/taal en het aantal deelnemers. Er zijn geen gegevens uit 1997. Opvallend is wel dat er in Woudrichem geen geregistreerde groepsgerichte activiteiten zijn geweest.

Figuur 11: In tabel 5 staat per gemeente een overzicht van het aantal groepsbijeenkomsten waarin aandacht besteed is aan spraak/taal en het aantal deelnemers

Gemeente	Aantal groepsbijeenkomsten	Deelnemers
Aalburg	27	445 personen
Werkendam	12	1169 personen
Woudrichem	0	0 personen

7. *Zijn ouders en jongeren van het land van Heusden en Altena meer tevreden over de dienstverlening in vergelijking met de rest van het stadsgewest Breda?*

Voor deze vraag is de klantentoets van de GGD gebruikt⁸. Deze klantentoets is in november 1997 in het Stadsgewest Breda ingevoerd. Eén op de tien contacten van JGZ krijgt een vragenlijst thuisgestuurd.

⁸ Zie het handboek klantentoets jeugd, GGD West-Brabant, 1999.

Gedurende het project werd er in het Land van Heusden en Altena naar één op de twee contacten een vragenlijst gestuurd.

Er zijn een paar problemen met deze registratie waardoor de evaluatievragen slechts gedeeltelijk beantwoord kunnen worden.

Ten eerste is het niet mogelijk een vergelijking te maken met de periode voorafgaande aan het project. Dit komt omdat het project vanaf februari 1998 officieel van start is gegaan. Men ging geleidelijk over op geïntegreerde zorg. Hierdoor is de periode vooraf (november 1997 t/m januari 1998) erg kort en zijn er minder dan 20 respondenten uit het Land van Heusden en Altena. Er is dus geen vergelijking mogelijk. Ten tweede kunnen de resultaten van de klantentoets voor 0-4 jarigen niet vergeleken worden met de overige regio's van het Stadsgewest Breda, omdat deze niet benaderd zijn.

In de onderstaande tabel wordt de mening van de ouders over het bezoek aan het consultatiebureau weergegeven. Dit zijn dus de ouders van de kinderen van 0 tot 4 jaar. Voor hen is er dus geen vergelijkingsmateriaal.

Figuur 12: Het percentage klanten dat tevreden was over de verschillende aspecten van het contact

Aspecten van het contact	
De wachttijd is aanvaardbaar	86,6%
De onderzoeksruimte behoeft geen verbetering	63,8%
Ouder voelde zich op zijn/haar gemak	88,5%
Kind werd op zijn/haar gemak gesteld	84,0%
Ouder had het gevoel dat zijn/haar mening ertoe deed	82,3%
Er was voldoende gelegenheid tot vragen stellen	92,1%
Men gaat zeker weer naar JGZ-onderzoek	76,1%
Het onderzoek komt met de verwachting overeen	77,5%
Ouder heeft het gevoel dat de gegevens vertrouwelijk behandeld worden	99,1%
Men is op de hoogte dat men zelf een onderzoek kan aanvragen	46,5%
Men heeft ooit een zelf een onderzoek aangevraagd	17,9%
Ouder heeft ooit een folder ontvangen	71,1%
Ouder heeft voldoende informatie	77,2%
Men weet waar men met een klacht terecht kan	27,1%
Men heeft ooit een medewerker gebeld	48,8%

Voor de leeftijdsgroep boven de 4 jaar wordt de resultaten van het Land van Heusden en Altena vergeleken met de rest van regio Stadsgewest Breda.

- In het land van Heusden en Altena is de gemiddelde wachttijd tussen de 5 en 6 minuten. In de overige regio's ligt de tijd gemiddeld tussen de 8 en 9 minuten. Dit verschil is statisch significant ($p < 0,000$).
- Een groter deel van de klanten in het Land van Heusden en Altena (94,7%) vindt de wachttijd aanvaardbaar dan in de overige regio's (84,8%; $p < 0,000$).
- 4,1% van de ondervraagden in het Land van Heusden en Altena vindt dat de onderzoeksruimte verbetering behoeft. Dit is minder dan de 6,7% in de overige regio's ($p < 0,002$). De meeste mensen vinden dat er meer privacybescherming moet zijn en dat de onderzoeksruimte wat gezelliger mag worden aangekleed.

In de klantentoets worden ook vragen gesteld over de bejegening.

- In het Land van Heusden en Altena wordt vaker aangegeven dat men zich op zijn of haar gemak voelde dan in de overige regio's van het Stadsgewest Breda (91,4% versus 85,9%; $p=0,016$).
- Er is geen statistisch significant verschil wat betreft het op het gemak stellen van het kind. Ongeveer 90% van de respondenten was tevreden.
- Zowel in het Land van Heusden en Altena als de overige regio's van het Stadsgewest vond men vaak (ongeveer 85%) dat zijn of haar mening er toe deed en dat er voldoende gelegenheid was tot vragen stellen.

Ook over het gezondheidsonderzoek zelf werden in de klantentoets enkele vragen gesteld.

- De tevredenheid met het onderzoek verschilde niet significant tussen het Land van Heusden en Altena en de overige regio's van het Stadsgewest Breda (ongeveer 95% was tevreden).
- Dit geldt ook voor de mate waarin de medewerkers rekening hadden gehouden met het gewenste tijdstip (ongeveer 53%).
- In het Land van Heusden en Altena wordt wel vaker aangegeven dat men het volgende JGZ-onderzoek zal gaan (91,7% versus 87,1%; $p=0,043$).
- Wat betreft de verwachting ten opzichte van het onderzoek, het gevoel hebben dat er vertrouwelijk met de gegevens om wordt gegaan en dat men op de hoogte is van de mogelijkheid om zelf een onderzoek aan te vragen, zijn er geen verschillen tussen het Land van Heusden en Altena en de overige regio's van het Stadsgewest Breda. Ongeveer 79% vindt dat het onderzoek overeenstemt met hun verwachting. 98% heeft gevoel dat de gegevens vertrouwelijk behandeld worden en 31% is op de hoogte dat men zelf een onderzoek kan aanvragen.

Wat betreft de folders zijn er weinig verschillen tussen de gebieden. Gemiddeld 45% heeft ooit een folder ontvangen, 87% vindt de folder informatief, en 2% vond hem moeilijk te lezen. De ondervraagden in het Land van Heusden en Altena vonden de folder wel vaker mooi vormgegeven dan in de overige regio's (69,0% versus 53,7% ; $p=0,002$).

Zowel in het Land van Heusden en Altena als in de overige regio's is ongeveer 71% van de ondervraagden op de hoogte hoe te handelen bij klachten. Ook geven ongeveer evenveel mensen aan ooit wel eens met een medewerker gebeld te hebben (15%).

In het algemeen is men in het land van Heusden en Altena dus meer tevreden over de wachtruimte en de wachttijden dan in de overige regio's van het Stadsgewest Breda. Verder voelt men zich als ouder vaker op hun gemak gesteld. Ook geeft men iets vaker aan weer naar een JGZ-onderzoek te gaan. De folder wordt door de ouders in het Land van Heusden en Altena mooier gevonden.

8. *Is de ervaring van ouders bij groepsbijeenkomsten in het Land van Heusden en Altena gedurende de projectperiode minstens net zo goed als in de rest van Stadsgewest Breda in de periode 1996 en 1997?*

Na elke georganiseerde ouderbijeenkomst worden de deelnemers verzocht een evaluatieformulier in te vullen.

In de evaluatie van de ouderbijeenkomsten worden een aantal kwaliteitsaspecten van de bijkomst nagegaan. In figuur 13 staan deze aspecten genoemd met daarnaast of het verschilt tussen het Land van Heusden en Altena en de overige regio's in het Stadsgewest Breda.

De ervaring van de ouders met de georganiseerde ouderbijeenkomsten is binnen het project even goed als in de overige regio's van het Stadsgewest Breda in 1996 en 1997. Op één punt wordt het project zelf beter gewaardeerd, namelijk de tijdsduur van de bijeenkomst.

Figuur 13: Verschillen tussen het project en de overige regio's met betrekking tot de verschillende vragen in de klantentoets

Kwaliteitsaspect	Vershil tussen het project en de overige regio's	Percentages
Overeenstemmen bijeenkomst met de verwachting van de ouders	Geen	Bij in totaal 76% van de ouders kwam de bijeenkomst overeen met de verwachting
Heeft men iets gehad aan de bijeenkomst	Geen	In het totaal 96% van de ouders gaf aan iets aan de bijeenkomst te hebben gehad.
Beoordeling van de tijdsduur van de bijeenkomst	Wel	Binnen het project vond 86,8% van de ouders de tijdsduur precies goed, in de overige regio's was het percentage 72,0% (p = 0,001).
Helderheid van het verhaal	Geen	In het totaal vond 89% van de ouders het een helder verhaal.
Gelegenheid tot vragen stellen	Geen	In totaal vond 90% van de ouders dat er voldoende gelegenheid was tot vragen stellen.

9. In welke mate is er gebruik gemaakt van het telefonisch spreekuur, door wie en waarvoor?

Gedurende het project is er een telefonisch spreekuur ingesteld. Elke werkdag tussen één en twee uur middags was er een verpleegkundige bereikbaar om allerhande vragen te beantwoorden.

Alle vragen van de bellers waren te classificeren naar onderwerp. In figuur 14 wordt weergegeven over welke onderwerpen het meest gebeld werd.

In het totaal zijn er 2602 telefoontjes geweest naar het spreekuur.

Driekwart van de gesprekken duurde korter dan 5 minuten. 21,2% van de gesprekken duurde tussen de 5 en 10 minuten. Bij 3,8% van de gesprekken wordt vermeld dat de personen zijn teruggebeld.

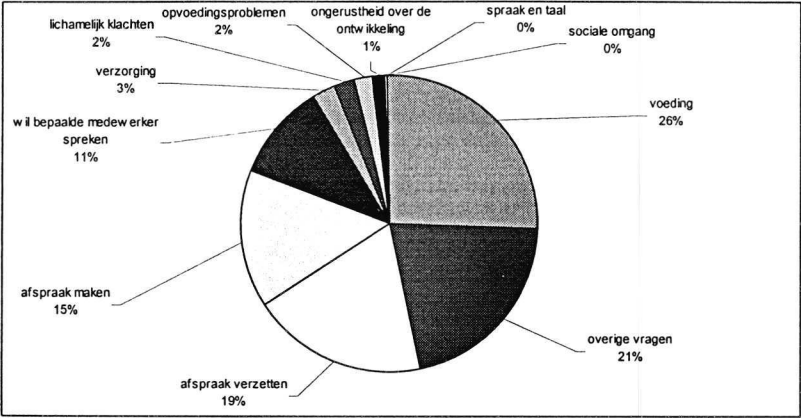
81,9% van de bellers zijn ouders, 17,8% intermediairen en 0,3% waren kinderen/jongeren zelf.

Op het telefoontje werd natuurlijk door de medewerkers gereageerd. Op 44,1% van de telefoontjes volgde een interne verwijzing. Dit betekent dus binnen de GGD of Kruiswerk Mark en Maas. Bij 6,5% volgde een externe verwijzing zoals bijvoorbeeld naar de huisarts. Op 49,4% van de telefoontjes volgde geen actie.

Verder hechte men er waarde aan om te weten hoe vaak iemand had moeten bellen om een medewerker te bereiken. Bij 85,9% van de bellers lukte dit bij de eerste poging. 12,1% moest twee keer bellen en 2,1% had drie of meer keer gebeld.

Er is goed gebruik gemaakt van het telefonische spreekuur. Verreweg de meeste vragen komen van ouders en gaan over voeding of het maken van afspraken. De meeste gesprekken duren korter dan 5 minuten. Een externe verwijzing naar aanleiding van het telefoongesprek komt niet veel voor. De telefonische bereikbaarheid is redelijk goed te noemen, de meeste mensen hoeven maar een keer te bellen.

Figuur 14: Gebruikers van het telefonische spreekuur



4 Procesevaluatie

4.1 Inleiding

Het doel van de procesevaluatie was om na te gaan welke factoren de uitvoering van de gezamenlijke zorg voor 0 tot 19 jarigen belemmerd dan wel bevorderd hebben. Daarnaast zijn de randvoorwaarden voor implementatie onderzocht. Notulen, verslagen en notities van werk- teamoverleg en van gesprekken zijn gebruikt (documentatie-onderzoek) om het verloop van het project in kaart te brengen. Daarnaast zijn er interviews met een aantal betrokken medewerkers gehouden om ervaringen en hun beleving van project te kunnen beschrijven.

Bij de beschrijving van het verloop van project is er gekozen voor een chronologische tijdslijn te volgen. De projectperiode wordt onderverdeeld in fasen overeenkomstig de fasen in het eerder beschreven implementatiemodel. In hoofdstuk 2 zijn deze fasen in het kort beschreven. In paragraaf 4.2 wordt per fase een overzicht gegeven van de activiteiten die hebben plaatsgevonden. Daarnaast worden de belangrijkste ontwikkelingen binnen het interdisciplinaire team beschreven zoals die naar voren uit de documentatie naar voren komen.

Vervolgens worden in paragraaf 4.3 de interviews met een aantal betrokkenen in het project “Samen op de Kleintjes letten” beschreven. Verpleegkundigen, artsen, doktersassistenten, logopedisten, gezondheidsvoorlichters, projectleiders en leidinggevendenden hebben hun ervaringen met en beleving van het project verteld in semi-gestructureerde interviews. Het doel was om uit hun ervaringen lering te trekken voor een eventuele landelijke implementatie van geïntegreerde jeugdgezondheidszorg 0 tot 19 jaar. Een aantal sprekende fragmenten uit de interviews zijn bovendien in tekstkaders geplaatst om beter te illustreren wat bedoeld wordt. De tekstkaders staan in bijlage I van dit rapport.

4.2 Het projectverloop in fasen

4.2.1 Initiatief en definitiefase (1991–1996)

Gedurende de initiatief- en de definitiefase, die van 1992 tot en met 1996 liep, hebben vele en diverse activiteiten plaatsgevonden.

Eén van de belangrijkste daarvan was in 1993 de instelling van een commissie “Integratie JGZ van GGD en Mark en Maas” door de besturen van beide organisaties. Deze commissie heeft verschillende werkgroepen in het leven geroepen die ieder een deelaspect van de mogelijke integratie hebben bekeken. Er waren werkgroepen “individuele zorg”, “groepsgerichte zorg”, “scholing” en “organisatie van de zorg”. Deze werkgroepen hebben aanbevelingen gedaan voor een integratie JGZ van GGD en Mark en Maas. Deze aanbevelingen hebben geleid tot een discussie waarin uiteindelijk is besloten dat een volledige fusie niet mogelijk zou zijn. Het idee werd aanvankelijk in de koelkast gezet, maar is in 1995 er weer uitgehaald. Daarna is door de directies van beide organisaties besloten om bij wijze van experiment een project voor geïntegreerde zorg 0-19 jaar te starten. Dit werd door beide besturen goedgekeurd. Daarna is men op landelijk, provinciaal en lokaal niveau gaan lobbyen voor financiële steun. Er werd echter wel waardering maar geen financiële steun gevonden. Desondanks werd het project doorgezet.

De projectbeschrijving was gereed in januari 1996. Eind 1996 zijn via een interne vacatures twee projectleiders door de afdelingshoofden JGZ aangesteld.

4.2.2 Ontwerpfase (januari 1997 tot en met juli 1997)

In de ontwerpfase hebben de projectleiders samen met de hoofden JGZ zich voornamelijk beziggehouden met het schrijven van het projectplan. Ook de toekomstige teamleider werd hierbij betrokken. In februari 1997 is er een enquête naar de betrokken medewerkers gegaan om hun houding ten opzichte van het project te peilen. Ook werden de (on)mogelijkheden van één uitvoeringsorganisatie bij de medewerkers geïnventariseerd. In april en juni 1997 zijn er enkele groepsgesprekken tussen medewerkers en projectleiding geweest. Op deze manier konden medewerkers hun vragen en kritische kanttekeningen kwijt en werden ze betrokken bij het vaststellen van het productenaanbod.

In de periodes tussen de hierboven genoemde overlegmomenten is met de betrokken medewerkers weinig gecommuniceerd over het project. Over de inhoud van het projectplan overlegden de projectleiders alleen met beide hoofden JGZ en de betrokken teamleider van het Kruiswerk. In juli 1997 was het projectplan gereed en werd door beide directies besloten dat het project doorgang kon vinden.

Uit de verslagen blijkt wel dat de betrokken medewerkers in deze fase weinig enthousiast waren over het project. De kritiek die zij hadden, betrof vooral de onduidelijkheden bij de tijdsplanning voor de scholing, de verpleegkundige visie, de verschillende rechtsposities, organisatiestructuur en de overlegstructuur.

Er is in deze periode ook een apart overleg geweest met de ondersteunende disciplines, maar hiervan is geen verslag teruggevonden.

4.2.3 Voorbereidingsfase (augustus 1997 tot en met januari 1998)

In de onderstaande figuur staan de activiteiten gedurende de voorbereidingsfase in chronologische volgorde beschreven.

Figuur 15: Activiteiten tijdens de voorbereidingsfase

Juli/augustus 1997:	<ul style="list-style-type: none">Goedkeuring projectplan door beide directies.
Augustus 1997:	<ul style="list-style-type: none">Presentatie projectplan aan alle medewerkers.
September 1997:	<ul style="list-style-type: none">Persoonlijke gesprekken van de projectleiders/ teamleider en afdelingshoofden met direct betrokken medewerkersBesprekingen van de projectleiders met de afdelingshoofden en teamleider van het Kruiswerk over scholing en motivatie van de direct betrokken medewerkers.
Oktober 1997:	<ul style="list-style-type: none">Vorbereiding van de interne en externe scholing door de projectleiders. Deze bestond onder andere uit het opzetten van een scholingsplan en het zoeken naar een scholingsinstituut.Snuffelstages van direct betrokken medewerkersPlanning van de werkstages als onderdeel van het scholingplanAfstemming van de registraties van GGD en Kruiswerk in samenwerking met de epidemioloogOpstellen van een PR-plan in samenwerking met de werkgroep PR, onder leiding van een GVO'er.
December 1997:	<ul style="list-style-type: none">Het PR-plan wordt aangenomen
Januari 1998:	<ul style="list-style-type: none">De keuze voor de externe scholing valt op bureau StunaDe doelen voor de werkgroep werden vastgesteld en de medewerkers konden kiezen in welke werkgroep ze zitting wilden nemen.De inwerkprogramma's voor verpleegkundigen en doktersassistenten werden uitgewerkt en vastgesteld. Kruiswerkverpleegkundigen werden ook door jeugdverpleegkundigen uit andere regio's ingewerkt.
Gehele periode	<ul style="list-style-type: none">Vaststellen van de benodigde formatie.Herindeling van het werkgebied.

Uit de verslagen blijkt dat ook in deze fase een aantal verpleegkundigen zich niet met de doelstelling van het project konden verenigen. Er is veel gediscussieerd over wat continuïteit van zorg precies inhoudt. Aan het einde van deze periode gaven echter alle direct betrokken medewerkers aan dat ze voor het project “gingen”.

Er was veel kritiek op de tijdsplanning van de scholing. Er werd regelmatig aangegeven dat men niet goed wist waar men aan toe was. De werkzaamheden veranderden voor de GGD-verpleegkundigen het meest, namelijk 80% zorg voor 0-4 jarigen en 20% zorg voor 4-19 jarigen. Dit bracht weerstand met zich mee. Eén GGD-verpleegkundige kreeg aangepaste werkzaamheden in verband met principiële bezwaren tegen het project en een voorttrekkersrol in het School Gezondheidsbeleid. Zij koos uitdrukkelijk voor het werken met oudere kinderen en niet met 0 tot 4 jarigen. Enkele Kruiswerkverpleegkundigen hebben aangegeven dit vervelend te hebben gevonden.

4.2.4 Inwerkfase (februari 1998 tot en met augustus 1998)

De inwerkfase is niet heel scherp van de implementatiefase te scheiden, omdat tijdens deze fase al conform de nieuwe werkwijze werd gewerkt. Het karakter van de inwerkfase verschilt echter van de implementatiefase, omdat in de inwerkfase nog het accent ligt op het leren van de nieuwe activiteiten. De combinatie van leren en werken viel echter veel van de direct betrokken medewerkers zwaar. In de inwerkfase werden de volgende concrete activiteiten uitgevoerd:

Figuur 16: Activiteiten tijdens de inwerkfase

Februari 1998:	<ul style="list-style-type: none">• Start en bekendmaking van het project• Invoering van het nieuwe productenaanbod.• Start van de scholing• Start van de inwerkstages• Start van de werkgroepen• Aanstelling van een extra verpleegkundige voor PKU/CHT-screening
Maart 1998:	<ul style="list-style-type: none">• Opdracht aan de epidemioloog om een opzet voor de evaluatie te ontwikkelen• Tussentijdse evaluatie van de externe scholing die door het bureau Stuna was gegeven• Coachingsgesprekken met de direct betrokken medewerkers
Mei 1998:	<ul style="list-style-type: none">• Start van de interne scholing• Start van de nieuwe registratie
Juni/juli 1998:	<ul style="list-style-type: none">• Persoonlijke gesprekken met de direct betrokken medewerkers over het project• Maken van een nieuw inwerkschema, nieuwe formatieberekeningen en een nieuwe gebiedsindeling naar aanleiding van klachten over de hoge werkdruk van de direct betrokken medewerkers

Er waren in de inwerkfase veel klachten bij de direct betrokken medewerkers. Vanaf de start van het project werd de werkdruk als te hoog ervaren. De verpleegkundigen van het Kruiswerk moesten ook door GGD-verpleegkundigen uit andere regio’s worden ingewerkt. De verpleegkundigen en doktersassistente gaven verschillende knelpunten aan: de taakverbreding was niet voor iedereen overzichtelijk; er waren problemen met planning; de scholing gelijktijdig met het (in)werken was te veel tegelijk; men had behoefte aan meer inhoudelijke scholing en er waren logistieke problemen zodat men zijn of haar werkzaamheden niet goed kon afwerken.

4.2.5 Uitvoeringsfase (september 1998 tot en met juli 1999)

In de uitvoeringsfase lag het accent op de uitvoering van de activiteiten, maar in deze fase werd er ook nog verschillende nieuwe onderdelen van het productenaanbod zoals het Kindercentrabeleid ontwikkeld.

In figuur 17 zijn de uitgevoerde activiteiten gedurende deze fase beschreven.

Figuur 17: Activiteiten tijdens de uitvoeringsfase

September 1998:	<ul style="list-style-type: none">• Uitvoering van het productenaanbod conform de nieuwe werkschema's
Oktober/december 1998:	<ul style="list-style-type: none">• Afronding van de scholing• Signalen over knelpunten in het project van de teamleider
Januari 1999:	<ul style="list-style-type: none">• Aanstelling van de regioteamleider bij de GGD. Formeel was zij de leidinggevende van het GGD-gedeelte van het team, maar zij kreeg gedurende het project geen bevoegdheden in het Land van Heusden en Altena• De werkgroepen liepen gewoon door. Het verpleegkundig kleuterbureau werd verder ontwikkeld. De werkgroep PR is met oproepkaarten bezig geweest. Ook het protocol van de werkgroep spraak/taal bij kleuters is afgemaakt. Door de werkgroep Kindercentrabeleid werden vragenlijsten uitgewerkt• Aanschaf van mobiele telefoons om de bereikbaarheid van de direct betrokken medewerkers te verbeteren• Mededeling dat het project tot het einde van het schooljaar 2000 zal lopen
Februari 1999:	<ul style="list-style-type: none">• N.a.v. klachten wordt de werkdruk door de projectleiding geanalyseerd• Er worden nieuwe formatieberekeningen gemaakt door de projectleiding• Er worden voorwaarden voor voortzetting project geformuleerd (extra formatie en gebiedsverkleining)
Maart 1999:	<ul style="list-style-type: none">• Beslissing van de directie om het project aan het einde van het schooljaar 1999 af te sluiten
April t/m juli 1999:	<ul style="list-style-type: none">• Afsluiting van het project en afronding van de werkzaamheden• Afronding van de werkgroepen

De knelpunten die de teamleider in deze periode aangaf hadden vooral te maken met de organisatie structuur; de GGD-medewerkers vielen organisatorisch niet onder hem en formeel had hij dus niet de bevoegdheid om hen aan te sturen. Door de verschillende rechtsposities verliep de onderlinge samenwerking stroef, wat tot demotivatie leidde. Een belangrijk irritatiepunt tussen de verpleegkundigen van beide organisaties was bijvoorbeeld de manier waarop genotuleerd werd bij overleggen.

De positieve geluiden die in de documentatie vermeld werden waren de herkenbaarheid van de verpleegkundigen voor scholen, ouders en intermediairen zoals huisartsen.

De mededeling van de projectleiding om het project te laten doorlopen tot het einde van het schooljaar 2000, leidde bij veel direct betrokken medewerkers tot weerstand. Dit kwam met name omdat ze de werkdruk te hoog vonden. De projectleiding maakt een voorstel tot verbetering van de situatie. Dit voorstel werd door management en directie, na overleg met de projectleiding, niet aangenomen. Het besluit viel om het project per 1 augustus 1999 stop te zetten. De belangrijkste reden hiervoor was de hoge werkdruk voor de medewerkers. Een investering in nieuwe formatie was niet meer te verantwoorden en men vroeg zich af of het daarna bij deze investering zou blijven. Uit de verslagen blijkt echter dat de stopzetting van het project voor de meeste medewerkers toch een teleurstelling was.

Aan het einde van deze fase waren er resultaten van twee werkgroepen. De werkgroep Kindercentrabeleid had vragenlijsten ontwikkeld om meer zicht krijgen op wat kindercentra doen met betrekking tot de

gezondheid van de kinderen. Er was ook een ondersteuningsaanbod gemaakt. De werkgroep spraak/taal had als resultaat dat kinderen vanuit het consultatiebureau doorverwezen konden worden naar de logopediste.

4.2.6 Nazorg- of evaluatiefase

Na stopzetting van het project wordt de jeugdgezondheidszorg voor 0 tot 19 jarigen weer gescheiden uitgevoerd door de twee organisaties. Bij het Kruiswerk (Zorg voor 0 tot 4 jaar), zijn er echter wel producten van het project overgenomen. Zo blijven verpleegkundigen zelfstandig PGO's uitvoeren en blijven de cb-artsen samenwerken met doktersassistenten.

In september 1999 wordt het project officieel voor alle medewerkers afgesloten met een uitje.

4.3 Ervaringen van de medewerkers

In deze paragraaf worden de ervaringen van betrokkenen met het project weergegeven. De opmerkingen worden onderverdeeld in aspecten van de organisatiestructuur, van de projectuitvoering en organisatiecultuur. Daarnaast zijn enkele algemene opmerkingen.

4.3.1 Aspecten van de organisatiestructuur

Onder organisatiestructuur aspecten worden zaken gerekend die primair te maken hebben met de structurering van de werkzaamheden in de organisaties. Hieronder vallen werkdruk, informatievoorziening, besluitvorming, scholing, overleg en arbeidsvoorwaarden.

Werkdruk gedurende het project

De hoge werkdruk gedurende het gehele project kwam als belangrijkste knelpunt naar voren. Dit speelde door alles heen. De medewerkers gaven aan geen tijd te hebben gehad om alle vernieuwingen rustig te verwerken. Er was ook weinig ruimte voor een collegiaal praatje (*tekstkader 1*). De planning van de werkzaamheden was te krap (*tekstkader 2*).

Het inwerken van de verschillende medewerkers kostte veel tijd. Dit is van tevoren onvoldoende ingeschat (*tekstkader 3*). Na de inwerkperiode bleef de planning en het tijdgebrek een groot probleem (*tekstkader 4*). Dit had als gevolg dat in de loop van het project de werkdruk bij sommige medewerkers steeds groter werd.

Informatievoorziening over het project

De opmerkingen over de verstrekte informatie lopen nogal uiteen. In het begin, als de eerste informatie over het project verspreid wordt, is er een verschil in de graad waarin verschillende groepen gedurende de initiatiefase al geïnformeerd zijn. De meeste verpleegkundigen voelen zich over het algemeen overdonderd. Sommigen hebben nog helemaal geen informatie gehad. Door dit verschil in informatie is er ook een verschil in informatiebehoefte (*tekstkaders 5 en 6*). Hiermee werd aanvankelijk geen rekening gehouden en de leiding begrijpt in eerste instantie niet dat er zoveel weerstand is. Het gevolg hiervan was dat sommige medewerkers zich minder bij het project betrokken voelden dan anderen.

Besluitvorming

Een aantal uitvoerende medewerkers voelde zich gedwongen om aan het experiment mee te doen (tekstkader 7). Men had het gevoel weinig invloed te hebben op de verandering. Dit werd nog versterkt door de topdown benadering van de leiding. De gevoelens riepen een hoop weerstand op, waarbij men elkaar ook nog eens aanstak (tekstkader 8, 9 en 10).

Het valt overigens op dat de weerstand die het project opriep niet was verwacht. Vooral de projectleiding en de leiding hadden meer medewerking verwacht van de werkvloer (tekstkaders 11, 12 en 13).

Scholing

De scholing richtte zich in eerste instantie met name op teambuilding. Daar bleek bij de meeste medewerkers niet de grootste behoefte te liggen. Met name de verpleegkundigen wilden eerst meer inhoudelijke kennis tot zich nemen (tekstkader 14). Zij wilden eerst in het werk geschoold worden en wilden niet met een gevoel onvoldoende inhoudelijke kennis te hebben aan de slag gaan. De onzekerheid die dit met zich meebracht belemmerde de implementatie (tekstkaders 15 en 16).

Na enige tijd onderkende de leiding de problemen van de bijscholing. Niet alleen was er te weinig aandacht geweest op de inhoudelijke kennis, maar men had ook het gevoel dat de scholing en de praktijk beter gescheiden had kunnen worden (tekstkader 17).

Overleg

Wat betreft het overleg tijdens het project viel een aantal zaken op. Op drie niveaus werden uitspraken gedaan: organisatorisch, het verloop en de inhoud van het overleg. De indruk bestond dat klachten die tijdens een vergadering werden geuit, niet bij de juiste personen van het management belandden. Daarnaast geven sommigen aan dat het overleg moeizaam verliep (tekstkader 18). Anderen zijn positiever over het overleg. De meerwaarde van multidisciplinair overleg wordt door een van hen duidelijk naar voren gebracht (tekstkader 19).

Men had ook het idee dat er weinig ruimte was voor interdisciplinair overleg. Een aantal medewerkers gaven ook aan tijd voor informeel overleg tussen verpleegkundigen en artsen te hebben gemist (tekstkader 20).

Arbeidsvoorwaarden

Het verschil in arbeidsvoorwaarden tussen beide organisaties belemmerde de teamvorming bij de betrokken medewerkers. Dit gold vooral voor de verpleegkundigen. GGD-verpleegkundigen verdienen meer dan verpleegkundigen van het Kruiswerk. Ook was er een verschil in het opnemen van vakantie (tekstkader 21 en 22). In de loop van het project verliep de vakantieplanning wel beter (tekstkader 23).

Verder blijken er verschillen te zijn in honorering van materiaal aanvragen tussen de beide organisaties die vooral irritaties wekten bij de verpleegkundigen (tekstkader 24 en 25).

De leiding had vooraf niet verwacht dat deze verschillen in arbeidsvoorwaarden zo belangrijk zouden zijn voor de medewerkers (tekstkader 26).

4.3.2 Aspecten in uitvoering

Veranderingen

Het project bracht veranderingen met zich mee. Voor verpleegkundigen betekende het project een grote omschakeling (tekstkader 27). De GGD-verpleegkundigen zagen hun werkzaamheden het meeste veranderen. De werkzaamheden bestonden voor 80% uit 0-4 jarigen zorg en voor 20% zorg voor 4-19 jaar. Deze functieverbreding van de verpleegkundigen blijkt de invoering van geïntegreerde zorg sterk belemmerd te hebben (tekstkaders 28 en 29).

Toen de medewerkers eenmaal gewend waren aan de werkzaamheden van het project begon men wel de positieve kanten en de meerwaarde ervan in te zien (tekstkader 30 en 31).

Er waren ook voor assistenten veranderingen in taken. Dit waren veranderingen in werkwijze en administratie. Bovendien zijn er ook verschillen tussen medewerkers onderling. Dit gaf de nodige praktische problemen. Het steeds weer moeten omschakelen naar de verschillende leeftijden en werkplekken was een zware belasting voor hen (tekstkaders 32 en 33).

Voor de ondersteunende disciplines veranderde er niet zoveel, die waren al gewend om op projectmatige wijze te werken. Voor hen was het gewoon weer een ander project.

Werkgroep

Het valt op dat de medewerkers binnen een werkgroep goed met elkaar konden samenwerken. Een probleem was wel het plannen van de bijeenkomsten. Dit verliep in sommige gevallen moeizaam. Het tijdsprobleem is voor een aantal werkgroepen een belemmerende factor geweest om tot een eindproduct te komen (tekstkaders 34 en 35).

Een positieve kant van de projectgroepen was de multidisciplinaire samenwerking (tekstkaders 36 en 37).

Registraties

Voor het Kruiswerk waren er nieuwe registratiemethoden. De meeste medewerkers konden er goed mee werken hoewel het voor hen even wennen was. Enkele medewerkers vonden het OMR-registratieformulier niet toereikend voor alle activiteiten (tekstkaders 36,37, 38, 39 en 40)

Bereikbaarheid

De bereikbaarheid was niet goed. De medewerkers waren veel onderweg. De invoering van mobiele telefoons bracht enige verbetering maar werd niet door iedereen hetzelfde gewaardeerd (tekstkaders 41 en 42).

4.3.3. Aspecten van de organisatiecultuur

Ook de organisatiecultuur⁹ kan bij een implementatieproces een rol spelen. In de interviews is daarom naar verschillen in werkstijl en omgang met elkaar gevraagd. Er kwam een aantal keer een verschil tussen beide organisaties naar voren. In de volgende paragrafen wordt dit toegelicht.

⁹ Een definitie van organisatiecultuur is: het geheel van waarden, normen, opvattingen attitudes en visies op de werkelijkheid die in belangrijke mate gedrag sturen en beslissingen in organisaties beïnvloeden (Boonstra, 1997).

Werkstijl

Een bureaucratische cultuur wordt gekenmerkt door orde en systematisch werken. De communicatie verloopt verticaal en vaak en vindt veelal schriftelijk plaats. Veel elementen hiervan vind je terug bij de GGD. Bij het Kruiswerk ligt de nadruk meer op de levering van de producten. Dit is meer een taakgerichte cultuur (*tekstkaders 43, 44, 45 en 46*).

Omgang met elkaar

De informele contacten tussen de medewerkers liepen door cultuurverschillen niet altijd even makkelijk. Deze informele contacten maken echter wel een essentieel onderdeel uit van de dagelijkse werkzaamheden (*tekstkader 47*).

Er werden positieve en negatieve uitspraken hierover gedaan (*tekstkaders 48 en 49*).

4.3.4 Diversen

Naast de organisatorische aspecten, de uitvoering van de werkzaamheden en de cultuur werden er door betrokkenen nog enkele andere opmerkingen gemaakt die niet zo gemakkelijk in te delen waren. Zij worden in deze paragraaf vermeld.

Reacties op het geïntegreerde zorgaanbod

Aan het einde van het project waren de reacties op het geïntegreerd zorgaanbod over het algemeen positief. Medewerkers geven aan dat ze van ouders en soms ook scholen positieve reacties kregen (*tekstkaders 50, 51, 52 en 53*).

Eventueel het project voortzetten

Over het algemeen staan de meeste geïnterviewden positief tegenover een eventuele voortzetting van het project. Hierbij wordt wel aangegeven dat het project veel werk heeft gekost. Het idee is goed maar door de omstandigheden was het moeilijk realiseerbaar (*tekstkaders 54 en 55*).

5 Conclusies

5.1 Inleiding

Het evaluatie-onderzoek had twee doelen. Er is onderzocht of het project “Samen op de kleintjes letten” aan de in het projectplan geformuleerde doelstellingen, voldeed. Hiervoor is gebruik gemaakt van de beschikbare registraties. Daarnaast is middels documentatie-onderzoek en interviews met betrokken medewerkers nagegaan welke factoren een belemmerende of bevorderende rol hebben gespeeld bij de invoering van geïntegreerde zorg voor 0 tot 19 jarigen.

Voor het project werd verondersteld dat geïntegreerde zorg voor 0 tot 19 jarigen zou leiden tot een grotere continuïteit van de zorg, optimalere afstemming tussen zorgvraag en aanbod en betere beleidsvoering op lange termijn. De vraag die nu rijst; is dit werkelijk ook zo? Helaas is hierop met de evaluatie van het project “Samen op de kleintjes letten” moeilijk antwoord te geven.

Door ontbrekende randvoorwaarden op het organisatorische vlak, problemen bij de invoering en de vroegtijdige stopzetting van het project, is de beoogde output niet goed uit de verf gekomen. Daarnaast waren de beschikbare registraties niet bedoeld om deze effecten in hun volle omvang te meten. De verzamelde gegevens geven hierop slechts indirect zicht.

Er zijn wel indicaties dat, indien het project langer had geduurd, de meerwaarde van geïntegreerde jeugdgezondheidszorg beter naar voren was gekomen. Zo bleek uit de evaluatie dat er naarmate het project vorderde er steeds meer positieve reacties van de klanten en intermediairen kwamen. Dit had een stimulerende werking op de uitvoerende medewerkers. Zij dachten ook positiever over de nieuwe werkwijze naarmate ze meer vertrouwd raakte met de nieuwe werkzaamheden. De teleurstelling van de medewerkers bij de stopzetting van het project duidt er ook op de lange termijn die de invoering van dergelijke innovaties in beslag kan nemen. Meetbare effecten hadden nog plaats kunnen vinden.

In dit hoofdstuk worden eerst de conclusies van de effectevaluatie beschreven (paragraaf 5.2) en vervolgens die uit de procesevaluatie (paragraaf 5.3). Bij deze laatste wordt het project “Samen op de kleintjes letten” geplaatst in het implementatiemodel van Fleuren (Fleuren, 1997).

5.2 Effectevaluatie

Waar mogelijk zijn de registraties tijdens het project met voorgaande jaren vergeleken. Helaas is dit maar in beperkte mate gelukt, omdat men pas in een late fase van het proces de evaluatievragen geformuleerd had. Hierdoor was een nulmeting niet meer mogelijk en konden er geen valide instrumenten ontwikkeld worden om de evaluatievragen degelijk te beantwoorden. Ook valt voor de effectevaluatie van het project het te betreuren dat de directie en het management zich genoodzaakt hebben gezien de looptijd van het project slecht tot één jaar te beperken. Indien dit niet geval was geweest waren er mogelijk grotere effecten naar voren gekomen.

Uit de verrichtingenregistratie blijkt dat het aantal onderzoeken op verzoek door onder andere leraren, ouders en andere intermediairen is toegenomen. Deze onderzoeken hadden vaker dan in het controlejaar betrekking op psychosociale problemen bij kinderen of jongeren. Dit zou mogelijk te maken kunnen hebben met een betere toegankelijkheid van de zorg door het project maar dit is niet met zekerheid te zeggen. Daarvoor zou een langere periode gemeten moeten worden om te bekijken of de trend zich zou voortzetten.

Ook het aantal standaardcontacten (PGO's en screeningen) is met 40% is toegenomen. Het is mogelijk dat er achterstanden van het voorgaande jaar zijn weggewerkt.

De aantallen vervolgonderzoeken en vervolggesprekken op de basisschool naar aanleiding van deze standaardcontactmomenten, bleken afgenomen te zijn. Mogelijk zochten medewerkers door een hoge werkdruk onbewust een alternatief die in hun planning beter uitkwam. Anderzijds is het ook mogelijk dat men door een verbeterde overdracht over meer informatie over de kinderen en de gezinnen beschikte, waardoor een vervolggesprek minder noodzakelijk was.

Het aantal verwijzingen en adviezen over spraak en taal is niet toegenomen. Dit komt waarschijnlijk doordat het protocol tegen het einde van het project pas klaar was.

Een van de doelstellingen van het project was dat de medewerkers zouden participeren in netwerken binnen de gemeenten van het Land van Heusden en Altena. In alle gemeenten is er minimaal één contact geweest. Er is wel verschil tussen de gemeenten; in Aalburg en Werkendam waren er meer contacten dan in Woudrichem. Een verklaring hiervoor kan zijn dat in Aalburg en Werkendam grootschalige GVO projecten waren opgezet. Ook het contact met de kindercentra verliep per gemeente verschillend. In Aalburg is met alle kindercentra contact geweest, in Werkendam met één en in Woudrichem is geen contact geweest. Hier is geen goede verklaring voor.

De tevredenheid van ouders over de individuele en collectieve contacten is gemeten aan de hand van de klantentoets en evaluatie van ouderbijeenkomsten. De ouders voelen zich even goed behandeld als in de overige regio's van Breda. In dat opzicht heeft het project zijn doelstelling gehaald.

Tot slot kan geconstateerd worden dat van het telefonisch spreekuur goed gebruik is gemaakt. Het is te verwachten dat door het project de drempel van de zorgaanbieders is verlaagd. Indien het spreekuur ondanks het stoppen van het project wordt voortgezet, is het zinvol om te registreren wie er belt en het onderwerp waarover verder uit te splitsen.

Samenvattend kan gezegd worden dat het project met uitzondering van de enkele activiteiten die nog ontwikkeld moesten worden, in grote lijnen gerealiseerd heeft wat in het productenaanbod wordt beschreven en dat dit naar tevredenheid van de klant is gebeurd. De conclusie is dan ook dat een geïntegreerde jeugdgezondheidszorg 0 tot 19 jaar uitvoerbaar is gebleken. Afgaande op opmerkingen van klanten en intermediairen wordt deze vorm van zorg ook gewaardeerd door ouders en scholen.

5.3 Procesevaluatie

In de procesevaluatie is gebruik gemaakt van de zes fasen van het implementatieproces volgens Fleuren, zoals beschreven in hoofdstuk 1.

De periode vanaf de motie Vriens/van Otterloo in de Tweede Kamer in 1991 tot en met het moment dat de projectleiders eind 1996 zijn aangesteld, is te beschouwen als de initiatiefase^① van het project “Samen op de kleintjes letten”. Vervolgens brak de ontwikkelingsfase^② aan, in de projectbeschrijving de ontwerpfase genoemd. Deze fase duurde vanaf 1 januari 1997 tot en met juli 1997. In deze periode werd het projectplan geschreven. De verspreidingsfase^③ is in dit project moeilijk te plaatsen. Bij landelijke implementatie van veranderingen wordt onder verspreiding verstaan, de publiciteit middels artikelen en mailings aan de gebruikers om hen op de hoogte brengen van nieuwe ontwikkelingen. In deze evaluatie wordt onder “verspreiding” de verspreiding bij medewerkers te verstaan. De medewerkers waren vanaf de ontwerpfase op de hoogte van de intentie om het project te gaan uitvoeren. De verspreiding begint dan ook al in de ontwerpfase en loopt door gedurende de adoptiefase^④. De verspreidingsfase is daarom in het project “Samen op de kleintjes letten” niet apart beschreven. De voorbereidingsfase duurt van augustus 1997 tot en met juli 1998. Echter vindt gedurende deze tijd, met name in 1998, ook al een deel van de implementatiefase^⑤ plaats, zoals bijvoorbeeld de registratieformulieren en een start van geïntegreerd werken. Tot slot heeft de daadwerkelijke uitvoeringsfase van september 1998 tot en met juli 1999 plaatsgevonden.

Voordat de verschillende fasen van het implementatiemodel behandeld worden, mag er in het algemeen opgemerkt worden dat in alle fasen beide afdelingshoofden JGZ de drijvende kracht achter het project zijn geweest. Echter, deze bevorderende factor heeft een keerzijde. De krachtige sturing van het management heeft ook tot weerstand geleid. In zoverre is deze bevorderende factor ook een belemmerende geweest.

Belemmerende en bevorderende factoren gedurende de initiatiefase ①

De factor ‘Not invented here’ speelt een belangrijke belemmerende rol. Weliswaar waren er in 1993 enkele personen betrokken bij de toenmalige commissie, het grootste deel van de bij de uitvoering betrokken medewerkers wist er niets tot weinig van. Een aantal medewerkers had ook het idee dat het project hoe dan ook door zou gaan zonder dat zij daarin ook maar enige stem hadden. Het idee en het enthousiasme kwamen vooral van het afdelingsmanagement en de directies van zowel de GGD als het Kruiswerk. Door hun geloof in het idee heeft het project ondanks de problemen die zich al snel voordeden, doorgang gevonden.

Belemmerende en bevorderende factoren gedurende de ontwikkeling ②

Evenals in de vorige fase was een belemmerende factor was dat uitvoerende medewerkers zich nauwelijks betrokken voelden bij het project. Hoewel de projectleiding wel om feedback op het projectplan heeft gevraagd door vragenlijsten en centrale bijeenkomsten, hadden veel uitvoerende medewerkers niet het idee dat ze daadwerkelijk gehoord werden.

Een deel van de medewerkers zowel van het Kruiswerk als de GGD zagen ook de relevantie en meerwaarde niet in. Men was het ook niet eens met deze vorm van geïntegreerde zorg. Dit is een belemmerende factor geweest waardoor het lang geduurd heeft voordat er daadwerkelijk met de uitvoering van het project kon worden begonnen.

Ook het feit dat twee organisaties tot op zekere hoogte moesten samengaan, waarbij iedere medewerker echter wel alleen verantwoording schuldig bleef aan zijn of haar eigen afdelingshoofd bemoeilijkte een heldere verdeling van bevoegdheden en verantwoordelijkheden.

Doordat de ontwikkelings- en invoeringskosten van het project grotendeels uit eigen middelen moesten worden gefinancierd, was de ruimte om knelpunten aan te pakken beperkt.

Bevorderend was wederom het enthousiasme van het management en de steun die zij aan de projectleiders gaven. Hierdoor bleven de projectleiders gemotiveerd ondanks de weerstand van medewerkers die aan het einde van de ontwerpfase naar boven kwam.

Belemmerende en bevorderende factoren gedurende de verspreiding ③ en de adoptie ④

De verspreiding van informatie over het project heeft voornamelijk plaatsgevonden via brieven en bijeenkomsten. In de ontwerpfase zijn de uitvoerende medewerkers maar beperkt op de hoogte gehouden. Iedereen wist wel globaal wat er ging gebeuren maar had geen idee wat het precies voor hemzelf betekende.

De adoptiefase van het project heeft veel belemmeringen gekend. In figuur 18 staan de belemmeringen puntsgewijs opgenoemd.

Figuur 18: Belemmeringen in de adoptiefase bij direct betrokken medewerkers

- Geen goed overzicht van de organisatie
- Weinig betrokkenheid bij het project
- Het gevoel hebben geen inspraak te hebben in de inhoud
- Men vond dat de vernieuwing te snel werd ingevoerd
- Men vond de projectleiding te onervaren
- Men ziet de meerwaarde niet en wil graag op de oude manier blijven werken
- Onzekerheid over het kunnen uitvoeren van de nieuwe werkzaamheden
- Problemen voorzien in de uitvoering van het werk
- Teveel nieuwe werkzaamheden tegelijkertijd. GGD-verpleegkundigen moesten 80% Kruiswerk-werkzaamheden gaan uitvoeren en slecht 20% van hun tijd was bestemd voor "oude" GGD-werkzaamheden.

Al deze factoren hebben er toe geleid dat veel directe betrokken medewerkers het project niet als "eigen" beschouwden wat veel opstartproblemen veroorzaakte.

Opvallend is wel dat ondanks de weerstand, men aan het einde van deze fase toch besloot om 'er voor te gaan'. Dit komt waarschijnlijk door de overtuigingskracht van het management. Men had het gevoel dat men moest. Niemand wilde het op zijn geweten hebben dat het project niet door kon gaan. Bovendien wilden veel uitvoerende medewerkers in principe wel samenwerken. Zij waren er alleen niet mee eens hoe de samenwerking vorm kreeg en hoe deze werd ingevoerd.

Belemmerende en bevorderende factoren gedurende de implementatiefase ⑤

In het geheel vormde het project een complex van veranderingen op allerlei gebied. De organisatie structuur was complex en weinig doorzichtig. Het organisatorisch en financieel kader was niet duidelijk geschetst. Dit bemoeilijkte de implementatie van de geïntegreerde zorg.

Door gelijktijdig het nieuwe productaanbod in te voeren en scholing te laten plaats vinden werd de werkdruk voor veel medewerkers te hoog. Zij hadden geen tijd om alle veranderingen te verwerken. Dit verhoogde de al aanwezige weerstand bij de medewerkers. Ook had de leiding te weinig stilgestaan bij de verschillen tussen beide organisaties, met name in werkstijl en prioriteitstelling. Dit heeft tot onderlinge wrevels tussen medewerkers geleid, die de weerstand verder verhoogde.

Een belangrijk bevorderend element waren positieve geluiden van de klanten en scholen. Dit in combinatie met toenemend zelfvertrouwen bij de uitvoering van de nieuwe werkzaamheden, leidde in de loop van het project tot een mildere houding. Ook in deze periode speelt de houding van het afdelingsmanagement een belangrijke bevorderende rol.

6 Aanbevelingen

In de inleiding worden de doelstellingen van het van het integratieproject “Samen op de kleintjes letten” benoemd. Of geïntegreerde jeugdgezondheidszorg waarin medewerkers werkzaam zijn voor alle 0 tot 19 jarigen beantwoordt aan deze doelstellingen is, met de evaluatie van het project, niet vast te stellen. Uit de evaluatie komen aanwijzingen dat geïntegreerde jeugdgezondheidszorg uitvoerbaar is en een meerwaarde heeft ten opzichte van de huidige, gescheiden zorgsituatie. Bij invoering van geïntegreerde zorg doet men er verstandig aan met de hierna genoemde aanbevelingen rekening te houden.

1. lokale omstandigheden

Bij landelijke implementatie van geïntegreerde zorg dient men rekening te houden met de lokale omstandigheden waarin de innovatie plaats moet gaan vinden. Iedere afzonderlijke GGD en thuiszorginstelling verschillen waarschijnlijk qua cultuur evenzeer van elkaar als die in het Land van Heusden en Altena. Het is daarom van belang om voorafgaande aan de implementatie lokale cultuurverschillen in kaart te brengen (Grol e.a., 1994; Rogers, 1995).

2. motivatie en betrokkenheid van medewerkers

Motivatie en betrokkenheid van de medewerkers spelen hebben grote invloed op het welslagen van de implementatie. Het is daarom aan te bevelen om een instrument te ontwikkelen waarmee motivatie en betrokkenheid van de medewerkers voorafgaande en gedurende de implementatie bepaald kan worden. In andere maatschappelijke sectoren is hier ervaring mee (Van den Berg & Vandenberghe, 1995).

3. complexe veranderingen

Invoering van geïntegreerde jeugdgezondheidszorg brengt een breed scala aan veranderingen in het werk van met name artsen en verpleegkundigen met zich mee. Een lange gewenningsperiode inclusief een intensieve training en inwerkperiode is onvermijdelijk. Mede hierdoor kunnen effecten van geïntegreerde jeugdgezondheidszorg pas na enige jaren worden vastgesteld.

4. investering

Voorafgaande aan de implementatie dienen er duidelijke financiële kaders te zijn ontwikkeld. Veranderen kost geld. Deze investeringen kunnen niet alleen door de direct betrokken lokale organisaties worden gedragen. Indien geïntegreerde jeugdgezondheidszorg maatschappelijk een gewenste ontwikkeling wordt geacht, zullen landelijke, regionale en/of lokale overheden hieraan moeten bijdragen.

5. organisatorische randvoorwaarden

Voor een goede uitvoering van geïntegreerde jeugdgezondheid is een doorzichtige organisatie onontbeerlijk. De bevoegdheden en verantwoordelijkheden moeten niet alleen duidelijk zijn, maar ook de aansturing van het dagelijkse werk kan het beste vanuit een organisatorisch kader plaats vinden. Dit voorkomt onderlinge irritaties door verschillen in arbeidsvoorwaarden, inzet van middelen en mankracht, e.d. Dit pleit voor één uitvoeringsorganisatie.

6. adoptie bij medewerkers

De achterliggende visie op geïntegreerde zorg dient vanaf het begin uitgedragen te worden, zodat niet alleen leidinggevendenden zich daaraan committeren maar ook artsen, verpleegkundigen assistenten en andere medewerkers. Zij moeten regelmatig geïnformeerd blijven over de voortgang. In het projectplan zal duidelijk verwoord moeten worden wat alle medewerkers kunnen verwachten en anderzijds wat zij van de organisatie mogen verwachten.

Daarnaast kunnen incentives (uitdaging nieuwe werkzaamheden, verbetering van de zorg) de adoptie stimuleren. Deze zijn overigens verschillend voor verschillende disciplines en mensen, omdat zij verschillend tegenover de vernieuwing staan.

7. randvoorwaarden voor de invoering

Vanwege de complexiteit van de veranderingen, heeft een gefaseerde invoering van geïntegreerde zorg de voorkeur. De scholing en het inwerken kunnen het beste kort voorafgaande aan de daadwerkelijke invoering van geïntegreerde zorg gebeuren.

Men kan het beste beginnen zonder achterstanden en met goede administratieve afspraken. Wanneer het implementeren van een nieuwe werkwijze, zeker als die complex is, samen gaat met andere organisatorische veranderingen of problemen zoals achterstanden wordt voor de medewerkers de werkdruk onhanteerbaar hoog.

8. scholing

Er zal rekening gehouden moeten worden met de fasen die medewerkers tijdens het invoeringsproces doorlopen (Van den Berg & Vandenbergh, 1995). In de evaluatie bleek in eerste instantie vooral behoefte aan inhoudelijke kennis en vaardigheden en pas later aan samenwerkingsvaardigheden en teambuilding. Een belangrijk onderdeel van de scholing zal gericht moeten zijn op het in de praktijk oefenen met de nieuw aangeleerde vaardigheden.

Literatuurlijst

Van den Berg R, Vandenberghe R (1995). *Wegen van Betrokkenheid*. Tilburg:Zwijsen.

Boonstra JJ (1991). *Integrale organisatieontwikkeling: vormgeven aan fundamentele veranderingsprocessen in organisaties*. Leiden.

Buurma H, Jacobs CWJM (1986). *Intergraal management in overheid en publieke sector*. Utrecht: LEMMA.

Fleuren MAH. *Waarom worden standaarden in de praktijk niet gevolgd en wat valt er aan te doen?*
Huisarts Wet;41(11):511-4

Grol TRPM, Everdingen van JJE, Casparie AF (1994). *Invoeren van richtlijnen en veranderingen*.
De tijdstroom.

Orlandi M. *The diffusion and adoption of worksite health promotion innovations: an analysis of barriers*.
Preventive Medicine, 15: 522-536.

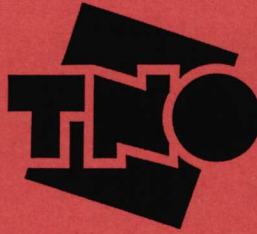
Rogers EM (1995). *Diffusion of innovations. Fourth Edition*. New York: The Free Press.

Visée P, Verhoeven I (1997). *Het projectontwerp, derde beslisdocument binnen het project "Samen op de kleintjes letten"*, Breda/Oosterhout NB.

ZorgOnderzoek Nederland (1996), *Met het oog op toepassing* door P. van Splunteren, Den Haag.



West-Brabant



STICHTING REGIONAAL
KRUISWERK
MARK EN MAAS

De invoering van "Samen op de kleintjes letten"

BIJLAGE I

Tekstkaders interviews medewerkers



Aspecten van de organisatiestructuur

Werkdruk gedurende het project

1. Werkdruk daar werd te weinig mee gedaan. Problemen konden bijna niet meer worden aangekaart en er was te weinig tijd. Hoe het met iedereen persoonlijk ging, daar was geen tijd meer voor. Ook voor de informele contacten was geen tijd meer.
2. De werkdruk was behoorlijk hoog, in de auto je brood op eten om maar weer op tijd bij de volgende afspraak te zijn. Het gebeurde ook wel dat extra kinderen tussendoor gepland werden en dan liep alles vreselijk uit. Dat werd later wel beter. Ik schreef dan op de planning: er mag niets meer tussen gepland worden. Dan moeten ze de volgende keer komen en als er een probleem is kunnen ze er altijd voor terecht.
3. Toen we begonnen met het project had ik een assistente die bekend was met het GGD werk. Dat was een hele steun. Ik was een beetje ingewerkt en toen kwamen er assistentes zonder ervaring. Dit was omgekeerd werken. De eerste assistente gaf aan dat ze te weinig tijd had, de tweede begon heel enthousiast, maakte overuren en knapte af. Twee invallers met zeer veel inzet. Ze moesten alleen nog meer ingewerkt worden. Je zit als organisatie al gauw voor het blok in situaties van ziekte.
4. Het gebied wordt groter, je moet en CB werk en naar scholen. Dit kost meer tijd. Ik weet niet hoe ze het berekend hebben, of ze reistijd hebben meegenomen of niet. Er was voor de assistentes te weinig tijd. Voor de mensen is het vervelend; zo van je kan het niet aan maar je wilt zo graag. Ik kon het niet voorkomen. "Ik stond erbij en ik keek ernaar", dat gevoel had ik.

Informatievoorziening over het project

5. Toen ik voor het eerste hoorde van het project; was er weerstand. Ik had er niet veel zin in. 7 jaar geleden zijn ze op papier begonnen. Ik heb er pas een paar jaar geleden van gehoord.
6. Tijdens de voorbereiding heb ik veel mee overlegd. In het voortraject zaten ook alleen maar mensen van onze eigen werkoverlegsituaties. Het was alleen intern overleg. Ik heb al in het begin meegedacht, ook 7 jaar geleden.

Besluitvorming

7. We werden voor het blok gezet, zo van als jullie niet willen gaat het niet door. Maar dan ben jij degene die alles tegenhoudt. De beslissing lag al vast dus je moest wel mee of je wilde of niet.
8. De bereidheid om te veranderen was niet aanwezig. Je hebt altijd voortrekkers en remmers. De verhouding tussen deze groepen was scheef. De middenmoot hobbelt mee. Er was geen bereidheid om het beste er van te maken.
9. De middengroep had sterk de neiging om mee te lopen met de remmers. In persoonlijke gesprekken bleek dat veel minder te zijn. Er is een klaagcultuur ontstaan. De switch maken is ook door de training niet gelukt. Telkens kwamen er weer klachten en tegenwerking. Volgens mij is het niet alleen dat de leiding de groep heeft aangewezen, maar ook de manier waarop zij ermee om zijn gegaan en het financiële aspect.
10. Zodra ze bij elkaar zaten en van elkaars knelpunten hoorden kwam er een negatieve spiraal.

11. Er werd vanuit gegaan dat de werknemers van de GGD meteen wisten wat hier moest gebeuren.

12. Er waren toch vrij veel weerstanden bij mensen, niet verwacht. Achteraf zeg je dat de reden om voor dat gebied te kiezen toch niet juist was. De mensen die het zouden moeten uitvoeren, zijn niet bij deze keuze betrokken. Het brengt veel onzekerheid mee. Met name bij de verpleegkundige. Het werd hardop gezegd of het werk van de GGD wel te leren was en zo. Je kreeg dus gelijk een accentuering van de verschillen.

13. Er was een drempel om te kunnen werken met onzekerheden. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het opleidingsniveau tussen verpleegkundige en artsen. Het Verpleegkundig probleem was; ik wil meer weten, maar heb geen tijd. "Je krijgt readers en de baas moet maar leeg plannen want wij moeten die readers lezen." Volgens mij moet dit in de avond, maar dat was niet bespreekbaar. Daar lopen we in onze organisatie tegen aan, als men iets te lezen krijgt moet er tijd voor zijn. Mentaliteitsverandering. Dat is ook een vergissing of verwachtingspatroon. Omdat het met de artsen soepel verlopen was. De een draaide met de ander mee en gingen naar symposia. Dit gold niet voor verpleegkundige.

Scholing

14. Ja scholing, dat is iets, waar heel veel tijd aan is besteed. Een bijscholing meer op teambuilding gericht. Werknemers van de GGD en kruiswerk zouden elkaars werkzaamheden beter leren kennen en elkaar persoonlijk, zodat er een team ontstond. Op die manier hoefde dat voor mij dus niet. Het was veel te uitgebreid met hele dagen. Hele sessies werden er aan besteed. De hele map heb ik daar nog staan, over wat er allemaal gebeuren moet om een goed team te krijgen. Ik dacht zelf "dat komt wel". Als wij eerst van elkaar weten wie wie is wat hij/zij voor werk doet dan leren we elkaar, als het werk begint, wel kennen.

15. Ze zijn er vanuit gegaan dat je al een heleboel weet omdat je 0-4 jarige zorg al doet, maar 4-12 is gewoon een heel andere leeftijdsgroep. Je benadert de kinderen gewoon heel anders. In groep 7 zijn er wel ouders bij, maar je hebt je gesprek met het kind.

16. Als ik aan iets moet beginnen waar ik weinig van weet, durf ik er haast niet aan te beginnen.

17. Het was verkeerd ingeschat om de scholing tegelijkertijd met de start van de invoering laten lopen. De gedachtegang was dat als je het geleerde gelijk in de praktijk bracht, je het beter onthoudt. Achteraf had het gesplitst en meer begeleid moeten worden.

Overleg

18. Overleg verliep ook moeizaam. 1 a 2 keer per maand overleg met verpleegkundige. 1x per maand zaten de arts en assistentes erbij. Het systeem was zo georganiseerd dat de verpleegkundigen bij elkaar kwamen met een teamleider die vervolgens onder het hoofd van de jgz staat. Deze staat weer onder de directie. Sterk het idee dat dingen naar boven niet goed overkwamen. Je kwam met praktische problemen. De teamleider zei dan dat er een oplossing gezocht moest worden. Wij hadden het idee dat het niet bij het hoofd van de JGZ terechtkwam en ook niet bij de directeur. Het is blijven steken. Achteraf heel veel commentaar over dingen die niet liepen, maar er werd heel weinig mee gedaan.

19. Er kwam een ander overleg bij, het werd groter, waarbij je overleg had met alle verpleegkundigen, de artsen, logopediste, GVO'er waren daar ook bij en andere functionarissen. Multidisciplinair overleg. De meeste keren was er wel meerwaarde. Meestal was er een speciaal onderwerp, waardoor je inhoudelijk kennis op deed. Dit onderwerp werd dan ingebracht door o.a. logopediste, GVO functionaris, tandheeldkundige. Het gebeurde ook wel dat de verpleegkundige van de GGD inhoudelijk wat vertelde over het werk. Andersom gebeurde ook. Ook wel eens een overleg gehad waarbij de projectleiding vertelde over de stand van zaken.

20. We moesten ook contact hebben met de CB arts maar wanneer moest dat gebeuren. Ze hadden er mooie gedachten over, om tijdens het overleg hier een keer per maand om ervaringen uit te wisselen en kinderen met elkaar door te spreken. Maar dat werkte niet, er moesten zoveel andere dingen besproken worden over het hele project. Over alles wat er wel en niet goed ging. We kregen geen kans om kinderen te bespreken. Het moest allemaal na het CB maar we hadden minder contact met de artsen omdat de gezamenlijke kleuterbureaus vervielen. We hadden alleen nog maar de zuigelingen waar we elkaar soms zagen. Overleg met CB-artsen ging vaak niet door want de ene keer waren ze er niet, de andere keer moesten ervoor terug komen. Het moest dan aan het eind van de dag maar dan wil je ook naar huis. Alleen de kleuters waar iets mee aan de hand was, zouden dan besproken worden.

Arbeidsvoorwaarden

21. De CAO voor de mensen van de GGD is misschien iets beter dan die van ons en dat gaf misschien wat scheve ogen.

22. Zij hadden vakanties waar wij niet aan konden tippen. Hun vakantie was van het begin van de zomervakantie tot aan het eind. 6 tot 8 weken schoolvakantie, daar waren ze aan gewend. Wij mochten niet meer dan drie weken opnemen, dus daar kwam meteen een conflict. "Maar hoor eens even, jullie werken met ons samen en jullie denken toch niet dat wij die andere vijf weken voor jullie gaan opknappen." Hun baas had er nooit bij stil gestaan dat het allemaal zo ging.

23. Laatste keer ging het (de vakantieplanning, red.) beter. Er werd rekening gehouden met elkaar. Je bleef wel twee kampen houden. Dit is op te vangen door iedereen gelijke dagen te geven, maar dat kan alleen als je allemaal voor 1 organisatie werkt.

24. GGD heeft veel meer te besteden: "even een fax aanschaffen". Wij moeten blij zijn dat we een potlood krijgen. Wij moesten alles zelf regelen. Bij ons moest alles goed geregeld zijn, ouders willen meer begeleiding en later op school is dat minder belangrijk. Die gedachte leefde voort.

25. Er waren wel verschillen in bijvoorbeeld materiaal aanvragen. Bij het Kruiswerk moet je van te voren aanvragen en een kostenplaatje maken. Bij de GGD gaat dat makkelijker.

26. Ik vind dat niet waard om daarover te discussiëren. Andere arbeidsvoorwaarden, andere vakantieperiodes. Kruiswerk is gewend om vakanties op elkaar afstemmen, 3 hooguit 4 weken weg. GGD gaat gewoon 6 weken dicht in de vakantie. Dan heb je een probleem. Tenzij een medewerker zegt; het is maar voor 1 of 2 jaar, daarna zien we wel weer. Mensen willen niet. Dat kan je niet verkopen aan andere verpleegkundigen in het project. Dan ga je discussiëren over iets waar je het niet over moest hebben of we hadden dat moeten voorzien.

Aspecten in de uitvoering

Veranderingen

27. Door dit project zijn we ook 3 jarige kleuters gaan doen. En als je daar de tijd voor krijgt is dat heel leuk om te doen. Schoolonderzoek is ook heel verpleegkundig onderzoek, dus alles ligt wel in 1 lijn. De problemen liggen bij grotere kinderen op een ander vlak en zijn wat groter. Je hebt meer met psychologische klachten te maken. Bij de kleintjes heb je kleine probleempjes.
28. Waar men in Nederland men juist aan functiedifferentiatie doet, wordt nu je functie verbreed. Waar moet je dan beginnen met verdiepen. In ziekenhuis is ook alles gesplitst. 0-4, 4-12 en 12-19 zijn verschillende gebieden, als je daar specialistisch mee om wilt gaan moet je niet gaan verbreden.
29. Men droeg aan dat mensen moeite hadden met overschakelen van de ene werksoort op de andere. Van CB naar GGD, van School naar Baby. Op school zie je een arts en dan ging je ook daar maar weer overleggen over een baby. Dit kostte moeite en tijd.
30. De kleine dagelijkse dingen, plezier die men toch had. Met name de CB-arts was werkelijk heel teleurgesteld dat dit nu teruggedraaid moest worden. In de praktijk kregen de wijkverpleegkundige hoe langer hoe meer lol in de contacten met de scholen. Maar het is moeilijk om op 1 dag om te schakelen. Dan weer een schoolkind dan weer CB-kinderen. Hier moet je langer aan wennen. Op het moment dat ze het in hun vingers kregen werd het teruggedraaid.
31. Tijdens het project had je makkelijker contact met de GGD-medewerkers, wat je voorheen niet had. Dit was een stuk meerwaarde. Dit gold voor ons met name voor logopedisten. In de kleinere plaatsen ging het contact met de verpleegkundige juist achteruit. De verpleegkundige zagen de kinderen wat minder, want de 2 en 4 jarigen deden wij zonder verpleegkundige. Voor de zorgbehoevende kinderen daar moet je meer voor regelen, daar moet je apart besprekingen voor organiseren. Vroeger ging dat makkelijker. Probleem kinderen geeft organisatorisch meer werk.
32. Voor het CB ben ik door een verpleegkundige ingewerkt. Het assistentenwerk veranderde niet zoveel; meten van oren en ogen enz. Alles werd wel een maatje kleiner. Op het CB hadden ze alles keurig op papier gezet, alleen de administratie was heel anders. Bij het inwerken had ik liever meer tijd gehad. Onderling werkten de verpleegkundigen ook nog anders. Dossiers werden op verschillende wijze ingevuld. Dit geldt ook voor de gezinskaarten. De één via de ruitertjes, de ander op stapels. Dan de verschillende gebouwen, zeven verschillende locaties. Bij de GGD is alles hetzelfde, alles staat keurig in de bak en de rest wordt in Breda gedaan.
33. Ik moest telkens omschakelen van Kruis naar GGD en andersom. Ik moest ook nog vier assistenten inwerken, plus die lessen die je dan nog kreeg. Daar word je dus helemaal overspannen van. Je kon niks afwerken want je moest weer hollen naar het volgende bureau of school. Je moest maar zien dat je het werk afkreeg. Het was alleen maar jakkeren en jagen. Bij het Kruis waren ze gewend telefonisch op te roepen, maar ik weet niet wanneer ik dat moest doen. Want wie is er tegenwoordig overdag nog thuis. Iedereen werkt, zit op school of weet ik wat. Ik wil best peuters en kleuters doen, maar dan roep ik ze schriftelijk op. En als ze afbellen moeten de verpleegkundigen maar even een andere inplannen. Voor de scholen plan je een hele klas in, op vaste data wanneer je er naar toe gaat. Ik krijg keurig mijn lijsten zo aan geleverd. Bij het kruis moet je in de bakken gaan zoeken op zoek naar dossiers. Dan zijn er ook nog ook de gezinskaarten waar ik me het nut van afvraag. Ze werken ook met ruitertjes voor het bijhouden van afspraken enz. Dat is bij ons al tien jaar geleden afgeschaft. Bij de GGD werkt dat allemaal veel gemakkelijker. Ik krijg gewoon uitdraaien en stickers.

Werkgroepen

34. Gevraagd was de taken op te schrijven die horen bij een 3-jarig peuterbureau. Dit was alleen voor de verpleegkundige. Ik zat erin met een collega, een arts en een doktersassistente. We hebben erover gehad en waren begonnen, maar waren van mening dat dit een taak was voor de projectleiding. We hadden wel wat richtlijnen opgezet wat wij erin zouden willen, maar vonden dat zij dat uit moesten werken. Als dat uitgewerkt was dan konden wij het misschien nog wel aanvullen met de hele groep verpleegkundigen. Verder was er geen tijd om een vergadering te plannen.
35. We begonnen enthousiast, maar het werd steeds minder. We kwamen 1x per maand bijeen. Nieuwe folders lezen en aanpassen. Alles zeer praktisch. Als je het gelijk deed was je klaar. Wel iets extra werk, maar viel mee. Deze werkgroep was misschien wat makkelijk. We zijn bezig geweest met oproepkaarten voor 3 jarigen, maar hebben er niets meer van gezien. Toen ze klaar waren was het project geschrapt. Het eind was echt een domper.

Registraties

36. Extra gegevens verzamelen heeft weinig weerstand opgeleverd. Er was gekozen voor een gezamenlijke registratiesysteem van de nieuwe producten. Dit werd de methodiek van de GGD. De GGD heeft het nodige geïnvesteerd om het product te maken. Goed gelopen. Overweging is om hiermee nu gewoon verder te gaan. Het was een betere vorm van registratieën de invoering heeft niet tot protesten geleid.
37. Het was leuk om met een logopediste aan het werk te gaan, ik doe ook de gehoortesten . Het was moeilijk om met zijn drieën afspraken te maken. De logopediste wilde veel meer dan haalbaar was en dan wij nodig vonden. Zij staat voor haar stukje en wij vonden dat wij wat meer knowhow in huis hadden dan zij dacht. Maar de tijd zat tegen. Het demotiveerde haar. We hebben wel een collectief aanbod gestart.
38. Ik ervaar de nieuwe kaarten niet als vervelend, Het was even wennen, en kostte meer tijd. Die pen was wat sneller. Iets meer werk.
39. Dat was via het registratieformulier. Dit is nu veranderd. Wij werkten eerst via een barcode en gebruiken nu die formulieren van de GGD. Het werkt wel. Op zich niet slecht. Het is nu nog niet bekend hoe we verder gaan met die formulieren. In januari 2000 krijgen wij een ander systeem, wat dit is, is nog onbekend. Vreemd want formulieren moeten gedrukt worden en dus moet je nu alles al in orde hebben. Net als dat het kruiswerk gaat werken met elektronische zakagenda's.
40. Juist die extra contacten en dat je voor ouders makkelijker toegankelijk bent, heb ik niet allemaal in de OMR verslag kunnen weergeven, want je hebt niet altijd de dossiers, of er komt iets tussendoor. Als je assistente niet daarin is ingewerkt dan kom je er niet altijd toe. Ik vraag me af wat er uit komt.

Bereikbaarheid

41. Ik weet niet of het nodig is dat je iedereen kan spreken op elk moment. Ik vind het wel makkelijk, maar ik betwijfel of het nodig is. Er gaat niemand acuut dood, dus waarom moet ik iemand acuut spreken.
42. Bereikbaarheid is heel slecht. Je zat dan hier en dan daar. Dagelijks is er een telefonisch spreekuur en daar moesten verpleegkundigen om de beurt dienst doen. Afspraken werden dan verzet. Dit werd in een schrift geschreven. De bedoeling was dat je iedere dag naar het hoofdkantoor kwam om het schriftje in te kijken, actie te ondernemen op noodgevallen. Ik kwam soms een hele week niet die kant op. En belde af en toe. Maar als je een persoon moest hebben, was het einde zoek om hem/haar te vinden. Dus de draagbare telefoons waren een uitkomst. Bereikbaarheid ging hiermee vooruit. Er werken een boel parttimers. Dus inspreken op voicemail werkte ook niet altijd.

Aspecten in de organisatiecultuur

Werkstijl

43. In onze cultuur (kruiswerk) probeer je alles af te krijgen. GGD zegt, dat ze er niet aan toe zijn gekomen.

44. Je komt uit twee verschillende organisaties, er is best wel een groot cultuurverschil. Je werkt anders. Bij ons heb je het eerste jaar intensief contact met ouders en kind, dat vereist een andere benadering. Je bent heel erg gericht op een goed contact met de ouders. Bij 4-12 jarigen is het contact meestal maar eenmalig in groep 7. De verpleegkundige van de GGD hadden zoiets van: "komt het vandaag niet dan komt het morgen wel". Bij ons moesten dingen op bepaalde dagen gebeuren. De GGD verpleegkundige kwamen naar ons idee wat lakser over. Misschien was het niet zo, maar het kwam wel zo over. Gaf wel eens frustraties.

45. Wij werkten volgens schema en waren gewend dingen af te werken. GGD was dat niet gewend.

46. De GGD medewerkers hebben meer vrijheid. Onze medewerkers hebben ochtenden waarop een CB wordt gehouden, dit staat vast. De GGD moest op jaarbasis een aantal scholen bezoeken en dat konden ze zelf bepalen wanneer en hoe en wat, als je voor de vakantie maar klaar bent. Ik zou me kunnen voorstellen dat niet compatibel is.

Omgang met elkaar

47. De informele contacten zijn vaak heel belangrijk, zo sta je bijvoorbeeld een dossier op te zoeken en er je komt daar een collega tegen. Als het goed gaat dan maak je een praatje en heb je het misschien over een leerling van een bepaalde school. Dat is dan "wandelgangen"overleg, maar dat is wel de realiteit. Het hoort ook gewoon bij je werk. Ik merkte dat in het begin mensen niet makkelijk bij anderen op consultatie gingen. Maar naar verloop van tijd ging dat dus steeds beter. Mensen moeten ook bereid zijn dingen af te geven en niet alles bij zichzelf te houden.

48. Er is tot het eind toe wel wrijving gebleven tussen de verpleegkundigen. We zijn nooit een echt team geworden. Het zijn allerlei kleine puntjes geweest.

49. In de omgang en informele contacten waren er geen blokkades. Als persoon werd die ene wel gewaardeerd maar haar gebrek aan collegialiteit had men moeite mee. Men had best wel interesse voor elkaars werk. En wederzijds respect.

Diversen

Afstemming geïntegreerd zorgaanbod

50. Je begon nu inderdaad dossiers te zien die je zelf 6/7 jaar geleden had gemaakt. Ik vond dat wel grappig. Bijvoorbeeld een stil en verlegen kind van 4, begon nu een leuke vlotte tiener te worden en kwam uit een zwaar christelijk milieu. Je bent wel wat meer bevooroordeeld. De meeste ouders kende je. De drempel is dus lager. Voorheen gebeurde het nog wel eens dat als ouders van een schoolkind met iets zaten ze toch nog naar ons belde. Dat was nu over. Voor de cliënten leek het mij wel makkelijker.

51. Naar mijn idee is het echt logisch om op die manier te werken. Je kunt eerder continuïteit van zorg garanderen. Vanuit CVO oogpunt gezien kan je ook individueel op consultatieniveau aan kwaliteitsbegeleiding en bewaking doen vanuit dezelfde visie en zorggedachte.

52. Ik heb niet van klanten gehoord dat ze het vervelend vonden, alleen dat ze het prettig vonden. Het is nu jammer dat het afgelopen. Niet veel reacties gehoord, maar die ik hoorde waren positief.

53. Er is positief op gereageerd. Mensen die geen kinderen in verschillende leeftijdscategorieën hebben, hebben minder gereageerd. Incidenteel zijn er reacties binnen gekomen. Scholen vonden het vaak prettig informatie te krijgen vanuit kindercentra. Mensen hadden een klein werkgebied waar men een sleutelfiguur is. Dit werd met name door scholen gewaardeerd.

Eventueel het project voortzetten

54. Ik zou het heel leuk vinden als het project door zou gaan. Het is een uitdaging.

55. Ik wil niet spreken van een mislukking maar onder deze voorwaarden was het niet te realiseren. Je zal niemand hebben gesproken die zei wat een waardeloos idee. De inspanningen die een persoon zich moest getroosten is relatief veel geweest.