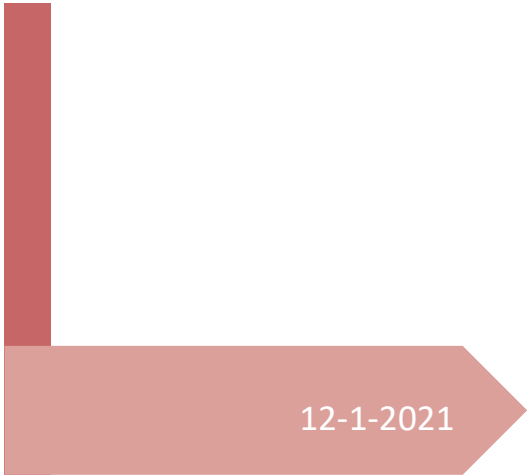




12-1-2021

Integrale vroeghulp in transformatie

*Vergelijkend onderzoek naar de effectiviteit
van IVH-netwerken en invloedrijke
netwerfactoren op de effectiviteit*

Sanne Jongeling (s4495934)

Radboud Universiteit Nijmegen
Faculteit der Managementwetenschappen
Master Bestuurskunde Publiek Management
Masterthesis januari 2021

Begeleiders:

Dr. Jan-Kees Helderman Radboud Universiteit
Mahmut Erciyas Gemeente Nijmegen
Corina Brekelmans Gemeente Nijmegen

VOORWOORD

Voor u ligt mijn masterscriptie ter afronding van de master Bestuurskunde met de specialisatie Publiek Management. De scriptie is gedurende een stage bij de gemeente Nijmegen geschreven in de periode van maart 2020 tot januari 2021. Het scriptietraject heeft geresulteerd in zowel een verbreding als een verdieping van mijn bestaande sociologische kennis. De masterscriptie heeft mij met een bestuurskundige bril leren kijken naar soortgelijke vraagstukken als in de sociologie. Wat het leerproces extra bijzonder maakt, is dat ik mijn eerste masterscriptie ter afronding van de master Sociologie ook bij de gemeente Nijmegen in het sociaal domein heb mogen verrichten. Hierdoor heb ik niet alleen vanuit een andere bril leren kijken naar het domein, maar heb ik tevens de kans gekregen om mijn kennis over het sociaal domein uit te breiden en een beter begrip te krijgen van de complexiteit van het domein.

Het onderzoek heeft plaatsgevonden tijdens de coronacrisis. Dit had tot gevolg dat ik vanaf de tweede week van mijn stage vanuit huis het onderzoek heb moeten verrichten. Mede dankzij de betrokkenheid en flexibiliteit van mijn begeleiders Jan-Kees Helderman, Corina Brekelmans en Mahmut Erciyas, is het gelukt om de scriptie af te ronden. Eveneens gaat mijn dank uit naar de personen die ik heb mogen interviewen voor het onderzoek. Wegens de coronaomstandigheden vonden de interviews plaats per telefoon of video call. Dit voelde in het begin onwennig, maar al snel raakte iedereen hiermee vertrouwd waardoor het interviewen via deze alternatieve routes goed mogelijk was. Ook mede dankzij de inzet van de geïnterviewde professionals heb ik het onderzoek succesvol kunnen afronden in coronatijd.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord.....	3
Hoofdstuk 1 Inleiding	6
1.1 Aanleiding	6
1.1.1 Ontwikkelpunt 1: Brede basisteams	7
1.1.2 Ontwikkelpunt 2: Integrale vroeghulp	8
1.2 Probleemstelling.....	10
1.3 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie.....	11
1.4 Voorbeschouwing theoretisch kader.....	12
1.5 Voorbeschouwing methodisch kader	14
1.6 Leeswijzer.....	15
Hoofdstuk 2 Beleidskader.....	16
2.1 Wat en voor wie is integrale vroeghulp?	16
2.2 Het belang van vroeghulp.....	17
2.3 Verandering voor en na de decentralisatie.....	18
2.3.1 Integrale vroeghulp voor de decentralisatie	19
2.3.2 Integrale vroeghulp na de decentralisatie.....	20
2.4 Samenvattend	22
Hoofdstuk 3 Theoretisch kader.....	23
3.1 Algemene beschrijving van netwerken.....	23
3.1.1 Typen netwerken	25
3.1.2 Vormen van netwerkmanagement.....	27
3.2 Samenwerking op uitvoerend niveau	28
3.2.1 Competenties van professionals.....	28
3.2.2 Contextuele condities	30
3.3 Netwerkstructuur in hybride besturingsnetwerken	31
3.3.1 Netwerken in een hybride besturingscontext	31
3.3.2 Gemeente als opdrachtgever in heterarchisch netwerk	34
3.4 Samenvattend	38
Hoofdstuk 4 Methodisch kader.....	41
4.1 Kwalitatief onderzoek.....	41

4.2 Operationalisaties.....	42
4.3 Dataverzameling.....	46
4.3.1 Documenten.....	46
4.3.2 Observaties & interviews	47
4.4 Analyse.....	49
Hoofdstuk 5 Resultaten.....	50
5.1 Potentiële IVH-doelgroep en effectiviteit	50
5.2 Omschrijving van IVH-netwerken	53
5.2.1 Het Nijmeegse IVH-netwerk	54
5.2.2 Het Groningse IVH-netwerk.....	57
5.3 Bestuurlijke vormgeving van de netwerken.....	60
5.3.1 Conditie voor sturing in netwerk.....	61
5.3.2 Sturende actoren en netwerkmanagement strategieën	63
5.3.3 Positionering van de sturende actor(en).....	68
5.3.4 Gevolgen van horizontale en verticale relaties.....	69
5.3.5 Terugkoppeling naar proposities	72
5.4 Samenwerking tussen professionals op uitvoerend niveau	74
5.4.1 T-shaped professionals.....	74
5.4.2 Contextuele condities	77
5.5 Samenvattend	80
Hoofdstuk 6 Conclusie, reflectie en advies.....	82
6.1 Conclusie.....	82
6.2 Reflectie op het onderzoek	84
6.3 Advies	86
Stap 1: Gemeente als verbindende actor.....	86
Stap 2: Kijk vanuit de casus en niet vanuit een contract.....	87
Stap 3: Verbeter de constitutionele vormgeving.....	87
Stap 4: Neem afstand en houd vinger aan de pols	89
Stap 5: Heterarchisch netwerk	90
Literatuurlijst	91
Bijlage 1: Lijst met respondenten	97
Bijlage 2: Interviewgide	98

HOOFDSTUK 1 INLEIDING

In opdracht van de gemeente Nijmegen wordt onderzocht hoe de werkwijze integrale vroeghulp zich bestuurlijk en beleidsmatig heeft ontwikkeld sinds de decentralisatie van de jeugdwet. De vraag voor een dergelijk onderzoek komt voort uit resultaten van een eerder onderzoek naar vroeghulp en geplande doorontwikkelingen van het jeugdzorgdomein in de gemeente Nijmegen. Het huidige onderzoek biedt de mogelijkheid te kijken hoe integrale vroeghulp mee kan bewegen in de doorontwikkeling van sociale wijkteams naar brede basisteams. Een vergelijking met een afwijkende toepassing van integrale vroeghulp in een andere regio kan hiervoor nieuwe inzichten opleveren. Middels de vergelijkende analyse wordt in kaart gebracht in hoeverre het beleid effectief is en welke factoren hier een rol in spelen.

In het eerste hoofdstuk wordt ingegaan op de aanleiding voor het onderzoek. Vervolgens worden de doel- en vraagstellingen besproken, gevolgd door de maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie van het onderzoek. Tot slot wordt een voorbeschouwing gegeven van het theoretisch kader en de onderzoeksmethoden, aangevuld met een leeswijzer.

1.1 AANLEIDING

In 2015 is de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de jeugdwet volledig gedecentraliseerd naar gemeenten. Een aanleiding voor de decentralisatie was dat de zorg zowel bestuurlijk als financieel versnipperd was geraakt over verschillende instanties en bestuurslagen. Door het aanstellen van één verantwoordelijke, de gemeente, zou de versnippering in jeugdhulp moeten verminderen. Het zou moeten leiden tot meer samenhang binnen en buiten de jeugdhulpverlening waardoor aspecten als maatwerk, vroeghulp, ruimte voor professionals en integraal werken beter van de grond zouden komen. De jeugdzorg zou hierdoor efficiënter en effectiever moeten functioneren. Het uiteindelijke doel van de decentralisatie was om de eigen kracht van jongeren te versterken, evenals het probleemoplossend vermogen van hun sociale omgeving (Friele et al., 2018, pp.9-18; Pommer & Boelhouwer, 2017, pp. 52-54; Yperen et al., 2016, pp.5-6).

De transitie van verantwoordelijkheden voor de jeugdwet naar de gemeenten is nu enkele jaren achter de rug. Dit biedt gemeenten de kans om te reflecteren en beleid verder aan te passen naar de transformatiedoelstellingen, zoals meer samenhang, maatwerk en professionele ruimte. Dit proces wordt ook wel de transformatiefase genoemd. Het is de vervolgfase op de transitie (Friele et al., 2018, pp.10-12). In de praktijk betekent de transformatie een langdurig proces van doorontwikkeling waarbij gemeenten voor verschillende uitdagingen komen te staan. Zo kampen gemeenten met groeiende financiële tekorten op het gebied van jeugdhulp en hebben gemeenten

slechts beperkte sturingsmogelijkheden op extern binnenkomende zorgvragen (Gemeente Nijmegen, 2017, p.293; Yperen et al., 2019, pp.12-14). Om toch tot een beheersbare situatie te komen is het van belang om onder andere in te zetten op succesfactoren zoals het versterken van wijkteams, een integrale werkwijze, preventieve zorg en vroegsignalering (Yperen et al., 2019, pp. 19-27).

De gemeente Nijmegen schatte in 2017 nog ongeveer drie tot vijf jaar nodig te hebben om een stabiele en beheersbare situatie te creëren in onder andere de Jeugdwet. In de eerste jaren na de decentralisatie “is veel aandacht uitgegaan naar zorgcontinuïteit, inkoop en subsidie van zorg, en het oplossen van bijbehorende knelpunten” (Gemeente Nijmegen, 2017, p.293). Na 2017 zou meer aandacht uitgaan naar transformeren. Hierbij werden wel enkele knelpunten gesignaleerd die een rol zouden spelen bij de verdere transformatie; de groeiende tekorten in de jeugdzorg en de wachttijden bij de sociale wijkteams. Om dit op te lossen is in 2018 een interventieplan opgesteld om een “beheersbare ontwikkeling” van onder andere de jeugdzorg te realiseren. Maatregelen richtten zich bijvoorbeeld op de versteviging van de sociale wijkteams en het borgen van tijdige signalering van jonge kinderen met problematiek (Gemeente Nijmegen, 2017, p.293).

Anno 2020 blijkt echter op beide punten nog geen beheersbare situatie te zijn gecreëerd. Zowel voor de sociale wijkteams als de tijdige signalering van jonge kinderen met problematiek is een doorontwikkeling nodig. Hoe deze doorontwikkeling eruitziet en waarom het noodzakelijk is, wordt omschreven aan de hand van de volgende twee ontwikkelpunten: (1) brede basisteams en (2) integrale vroeghulp.

1.1.1 ONTWIKKELPUNT 1: BREDE BASISTEAMS

Uit onderzoek van de Rekenkamer Nijmegen (2019, pp.10-12) is gebleken dat de sociale wijkteams (SWT's) in de gemeente Nijmegen sinds de decentralisaties zijn uitgegroeid tot een knelpunt in de Nijmeegse zorgketen. De teams die zich op wijkniveau bezighouden met het indiceren, verwijzen en leveren van zorg op het gebied van WMO en de Jeugdwet, hebben de zorgvragen sinds de decentralisaties zien toenemen. Hierdoor is de focus hoofdzakelijk komen te liggen op het indiceren in plaats van het zelf tijdig leveren van (preventieve) zorg. Het in 2017 geconstateerde probleem met wachttijden, is daarmee nog steeds actueel. Het kan daardoor langer duren voordat kinderen en gezinnen zorg ontvangen. De problematiek kan zich hierdoor verder ontwikkelen (escaleren) waardoor de zorgkosten toenemen (Derks, 2019; Gemeente Nijmegen, 2020; Rekenkamer Nijmegen, 2019).

Om de problematiek van een te hoge caseload en toenemende complexiteit van problematiek als gevolg van wachtlijsten op te lossen, gaat de gemeente Nijmegen de komende jaren de SWT's vervangen door brede basisteams (BBT's). BBT's vormen een uitbreiding op de huidige SWT's. Het BBT

gaat zowel generalisten als specialisten omvatten en richt zich op jeugd of volwassenen. Iedere wijk krijgt hierdoor een apart BBT voor jeugd en een apart BBT voor volwassenen. Dit moet ertoe leiden dat de BBT's zich naast het indiceren en verwijzen ook weer kunnen richten op het leveren van tijdige zorg (Derks, 2019). Vooral de doelgroep 'het jonge kind' vormt een bestuursmatige uitdaging in de doorontwikkeling naar BBT's. Dit zal blijken uit de beschrijving van het volgende ontwikkelpunt 'integrale vroeghulp'.

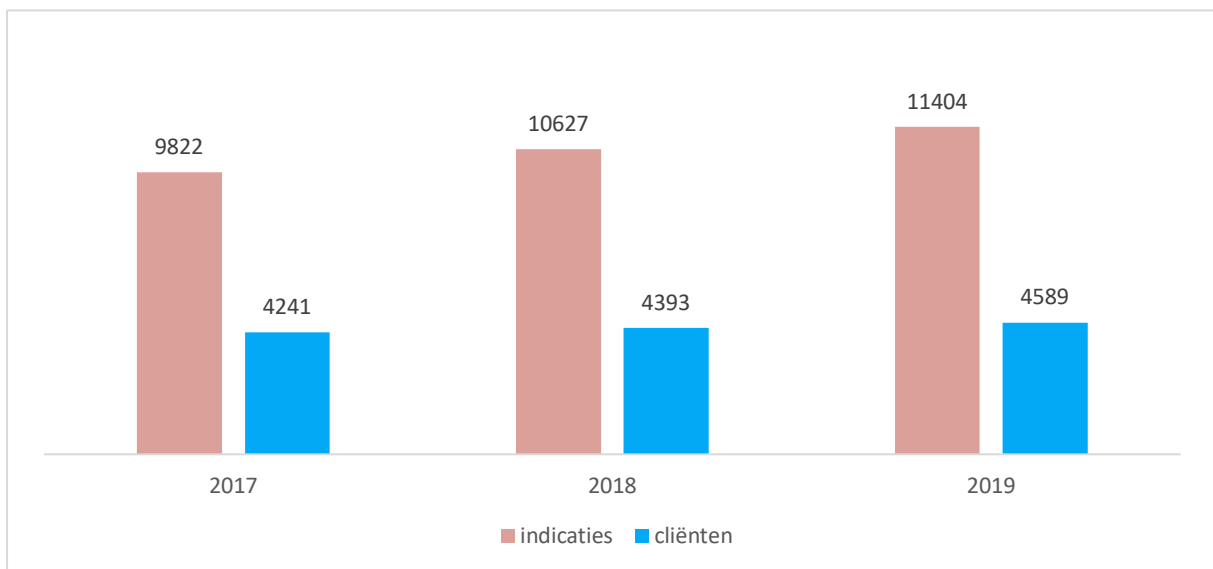
1.1.2 ONTWIKKELPUNT 2: INTEGRALE VROEGHULP

Jonge kinderen van nul tot zeven jaar oud kunnen kampen met complexe ontwikkel- en/of gedragsproblematiek. Het is belangrijk om tijdig zorg in te zetten bij deze kinderen om complexere problemen op latere leeftijd te voorkomen. De complexiteit van de vaak meervoudige problematiek kan het echter lastig maken de onderliggende zorgvraag boven tafel te krijgen. Het proces van het formuleren van de juiste zorgvraag en het vinden van passende zorg, kan voor ouders daardoor ingewikkeld zijn. Bij een dergelijke situatie kan de werkwijze integrale vroeghulp (IVH) worden ingeschakeld (MEE Gelderse Poort, 2015; Vereniging van Nederlandse Gemeenten [VNG], 2018a).

Bij de IVH-werkwijze krijgen ouders begeleiding van een trajectbegeleider bij het proces van vraagverduidelijking en het vinden van passende zorg voor hun kind. Tot begin 2020 waren deze trajectbegeleiders werkzaam in de sociale wijkteams. Gedurende het IVH-proces kan de casuïstiek besproken worden in een multidisciplinair overleg (MDO), in de regio Nijmegen is dit het Regionaal Team IVH. In het MDO zitten specialisten met verschillende achtergronden in de zorg zoals een jeugdarts en een gedragswetenschapper. Door gezamenlijk vanuit verschillende invalshoeken naar het vraagstuk van een kind en diens ouders te kijken, komen de partijen gezamenlijk tot een onafhankelijk en passend advies. Ouders gaan vervolgens samen met de trajectbegeleider aan de slag met het advies (Integrale Vroeghulp, z.j.a; MEE Gelderse Poort, 2015). Gezien de veelal specialistische zorgvragen van de jonge kinderen wordt het MDO in de regio Nijmegen boven gemeentelijk georganiseerd. Dit heeft te maken met schaalvoordelen op regionaal niveau. Op regionaal niveau is eveneens een coördinator actief die de continuïteit en samenwerking in de werkwijze stimuleert (Integrale Vroeghulp, z.j.b; VNG, 2018a).

In 2019 heeft de gemeente Nijmegen onderzoek laten doen naar het functioneren van de IVH-werkwijze. Aanleidingen voor dit onderzoek waren de toename in zorgvragen onder jonge kinderen, toenemende zorgkosten en signalen van een inefficiënte vormgeving van vroeghulp in de gemeente Nijmegen (Schavemaker & van Gorp, 2019, p.3). De toename in zorgvragen blijkt onder andere uit de interne registratie van de gemeente Nijmegen. In Figuur 1 is te zien in het aantal indicaties en unieke cliënten onder kinderen van nul tot zeven jaar oud is toegenomen. Tussen 2017 en 2019 nam het aantal unieke cliënten met 8 procent toe. Het aantal indicaties is met 16 procent toegenomen. Tezamen zorgt dit ervoor dat het aantal indicaties per cliënt in de afgelopen drie jaar hoger is geworden van 2,3 naar 2,5.

Figuur 1 Trend in totaal aantal indicaties en unieke cliënten van kinderen tot 7 jaar oud in de gemeente Nijmegen. Cijfers afkomstig uit interne registratie van de gemeente Nijmegen.



De stijgende trend in indicatiestelling staat haaks op de trend in de toepassing van de IVH-werkwijze. Uit onderzoek van Schavemaker en Van Gorp (2019) blijkt dat 80% minder kinderen worden besproken in het Regionaal Team IVH dan voor de decentralisatie van de jeugdwet. Het onderzoek toont aan dat sinds de decentralisatie de IVH-werkwijze achteruit is gegaan door de minder goede positionering van de IVH-coördinator en de IVH-trajectbegeleiders. Dit heeft onder andere te maken met de problematiek die zich afspeelt in de SWT's, zoals is beschreven in de aanleiding voor de BBT's. Ook is sprake van een versnippering en overlap in vormen van vroeghulp (Gemeente Nijmegen, 2019; Schavemaker & van Gorp, 2019). De toename van indicatiestelling lijkt dus niet via IVH te zijn ontstaan.

Uit het onderzoek van Schavemaker en Van Gorp (2019) blijkt dat oorzaken voor het dalend aantal besproken kinderen gezocht moeten worden in de versnippering van het werkveld, verouderde

werkmethoden en het passeren van aanspreekpunten voor het MDO. De noodzakelijke afstemming in de zorg kan hierdoor onvoldoende zijn en kan leiden tot minder efficiënte en effectieve zorg en ondersteuning voor de jonge kinderen met complexe gedrags- en/of ontwikkelproblematiek. Als dit gerelateerd wordt aan de doelstelling van het interventieplan uit 2018 gericht op het borgen van tijdige signalering, geven de resultaten uit het onderzoek van Schavemaker en Van Gorp (2019) aanleiding tot een verdere ontwikkeling van de IVH-werkwijze. Aanbevelingen uit het onderzoek richten zich onder andere op het verlagen van het aantal verwijsroutes en het versterken van de aansturende rol van de gemeente op de toepassing van het IVH-MDO. Hoe dit precies vormgegeven moet worden in een veranderende context naar BBT's is echter nog de vraag.

1.2 PROBLEEMSTELLING

De twee ontwikkelingen van SWT's naar BBT's en de IVH-werkwijze zijn met elkaar verweven. Ze bevinden zich allebei in dezelfde zorgcontext. Daarbij komt dat uit oriënterende gesprekken is gebleken dat tot voor kort de trajectbegeleiders nog werkzaam waren in de SWT's. Het is daarom relevant te onderzoeken of en zo ja hoe IVH een stevigere positionering kan krijgen binnen het veranderende zorglandschap. Dit zou zowel een verdieping als een verbreding bieden op het eerdere onderzoek van Schavemaker en Van Gorp (2019). Hoe kan de gemeente bijvoorbeeld beter sturen op de toepassing van het MDO en hoe zou het MDO passen binnen de veranderende context naar BBT's?

De gemeente Nijmegen heeft naar aanleiding van deze vragen gevraagd onderzoek te doen naar de IVH-werkwijze binnen de Nijmeegse context. Hoe ziet de huidige situatie eruit? Wie is waarvoor verantwoordelijk? Hoe lopen de aansturingslijnen? Hoe zou de gemeente zich kunnen positioneren ten opzichte van de IVH-professionals? Dit soort vragen gaan over de structuur en inrichting van zorgnetwerken en netwerkmanagement. Om antwoord te geven op deze vragen zal een vergelijkende studie worden verricht tussen de Nijmeegse IVH-werkwijze en een afwijkende IVH-werkwijze in een andere regio. Deze afwijkende invulling van de IVH-werkwijze is onder andere gevonden in regio Groningen. Regio Groningen is daarom gekozen als vergelijkingsnetwerk. Verdere redenen voor deze keuze worden later nader toegelicht.

Door de effectiviteit en vormgeving van de netwerken met elkaar te vergelijken, kan een advies worden geformuleerd over hoe de IVH-werkwijze effectiever vormgegeven kan worden en hoe de gemeente Nijmegen hieraan kan bijdragen. Op basis van het advies en de kennis die voortkomen uit het onderzoek, kan de gemeente Nijmegen aan de slag met de positionering en vormgeving van IVH. Hierdoor zouden op termijn mogelijk meer kinderen bereikt kunnen worden met de werkwijze.

In het onderzoek staat de volgende prescriptieve vraag centraal:

“Hoe kan de effectiviteit van het Nijmeegse IVH-netwerk worden verbeterd waardoor meer jonge kinderen een passend zorgplan ontvangen?”

Aan de beantwoording van een prescriptieve vraag gaat de beantwoording van beschrijvende en verklarende vragen vooraf. Om tot een gefundeerd advies te komen, moeten daarom eerst verschillende deelvragen worden beantwoord. Ten eerste moet IVH als beleid nader worden omschreven. Waarom is het beleid van belang en wat omvat het IVH-beleid? Dit biedt de mogelijkheid om de resultaten en het advies te plaatsen binnen de context waartoe het behoort. Vervolgens wordt gekeken hoe het IVH-netwerk in Nijmegen is gestructureerd en welke netwerkfactoren hieraan hebben bijgedragen. Om dit volledig in kaart te brengen is ervoor gekozen om het Nijmeegse IVH-netwerk af te zetten tegen een alternatieve vorm van IVH, het Groningse IVH-netwerk. De vergelijking van de twee netwerken biedt de mogelijkheid om invloedrijke netwerkfactoren beter te duiden. De inzichten uit deze vergelijkende studie bieden input voor het formuleren van een advies dat antwoord geeft op de hoofdvraag. De overkoepelende hoofdvraag wordt hiermee uitgesplitst in vijf deelvragen:

1. Wat houdt integrale vroeghulp beleidsmatig in?
2. In hoeverre zijn de onderzochte IVH-netwerken effectief in het leveren van een gezamenlijke dienst?
3. Hoe verhouden de onderzochte IVH-netwerken zich qua structuur tot elkaar?
4. In hoeverre biedt de structuur van de IVH-netwerken een verklaring voor de mate van effectiviteit?
5. Wat betekenen de resultaten van de vergelijkende studie voor de verdere doorontwikkeling van IVH in de gemeente Nijmegen?

1.3 MAATSCHAPPELIJKE EN WETENSCHAPPELIJKE RELEVANTIE

Het onderzoek is zowel maatschappelijk als wetenschappelijke relevant. De maatschappelijke relevantie richt zich op het bevorderen van de ontwikkeling van jonge kinderen. De doelgroep van IVH ‘het jonge kind’ vormt een kwetsbare groep waarbij escalatie van problematiek op de loer ligt. Het is daarom van belang dat zorg zo passend en tijdig mogelijk wordt ingezet (VNG, 2018a). Eerder onderzoek heeft uitgewezen dat in gemeente Nijmegen de effectiviteit en efficiëntie van het IVH-netwerk nog niet optimaal is (Schavemaker & van Gorp, 2019). Dit zou tijdige en passende zorg in de weg kunnen staan. De onderzoeksresultaten kunnen bijdragen aan het door ontwikkelen van IVH naar

een effectiever netwerk. Hierdoor zouden meer jonge kinderen tijdig passende zorg kunnen ontvangen.

De maatschappelijke relevantie van het onderzoek reikt naast de ontwikkeling voor jonge kinderen ook verder. Instellingen en gemeenten hebben de laatste jaren te maken met groeiende tekorten op het gebied van jeugdzorg (Nederlands Jeugdinstituut [NJI], 2018). Een effectiever IVH-beleid zou daarom bij kunnen dragen aan het reduceren van zorgkosten op de lange termijn, omdat escalatie van problematiek wordt voorkomen (VNG, 2018a). Hierdoor raakt het beleid niet enkel de jonge kinderen, maar dient het onderzoek ook een groter maatschappelijk belang. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat IVH slechts één van de vele subdomeinen en doelgroepen binnen de jeugdwet betreft. Dit neemt niet weg dat de lessen uit de casus van Nijmegen relevant kunnen zijn voor de inrichting en structuur van de zorgnetwerken die gericht zijn op andere doelgroepen.

Naast de maatschappelijke relevantie is er ook sprake van een bestuurswetenschappelijke relevantie. Een vergelijkende netwerkanalyse op dezelfde doelgroepen in twee verschillende lokale contexten, kan nieuwe inzichten genereren in factoren die een rol spelen in de effectiviteit van zorgnetwerken. Door een bundeling van theorieën te toetsen in het onderzoek, wordt een zo volledig mogelijk beeld geschetst van actoren en dynamieken tussen actoren in een netwerk. Deze inzichten kunnen bijdragen in de beantwoording van een actueel vraagstuk binnen de bestuurskunde. Een recent artikel van Kruiter et al. (2020) omschrijft dat gezien de nog relatief recente decentralisatie van de jeugdwet en recente ontwikkelingen binnen het domein, vragen spelen over een juiste vorm van sturing op onder andere de jeugdwet. Hoe krijgen gemeenten grip op het sociaal domein en hoe moeten ze hun rol als opdrachtgever invullen?

Dit onderzoek kan bijdragen in de beantwoording van deze vragen door twee verschillende implementaties van hetzelfde beleid met elkaar te vergelijken op effectiviteit en structuur. Wat werkt wel en wat werkt niet? Het biedt daarmee een uitbreiding op de bestaande bestuurskundige kennis. Het antwoord kan ook relevant zijn voor andere gemeenten. De IVH-werkwijze was voor de decentralisatie van de jeugdwet een landelijk beleid. De situatie rondom IVH en de resultaten van het onderzoek kunnen daarom ook herkenbaar en bruikbaar zijn buiten de context van Nijmegen.

1.4 VOORBESCHOUWING THEORETISCH KADER

Zoals eerder is benoemd zal vanuit een netwerkperspectief de IVH-werkwijze worden onderzocht. Op deze manier wordt een holistisch beeld geschetst van alle betrokken partijen, de positie van deze partijen en de samenwerking tussen de partijen. Uiteindelijk bieden de theorieën inzicht in de

effectiviteit van netwerken en belangrijke factoren die bijdragen aan de effectiviteit. Het theoretisch kader is opgebouwd uit drie delen; (1) algemeen bestuurlijke structuur van netwerken, (2) de samenwerking op uitvoerend niveau en (3) netwerkstructuur in hybride besturingsnetwerken.

Het eerste deel van het theoretisch kader richt zich op de algemene vormgeving van een netwerk. Wat is een netwerk en wanneer is een netwerk effectief? Daarbij wordt in het bijzonder gekeken naar kenmerken van een netwerk die vragen om bepaalde vormen van sturing. Aan de hand van verschillende typen netwerken van Provan en Kenis (2008) wordt dit nader toegelicht. Aanvullend op de typering van netwerken wordt gekeken wat voor vormen van netwerkmanagement nodig zijn om tot een effectieve samenwerking te komen. Uit onderzoek van Klijn & Koppenjan (2000) blijken proces- en constitutioneel management een belangrijke invulling te zijn voor de sturing in en van het netwerk.

Het tweede deel van het theoretisch kader gaat in op de samenwerking tussen professionals op uitvoerend niveau zoals in het MDO. Welke competenties moeten professionals bezitten om succesvol samen te kunnen werken? Eerder onderzoek veronderstelt dat professionals het beste samen kunnen werken als zij beschikken over T-shaped competenties; zowel generalistische als specialistische competenties (Barile et al., 2012). Om de samenwerking op uitvoerend niveau succesvol te laten zijn, moet ook de context waarin de professionals werkzaam zijn ondersteunend zijn aan de samenwerking (Weller et al., 2014). Procesmanagement en constitutioneel management blijken hier een belangrijke rol in te hebben.

In het laatste deel van het theoretisch kader worden de netwerktheorieën gelinkt aan de Nederlandse context van hybride besturingsvormen. Hoe kun je in een hybride besturingsvorm tot een effectief netwerk komen waarin professionals ondersteund worden in hun werkzaamheden? Dit vraagstuk raakt de zoektocht waarin gemeenten zich bevinden sinds de decentralisatie. Hoe moeten zij hun rol als opdrachtgever invullen en grip krijgen op het sociaal domein (Kruiter et al., 2020)? Uit eerdere onderzoeken en theorieën komen verschillende netwerkfactoren naar voren die leiden tot een effectief netwerk.

Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting van alle theorieën en bijbehorende proposities. Samenvattend is de verwachting dat een heterarchisch netwerk met een cyclische monitoring (recursiviteit) de effectiviteit van een hybride netwerk stimuleert. Dit komt door de verwevenheid van flexibele horizontale en verticale relaties in het netwerk. Hierdoor kan de beschikbare informatie in het netwerk sneller worden bijeengebracht. Deze informatieverbreiding wordt eveneens gestimuleerd door monitoring. Hierbij heeft de gemeente enkel wanneer nodig een

verticale hiërarchische relatie tot de andere actoren in het netwerk. In andere gevallen kan de gemeente zich ten opzichte van de andere actoren horizontaal positioneren. De horizontale en verticale relaties in het netwerk maken eveneens proces- en constitutioneel management mogelijk. Hierdoor functioneren uitvoerende professionals in een meer ondersteunde omgeving, waardoor de T-shaped kwaliteiten beter ingezet kunnen worden.

De proposities die voortkomen uit het theoretisch kader worden zowel in regio Groningen als regio Nijmegen op eenzelfde wijze getoetst. De mate waarin proposities van toepassing zijn op de context van Groningen en Nijmegen, kunnen netwerkfactoren laten zien die wel of niet leiden tot effectiviteit.

1.5 VOORBESCHOUWING METHODISCH KADER

Het onderzoek richt zich hoofdzakelijk op kwalitatieve data en onderzoeksmethoden. Hier is voor gekozen omdat de IVH-netwerken relatief klein zijn. Dit beperkt het aantal onderzoekseenheden waardoor kwalitatieve onderzoeksmethoden passend zijn. Kwalitatieve methoden maken het mogelijk een beperkt aantal casussen grondig te onderzoeken. Daarnaast is er slechts beperkt kwantitatieve data beschikbaar. Waar mogelijk is cijfermatige informatie gebruikt. Dat er weinig kwantitatieve informatie beschikbaar is in de gemeente Nijmegen, is overigens tekenend voor de gebrekkige sturingspositie die de gemeente momenteel heeft.

De data zijn verzameld middels documenten en semigestructureerde interviews. De documenten zijn voor het merendeel openbaar beschikbaar zoals informatiefolders en soms intern beschikbaar zoals beleidsdocumenten. De interviews zijn semigestructureerd zodat ruimte is voor onverwachte inzichten en het doorvragen op deze inzichten. Aangezien het onderzoek in coronatijd is uitgevoerd, zijn de interviews op afstand via telefoon of video call gehouden. In totaal zijn 15 interviews afgenomen met professionals uit het Nijmeegse en Groningse IVH-netwerk. Vrijwel alle rollen in het IVH-netwerk zijn vertegenwoordigd in het onderzoek.

De theoretische verwachtingen zijn geanalyseerd middels axiaal en selectief coderen op basis van theoretische categorieën. Welke bevindingen staan in relatie tot de theoretische constructen, hoe verhouden de categorieën zich tot elkaar en wat betekent dit? Daarnaast is ook oog voor afwijkende bevindingen die buiten de theorieën vallen of indirect in relatie staan tot de theorie. Deze bevindingen dragen bij aan het in kaart brengen van de complexe context en het formuleren van een vollediger advies aan het eind van het onderzoek. Het onderzoek heeft hierdoor ook een abductief element in zich. Er is ruimte voor afwijkende bevindingen die kans bieden op theorieën verder uit te breiden of te specificeren naar situaties (Boeije, 2016, pp.102-109, 124-125).

1.6 LEESWIJZER

De volgende hoofdstukken zijn gestructureerd volgens de eerder geformuleerde deelvragen. Allereerst staat in hoofdstuk 2 de beschrijving van het IVH-beleid centraal. Wat houdt de IVH-werkwijze in, voor wie bestaat het beleid, waarom is het belangrijk en hoe heeft het zich ontwikkeld over de tijd? Hoofdstukken drie, vier en vijf vormen de beantwoording op de verklarende deelvragen. In hoofdstuk 3 worden middels een theoretisch kader proposities geformuleerd. In hoofdstuk 4 wordt het methodisch kader verder toegelicht; hoe is de data geoperationaliseerd, verzameld en geanalyseerd? In hoofdstuk 5 worden de resultaten van de analyse van proposities besproken. Hoofdstuk 6 omvat de conclusie, reflectie en advisering waarin antwoord wordt gegeven op de centrale vraagstelling.

HOOFDSTUK 2 BELEIDSKADER

In hoofdstuk 1 is ingegaan op de aanleiding voor een onderzoek naar IVH als netwerk in de gemeente Nijmegen. De borging van tijdige signalering van kinderen met problematiek is tot op heden nog onvoldoende. Bij IVH zijn in de afgelopen jaren 80 procent minder kinderen besproken in het MDO (Schavemaker en van Gorp, 2019). Zonder het beleid en de context nader toe te lichten blijven deze bevindingen abstract. Wat houdt het beleid precies in en waarom is het belangrijk dat kinderen tijdig worden gesignaleerd en geholpen?

Om bevindingen van het onderzoek te kunnen plaatsen in de beleidscontext, wordt eerst het beleid nader toegelicht en de veranderingen waar het aan onderhevig is geweest. Deze beschrijving is in het bijzonder belangrijk voor een beleidscontext als het sociaal domein. Het sociaal domein is omvangrijk en complex van aard. Dit komt onder andere door verschillende financieringsvormen, betrokken partijen, wetgevingen en domeinen zoals Wmo, participatie en jeugd. Dit maakt veranderingen onvoorspelbaar en beperkt bestuurbaar (VNG, 2019, pp.7-8). Integrale Vroeghulp bevindt zich in dit dynamische en transformerende – lokale en regionale - zorglandschap. Het is belangrijk om het beleid goed af te kaderen, maar eveneens de context in het oog te houden.

Allereerst wordt toegelicht wat integrale vroeghulp inhoudt en op welke doelgroep het beleid is gericht. Vervolgens wordt ingegaan op het belang van preventieve zorg bij jonge kinderen. Het hoofdstuk eindigt met een beschrijving van de verandering van IVH over de tijd, uitgesplitst naar het IVH-beleid voor en na de decentralisatie.

2.1 WAT EN VOOR WIE IS INTEGRALE VROEGHULP?

IVH is een ketenwerkwijze die zich richt op het tijdig signaleren van jonge kinderen met complexe gedrags- en/of ontwikkelproblematiek en het leveren van een passend advies op de zorgvraag van de kinderen. Om het zoekproces en de inzet van zorg zo spoedig en passend mogelijk te realiseren focust het IVH-beleid zich op coördinatie, trajectbegeleiding, integrale samenwerking en multidisciplinair expertise en advies (MEE Gelderse Poort, 2015; VNG, 2018a).

Het IVH-beleid richt zich over het algemeen op kinderen van nul tot zeven jaar oud met (meervoudige) ontwikkel- en/of gedragsproblematiek. Deze ontwikkel- en/of gedragsproblemen kunnen zowel van psychische als lichamelijke aard zijn. Met welke problematiek de kinderen te maken hebben wordt veelal geduoid met voorbeelden. Deze voorbeelden richten zich bijvoorbeeld op een ontwikkelingsverschil tussen kinderen uit eenzelfde gezin, vermoedens over spelende problematiek of

het zoeken naar prioriteit en passende zorg bij meervoudige problematiek. De doelgroep van IVH omvat dus een verscheidenheid aan zorgvragen (MEE Gelderse Poort, 2015; VNG, 2018a).

De verscheidenheid aan zorgvragen maakt het moeilijk om de problematiek in enkele woorden samen te vatten en om tot een duidelijke categorisering van de doelgroep te komen. Daarnaast maakt het de zoektocht naar het juiste antwoord op zorgvragen lastig en vereist het daarom een multidisciplinaire werkwijze. De doelgroep van IVH wordt daarom ook wel ‘puzzelkinderen’ genoemd (Integrale Vroeghulp, 2014; MEE Gelderse Poort, 2015; VNG, 2018a). De puzzelkinderen hebben veelal meervoudige en specialistische zorg nodig. Wegens schaalredenen wordt deze specialistische zorg vaak op regionaal niveau aangeboden. IVH is daarom een werkwijze die zich op verschillende institutionele en territoriale schaalniveaus afspeelt, zowel lokaal als regionaal (Integrale Vroeghulp, 2014; VNG, 2018b).

Vanaf de aanmelding van een kind bij IVH, worden ouders begeleid door een trajectbegeleider gedurende het gehele traject. Samen verduidelijken ze de zorgvraag van het kind door informatie te verzamelen. Zodra alle informatie verzameld is, wordt de situatie besproken in een MDO bestaande uit specialisten met verschillende achtergronden in de zorg. Uit het MDO volgt een passend advies waarmee de trajectbegeleiders en ouders vervolgens aan de slag kunnen. Gedurende het traject worden de ouders betrokken bij iedere stap van de werkwijze; bij de intake, het verzamelen van informatie, de bespreking van de problematiek in het MDO en de vervolgstappen op basis van het passend advies. De ouders houden ten alle tijden de regie. De tijdige zorg moet ertoe leiden dat een escalatie van problematiek en hogere zorgkosten op de lange termijn worden voorkomen. IVH beperkt daarnaast de onzekere zoektocht van ouders naar een antwoord op de zorgvraag hun kind (Integrale Vroeghulp, z.j.a; Integrale Vroeghulp, z.j.b; MEE Gelderse Poort, 2015; VNG, 2018a).

2.2 HET BELANG VAN VROEGHULP

Een doelstelling van IVH is tijdig puzzelkinderen te signaleren en passende hulp in te zetten om zo verdere problematiek en kosten te voorkomen (VNG, 2018a). Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat vroegtijdige zorg van belang is. In het onderzoek van Hermanns et al. (2005, pp.14-17) worden bevindingen uit verschillende onderzoeken toegelicht ten aanzien van de effecten van vroegtijdige zorg. Meerdere onderzoeken tonen aan dat vroegtijdige zorg het meest effectief is op jonge leeftijd. Naarmate een persoon ouder wordt neemt de effectiviteit van een interventie af en daarmee ook de kosteneffectiviteit van de zorg. Uit literatuuronderzoek van Yoshikawa (1994) blijkt dat een interventie het meest effectief is voor het vijfde levensjaar.

Een oorzaak voor de hogere effectiviteit van een interventie op jonge leeftijd, is dat de interventie dicht bij de oorsprong van de problematiek plaatsvindt. Zowel externaliserende als internaliserende problematiek blijkt vaak te ontstaan gedurende de eerste levensjaren. Externaliserende problematiek uit zich in negatieve gedragingen naar buiten. Geïnternaliseerde problematiek uit zich niet naar buiten toe maar zijn bijvoorbeeld angsten of depressies (Hermanns et al., 2005, pp.14-17). Door tijdig te interveniëren op deze problematiek wordt verdere ontwikkeling van de problematiek voorkomen. Het krijgt daardoor niet de kans zich tot een definitief patroon te ontwikkelen (Postma, 2009, p.17). Daarnaast bieden de tijdige signalering en zorg de kans om bijtijds in te grijpen bij risicovolle thuissituaties (Hermanns et al., 2005, pp.14-17). Zo wordt stagnatie en escalatie voorkomen.

Het is dus van belang dat jonge kinderen door IVH tijdig worden gesignaleerd en geholpen in hun weg naar passende zorg. Een minder goed bereik van de doelgroep kan ertoe leiden dat problematiek pas in een verder gevorderd stadium wordt gesignaleerd. Dit uit zich in de jeugdzorg onder andere bij kinderen met een migratieachtergrond. Deze kinderen vinden over het algemeen minder goed de weg naar zorg en worden eveneens minder goed gesignaleerd door zorg. Kinderen met een migratieachtergrond zijn hierdoor ondervertegenwoordigd in de jeugd-GGZ. Mede dankzij het minder goede bereik van deze doelgroep ontvangen kinderen met een migratieachtergrond zwaardere vormen van zorg (Boon, de Haan & de Boer, 2011; Sproet & van Wieringen, 2011, p.3). Als deze effecten worden gerelateerd aan de doelgroep van IVH, kan een minder goed bereik leiden tot een langere ontwikkelperiode van problematiek alvorens de kinderen in de IVH-werkwijze terecht komen. De problematiek kan zich tot een patroon hebben ontwikkeld waardoor het complexer wordt de problematiek aan te pakken. De effectiviteit van het IVH-beleid is dus in belangrijke mate afhankelijk van de mate waarin de zorg voor IVH-kinderen wordt gecoördineerd.

2.3 VERANDERING VOOR EN NA DE DECENTRALISATIE

Tot de decentralisatie van de jeugdwet in 2015 werd het IVH-beleid landelijk geformuleerd. De verdeling in lokale en regionale componenten van het beleid waren vast vormgegeven. Sinds de decentralisatie van de jeugdwet zijn verschillende arrangementen van IVH ontstaan. Gemeenten kregen dankzij de decentralisaties meer verantwoordelijkheden en mogelijkheden om beleid naar lokale behoeften aan te passen (Integrale Vroeghulp, 2014; VNG, 2018b). Om deze verandering in kaart te brengen wordt eerst de situatie beschreven zoals het voor de decentralisatie was. Vervolgens wordt ingegaan op de situatie na de decentralisatie en de verschillen die zijn ontstaan.

2.3.1 INTEGRALE VROEGHULP VOOR DE DECENTRALISATIE

Vanaf 1990 zijn 37 regionale netwerken actief op het gebied van IVH. Het regionale niveau van de netwerken bood de mogelijkheid om specialistische zorg en multidisciplinaire diagnostiek voor IVH-kinderen te realiseren. Deze specialistische kennis wordt slechts door enkele organisaties geboden en functioneert daardoor op regionaal niveau (Integrale Vroeghulp, 2014; VNG, 2018a). De doelgroep van IVH betrof toentertijd kinderen van nul tot vier jaar oud (van Nieuwkoop, 2003, p.1).

Voortbouwend op de bestaande regionale netwerken werd in 2007 het plan Vroeg, Voortdurend, Integraal (VVI) geïntroduceerd. Het plan VVI vormde een transitie experiment dat zich richtte op het realiseren van een integrale ketenaanpak. De transitie moest leiden tot een aansluitende keten van zorg, onderwijs en ondersteuning waardoor de zorg zou verbeteren voor gezinnen met kinderen met ontwikkelproblematiek. De IVH-doelgroep werd bij het plan VVI verruimd naar kinderen van nul tot zeven jaar oud. In de periode van 2008 tot 2011 is in verschillende regio's geëxperimenteerd met VVI (Osterop & Cools, 2011a, pp. 3-5; Osterop & Cools, 2011b, pp.3-10). Voortkomend uit deze experimenten zijn in 2011 zeven bouwstenen geformuleerd ten aanzien van IVH:

1. *Vroegsignalering*: Het is van belang om zo vroeg mogelijk jonge kinderen met complexe problematiek te signaleren om zorg snel in te kunnen zetten. Het streven is om kinderen tussen hun nulde en tweede levensjaar te bereiken.
2. *Multidisciplinaire diagnostiek*: Samen met ouders wordt vanuit verschillende disciplines gekeken naar de zorgvraag van het kind om vervolgens tot een gezamenlijke diagnose te komen.
3. *Multidisciplinair adviesplan*: Uit de multidisciplinaire diagnose komt een afgestemd adviesplan. Hierin wordt waar mogelijk rekening gehouden met de wensen en behoeften van ouders.
4. *Informatie, advies en casemanagement*: Integrale vroeghulp biedt ouders informatie en advies. Daarnaast moet zowel tijdens het proces van integrale vroeghulp als daarna begeleiding zijn voor ouders in de zoektocht naar een antwoord op de zorgvragen van hun kind.
5. *Preventieve gezinsondersteuning*: Er moet zo spoedig mogelijk praktische, passende en preventieve gezinsondersteuning worden geboden. Deze bouwsteen richt zich op de ondersteuning van ouders bij de opvoeding, het stimuleren van de ontwikkeling van het kind en het creëren van een balans in het gezin.
6. *Zorg en onderwijs*: Bouwt voort op bouwsteen vijf over gezinsondersteuning. Er moet een aansluitend aanbod zijn tussen zorg, onderwijs en de geleverde gezinsondersteuning.

7. *Ketensamenwerking*: Landelijk moet een sluitend en duurzaam besturingsnetwerk worden gecreëerd dat functioneert volgens alle bouwstenen (Osterop & Cools, 2011a, pp. 4-10)

Per bouwsteen waren kwaliteitsindicatoren geformuleerd. Voor bouwsteen vier over informatie, advies en casemanagement waren bijvoorbeeld de volgende kwaliteitsindicatoren opgesteld: “Er is voor ouders één herkenbaar loket voor vroegsignalering en Integrale Vroeghulp, al dan niet gecombineerd met het Centrum voor Jeugd en Gezin” en “het casemanagement wordt steeds door dezelfde persoon aan ouders geboden” (Osterop & Cools, 2011a, p. 7).

Uit de rapportage van Osterop en Cools (2011b, pp.7-11) blijkt dat de pilot met de hierboven genoemde bouwstenen inderdaad de gewenste resultaten opleverde. Zo is de integrale keten middels de VVI-pilot gestimuleerd; er is meer samenwerking gezocht met het onderwijs en de jeugdgezondheidszorg. De aansluiting met onderwijs was bijvoorbeeld beter te realiseren doordat de doelgroep verruimd was naar nul tot zeven jaar oud. Tussen en binnen de regio's waren wel enkele verschillen zichtbaar in hoe en welke bouwstenen werden toegepast. Ondanks de soms beperkte inzet van bouwstenen in regio's, zijn wel positieve resultaten behaald. Om deze reden wordt in de rapportage gesteld dat de bouwstenen kunnen helpen in een uniforme implementatie van beleid, zowel binnen als tussen regio's. Deze uniformiteit in implementatie is echter door de decentralisatie van de jeugdzorg in 2015 losgelaten.

2.3.2 INTEGRALE VROEGHULP NA DE DECENTRALISATIE

In 2015 is de jeugdzorg volledig gedecentraliseerd naar gemeenten. Bij deze decentralisatie zijn landelijk verschillende transformatiedoelstellingen geformuleerd. Een belangrijke doelstelling was het vereenvoudigen van het jeugdstelsel om jeugdzorg efficiënter en effectiever te maken. Om dit te bereiken zou onder andere meer focus moeten komen op preventieve, integrale en passende zorg waarbij samenwerking een belangrijke rol speelt. Hierdoor zou de vraag naar specialistische zorg moeten verminderen (Friele et al., 2018, pp.9-18). De decentralisatie heeft daarmee niet enkel geleid tot een verantwoordelijkheidsverschuiving voor IVH van regio naar gemeenten, maar heeft ook de urgentie van IVH vergroot (Friele et al., 2018, pp.9-18; Yperen et al., 2019, p.12).

In de praktijk is echter een tegengesteld effect zichtbaar dan voorafgaand aan de decentralisatie werd verondersteld. Uit een landelijk onderzoek van Friele et al. (2018, pp.399-405) is gebleken dat sinds de decentralisatie onvoldoende is geïnvesteerd in preventieve en vroegtijdige zorg. Hierdoor is vrijwel geen toename in preventieve en tijdige zorgvoorzieningen zichtbaar en is eveneens geen duidelijke daling te zien in het gebruik van specialistische vormen van zorg. Desondanks hebben gemeenten sinds de decentralisatie wel het belang van IVH ingezien. De meeste gemeenten houden

zich aan de zeven bouwstenen zoals ze zijn geformuleerd voor de decentralisatie. Gemeenten hebben wel de vrijheid gekregen om een eigen invulling te geven aan iedere bouwsteen. Ze bepalen zelf in hoeverre ze iedere bouwsteen op lokaal dan wel regionaal niveau implementeren (Integrale Vroeghulp, 2014; VNG, 2018b). Deze keuzes hebben geleid tot zowel variaties binnen als tussen regio's. Deze variaties uiten zich in de vormgeving en de resultaten van de IVH-werkwijzen (Integrale Vroeghulp, 2018; VNG, 2018b).

Uit onderzoek (Integrale vroeghulp, 2018) komt naar voren dat de vormgeving tussen regio's kan verschillen. Zo blijkt dat 54 procent van de gemeenten vroeghulp regionaal beschikbaar heeft en 22 procent lokaal. Dit kan bijvoorbeeld te maken hebben met de mate waarin de werkwijze verbonden is aan lokale wijkteams of de jeugdgezondheidszorg. De keuze kan bijvoorbeeld zijn om trajectbegeleiders in de wijkteams te plaatsen. Een andere keuze is om trajectbegeleiders niet te plaatsen in een algemeen wijkteam, maar ze enkel in te zetten voor IVH-werkwijze. Daarnaast kan de partij die de verantwoordelijkheid draagt voor de coördinatie van de werkwijze verschillen tussen regio's. Tot slot kunnen gemeenten ook verschillende afwegingen maken in de financiering van de IVH-werkwijze. Zo blijkt dat de coördinatie en trajectbegeleiding bij de meerderheid van de gemeenten vanuit eigen budget worden vergoed, maar dit voor het MDO in mindere mate geldt (Integrale vroeghulp, 2018; VNG, 2018b).

Deze verschillen in vormgeving zouden een verklaring kunnen bieden voor de verschillen in de mate waarin vroeghulp beschikbaar is, de doelgroep wordt bereikt, kwaliteit wordt geleverd en ouders worden betrokken. In 2018 is er een onderzoek uitgevoerd naar de landelijke stand van zaken omtrent vroeghulp waaronder de IVH-werkwijze valt (Integrale vroeghulp, 2018). De resultaten laten zien dat jeugdzorgregio's Zuid-Limburg en Groningen hoog scoren op kwaliteit en regio Drenthe laag. Soortgelijke verschillen zijn te zien op de punten beschikbaarheid, bereik en ouderbetrokkenheid, maar het varieert per punt welke regio hoog of laag scoort. De resultaten moeten wel voorzichtig worden geïnterpreteerd. Zo is onduidelijk wat de range tussen hoog en laag scorende regio's is en lijkt er sprake te zijn van subjectiviteit door abstracte benamingen die per regio een andere invulling hebben gekregen. Wat uit deze resultaten wel opgemaakt kan worden, is dat sinds de decentralisatie van de jeugdwet vroeghulp verschillend is vormgegeven en dit tot verschillende resultaten heeft geleid (Integrale vroeghulp, 2018).

Ten opzichte van de situatie voor de decentralisatie is een toenemende variatie zichtbaar in zowel de structurering van de werkwijze als de resultaten die per regio worden behaald. Dit wijkt af van de groeiende uniformiteit die met de VVI-pilots werd beoogd. Naar aanleiding van de groeiende variaties, is het interessant te kijken wat een IVH-werkwijze wel of niet effectief maakt. Welke factoren

spelen hierin een rol? Op basis van deze gegevens kan een advies worden geformuleerd voor de verdere ontwikkeling van IVH in de gemeente Nijmegen.

2.4 SAMENVATTEND

Het sociaal domein is bij uitstek een institutioneel complex systeem. Deze complexiteit is met de decentralisatie in 2015 toegenomen. Dit komt door de veelzijdigheid en meervoudigheid aan partijen, wetgevingen en financieringsvormen die aanwezig zijn in het domein (VNG, 2019, pp.7-8). IVH bevindt zich in deze complexe context. Middelen voor de IVH-werkwijze zijn daardoor versnipperd over verschillende (specialistische) partijen. Daarnaast vereist de complexe en veelal meervoudige zorgvraag van de IVH-puzzelkinderen de betrokkenheid van meerdere partijen. Multidisciplinaire expertise is daarom noodzakelijk om één passend zorgplan te formuleren (MEE Gelderse Poort, 2015).

Het is belangrijk puzzelkinderen tijdig passende zorg te bieden om zo verdere ontwikkeling van de problematiek te stoppen. Als vroegtijdig wordt ingegrepen, kan de problematiek zich niet tot een vast patroon ontwikkelen (Hermanns et al., 2005, pp.14-17; Postma, 2009, p.17). Zowel de complexe doelgroep als de complexe institutionele context maken dat enkel middels een netwerk van organisaties en professionals, de doelstelling van tijdige en passende zorg van IVH behaald kan worden. Sinds de decentralisatie van de jeugdwet is de variatie in het IVH-beleid en de behaalde resultaten tussen vroeghulpnetwerken toegenomen. Hier maakt IVH onderdeel van uit. Welke oorzaken mogelijk onderliggend zijn aan de verschillen in effectiviteit van de IVH-netwerken, wordt in het theoretisch kader verder toegelicht.

HOOFDSTUK 3 THEORETISCH KADER

Voorgaande hoofdstukken hebben het IVH-beleid en de ontwikkeling van het IVH-beleid in kaart gebracht. Uit deze beschrijvingen is naar voren gekomen dat de context waarin IVH is gepositioneerd, de afgelopen jaren is veranderd door de decentralisatie van de jeugdwet. Het onderzoek van Schavemaker en Van Gorp (2019) heeft aangetoond dat sinds deze verandering de effectiviteit van het IVH-beleid in regio Nijmegen sterk is gedaald. In het MDO worden 80 procent minder kinderen besproken. Uit het onderzoek blijken verschillende oorzaken onderliggend te zijn aan de daling, zoals versnippering in het veld van vroeghulp in Nijmegen.

Een verdere theoretische onderbouwing en toetsing van de bevindingen uit het onderzoek van Schavemaker en Van Gorp (2019), biedt de mogelijkheid om specifieker te duiden waar de oorzaken voor de ineffectiviteit liggen in het IVH-netwerk. Zoals de beleidsomschrijving in het voorgaand hoofdstuk illustreert, staat het IVH-MDO verderop in de IVH-keten. Door een netwerkanalyse te verrichten, wordt de gehele IVH-keten in kaart gebracht waarbij niet enkel wordt gekeken naar welke actoren betrokken zijn, maar ook naar hun rollen en verhoudingen tot elkaar. Hierdoor kunnen oorzaken voor de afname van het IVH-MDO op verschillende plaatsen in het netwerk worden onderzocht en gepositioneerd.

Het theoretisch kader is ingedeeld in drie delen. Allereerst wordt een theoretisch kader geschetst ten aanzien van netwerken in het algemeen; wat zijn netwerken, wanneer is een netwerk effectief en wat voor typen netwerken en sturingsvormen zijn er? Vervolgens wordt gekeken hoe op uitvoerend niveau professionals effectief met elkaar samen kunnen werken. Hierbij wordt gekeken naar de competenties van professionals en de omgeving waarin zij functioneren. De mate van een ondersteunende omgeving geeft aanleiding tot het laatste deel van het theoretisch kader; hoe kan een netwerk in een hybride besturingscontext effectief worden vormgegeven? In dit laatste deel wordt gekeken naar (Nederlandse) trends in netwerken en besturingscontexten. Dit resulteert uiteindelijk in een beschrijving van netwerkcondities die de effectiviteit van een netwerk bevorderen. Aan het eind van het hoofdstuk wordt het theoretisch kader samengevat in vier proposities.

3.1 ALGEMENE BESCHRIJVING VAN NETWERKEN

Netwerken zijn in technische zin een som van relaties (ties) tussen verschillende actoren (nodes) die gezamenlijk een bepaalde structuur creëren. Binnen deze structuur worden kennis, gedrag en middelen met elkaar gedeeld. De aanleiding tot het creëren van een netwerk kan informeel zijn, vanwege familie en vrienden, maar ook formeel vanwege bijvoorbeeld het realiseren van een

beleidsdoelstelling (Klijn, Steijn & Edelenbos, 2010, pp.1063-1064; Nicaise et al., 2013, p. 333; Provan & Kenis, 2008, pp.230-231).

De formele bestaansgrond voor een netwerk zoals een beleidsdoelstelling heeft veelal te maken met de complexiteit van de institutionele context waarbinnen zorg wordt geleverd en de complexe aard zorgvragen. De complexiteit van de institutionele context zorgt ervoor dat middelen voor beleid verspreid zijn geraakt over verschillende partijen. Hierdoor zijn meerdere partijen nodig om een complexe zorgvraag te kunnen beantwoorden en middelen bijeen te brengen. Partijen zijn daardoor onderling afhankelijk van elkaar en moeten met elkaar interacteren om het beleid te realiseren (Klijn, Steijn & Edelenbos, 2010, pp.1063-1064; Koppenjan & Klijn, 2004, pp.1-2; Provan & Kenis, 2008, p.231). In technische zin ontstaan er relaties tussen actoren die onderling een structuur creëren waarbinnen ze middelen voor beleid met elkaar uitwisselen (Nicaise et al., 2013, p. 333). Een netwerk is effectief zodra het gezamenlijk iets creëert wat door afzonderlijke partijen niet gerealiseerd had kunnen worden (Provan & Kenis, 2008, pp.229-230).

In hoofdstuk 2 is toegelicht dat IVH als een netwerk beschouwd mag worden door de complexe institutionele context van het sociaal domein en de complexe zorgvraag vanuit de puzzelkinderen. Of het IVH-netwerk naar behoren functioneert en dus een meerwaarde creëert, hangt af van de bijdrage van alle betrokken partijen en van de kwaliteit van hun samenwerking. Bij de decentralisatie van onder andere de jeugdwet werd landelijk als doel gesteld dat meer samenhang gerealiseerd moest worden in de zorg. De evaluatie uit 2018 laat echter zien dat samenhang in de algehele jeugdhulp enkele jaren na de decentralisatie nog onvoldoende is. Dit geldt in het bijzonder voor casussen met complexe problematiek (Friele et al., 2018, pp.399-405). Indien geen sprake is van samenhang maar van fragmentatie, kan dit leiden tot inefficiënte en ineffectieve zorg. De noodzakelijke middelen voor beleid worden bijvoorbeeld minder goed bijeengebracht (Klijn, Steijn & Edelenbos, 2010, pp.1063-1064; Klijn & Koppenjan, 2000, pp.138-140; Nicaise et al., 2013).

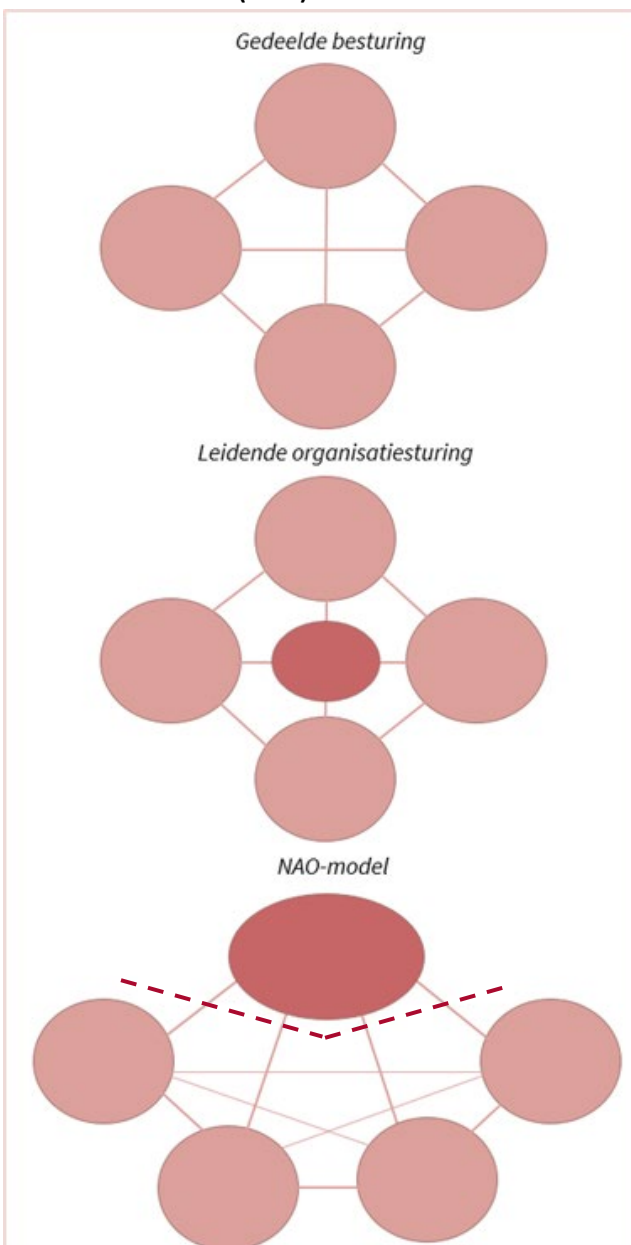
De effectiviteit van een netwerk richt zich op de vraag of betrokken partijen gezamenlijk een dienst kunnen leveren die door een afzonderlijke partij niet gerealiseerd had kunnen worden (Provan & Kenis, 2008, pp.229-230). Het advies dat voortkomt uit het IVH-MDO is een resultaat dat niet door één afzonderlijke partij gerealiseerd zou kunnen worden. Meerdere specialisten vanuit verschillende organisaties en achtergronden zijn nodig om de complexe zorgvraag te kunnen beantwoorden. Door de kennis vanuit verschillende expertises te bundelen, wordt een passend advies geformuleerd (Integrale Vroeghulp, z.j.a; VNG, 2018a). De effectiviteit van het IVH-netwerk hangt dus sterk af van de meerwaarde die gecreëerd wordt in het MDO. Welke netwerkfactoren op de effectiviteit van invloed zijn, worden in de volgende paragrafen toegelicht.

3.1.1 TYPEN NETWERKEN

Netwerken kunnen verschillend worden vormgegeven. Een belangrijke factor in het bepalen van een type netwerk, is de manier van sturing in het netwerk. Provan en Kenis (2008) gaan hier in hun onderzoek nader op in. Zij formuleren typen netwerken op basis van het sturingsvraagstuk. Dit vraagstuk richt zich op de vragen; in hoeverre is de sturing gedeeld of gecentraliseerd? en wordt de sturing door een interne of externe sturingspartij uitgevoerd? Vervolgens is in het onderzoek gekeken in hoeverre de verschillende netwerken effectief zijn onder de condities; vertrouwen, grootte van het netwerk, doelovereenstemming en wederzijdse afhankelijkheid. Op basis van deze gegevens zijn drie typen netwerken te onderscheiden.

Het eerste type netwerk dat Provan en Kenis (2008, pp.233-241) noemen betreft “gedeelde besturing”. Bij een dergelijk netwerk zijn partijen horizontaal gepositioneerd ten opzichte van elkaar en wordt enkel netwerkborging toegepast. Alle partijen hebben een even grote stem in de besluitvorming en het succes van de besturing is afhankelijk van de betrokkenheid van alle partijen. De partijen zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de keuzes die worden gemaakt en hoe het netwerk wordt gemanaged. Dit type netwerk is veelal effectief bij kleine netwerken waarbinnen relatief veel onderling vertrouwen heerst en overeenstemming is over de doelstelling. Tot slot zijn de partijen onderling slechts beperkt afhankelijk van elkaar waardoor coördinatie over gezamenlijke acties minder urgent is. In Figuur 2 staat “gedeelde besturing” bovenaan gevisualiseerd.

Figuur 2: Visualisaties gebaseerd op de typen netwerken van Provan en Kenis (2008).



Bij grotere netwerken met meer dan 6 à 8 partijen is gedeelde besturing (zelfsturing) al snel inefficiënt. Het netwerk moet in een dergelijke situatie intensiever worden gecoördineerd. Dit kan gedaan worden door een interne of externe partij en deze kan zowel horizontaal als verticaal worden gepositioneerd. De keuzes voor intern dan wel extern en horizontaal dan wel verticaal, bepalen of er sprake is van het netwerk type “leidende organisatie” of het “netwerk administratieve organisatiemodel” ook wel “NAO-model” genoemd (Provan & Kenis, 2008, pp.235-242).

Het type netwerk “leidende organisatie” gaat uit van een leidende organisatie die een positie heeft binnen het netwerk, zie het middelste netwerk in Figuur 2. In de private sector wordt deze rol veelal verticaal ingericht. Binnen de publieke sector zoals de gezondheidszorg is het echter gangbaar dat de leidende partij horizontaal gepositioneerd is ten opzichte van de andere partijen. Deze partij geniet geen formeel mandaat en is bijvoorbeeld op basis van schaalgrootte of middelen toegekend als leidende organisatie. Het type netwerk van een leidende organisatie is het meest effectief voor middelgrote netwerken waarbij geen algeheel vertrouwen heerst, maar er wel een vertrouwen is in één centrale partij. Partijen streven niet allemaal eenzelfde doel na waardoor de leidende organisatie vooral op de korte termijn overeenstemming moet zien te bereiken. Er is een matige onderlinge afhankelijkheid tussen partijen waardoor beperkte coördinatie van activiteiten noodzakelijk is (Provan & Kenis, 2008, pp.235-242).

Het derde type netwerk is het “NAO-model”. Dit model gaat uit van een leidende organisatie die buiten het netwerk is gepositioneerd. De partij is sterk centralistisch en dient als een bemiddelaar tussen de partijen. Het draagt de formele verantwoordelijkheid voor het coördineren en behouden van het netwerk en doet dit door het netwerk en diens activiteiten te sturen. Andere partijen in het netwerk monitoren de leidende partij. Dit type netwerk is het meest effectief bij een gemiddeld tot groot netwerk waarbij het vertrouwen redelijk aanwezig is. De doelovereenstemming is gemiddeld tot hoog. De partijen in het netwerk zijn sterk afhankelijk van elkaar. Hierdoor is coördinatie over gezamenlijke activiteiten belangrijk (Provan & Kenis, 2008, pp.235-242). Het onderste netwerk uit Figuur 2 laat het NAO-model zien. De onderbroken rode lijnen laten zien dat de leidende organisatie buiten het netwerk staat.

De typen netwerken van Provan en Kenis illustreren variaties die er kunnen zijn in de structuur van netwerken. Daarnaast omschrijven ze onder welke condities de typen netwerken succesvol kunnen zijn. Of dit onderscheid in de praktijk ook zo gemaakt kan worden, zal blijken uit het laatste deel van het theoretisch kader. Allereerst geven de beschrijvingen van de drie typen netwerken aanleiding tot een nadere toelichting op wat sturing in een netwerk precies inhoudt en waar het zich op richt, ook wel netwerkmanagement genoemd.

3.1.2 VORMEN VAN NETWERKMANAGEMENT

Provan en Kenis (2008) geven met hun typering van netwerken aan dat meer gecentraliseerde sturing bij middel tot grote netwerken noodzakelijk is om tot gezamenlijke acties te komen. Bestuurskundigen Klijn, Steijn en Edelenbos (2010) onderschrijven dit belang. Sturing van en in netwerken typeren zij als netwerkmanagement. Netwerkmanagers hebben een positieve invloed op de resultaten van een netwerk. Deze positieve invloed wordt door directe en indirecte sturing op interne processen gerealiseerd. In eerder onderzoek van Klijn en Koppenjan (2000, pp.139-142) worden deze interne processen omschreven als 'games'. Dit zijn series van interacties die plaatsvinden tussen actoren in het netwerk. Een netwerkmanager kan deze processen op twee verschillende manieren sturen, namelijk via procesmanagement en netwerkconstitutie.

Procesmanagement richt zich op het interne proces van interacties tussen actoren. Het is bij deze vorm van netwerkmanagement van belang dat de percepties en belangen van verschillende actoren worden verenigd. De structuur van het netwerk wordt daarbij als een vast gegeven gezien. Enkele strategieën van procesmanagement zijn (1) het selecteren en activeren van actoren, (2) het bevorderen van gemeenschappelijke percepties over problemen of oplossingen, (3) het realiseren van tijdelijke organisatorische afstemming tussen verschillende partijen en (4) het bevorderen van supervisie over interacties. Procesmanagement kan resulteren in minder stagnaties in het netwerk, een hoge frequentie van onderling contact en tevredenheid onder actoren over hun betrokkenheid (Klijn & Koppenjan, 2000, pp.139-142).

De tweede manier van netwerkmanagement richt zich op de constitutie van het netwerk. Het onderliggende idee is dat de constitutie van een netwerk indirect van invloed is op de interacties en dynamieken in het netwerk. Door de constitutie van het netwerk aan te passen, wordt de interne dynamiek beïnvloed. Manieren om de structuur van het netwerk aan te passen zijn (1) de positionering van actoren in het netwerk aanpassen en nieuwe actoren introduceren, (2) de (in)formele regels aanpassen ten aanzien van interacties en strategieën en (3) het reframen van percepties over het functioneren van een netwerk. Daarbij kan bijvoorbeeld gekeken worden naar de mate van innovatie, probleemoplossend vermogen, robuustheid van de resultaten of kosten versus opbrengsten (Klijn & Koppenjan, 2000, pp.139-142).

De typen netwerken en vormen van netwerkmanagement kunnen in de praktijk op verschillende manieren worden toegepast. Provan en Kenis (2008) richten zich in hun onderzoek hoofdzakelijk op de positionering van de sturende actor en de condities waaronder deze actor succesvol kan zijn. Onderzoeken naar netwerkmanagement richten zich hoofdzakelijk op de

inhoudelijke component van sturing; waar behoort een netwerkmanager zich op te richten en welke strategieën past de manager toe (Klijn & Koppenjan, 2000; Klijn, Steijn & Edelenbos, 2010)? Deze theoretische constructen van Provan en Kenis en de omschrijvingen van proces- en constitutioneel management richten zich op netwerkniveau. De vraag die hierbij rijst is wat deze manieren van sturing in de praktijk betekenen voor professionals op uitvoerend niveau. Aan welke competenties moeten professionals voldoen om effectief samen te kunnen werken in een netwerk en hoe kan de omgeving deze effectieve samenwerking bevorderen?

3.2 SAMENWERKING OP UITVOEREND NIVEAU

In de beschrijving van de typen netwerken en vormen van netwerkmanagement wordt gesproken over samenwerking, wederzijdse afhankelijkheid en onderlinge interacties. De voorgaande theorieën benaderen deze aspecten vanuit een sturingsperspectief. Het interne proces van interacties en hoe professionals op uitvoerend niveau samenwerken, is echter nog niet uitgediept. Wat is nodig om tot een succesvolle samenwerking te komen tussen professionals op uitvoerend niveau?

Interprofessionele samenwerkingen zijn een bekend fenomeen in de zorg. De toenemende complexiteit van zorgvragen en de versnippering van de zorgsector vragen om samenwerking tussen professionals met verschillende achtergronden in de zorg. Interprofessionele samenwerking lijkt hiermee een voorwaarde te zijn geworden voor een effectieve dienstverlening. Net als op netwerkniveau zijn professionals in multidisciplinaire teams op uitvoerend niveau wederzijds afhankelijk van elkaars kennis en kunde. Zodra professionals accepteren dat ze een deel van hun autonomie inleveren om een gezamenlijk doel te realiseren, kan collectief handelen ontstaan (D'Amour et al., 2005, pp.116-121).

De interprofessionele samenwerking vindt niet alleen plaats op organisatieniveau. Op uitvoerend niveau uit zich dit in multidisciplinaire teams waarin kennis wordt uitgewisseld. Om een multidisciplinair team succesvol te laten functioneren, moeten professionals bepaalde competenties bezitten en ondersteuning ontvangen bij de samenwerking. Wat deze competenties en ondersteuning omvatten, zal uit de volgende paragrafen duidelijk worden.

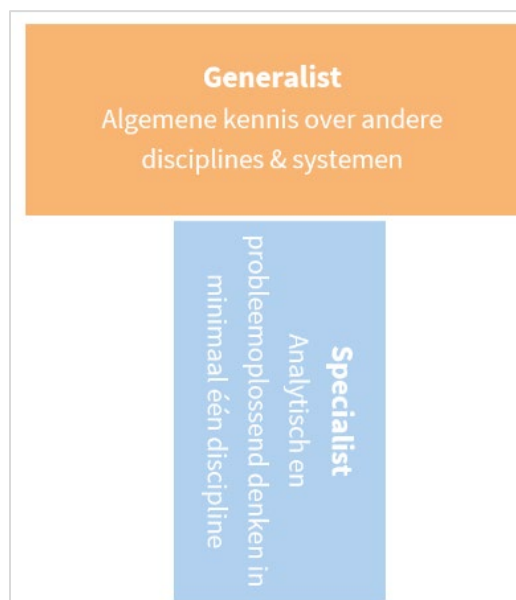
3.2.1 COMPETENTIES VAN PROFESSIONALS

Om de juiste dienstverlening in netwerkverband te kunnen leveren, moeten de professionals voldoen aan bepaalde competenties. Over het algemeen blijken gemeenten te kiezen voor een competentieprofiel dat aansluit bij het T-shaped professional model (Enden et al., 2017, p.25; Jacobs,

2015). Het T-shaped model moet professionals in staat stellen om samen te werken met andere professionals in een netwerk en daarnaast hun eigen specialisme uit te kunnen oefenen.

In het artikel van Barile et al. (2012, 161-164) wordt de T-shaped professional omschreven als een professional met zowel generalistische als specialistische competenties, zie Figuur 3. Als specialist moet een professional diepgaande kennis hebben op het gebied van minimaal één onderwerp. De professional is in staat om analytisch en probleemoplossend te denken bij vragen die aansluiten bij hun eigen specialisme. Daarentegen moet een professional ook in staat zijn om samen te kunnen werken met andere professionals. Hiervoor zijn generalistische competenties belangrijk. Dit betreft bijvoorbeeld algemene kennis van verschillende relevante disciplines en systemen. Met deze kennis kan de professional beter schakelen tussen verschillende disciplines en meer begrip hebben van andermans kennis en kwaliteiten in de samenwerking. Onderlinge samenwerking wordt bijvoorbeeld makkelijker omdat partijen van elkaar weten wie waar specialistisch in is, maar ook tot op zekere hoogte met elkaar over dit specialisme kunnen communiceren. T-shaped competenties maken samenwerking tussen specialisten uit verschillende disciplines in een multidisciplinaire werkwijze mogelijk (Barile et al., 2012, pp.161-163; Cambridge Institute for Manufacturing [IfM] & International Business Machines Corporation [IBM], 2008; Jacobs, 2015).

Figuur 3 T-shaped professional model, gebaseerd op Barile et al. (2012).



Het T-shaped model is een uitbreiding op het oorspronkelijke I-model. Voorheen waren professionals hoofdzakelijk specialist binnen hun eigen vakgebied en misten ze de generalistische competenties. Hierdoor was sprake van een “competentie gat”. Door de competenties uit te breiden naar het T-shaped model worden professionals in staat gesteld om met andere specialisten samen te werken en

kennis uit te wisselen. De professional kan zich aanpassen aan de omgeving waarin hij of zij zich begeeft. Dit maakt professionals weerbaarder en zorgt ervoor dat er ruimte is voor innovatie (Barile et al., 2012, pp.161-163; IfM & IBM, 2008).

3.2.2 CONTEXTUELE CONDITIES

Dat de professional de competenties bezit om met andere professionals samen te werken, betekent nog niet dat dit in de praktijk op een effectieve manier wordt gedaan. Er zijn ook contextuele condities die van invloed zijn op de samenwerking. Het onderzoek van Weller et al. (2014, pp.150-152) richt zich op multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de zorg. Uit hun onderzoek komen zeven strategieën naar voren om barrières in de communicatie en samenwerking in teams te overkomen: (1) zorg voor gestructureerde communicatiemethodes, (2) train het multidisciplinaire team gezamenlijk zodat alle leden worden betrokken, (3) train een team door middel van simulaties zodat ze elkaars positie beter begrijpen, (4) definieer het team als collectief met een gemeenschappelijk doel, (5) creëer een democratisch team waarbij leden zich gewaardeerd voelen, geen sprake is van hiërarchie en wel sprake is van open communicatie, (6) zorg voor ondersteunende procedures en protocollen en tot slot (7) zorg voor ondersteunende organisatorische culturen ten aanzien van deelname aan multidisciplinaire samenwerkingen.

Op basis van bestaande literatuur blijken zowel competenties van de professional als contextuele factoren van invloed te zijn op de mate van succesvolle samenwerking in een multidisciplinair team. Als de competenties en factoren vergeleken worden met de eerder omschreven typen netwerkmanagement uit het artikel van Klijn en Koppenjan (2000) zijn sterke overeenkomsten te zien. Allereerst zijn overeenkomsten te zien met procesmanagement; het sturen op interne processen in het netwerk. Zorgprofessionals moeten bijvoorbeeld gezamenlijk getraind worden zodat iedereen betrokken wordt. Daarnaast worden enkele aspecten benoemd die ingaan op de sturing van zogenaamde 'games', de series aan interacties tussen partijen. Zo moeten teams getraind worden middels simulaties om elkaars positie beter te begrijpen en moet samenwerking plaatsvinden in een omgeving die democratisch, horizontaal en open is zodat iedereen zich gewaardeerd voelt. Tot slot moet gezamenlijk een gemeenschappelijk doel worden geformuleerd.

Naast elementen van procesmanagement zijn ook elementen van constitutioneel management terug te zien; het sturen op de structuur van het netwerk (Klijn & Koppenjan, 2000, pp. 139-142). Zo moeten zorgprofessionals beschikken over zowel specialistische als generalistische competenties. Dit zou als een randvoorwaarde kunnen dienen voor het kunnen deelnemen aan een netwerk. Daarnaast zijn protocollen en procedures nodig om samenwerking te ondersteunen, evenals

ondersteuning vanuit de organisaties van de professionals. Het hiervoor gemaakte punt van een democratische, horizontale en open omgeving ligt hier mee in lijn. Deze omgeving kan door regels en procedures gestimuleerd worden.

De mate van een succesvolle samenwerking in een netwerk is afhankelijk van zowel de competenties van de professionals als de contextuele factoren. De vergelijking van de contextuele factoren met managementstrategieën laat zien dat het sturen van en in een netwerk kan leiden tot een omgeving waarin samenwerking tussen professionals wordt ondersteund. In welke netwerkstructuur dit het beste toegepast kan worden, is echter nog niet duidelijk; wie bekleedt de managementfunctie in een netwerk, wordt de managementfunctie door publieke of private actoren uitgevoerd, kent de manager een hiërarchische of horizontale positie in het netwerk? Het derde deel van het theoretisch kader gaat nader in op deze vragen.

3.3 NETWERKSTRUCTUUR IN HYBRIDE BESTURINGSNETWERKEN

In hoofdstuk 2 is toegelicht waarom IVH zich bij uitstek leent voor een netwerkanalyse. De argumentatie was dat het IVH-beleid zich bevindt in een institutioneel complex domein en het beleid zelf inhoudelijk complex is door de veelzijdige zorgvragen vanuit de puzzelkinderen. Hierdoor is een netwerk aan organisaties nodig om het IVH-beleid te realiseren. De hiervoor beschreven theorieën geven een inkijk in wetenschappelijke theorieën over typen netwerken, sturing van netwerken en welke factoren een rol spelen in de samenwerking op uitvoerend niveau. Hoe de sturing van het netwerk in de praktijk tot een ondersteunende en efficiënte werkomgeving kan leiden, is nog onduidelijk.

In de volgende paragrafen wordt de Nederlandse context van hybride besturingsvormen omschreven, waarbij de link wordt gelegd naar zorgnetwerken. Voortvloeiend uit deze omschrijving rijst de vraag hoe de gemeente zich positioneert in een netwerk. De beantwoording van deze vraag begint bij de rol van een publieke actor in een netwerk en resulteert uiteindelijk in de omschrijving van een heterarchisch netwerk. Bij de beschrijving van dit type netwerk komen de netwerkfactoren naar voren die bijdragen aan de effectiviteit van een netwerk.

3.3.1 NETWERKEN IN EEN HYBRIDE BESTURINGSCONTEXT

Nederland kent een lange geschiedenis van hybride besturingsvormen; organisaties met verschillende achtergronden die samenwerken om een publieke dienst te leveren. Een voorbeeld van een hybride besturingsvorm is de samenwerking tussen publieke en private organisaties. Dit soort samenwerkingsverbanden heeft een impuls gekregen door de trend van new public management

(NPM) in de jaren '80. Deze impuls werd gedreven door het idee dat publieke dienstverlening geprivatiseerd en verzelfstandigd zou moeten worden naar (semi-) private partijen om zo een effectief en efficiënt mogelijke publieke dienstverlening te realiseren. Daarbij werd het idee van marktwerking en decentralisatie in de publieke dienstverlening geïntroduceerd (Brandsen et al., 2006, pp. 17-23; de Vries, 2010, pp. 147-150; de Vries, 2016, p.97). Decentralisatie van verantwoordelijkheden zou bijvoorbeeld efficiënter zijn omdat verantwoordelijkheden van de overheid dichterbij de burgers komen te liggen (de Vries, 2010, pp.147-150).

Twee decennia later heeft deze trend geresulteerd in een gefragmenteerde en bureaucratische zorgsector waarbij de lijnen tussen publiek, privaat en markt zijn vervaagd (Brandsen, et al., 2006, pp. 17-23). Dit geldt ook voor de jeugdzorg. De fragmentatie in de jeugdzorg uit zich bijvoorbeeld in veel specialistische organisaties die bezig zijn met hun eigen specifieke zorgvragen. Zo manifesteren netwerken zich bijvoorbeeld binnen één type zorg, zoals de geestelijke gezondheidszorg en blijven contacten met andere typen zorg beperkt (van Veelen et al., 2017, pp.231-234; van Veelen et al. 2018, pp.411-413). Dit kan bijvoorbeeld op casusniveau resulteren in zorgverleners die niet van elkaar weten dat ze gelijktijdig aan eenzelfde cliënt zorg leveren.

In de laatste jaren is steeds meer kritiek gekomen op de gefragmenteerde jeugdzorg. Er zou meer integraal samengewerkt moeten worden. In een van oorsprong gefragmenteerde sector met veel specialistische organisaties, is dit echter een complexe situatie. In hybride netwerken spelen vaak conflicterende en onderscheidende waarden zoals beleidsdoelstellingen versus organisatiestrategieën. Deze organisatiestrategieën zijn bijvoorbeeld te herleiden naar hun publiek, privaat of markt gerelateerde belangen. De voorgeschiedenis van hybride besturingsvormen naar integrale jeugdzorg heeft daarom geleid tot complexe interorganisatorische netwerken (Brandsen, et al., 2006, pp. 17-23; van Veelen et al., 2017, pp.231-234; van Veelen et al. 2018, pp.411-413).

Gezien de complexiteit en fragmentatie in de jeugdzorg, kan worden verondersteld dat relatief veel organisaties nodig zijn om de multidisciplinaire en specialistische doelstelling van het IVH-beleid te realiseren. Hierdoor is de grootte van het netwerk naar verwachting middel tot groot. Dit maakt dat het eerste type netwerk “gedeelde besturing” van Provan en Kenis (2008) niet efficiënt zou zijn, omdat het lastig is om overeenstemming te bereiken met een grote hoeveelheid organisaties zonder enige vorm van sturing. Daarbij komt dat een netwerk zoals IVH zowel op regionaal niveau als lokaal niveau actief is waardoor de positionering van de gemeente extra ingewikkeld is (VNG, 2018a). De keuze die overblijft is de keuze tussen “leidende organisatiesturing” en “NAO-model”. Hierbij ligt hoofdzakelijk het verschil in de positionering van de sturende partij. Is deze partij onderdeel van het netwerk en

staat de partij horizontaal of verticaal ten opzichte van de andere partijen? Deze vraag raakt meteen een tweestrijd waarin overheidsinstanties zich bevinden.

De complexiteit van de hybride netwerken uit zich in besturingsvraagstukken. De vraag hoe een hybride netwerk bestuurd zou moeten worden, kan verschillend worden beantwoord. Ruwweg zijn er twee visies te onderscheiden op dit vraagstuk. Ten eerste bestaat de visie waarbij de overheid zoveel mogelijk uitvoerende taken behoort af te staan aan de (semi-)private sector en de overheid hoofdzakelijk een controlerende rol heeft. Deze visie sluit aan bij NPM en richt zich op besturingsstrategieën als regulering, meten van doelstellingen en het opleggen van sancties. Ten tweede is er de visie dat besturen vooral te maken heeft met onderlinge afhankelijkheden tussen publieke, private en semi-private organisaties en dat een netwerk zelforganiserend is. Besturen kan hooguit middels overtuigingsmethoden, zoals lokale kwaliteitsinitiatieven ondersteunen en het stimuleren van de ontwikkeling van vaardigheden (McDermott et al. 2015, pp.324-325; van Veelen et al., 2017, pp.231-232).

De twee visies representeren in welk spanningsveld gemeenten zich sinds de decentralisatie bevinden; kiezen voor een de top-down strategie of een bottom-up strategie (Klijn & Koppenjan, 2000, p.136; McDermott et al., 2015, pp.324-325). Gaan ze sterk reguleren of laten ze de ontwikkeling vooral vanuit de professionals en hun organisaties komen? In de praktijk lijken gemeenten wisselende afwegingen te maken. Rond de jaren '80 werd hoofdzakelijk de eerste visie aangehangen van regulering en controle wat resulteerde in bureaucratie, fragmentatie en micro-management. De laatste decennia lijkt de andere visie meer draagvlak te hebben (van Veelen et al., 2017, pp.231-232; van Veelen et al. 2018, pp.411-413; de Vries, 2010, pp.112-118).

Sinds 2000 is de visie van reguleren steeds meer losgelaten en wordt het idee nagestreefd van passende zorg. Professionals krijgen meer ruimte om zorg aan te passen aan de vraag van de cliënt (van Veelen et al., 2017, pp.231-232; van Veelen et al. 2018, pp.411-413). Provan en Kenis (2008) bevestigen deze trend ook in hun onderzoek. Ze onderschrijven dat sturing door een leidende organisatie een gangbaar netwerktype is in de zorg, maar deze organisatie geen top-down functie heeft. De sturende partij wordt in de zorg vaak horizontaal gepositioneerd ten opzichte van de andere partijen in het netwerk. De partij geniet daardoor geen mandaat en is bijvoorbeeld gekozen door haar centrale positie of belangrijke middelen in het netwerk. Verondersteld kan worden dat het IVH-netwerk eveneens onderhevig is aan deze trends in de zorg. Wat dit echter betekent voor de effectiviteit van het netwerk en welke rol de gemeente kan innemen, zal blijken uit de volgende paragraaf.

3.3.2 GEMEENTE ALS OPDRACHTGEVER IN HETERARCHISCH NETWERK

De vraag die voortbouwt op de tweestrijd waarin gemeenten zich bevinden, is welke positie de gemeente inneemt ten aanzien van een netwerk. Sinds 2015 dragen gemeenten de verantwoordelijkheid voor de uitvoer van de jeugdwet. De gemeente is in feite de opdrachtgever geworden van het IVH-beleid en dus van het IVH-netwerk. Hoe de gemeente echter haar positie inneemt als opdrachtgever kan verschillen per gemeente. De ene gemeente kiest ervoor om de regie over een zorgnetwerk naar zich toe te trekken, terwijl andere gemeenten de regie hoofdzakelijk aan een gecontracteerde zorgpartij in het netwerk overlaten (Uenk, 2016). Deze twee keuzes kunnen vergeleken worden met de hiervoor omschreven tweestrijd in visies; kiezen voor top-down of bottom-up, controle versus vertrouwen. De keuze voor het een of het ander kan geïllustreerd worden aan de hand van de principaal-agent versus principaal-steward theorieën. Deze theorieën omschrijven hoe een opdrachtgever zijn of haar positie in kan nemen ten opzichte van uitvoerende partijen.

In de principaal-agent theorie staat het idee centraal van conflicterende belangen en een scheve informatieverdeling tussen de principaal en de agent. De principaal kan gezien worden als een opdrachtgever; de partij die een bepaald product of dienst inkoopt. De agent is de partij die de dienst levert. Deze partij heeft ten opzichte van de principaal een informatievoordeel, bijvoorbeeld doordat het specialistische expertise inbrengt. De principaal heeft over het algemeen slechts beperkte middelen, kennis en tijd. Beide aspecten leiden tot een informatieverschil tussen de opdrachtgever en de uitvoerder (Fama & Jensen, 1983, pp.304-307; Schillemans, 2013, p.543; Voorn et al., 2019, p.673). Wat dit informatieverschil voor gevolgen heeft voor de relatie tussen de opdrachtgever en de uitvoerder kan verschillen.

De principaal-agent theorie redeneert vanuit de economische calculusrationaliteit. Het ziet een uitvoerend persoon (agent) als iemand die streeft naar eigen nutsmaximalisatie. Dit streven staat in contrast met de doelstelling van de principaal. Om tegenstellingen in het werk te voorkomen, voert de principaal controle uit op de agent. Deze controle richt zich hoofdzakelijk op de extrinsieke motivatie van de agent. Zo kan gekozen worden voor het monitoren van diens activiteiten of het bieden van een financiële beloning bij goede prestaties (Davis et al., 1997, pp.27-40; Schillemans, 2013, p.543). Als dit naast de NPM-trend wordt geplaatst zijn overeenkomsten te zien in het economisch denken en de focus op controle en regulering.

De principaal-steward theorie bekijkt in tegenstelling tot de principaal-agent theorie de opdrachtgever en opdrachtnemer relatie vanuit een psychologisch en sociologisch perspectief. Deze theorie gaat ervan uit dat de uitvoerder intrinsiek gemotiveerd is om de collectieve doelstelling te

behalen. Door het collectieve doel te behalen, zal de persoon het beste uit zichzelf halen. Middels het collectieve doel wordt dus ook een individueel doel behaald. Gezien de overeenstemming in doelen tussen de principaal en steward is controle niet nodig. De principaal vertrouwt de steward waardoor deze relatief veel autonomie ervaart (Davis et al., 1997, pp.27-40). Vertrouwen en autonomie zijn meer te vergelijken met de trend vanaf 2000, waarbij de professional meer autonomie geniet om maatwerk te kunnen leveren. In Tabel 1 zijn de belangrijkste aspecten van de principaal-agent en principaal-steward theorieën naast elkaar geplaatst.

Tabel 1 De kernaspecten van de principaal-agent theorie, afgezet tegen de kernaspecten van de principaal-steward theorie (Davis et al., 1997, p.37).

Principaal-agent theorie	Principaal-steward theorie
Economische achtergrond	Psychologische & sociologische achtergrond
Individualistische nutsmaximalisatie	Collectieve nutsmaximalisatie
Tegenstrijdige doelstellingen tussen principaal en agent	Overeenkomstige doelstellingen tussen principaal en steward
Controle op agent	Vertrouwen in steward

De keuze voor een agent of steward benadering ligt zowel bij de opdrachtgever als de uitvoerder. De keuze die beiden maken is afhankelijk van psychische en situationele factoren. Psychologische factoren richten zich bijvoorbeeld op de mate van intrinsieke of extrinsieke motivatie om een doelstelling na te streven en de mate waarin iemand gericht is op economische of persoonlijke groei. Situationele omstandigheden richten zich meer op een heersende managementfilosofie en culturele opvattingen zoals individualisme versus collectivisme (Davis et al., 1997, pp.27-40).

Onder situationele omstandigheden valt eveneens een historisch perspectief. De geschiedenis die beide partijen met elkaar hebben, is van invloed op de afweging om een principaal-agent of principaal-steward relatie aan te gaan (Davis et al., 1997, pp.27-40; Ostrom, 1998, pp.12-13). Ostrom (1998, pp.12-13) omschrijft deze historie ook wel als iemands reputatie van wel of niet betrouwbaar zijn. Iemands handelen uit het verleden bepaalt in hoeverre een persoon in de toekomst te vertrouwen is. Indien iemand niet betrouwbaar is, is de kans aannemelijker dat de samenwerking niet wederkerig zal zijn. Terugkomend op de principaal-agent of -steward relatie zou een onbetrouwbare partij zonder controle bijvoorbeeld een andere doelstelling na kunnen gaan streven. Het is daarom wenselijk om bij onbetrouwbare partijen een principaal-agent relatie aan te gaan.

De hiervoor omschreven theorieën van principaal-agent dan wel principaal-steward lijken te veronderstellen dat er twee tegengestelde opties zijn; er wordt gekozen voor controle of vertrouwen. Dijstelbloem en Meurs (2004, pp.113-114) beschrijven echter een genuanceerdere en complexere situatie. In de Nederlandse praktijk van hybride besturingsvormen en beleidsnetwerken hebben de trends van controle en autonomie tot een complexe situatie van toezicht en verantwoording geleid. Een gevolg is dat de Nederlandse overheid het idee heeft onvoldoende sturing te kunnen geven aan betrokken organisaties. De betrokken organisaties daarentegen ervaren een belemmerende bureaucratie en informatieplicht. Er zou daarom een situatie gecreëerd moeten worden waarin de overheid het publiek belang voldoende kan borgen en uitvoerende organisaties voldoende professionele autonomie behouden.

Sabel (2004) typeert een dergelijke situatie als “beyond principal-agent governance” (p.177), maar is tegelijkertijd kritisch op het blinde vertrouwen dat vereist is voor een principaal-steward relatie. Sabel vertrekt vanuit de situatie waarin zowel de principaal als de uitvoerende partij over onvoldoende informatie beschikken om een controlerende en coördinerende rol in te kunnen nemen. Op uitvoerend niveau is weliswaar meer kennis beschikbaar over wat er in de praktijk gebeurt, waar behoefte aan is en wat in de praktijk wel of niet werkt, maar deze kennis is gefragmenteerd. De twee rollen van opdrachtgever en uitvoerder kunnen daardoor niet afzonderlijk van elkaar functioneren. Ook de input van bijvoorbeeld cliënten kan waardevolle inzichten opleveren voor het vaststellen van wat effectieve zorg is. Dit leidt ertoe dat alle partijen samen moeten werken bij het bepalen van wat nodig is. Gezamenlijk brengen ze de kennis bijeen om te bepalen op welke manier hetgeen dat bereikt moet worden ook gerealiseerd wordt. Deze vorm van netwerken kan omschreven worden als “interactive governance” (Sabel, 2004, pp.173-183). Dit gaat “voorbij” zowel de principaal-agent als de principaal-steward theorie. Het is een manier van samenwerken waarbij publiek beleid wordt ontwikkeld door de interactie tussen allerlei belanghebbende partijen (Edelenbos, 1999, pp. 570-571; Edelenbos, 2005, p.111).

Edelenbos (1999, pp. 570-573) beschrijft in zijn artikel dat het proces van beleid maken via interactieve sturing complex is. Er komen namelijk een veelheid aan actoren en informatie bij elkaar. Om het complexe proces goed te kunnen sturen, spelen procesmanagement en het ontwerpen van het proces een belangrijke rol. De omschrijvingen die Edelenbos hierbij geeft, liggen sterk in lijn met het eerder omschreven procesmanagement en constitutioneel management. Er moeten bijvoorbeeld duidelijke regels opgesteld worden voor het interne interactieproces (constitutioneel management) en de partijen moet faciliteert worden tijdens hun proces van interacties (procesmanagement) (Edelenbos, 1999, pp. 570-573; Klijn & Koppenjan, 2000, pp.139-142).

Bij “interactive governance” is het van belang om continue monitoring te implementeren. Dit faciliteert het reflectief en lerend vermogen van een netwerk. Informatie van uitvoerend niveau bereikt zo ook de andere niveaus in het netwerk. Hierdoor kan tijdig bijgestuurd worden via beleid indien dit nodig is. Wel is het van belang de monitoring niet puur te richten op de mate van doelbereiking, zoals bij de NPM-manier van controle. Het zou eerder een monitoring zijn waarbij professionals verantwoording afleggen over hoe ze hun professionele ruimte hebben benut om beleidsdoelstellingen te behalen. Om te voorkomen dat een netwerk gaat afwijken van de publieke belangen, is een centralistische actor zoals de overheid nodig om publieke belangen te borgen. Dit kunnen ze bijvoorbeeld doen door regelmatig de resultaten van het netwerk te bekijken (Ansell, 2011, pp.110-122; Sabel, 2004, pp.183-192).

De omschrijvingen van “interactieve governance” laten zien dat vooral horizontale relaties in een netwerk noodzakelijk zijn om kennis bijeen te brengen en deze relaties de theorieën van principaal-agent en principaal-steward overstijgen. Daarentegen is een bepaalde mate van hiërarchie wel gewenst om publieke belangen te borgen. Deze combinatie van horizontale en verticale relaties in een netwerk omschrijft Ansell (2011, pp.106-107) als een heterarchische netwerkstructuur. Een heterarchisch netwerk is een netwerk waarbij “many to many” relaties bestaan tussen actoren in het netwerk in plaats van “many to one”. Hiërarchische lagen in het netwerk zijn met elkaar verbonden waardoor een soort spaghettiachtige structuur ontstaat. Eveneens kunnen partijen wisselen in hun hiërarchische verhoudingen afhankelijk van de situatie.

In het onderzoek van De Bruijn en Dicke (2006, pp.727-732) wordt geïllustreerd hoe een flexibele horizontale en verticale relaties tot een effectief netwerk leiden. Zo kan hiërarchische sturing van een publieke actor stimulerend werken voor horizontale interne interacties. Hiërarchie kan bijvoorbeeld de start van het interactieproces stimuleren. Vervolgens hoeft de overheid niet per definitie hiërarchisch betrokken te blijven bij het verdere interactieproces. Het idee dat er een bepaalde mate van hiërarchie op de achtergrond aanwezig is, kan voldoende zijn.

Samenvattend blijken de theorieën van principaal-agent en principaal-steward ontoereikend om de positie van de gemeente als opdrachtgever van een netwerk te omschrijven. De complexe Nederlandse beleidscontext vraagt om “interactive governance” waarbij middels interacties tussen belanghebbende partijen beleid wordt ontwikkeld. Deze vorm van beleidsontwikkeling kan effectief zijn in een heterarchisch gestructureerd netwerk. Het netwerk laat zich kenmerken door zowel horizontale als verticale relaties, waarbij rollen ten opzichte van elkaar wisselend vormgegeven worden. De rol van de publieke actor is afhankelijk van de stand van zaken betreffende het interne proces van interacties en beleidsontwikkelingen. Afhankelijk van de situatie heeft de publieke actor

een hiërarchische rol als opdrachtgever of een horizontale rol als partner. Het lerend vermogen van het netwerk wordt gestimuleerd door continue monitoring. Monitoring voorziet de partijen in het netwerk van actuele en relevante informatie die bijdragen aan het ontwikkelingsproces van beleid. Zo wordt een informatieverval tussen alle partijen in het netwerk gereduceerd.

3.4 SAMENVATTEND

Het theoretisch kader begon met een beschrijving van wat een netwerk is; een structuur van actoren en relaties tussen actoren waarbinnen middelen worden gedeeld om een gezamenlijke dienst te leveren. De IVH-werkwijze mag gezien worden als een netwerk, omdat door de complexiteit van de doelgroep en het sociaal domein verschillende organisaties nodig zijn om de veelzijdige zorgvraag van puzzelkinderen te beantwoorden. De effectiviteit van het IVH-netwerk uit zich in het MDO. In het MDO wordt namelijk de meerwaarde van het netwerk gecreëerd; een passend advies dat voortvloeit uit het MDO en niet door één afzonderlijke partij kan worden gerealiseerd.

Vervolgens is gekeken wat voor typen netwerken er bestaan. Provan en Kenis omschrijven de typen netwerken aan de hand van twee sturingsvraagstukken; (1) in welke mate is de sturing gedeeld en (2) wordt de sturing geleverd door een interne of externe partij. De twee vragen leiden tot een omschrijving van drie soorten netwerken. Het eerste netwerk gaat uit van volledig gedeelde sturing tussen alle partijen in een netwerk. Het tweede netwerk gaat uit van een bepaalde mate van gecentreerde sturing door een interne partij. Het derde netwerk gaat eveneens uit van een gecentreerde sturing, maar dan door een externe partij. Bij de laatste twee typen netwerken kan de sturende partij zowel horizontaal als verticaal gepositioneerd zijn. De typen netwerken illustreren de variaties in de structuur van netwerken. In de zorg is vaak sprake van het tweede type netwerk. De sturende partij is veelal een interne partij met een horizontale positie ten opzichte van andere partijen in het netwerk.

Om een netwerk effectief te laten functioneren moeten twee vormen van netwerkmanagement worden toegepast; procesmanagement (gericht op het interne proces van interacties) en constitutioneel management (gericht op de structuur van het netwerk). Beide vormen van netwerkmanagement zouden tot een effectievere samenwerking moeten leiden. Hoe ze bijdragen aan een effectieve samenwerking is omschreven in het tweede deel.

In het tweede deel is gekeken onder welke condities professionals op uitvoerend niveau effectief kunnen samenwerken. Ten eerste is gekeken naar de benodigde competenties waarover professionals moeten beschikken. Volgens het T-shaped model moeten professionals zowel over generalistische als specialistische kwaliteiten beschikken om goed samen te kunnen werken. Zo

hebben professionals meer begrip van elkaars kennis en kunde, maar behouden ze ook hun eigen specialistische kennis. Ten tweede moet de context waarin de samenwerking plaatsvindt ondersteunend zijn. Netwerkmanagement speelt hier een belangrijke rol in, bijvoorbeeld door het opstellen van algemeen geldende protocollen (constitutioneel management) of het stimuleren van interacties tussen de professionals (procesmanagement). Op basis van deze theorieën worden de volgende verwachtingen opgesteld:

Propositie 1: *De combinatie van generalistische en specialistische competenties stelt professionals in staat om effectiever met andere professionals samen te werken dan enkel specialistische competenties.*

Propositie 2: *Naarmate meer strategieën van netwerkmanagement worden toegepast, zal de context waarin professionals werkzaam zijn meer ondersteunend zijn voor een effectieve professionele samenwerking.*

Tot slot is gekeken welk type netwerk het meest succesvol is in het creëren van een ondersteunende omgeving voor professionals op uitvoerend niveau. Terugkomend op de typeringen van Provan en Kenis, blijkt de complexe Nederlandse hybride besturingscontext een afwijkend type netwerk nodig te hebben om tot een effectieve samenwerking te komen. In Nederland is een decennialange trend naar hybride besturingsvormen zichtbaar, waarbij zowel publieke als private organisaties samenwerken om een publieke dienst te leveren. Als dit gelinkt wordt aan de voorgaande theorieën rijst de vraag wie de sturende rol op zich neemt in het netwerk en hoe de partijen zich tot elkaar verhouden. Verschillende onderzoeken tonen aan dat in de zorg veelal een interne en horizontaal gepositioneerde partij de sturing op zich neemt. Uit verdere theoretische beschrijvingen blijkt dat dit echter niet de meest effectieve manier is om sturing te geven aan een netwerk.

Voortkomend uit de omschrijving van de hybride besturingscontexten volgt de omschrijving van een actueel bestuurskundig vraagstuk. Overheidsinstanties zoals gemeenten bevinden zich in een tweestrijd; gaan ze hiërarchisch sturen in een netwerk of vertrouwen ze erop dat het goed gaat? In het eerste geval zou de gemeente als opdrachtgever een principaal-agent relatie aangaan met het netwerk. In het tweede geval zou er sprake zijn van een principaal-steward relatie. De tegenstelling zoals die hier omschreven wordt, blijkt in de praktijk echter genuanceerder en complexer te zijn.

In de praktijk blijkt een alternatieve structuur effectiever te zijn. Dit alternatief is een interactief netwerk waarbij een heterarchische structuur wordt aangehouden. In een interactief netwerk worden meerdere belanghebbende partijen van alle niveaus betrokken bij de ontwikkeling van beleid. De ontwikkeling vindt plaats door middel van onderlinge interacties. In verband met de

complexiteit van het interactieproces, spelen procesmanagement en constitutioneel management een belangrijke rol in het sturen en faciliteren van het interactieve proces in het netwerk.

De sturing van het complexe interactieproces kan het meest effectief worden toegepast in een heterarchisch netwerk. Dit houdt in dat het netwerk zowel horizontale als verticale relaties omvat en de beperkte mate van hiërarchie kan wisselen per situatie. Zo blijkt de overheid in eerste instantie een hiërarchische rol in te kunnen nemen bij het realiseren van de eerste interacties. Terwijl het interactieproces zich verder ontwikkelt, kan de overheid vervolgens weer een horizontale positie innemen tijdens het interactieproces. Aanvullend op het heterarchisch netwerk speelt monitoring een belangrijke rol. Monitoring stimuleer het zelflerend vermogen van het netwerk door actuele en relevante informatie te verspreiden onder de betrokken partijen. Deze informatie kan vervolgens meegenomen worden in de beleidsontwikkelingen. De scheve verdeling van informatie in het netwerk wordt hierdoor verminderd. Hierdoor kan beter sturing gegeven worden aan het netwerk. Op basis van de theorieën ten aanzien van de besturing van netwerken zijn de volgende twee proposities opgesteld:

Propositie 3: *IVH-netwerken met een heterarchische structuur zullen effectiever zijn in het formuleren van passende zorgplannen dan netwerken die volledig horizontaal of verticaal zijn, doordat netwerkmanagement beter uitgeoefend kan worden.*

Propositie 4: *IVH-netwerken met een continue monitoring zullen effectiever zijn in het formuleren van zorgplannen dan netwerken waarbij monitoring afwezig is, doordat netwerkmanagement beter uitgeoefend kan worden.*

De geformuleerde proposities geven inzicht in de factoren die bepalend zijn voor de effectiviteit van IVH-netwerken. Bij het analyseren zal duidelijk worden in hoeverre de proposities gelden in de context van Nijmegen en Groningen. Hoe dit wordt getoetst, wordt in het volgende hoofdstuk toegelicht.

HOOFDSTUK 4 METHODISCH KADER

Aan het beantwoorden van de centrale vraagstelling van het onderzoek gaan de beantwoording van beschrijvende en verklarende vragen vooraf. Om deelvragen twee tot en met vier te beantwoorden, is in het onderzoek gebruik gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden. Middels kwalitatieve data en analyses worden de in vier proposities onderzocht in de situatie van Nijmegen en Groningen; in hoeverre zijn de proposities van toepassing in de twee afzonderlijke netwerken? De toetsing van de proposities vormen gezamenlijk het antwoord op de beschrijvende en verklarende deelvragen over de structuur en de effectiviteit van de IVH-netwerken. Waarom gekozen is voor een kwalitatief onderzoek en hoe dit is aangepakt zal blijken uit de volgende paragrafen.

4.1 KWALITATIEF ONDERZOEK

Het onderzoek naar IVH-netwerken richt zich op beschrijvingen van actoren en dynamieken in netwerken. Kwalitatief onderzoek biedt de mogelijkheid om dit uitgebreid in kaart te brengen. Voor deze manier van onderzoek is gekozen om meerdere redenen. Ten eerste betreft de IVH-werkwijze een kleinschalig netwerk. Het aantal organisaties is relatief hoog, maar per organisatie zijn meestal slechts één tot drie professionals betrokken. Om deze reden is het aantal te onderzoeken eenheden beperkt. Kwalitatieve methoden passen goed bij een gering aantal respondenten, omdat het zich richt op een intensieve dataverzameling per respondent (Boeije, 2016, pp. 15-19).

Ten tweede zijn uit voorgaand onderzoek van Schavemaker en Van Gorp (2019) verschillende adviezen voortgekomen. Deze adviezen behoeven nadere invulling met het oog op de toekomstige verandering naar BBT's. Gezien de veranderlijke en complexe aard van het sociaal domein is het slechts beperkt voorspelbaar hoe bepaalde zaken zijn of gaan verlopen (VNG, 2019, pp.7-8). Om hier zicht op te krijgen zijn ervaringen van professionals in het werkveld noodzakelijk. Open vragen vanuit de kwalitatieve onderzoeksmethoden bieden de mogelijkheid om in te gaan op de complexiteit en onvoorspelbaarheid van het domein waarin IVH zich bevindt (Boeije, 2016, pp. 27-35).

Tot slot bestond aan het begin van het onderzoek de intentie om aanvullend kwantitatieve analyses toe te passen. Dit bleek vanwege beperkt beschikbare registraties niet mogelijk. Om deze reden is gekozen voor verschillende kwalitatieve dataverzamelingen ter aanvulling op elkaar. Waar mogelijk is cijfermatige informatie gebruikt om een exactere vergelijking tussen de twee IVH-netwerken te kunnen maken. Hoe de data zijn verzameld en geanalyseerd, blijkt uit de volgende paragrafen over operationalisaties, dataverzameling en analyses.

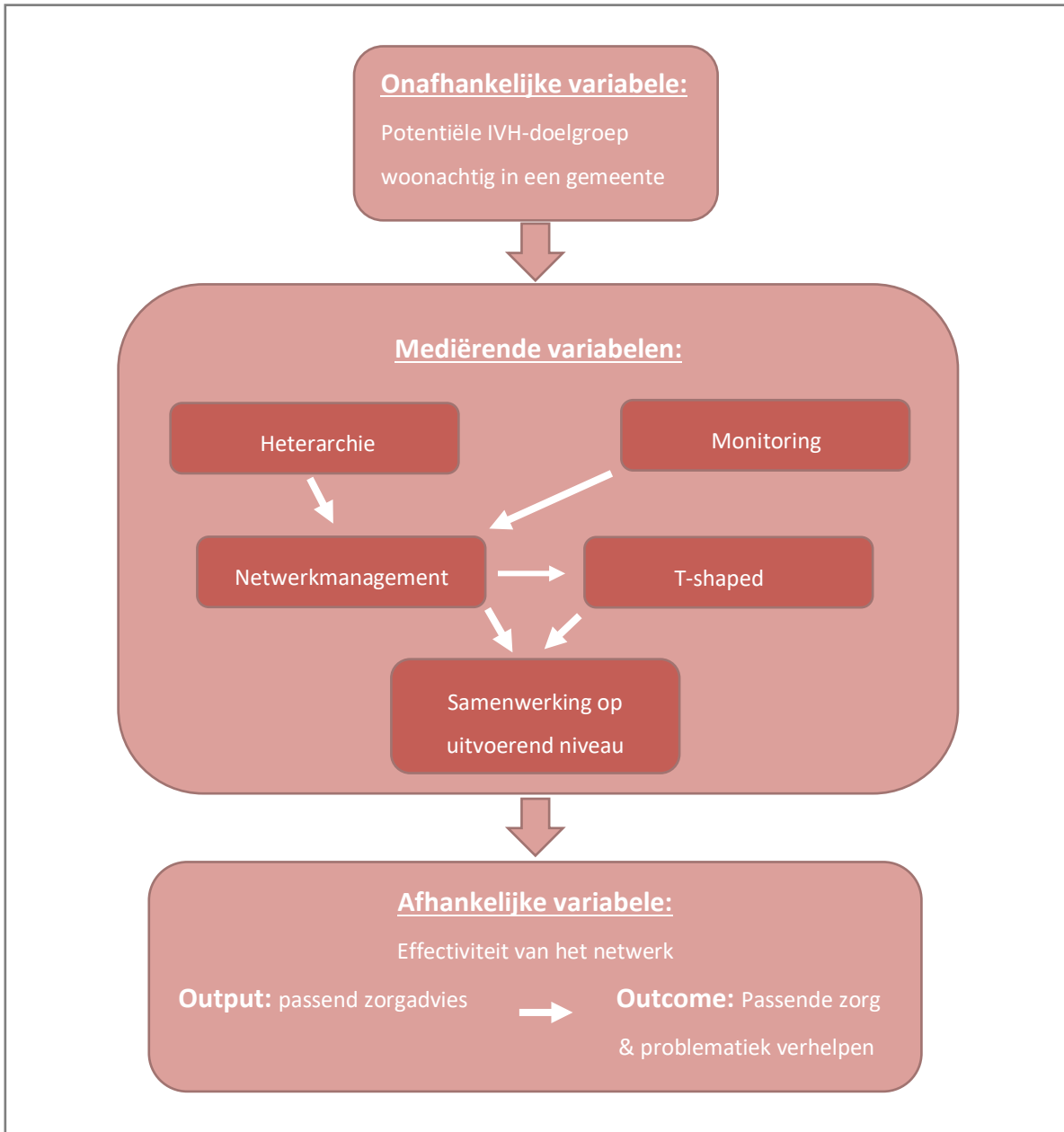
4.2 OPERATIONALISATIES

Op basis van het theoretisch kader zijn vier proposities geformuleerd. Voordat onderzocht kan worden in hoeverre deze van toepassing zijn in de context van Nijmegen en Groningen, moeten de variabelen in de proposities geoperationaliseerd worden. Om dit te doen is allereerst een conceptueel model opgesteld. In dit model zijn de vier proposities grafisch weergegeven. Vervolgens zijn de variabelen geoperationaliseerd naar indicatoren.

In Figuur 4 is het conceptueel model weergegeven van de vier proposities uit het theoretisch kader. De proposities zijn uitgesplitst in verbanden tussen onafhankelijke, afhankelijke en mediërende variabelen. Bovenaan in Figuur 4 staat de onafhankelijke variabele. Dit betreft het aantal kinderen van nul- tot zeven jaar oud met complexe gedrags- en/of ontwikkelingsproblematiek dat woonachtig is in de gemeente. Zij vormen de potentiële doelgroep voor IVH. Indien zij gesignaleerd worden, is de doelstelling om de puzzelkinderen via de IVH-dienstverlening tijdig een passend zorgadvies te geven en op basis daarvan passende zorg te leveren. Hiermee wordt verdere ontwikkeling en escalatie van problematiek voorkomen. Het passend advies en de passende zorg zijn beide indicaties voor de effectiviteit van het netwerk; de afhankelijke variabele in het conceptueel model. Deze afhankelijke variabele kan uitgesplitst worden naar een output en outcome variabele. Het passend advies dat voortkomt uit het IVH-MDO betreft de output. De tijdige levering van passende zorg en het daarmee voorkomen van escalerende problematiek, betreft de outcome.

De manier waarop een puzzelkind wordt geholpen en de mate waarin de output en outcome worden behaald, zijn afhankelijk van de processen die plaatsvinden in het IVH-netwerk. Dit betreffen de mediërende variabelen. In de proposities wordt de verwachting uitgesproken dat de T-shaped kwaliteiten, het netwerkmanagement en het daaraan onderliggende heterarchisch netwerk met monitoring, bepalende factoren zijn voor de mate van een effectief netwerk. Onderling staan de mediërende variabelen met elkaar in relatie. Deze relaties zijn in het conceptueel model weergegeven middels pijlen tussen de variabelen. Deze relaties zijn allemaal positief; een heterarchisch netwerk vergroot de mogelijkheid tot netwerkmanagement en netwerkmanagement vergroot de kans op samenwerking op uitvoerend niveau. Het conceptueel model in Figuur 4 schetst de onafhankelijke, mediërende en afhankelijke variabelen en hoe ze met elkaar in relatie staan.

Figuur 4 Conceptueel model van de vier proposities uit het theoretisch kader.



De omschrijving van de variabelen uit het conceptueel model zijn nog niet concreet genoeg om relevante elementen uit verzamelde data te destilleren. De variabelen moeten geoperationaliseerd worden naar concrete indicatoren. In Tabel 2 zijn per variabele verschillende indicatoren geformuleerd. De indicatoren zijn deels op basis van het theoretisch kader geformuleerd en deels op basis van beschikbare gegevens. De indicatoren vormen een leidraad voor de analyse van de data.

Tabel 2 Operationalisaties van variabelen.

Variabelen	Dimensies	Indicatoren
Doelgroep IVH		Aantal kinderen van 0-7 jaar oud woonachtig in de gemeente
Effectiviteit		Aantal besproken kinderen in het IVH-MDO (proxy)
Heterarchie		- Posities met of zonder mandaat - Toepassen van mandaat - Flexibiliteit in positie van actoren ten opzichte van elkaar
Monitoring		- Geregistreeerde informatie - Verspreiding van informatie - Cyclische overleggen over resultaten/activiteiten
Netwerkmanagement	Procesmanagement	- Supervisie en bevorderen van interacties - Frequentie contact - Selecteren & activeren van actoren - Bevorderen van doelovereenstemming - Realiseren organisatorische afstemming - Tevredenheid over betrokkenheid
	Constitutioneel management	- Positie van actoren aanpassen en nieuwe actoren introduceren - (in)formele regels in netwerk aanpassen t.a.v. interacties en strategieën - Herformuleren van percepties van functioneren van netwerk
Ondersteunende werkomgeving voor samenwerking	Procesmanagement	- Betrokkenheid - Doelovereenstemming - Gezamenlijke trainingen en simulaties - Democratische communicatieomgeving
	Constitutioneel management	- Procedures - Ondersteuning vanuit organisaties
T-shaped kwaliteiten	Specialistisch	- Specialistische achtergrond - Analyserend en probleemoplossend vermogen
	Generalistisch	- Begrip van andere domeinen - Bekend zijn met andere specialismen via werk

De onafhankelijke variabele (doelgroep van IVH) richt zich op het aantal kinderen van nul tot zeven jaar oud met gedrags- en/of ontwikkelingsproblematiek dat woonachtig is in de gemeenten Nijmegen en Groningen. Deze variabele kan echter niet als indicator worden opgenomen in het onderzoek. Eerder onderzoek heeft uitgewezen dat veel gemeenten niet weten wat de omvang is van het aantal kinderen met complexe gedrags- en ontwikkelingsproblematiek (Integrale Vroeghulp, 2018). Om deze reden is ervoor gekozen te kijken naar het aantal kinderen van nul tot zeven jaar oud, dat woonachtig is in de gemeenten. De omvang van het totaal aantal kinderen kan een indicatie geven van wat de potentiële doelgroep is van het IVH-beleid. Om zeker te zijn dat de aantallen uit de gemeente Nijmegen en de gemeente Groningen met elkaar vergeleken mogen worden, is gecontroleerd of de gemeenten op het gebied van zorg over het algemeen vergelijkbaar zijn.

De afhankelijke variabele is in het conceptueel model uitgesplitst in output en outcome variabelen. In dit onderzoek is de afhankelijke variabele geoperationaliseerd naar een proxy voor de output variabele. Aan het begin van het onderzoek bleek dat de registratie in de gemeente Nijmegen beperkt was. Zo was in het systeem niet op casusniveau vastgelegd of een kind de IVH-dienstverlening had ontvangen. Hierdoor was het niet mogelijk te kijken naar het passend advies en de effecten van het advies. Wel was in zowel Nijmegen als Groningen geaggregeerde informatie beschikbaar over hoeveel kinderen uit de gemeenten in 2019 besproken zijn in het IVH-MDO. Omdat ieder kind dat in het MDO besproken wordt een advies meekrijgt, is ervoor gekozen om de afhankelijke variabele te operationaliseren naar het aantal besproken kinderen in het IVH-MDO in 2019. De proxy van het aantal besproken kinderen in het MDO biedt de mogelijkheid om de twee netwerken met elkaar te vergelijken en dichtbij de oorspronkelijke output variabele te blijven. Zo wordt gemeten, wat gemeten moet worden. Door te kijken naar de cijfers uit 2019, zijn de effecten van de coronacrisis niet aanwezig in de afhankelijke variabele. De verwachting is dat dit de resultaten meer valide en betrouwbaar maken.

Voor de mediërende variabelen zijn verschillende indicatoren geformuleerd. Het theoretisch kader is bij deze operationalisaties leidend geweest. Sommige theorieën hadden al concrete indicatoren in hun uitwerking staan. Bij andere theorieën zijn enkele aspecten uit de theorie verder geconcretiseerd. Door dicht bij de theorieën te blijven en meerdere indicatoren te formuleren per variabelen, is getracht een zo valide en betrouwbaar mogelijk beeld te schetsen per variabele. Overigens hoeven de indicatoren niet uitputtend te zijn. Om deze reden is in het onderzoek ook oog voor andere aspecten die er mogelijk verband mee houden. Zo wordt het risico verkleind op systematische fouten en validiteitsproblemen. Hoe de data zijn verzameld wordt in de volgende paragraaf toegelicht.

4.3 DATAVERZAMELING

Aan het begin van het onderzoek zijn alle betrokken partijen in het Nijmeegse IVH-netwerk in kaart gebracht via documentstudies en oriënterende gesprekken. Via enkele sleutelpersonen in het Nijmeegse IVH-netwerk is contact gelegd met vrijwel alle betrokken partijen in het netwerk. Met enkele van deze professionals zijn aan het begin van het onderzoek oriënterende gesprekken gevoerd om meer begrip te krijgen van het beleid en de professionals die werkzaam zijn voor IVH. Deze informatie droeg bij aan het vormgeven van het onderzoek en het maken van de selectie in respondenten en documenten.

Gedurende het onderzoek rees de vraag naar een vergelijkende studie met een andere jeugdregio. Deze behoefte kwam voort uit de verschillende toepassingen van IVH die sinds de decentralisatie zijn ontstaan. Een regio die de implementatie van IVH op lokaal niveau succesvol heeft geïmplementeerd, kan nieuwe inzichten opleveren voor de doorontwikkeling van IVH in de Nijmeegse context. Voor de selectie van een vergelijkingsregio is in een landelijk netwerk van beleidsmedewerkers uitvraag gedaan naar welke regio de IVH-werkwijze op lokaal niveau goed heeft verbonden met lokale teams. Uit de reacties kwamen twee succesvoorbeelden; de regio Midden-Brabant en de regio Groningen. De regio Midden-Brabant gaf aan niet in de gelegenheid te zijn om deel te nemen aan het onderzoek, omdat er verschillende ontwikkelingen waren binnen de regio. Regio Groningen wilde graag betrokken zijn bij het onderzoek. Na uitvraag over hun lokale vormgeving van het IVH-netwerk, bleek dat zij andere uitgangspunten hebben gebruikt dan de gemeente Nijmegen. Met het oog op de verdere transformatie van de Nijmeegse jeugdcontext vormt de regio Groningen daarom een interessante vergelijkingscasus.

Om een zo valide en betrouwbaar mogelijk beeld te schetsen van IVH is gekozen voor een vorm van triangulatie van databronnen; documenten en interviews (Boeije, 2009, pp.246-280). Allereerst zijn documenten verzameld over het landelijke, het Nijmeegse en het Groningse IVH-beleid. Vervolgens zijn oriënterende en daarna diepte-interviews gehouden met vrijwel alle betrokken actoren in de IVH-werkwijzen. Alvorens de interviews zijn afgenomen is ook een MDO bijgewoond van het Regionaal Team IVH uit de Nijmeegse IVH-netwerk. Per dataverzameling wordt toegelicht hoe deze heeft plaatsgevonden en wie of wat het betreft.

4.3.1 DOCUMENTEN

Allereerst is gezocht naar openbaar beschikbare documenten. Veel beleidsdocumenten, zoals informatieflyers voor ouders en voorgaande onderzoeken, bleken openbaar beschikbaar. Hierdoor werden al snel de eerste documenten verzameld. Vervolgens is via oriënterende gesprekken uitvraag

gedaan naar intern beschikbare documenten over het Nijmeegse en Groningse IVH-netwerk. Uit oriënterende gesprekken in Nijmegen bleek echter beperkt interne documentatie aanwezig te zijn. Dit is bijvoorbeeld ook terug te zien in de beperkte registratie. Niet alle partijen beschikten daardoor over relevante documenten voor het onderzoek.

De meeste documenten die zijn gebruikt in het onderzoek, zijn openbaar beschikbare documenten. Deze documenten zijn hoofdzakelijk verkregen via de algemene website van integrale vroeghulp.¹ Hier waren onder andere beleidsdocumenten beschikbaar voor professionals en gemeenten. Deze richtten zich bijvoorbeeld op het belang en de vormgeving van vroeghulp, het multidisciplinaire overleg en de coördinatie van de zorgketen. Daarnaast is via websites veel informatie verkregen via informatieve flyers voor ouders. Tot slot zijn er interne documenten verzameld over bijvoorbeeld het programma van eisen, aanmeldverslagen en algemene informatie over de werkwijze.

Aanvullende informatie was echter wel nodig om ervaringen van professionals in kaart te brengen. De documenten gaven voornamelijk op abstract niveau inzicht in de IVH-werkwijze en de netwerken. De ervaringen van professionals in het netwerk en de dynamieken tussen de betrokken partijen, komen niet naar voren in de documenten. Om deze reden waren aanvullende interviews noodzakelijk om verder inzicht te krijgen in de IVH-netwerken.

4.3.2 OBSERVATIES & INTERVIEWS

In het onderzoek is gestart met enkele oriënterende gesprekken met partijen uit het Nijmeegse IVH-netwerk. Deze gesprekken gaven een eerste inkijk in het Nijmeegse netwerk. Aanvullend op de oriënterende gesprekken is de mogelijkheid geboden het overleg van het Regionaal Team IVH (IVH-MDO) bij te wonen. Het bijwonen van het overleg maakte het mogelijk de samenwerking tussen professionals en ouders te observeren en een beeld te krijgen van de problematiek die kinderen ervaren. De observaties bieden de mogelijkheid om beschrijvingen uit documenten en interviews in de praktijk te kunnen plaatsen.

Op basis van de oriënterende gesprekken en het bijwonen van een MDO was voldoende informatie verkregen om te kijken welke partijen relevant zouden zijn voor een interview. Gezien de beperkte omvang van de IVH-netwerken, zowel in Nijmegen als in Groningen, is de vraag naar vrijwel alle partijen uitgezet. In Nijmegen was de gelegenheid de betrokken partijen direct te benaderen voor

¹ De documenten zijn hoofdzakelijk verkregen via de webpagina's:

<https://integralevroeghulp.nl/cms/view/57212085/infosheets-integrale-vroeghulp>

<https://integralevroeghulp.nl/cms/view/57209012/invulling-van-ivh-in-de-gemeenten>

<https://www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/platform-integrale-specialistische-jeugdhulp/praktijkvoorbeelden/vroeg-erbij-team/>

een interview. In Groningen is de uitvraag in het netwerk verlopen via de coördinator. Bij de uitvraag stond centraal dat een zo breed mogelijk beeld geschetst moest worden van de netwerken. Om deze reden was het doel om alle partijen zoals trajectbegeleiders, specialisten uit het MDO, coördinatoren en beleidsmedewerkers te interviewen. Gezien de focus op de beleidsmatige en bestuurskundige context is ervoor gekozen om ouders niet te betrekken in het onderzoek. De verwachting was dat voornamelijk professionals in het netwerk, inzicht konden bieden in de dynamieken van het netwerk. Daarnaast waren slechts een beperkt aantal actieve casussen bij IVH in verband met de coronacrisis.

Uiteindelijk zijn 15 professionals uit de twee netwerken geïnterviewd. 10 van deze professionals waren werkzaam in het Nijmeegse IVH-netwerk en 5 in het Groningse IVH-netwerk. In het onderzoek is het gelukt om vrijwel alle partijen te interviewen. Dit kon onder andere dankzij de kleine omvang van de netwerken. De keerzijde van de beperkte omvang is dat sommige functies slechts door één of een paar personen werden bekleed. Om de anonimiteit van de respondenten te kunnen borgen, is het daarom niet mogelijk een nadere functieomschrijving te geven per respondent. De anonimiteit was onder andere van belang door de recente aanbestedingen in de gemeente Nijmegen. Wel is in Bijlage 1 een overzicht gegeven van de nummering van respondenten en het netwerk waartoe ze behoren.

Er is gekozen voor half gestructureerde interviews. Dit betekent dat verschillende onderwerpen zijn behandeld middels open vragen. De volgorde waarin de onderwerpen zijn behandeld, hangt af van de antwoorden van de respondent. Daarnaast bieden alle vragen de ruimte om vrij door te kunnen vragen (Baarda & van der Hulst, 2007, p.13-33). De vragen richtten zich op het theoretisch kader en de eerder besproken operationalisaties. Open vragen over de T-shaped professional gingen bijvoorbeeld in op de benodigde competenties, samenwerking, de verrichtte werkzaamheden en verantwoordelijkheden. Iedere vraag is echter zo geformuleerd dat respondenten de ruimte hadden om uit te wijden over andere gerelateerde zaken. Daarom zijn indicatoren niet één op één terug te zien in de opzet van het interview. Per functie van de respondent konden vragen wat aangepast worden, zodat het vanuit hun positie herkenbaar was. In Bijlage 2 staat het gehele interviewschema. Alle interviews zijn opgenomen waarna de interviews zijn getranscribeerd in woordelijke protocollen.

Het onderzoek heeft plaatsgevonden ten tijde van de coronacrisis. Hierdoor was het enkel mogelijk de professionals op afstand te interviewen. Om wel een comfortabele interviewsituatie te creëren, is de keuze aan respondenten voorgelegd om het interview per telefoon of per video call af te nemen. De respondent kon vervolgens kiezen waar hij of zij zich het prettigst bij voelde. Enkele respondenten gaven de voorkeur aan een telefonisch interview. Anderen vonden het prettiger elkaar

aan te kunnen kijken tijdens het interview. Dit bood de kans om eventueel lichaamstaal van een persoon te lezen. 12 van de 15 interviews hebben plaatsgevonden via video call.

Tot slot zijn de keuzes voor de databronnen, respondenten en de opzet voor de interviews, alle in overleg gegaan met professionals uit het sociaal domein of met een wetenschappelijke achtergrond. Zo is meegekeken met het interviewschema en is feedback daarin verwerkt. Hierdoor is de betrouwbaarheid en validiteit van de dataverzameling bevorderd. Door de feedback werden bijvoorbeeld de formuleringen van vragen beter aansluitend op de praktijk. Hierdoor zijn systematische fouten in formuleringen voorkomen en is gemeten wat gemeten moest worden (Boeije, 2009, pp.246-280).

4.4 ANALYSE

Na de verzameling en de uitwerking van alle data, zijn de data geanalyseerd. Dit is gedaan door middel van een abductieve analysestrategie. Dit houdt in dat bij het analyseren van de tekstbestanden ruimte is voor zowel theoretisch relevante begrippen als voor bevindingen die afwijken van de theoretische constructen. Door vanuit verschillende theoretische achtergronden naar de data te kijken, konden verbanden worden gelegd tussen de theorieën (Boeije, 2016, pp.102-109). Hier is voor gekozen omdat het sociaal domein zich laat typeren door complexiteit en onvoorspelbaarheid.

De documenten en interviews betroffen allemaal teksten. Voor het analyseren van de gegevens is gekozen voor een middenweg tussen axiaal coderen en selectief coderen (Boeije, 2016, pp.111-148). Aan de hand van verschillende theoretische constructen en operationaliseringen zijn de teksten geanalyseerd. Dit maakt selectieve coderingen mogelijk, omdat vanuit theorieën bepaalde coderingen voortvloeien. De operationalisaties zijn echter niet alomvattend. Gezien het netwerkperspectief was het belangrijk dat ook buiten de zuilen van theorieën werd gekeken. Door breder te kijken dan enkel vanuit een eenzijdig theoretisch kader, was het mogelijk om de complexiteit in kaart te brengen.

HOOFDSTUK 5 RESULTATEN

In het onderzoek staat de vergelijking van de Nijmeegse en Groningse IVH-netwerken centraal. Een vergelijking van netwerken biedt de mogelijkheid om de effecten van netwerkfactoren, zoals de structuur van een netwerk, in kaart te brengen en te relateren aan de effectiviteit van het netwerk. Allereerst worden in het hoofdstuk de resultaten besproken ten aanzien van de onafhankelijke en afhankelijke variabelen; de potentiële IVH-doelgroep per gemeente en de effectiviteit. Vervolgens volgt een omschrijving van de structuur van de IVH-netwerken in de regio Nijmegen en Groningen. Tot slot wordt ingegaan op de proposities zoals geformuleerd in het theoretisch kader.

De proposities worden niet volledig in volgorde en afzonderlijk van elkaar behandeld omdat ze sterk met elkaar samenhangen. Allereerst wordt ingegaan op de besturing van het netwerk. Wat kenmerkt de netwerken en welk type netwerk hoort hierbij? Vervolgens wordt gekeken wat voor vormen van netwerkmanagement worden toegepast en door welke actoren dit wordt gedaan. Vervolgens wordt de relatie van de gemeenten met de IVH-netwerken toegelicht. Tot slot worden de competenties van Groningse en Nijmeegse professionals met elkaar vergeleken en gekeken in hoeverre netwerkmanagement ondersteunend is aan de samenwerking tussen professionals. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting van de bevindingen, waarin eveneens wordt teruggegrepen op de vier proposities.

5.1 POTENTIËLE IVH-DOELGROEP EN EFFECTIVITEIT

De effectiviteit van een netwerk hangt af van de mate waarin een gezamenlijke dienst wordt geleverd, die niet door één afzonderlijke partij geleverd kan worden. Zoals toegelicht in het methodisch kader is de effectiviteit van de IVH-netwerken in dit onderzoek gerelateerd aan het aantal besproken kinderen in de MDO's. De mate van effectiviteit wordt besproken per netwerk, te beginnen met het Nijmeegse netwerk. Tot slot worden de netwerken met elkaar vergeleken. Om een correcte vergelijking te kunnen maken, speelt de onafhankelijke variabele een rol. Hoe groot is de potentiële doelgroep van IVH en mag het aantal besproken kinderen in de twee netwerken met elkaar vergeleken worden?

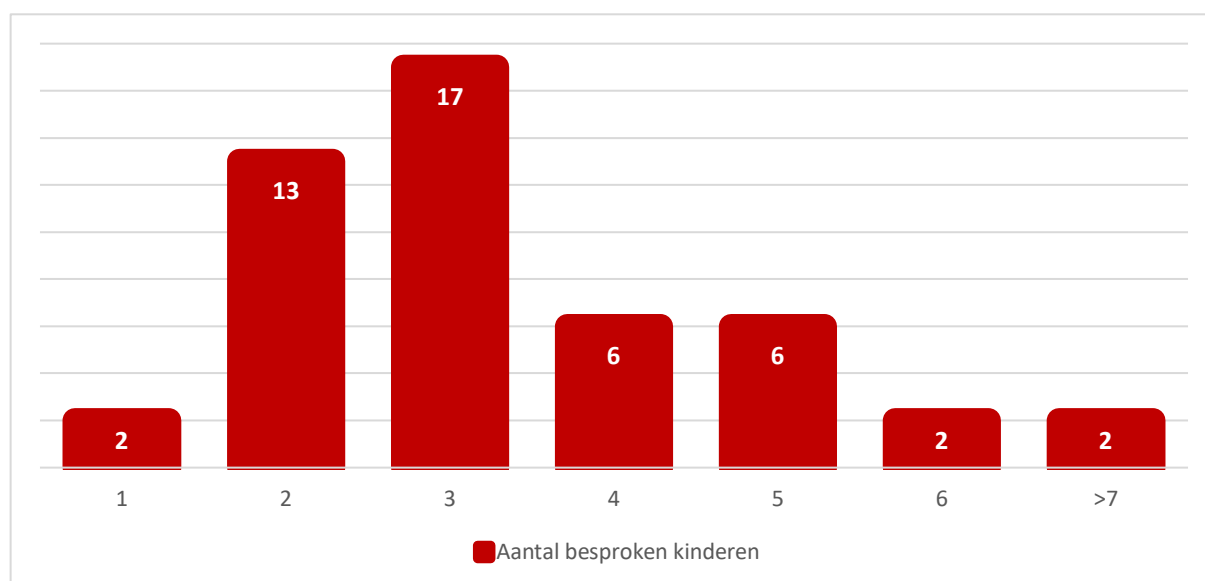
Professionals uit het Nijmeegse IVH-netwerk onderschrijven de dalende trend in het aantal kinderen dat besproken wordt in het MDO. Zo omschrijft een professional de situatie van een paar jaar geleden als volgt: “om de twee weken <..> kinderen te bespreken en dat waren per middag vier kinderen.” (Respondent 1). Meerdere professionals omschrijven de huidige situatie als “onvoldoende aanmeldingen”, “wisselende toevoer” en “echt een grote terugloop” (Respondenten 2 en 4). Dit leidt ertoe dat het MDO bij voldoende aanmeldingen nog één keer per maand plaatsvindt. Echter, door het dalend aantal aanmeldingen komt het regelmatig voor dat het MDO niet door kan gaan. Dit leidt tot

een fluctuering in het aantal te bespreken kinderen. Een professional omschrijft de fluctuatie als volgt: “er zijn weleens teams niet doorgegaan omdat er geen aanmeldingen waren en dan vervolgens was er weer eentje met drie aanmeldingen.” (Respondent 10).

De ervaringen van professionals worden bevestigd met cijfers uit interne documentatie. Uit de documentatie blijkt dat voor 2015 tussen de 75 en 100 kinderen per jaar werden besproken. Als dit vergeleken wordt met de situatie van afgelopen vijf jaar, blijkt dat het aantal besproken kinderen in het MDO per jaar heeft geschommeld tussen de 12 en 20 kinderen voor de gemeente Nijmegen. De meest recente cijfers laten zien dat in 2019 15 kinderen uit de gemeente Nijmegen zijn besproken in het MDO. Ondanks de daling in het aantal besproken kinderen is er recent wel een positieve trend zichtbaar in de aanmeldingen. Zo geeft respondent 4 aan dat sinds recente veranderingen in het netwerk, al wel een verandering te merken is in de aanmeldingen, maar dat deze nog pril is. Desondanks neemt de respondent wel een toename waar.

De situatie in Groningen wijkt af van de situatie in Nijmegen. Respondenten 7, 11 en 12 uit Groningen geven aan dat er sinds de decentralisatie geen duidelijke verandering zichtbaar is geweest in het aantal aanmeldingen en besproken kinderen. Respondent 9 geeft aan dat het grote MDO vrijwel altijd doorgaat en als het uitvalt het vaak in vakantieperiode is. Wat het grote MDO inhoudt, wordt later in de resultaten toegelicht. Op provinciaal niveau blijkt uit documentatie dat in 2019 in totaal 126 kinderen zijn besproken in de kleine kernteams en het grote kernteam. Voor de gemeente Groningen geldt dat er 48 kinderen zijn besproken in 2019. Dit hogere aantal ten opzichte van Nijmegen is niet te wijten aan de bredere doelgroep die ze in Groningen hanteren. Groningen hanteert namelijk een doelgroep van nul tot twaalf jaar oud, in tegenstelling tot de doelgroep van Nijmegen van nul tot zeven jaar oud. Uit Figuur 5 blijken slechts 2 van de 48 kinderen uit Groningen ouder te zijn dan 7 jaar. De meeste kinderen die besproken zijn in de MDO's zijn 2 à 3 jaar oud.

Figuur 5 Aantal kinderen uit gemeente Groningen dat besproken is in de IVH-MDO's.



Als de 15 besproken kinderen van het Nijmeegse IVH-netwerk worden vergeleken met de 46 kinderen van het Gronings IVH-netwerk, kan nog niet direct worden verondersteld dat het Groningse netwerk effectiever is dan het Nijmeegse netwerk. Dit is namelijk afhankelijk van de omvang van de potentiële doelgroep in beide gemeenten. Voor veel gemeenten is de omvang van deze groep onduidelijk, ook in de gemeente Nijmegen. Om deze reden is gekeken naar het aantal kinderen van nul tot zeven jaar oud dat woonachtig is in de gemeenten. In Tabel 3 is het aantal woonachtige kinderen en het aantal besproken kinderen per gemeente weergegeven. Rechts in de tabel staat het verhoudingsgetal van de aantallen tussen de twee gemeenten. Het bovenste verhoudingsgetal laat zien dat in gemeente Groningen 20 procent meer kinderen tussen de nul en zeven jaar oud wonen dan in Nijmegen. Om deze reden zou verwacht mogen worden dat het aantal besproken kinderen in Groningen 20 procent hoger ligt. Indien dit het geval zou zijn, zouden de netwerken even effectief kunnen zijn. Het verhoudingsgetal bij het aantal besproken kinderen laat echter zien dat in Groningen 210 procent meer kinderen zijn besproken dan in Nijmegen. Het Groningse IVH-netwerk lijkt hierdoor effectiever te zijn.

Tabel 3 Verhouding tussen aantal woonachtige kinderen van nul tot 7 jaar oud en besproken kinderen per en tussen gemeenten (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2020).

	Nijmegen	Groningen	Verhouding
<i>Aantal kinderen (0-7) woonachtig</i>	11.505	13.628	1,2
<i>Aantal besproken kinderen</i>	15	46	3,1

De berekening in Tabel 3 is een versimpelde versie van de werkelijkheid. Andere factoren kunnen ook van invloed zijn op het aantal besproken kinderen, zoals factoren die zich buiten het IVH-netwerk bevinden. Worden jonge kinderen bijvoorbeeld bereikt door andere vormen van vroeghulp?

Onderzoek van Schavemaker en van Gorp (2019) heeft aangetoond dat andere vormen van vroeghulp en verschillende verwijroutines een rol spelen in Nijmegen. Respondent 5 onderschrijft deze bevinding en geeft aan dat er overlap zit in de verschillende vormen van vroeghulp. Desondanks is het multidisciplinaire karakter van IVH minder vertegenwoordigd in andere vormen van vroeghulp, zoals bij Kijk op Kleintjes (KOK) (Respondenten 5 en 14). Zij kijken hoofdzakelijk naar het vraagstuk van het kind en minder naar het gezin eromheen. Een andere zorgprofessional (Respondent 1) uit het Nijmeegse netwerk geeft aan dat kinderen voorheen om een geldige reden werden besproken in het MDO en vraagt zich af waar deze kinderen zijn gebleven. Daarnaast geeft Respondent 2 aan dat in de eigen organisatie kinderen binnenkomen die eigenlijk besproken hadden moeten worden in het MDO, maar waarbij dit niet is gebeurd. Het bereik van het Nijmeegse IVH-netwerk lijkt op basis van de cijfers en de bevindingen uit de interviews te zijn afgenomen in de afgelopen jaren.

Het Groningse netwerk is effectiever in het behouden van het bereik, maar dat betekent niet dat daar alle kinderen worden bereikt. Zo geven respondenten 7, 9 en 11 aan dat er regionale verschillen zijn in het aantal aangemelde kinderen. Mogelijke oorzaken voor deze verschillen kunnen liggen in de mate van bekendheid van IVH bij lokale verwijzers, de geografische afstand tot de stad Groningen of de mate van ervaring van de lokale professionals. Ook geeft een Groningse professional (Respondent 12) aan dat er in Groningen, net als in Nijmegen, een golfbeweging zit in de aanmeldingen.

Kortom, het Groningse IVH-netwerk heeft het aantal besproken kinderen de afgelopen jaren stabiel weten te houden, terwijl het aantal besproken kinderen in het Nijmeegse IVH-netwerk sterk is gedaald. Ten opzichte van elkaar besprak het Groningse IVH-netwerk in 2019 hierdoor 210 procent meer kinderen dan het Nijmeegse IVH-netwerk. Hierdoor mag verondersteld worden dat het Groningse netwerk effectiever is dan het Nijmeegse netwerk. Het sluit echter niet uit dat ook in Groningen meer kinderen besproken zouden kunnen worden. Welke oorzaken in de netwerken ten grondslag liggen aan het verschil in effectiviteit, zal blijken uit de toetsing van de proposities.

5.2 OMSCHRIJVING VAN IVH-NETWERKEN

In het beleidskader is geïllustreerd hoe de vormgeving van IVH sinds de decentralisatie is gaan verschillen tussen regio's. Dit komt door de vrijheid die lokale overheden sindsdien genieten om beleid aan te passen naar lokale behoeften. Om de uiteindelijke resultaten van de proposities en mediërende

variabelen te kunnen plaatsen in hun context, worden eerst de twee IVH-netwerken beschreven. Deze beschrijvingen zijn hoofdzakelijk gebaseerd op de verzamelde documenten. In openbare documenten is veel feitelijke netwerkinformatie verkregen over de structuur, de betrokken partijen en het IVH-traject. Indien de informatie niet afkomstig is uit documentatie maar uit interviews, wordt dit aangegeven met de nummering van de bijbehorende respondent(en).

5.2.1 Het Nijmeegse IVH-netwerk

In Nijmegen is de werkwijze sinds de decentralisatie weinig aangepast. Dit betekent dat de vormgeving van IVH sterk overeenkomt met de werkwijze zoals die landelijk gold voor de decentralisatie van de jeugdwet. Vanuit het perspectief van ouders start het traject op lokaal niveau na signalering van problematiek bij hun kind. Een kind tussen de nul en zeven jaar oud met complexe gedrags- en/of ontwikkelproblematiek kan aangemeld worden voor de IVH-werkwijze. Na aanmelding start een trajectbegeleider samen met de ouders het proces van vraagverduidelijking. Dit gebeurt middels een intake en het verzamelen van beschikbare informatie over de problematiek van het kind. De trajectbegeleiders waren tot voor kort vanuit de sociale wijkteams werkzaam en vallen onder de organisatie Sociaal Sterker.

Als een kind aangemeld wordt, gebeurt dit bij de regionaal actieve coördinator die werkzaam is vanuit MEE Gelderse Poort. De coördinator is verantwoordelijk voor het stroomlijnen van het IVH-traject en het verbinden van alle schakels in het netwerk. De coördinator verwerkt de aanmeldingen, plant overleggen en zit overleggen voor. Dit doet de coördinator niet enkel voor de gemeente Nijmegen, maar ook voor de andere gemeenten in de regio's Nijmegen, Arnhem en Rivierland. De regiogemeenten in regio Nijmegen betreffen Berg en Dal, Beuningen, Druten, Heumen en Wijchen. De rol van de coördinator kan per gemeente verschillen doordat deze afhankelijk is van de opdracht die de gemeente heeft geformuleerd. Sinds de decentralisatie heeft zich een versnippering voorgedaan binnen de regio Nijmegen. Zo hebben enkele regiogemeenten lokale alternatieven bedacht waardoor geen of weinig beroep wordt gedaan op IVH en het regionale team. Ook werd vanuit de gemeente Nijmegen geen opdracht verstrekt waardoor informatie tussen de gemeente en het IVH-netwerk niet of minimaal werd gedeeld (Respondent 1 & 15).

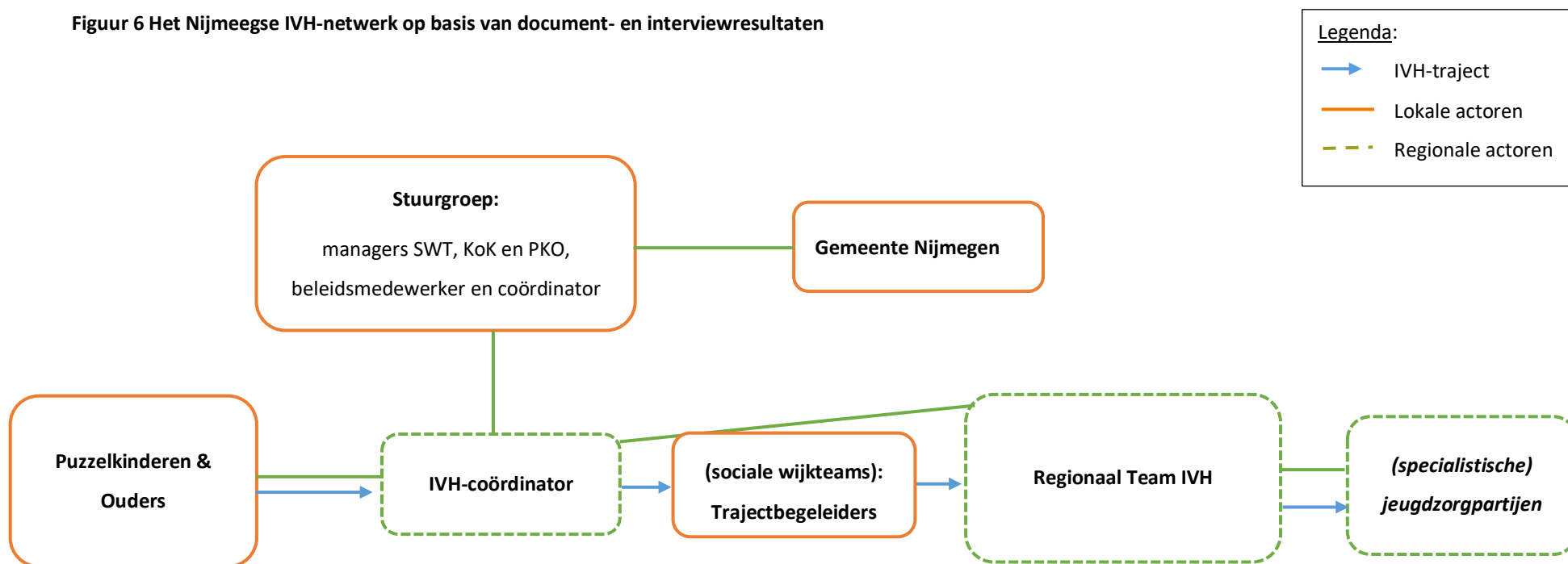
Op regionaal niveau bevindt zich naast de coördinator het Regionaal Team IVH (IVH-MDO). Alle gemeenten in de regio Nijmegen kunnen een beroep doen op het MDO. Het team bestaat uit circa vijf specialisten waaronder gedragsdeskundigen, een GZ-psycholoog en een jeugdarts. Via de coördinator kunnen kinderen worden aangemeld voor het overleg. De verantwoordelijkheid voor de aanmelding ligt bij de trajectbegeleiders en gebeurt zodra alle beschikbare informatie is verzameld en de

verslaglegging is voltooid. Mits er voldoende aanmeldingen zijn voor het regionale MDO, vindt het MDO één keer per maand plaats. De eerder besproken resultaten uit de interviews laten echter zien dat dit in de praktijk niet altijd wordt gehaald vanwege te weinig aanmeldingen.

Niet iedere casus werd de afgelopen jaren besproken in het MDO (Respondent 4). In samenspraak met ouders kan ervoor gekozen worden om advies uit te laten brengen door een trajectbegeleider. Indien een kind wel besproken wordt in het MDO levert de trajectbegeleider voorafgaand aan het MDO de verzamelde informatie aan bij de specialisten. Samen met de ouders en de trajectbegeleider bespreken de specialisten de zorgvraag van het kind. Uit het overleg volgt een advies waarmee ouders en de trajectbegeleider aan de slag gaan. Respondent 14 geeft aan dat het streven bestaat het traject binnen 3 maanden af te ronden. Gezien de complexiteit is het echter mogelijk om de casus open te laten staan. Afhankelijk van waar de complexiteit van de casus ligt, bij het kind, de ouders of het systeem, kan besloten worden om op lange termijn een andere professional te koppelen aan het gezin. Er is geen vast aantal uren gekoppeld aan het IVH-traject. Figuur 6 geeft het Nijmeegse IVH-netwerk weer.

De situatie weergegeven in Figuur 6 is de situatie zoals het tot begin 2020 was. Uit persoonlijke communicatie en verschillende interviews (Respondenten 3, 4, 6, 14 & 15) blijkt het IVH-netwerk qua samenstelling en werkwijze in beweging te zijn. Ten eerste zijn de trajectbegeleiders rond februari à maart 2020 uit de SWT's gehaald. Sindsdien fungeren ze als een klein team voor de hele Nijmeegse regio. Op termijn gaan de trajectbegeleiders zich alleen richten op IVH-casussen. Tot op heden is dit nog niet aan de orde omdat er te weinig aanmeldingen zijn. Ten tweede is een ontwikkeling gaande waarbij de gemeente Nijmegen samen met managers van verschillende vormen van vroeghulp, kijkt naar een toekomstige strategie van vroeghulp in de context van de BBT's. Dit betreft de stuurgroep in Figuur 6. In de stuurgroep zijn onder andere managers van Kijk op Kleintjes (KoK) en Passende Kinderopvang (PKO) vertegenwoordigd. Waar voorheen de gemeente op afstand stond van het IVH-netwerk, zijn ze nu actief betrokken bij de doorontwikkeling van IVH. Tot slot is ten derde IVH als aparte optie in de administratie toegevoegd. Hierdoor is beter bij te houden welke kinderen de IVH-werkwijze doorlopen.

Figuur 6 Het Nijmeegse IVH-netwerk op basis van document- en interviewresultaten



5.2.2 HET GRONINGSE IVH-NETWERK

Het Groningse IVH-netwerk is anders gestructureerd dan het Nijmeegse IVH-netwerk. In de basis zijn vier belangrijke aspecten verschillend. Voorafgaand moet opgemerkt worden dat in Groningen IVH officieel “Vroeg Erbij” heet. Om verwarring te voorkomen wordt het Groningse netwerk wel als IVH-netwerk beschreven in dit onderzoek. De vier verschillen tussen de netwerken worden nader toegelicht, te beginnen met de provinciale inkoop.

Het eerste verschil is zichtbaar op regionaal niveau. IVH is als dienstverlening provinciaal ingekocht door de Regionale Inkooporganisatie Groningse Gemeenten (RIGG). Deze provinciale inkoop leidt ertoe dat de toepassing van IVH voor de hele provincie hetzelfde is. Respondenten 8 en 12 geven aan dat hierdoor op gemeentelijk niveau vrijwel geen of beperkte verschillen zijn in uitvoering. Ook geven de respondenten aan dat de gemeenten door de provinciale inkoop verder op afstand staan. Via het RIGG kunnen gemeenten wel invloed uitoefenen op de beleidsvoering. In het RIGG zitten namelijk vertegenwoordigers van alle gemeenten in de provincie Groningen. De invloed per gemeente is echter wel beperkt doordat het provinciaal afgestemd moet worden.

Het tweede verschil ten opzichte van Nijmegen is de doelgroep van IVH. In Groningen komen kinderen tot en met twaalf jaar oud in aanmerking voor het IVH-traject. Dit betreft in Nijmegen enkel kinderen van nul tot zeven jaar oud. Zodra een kind wordt aangemeld, komt de aanmelding net als in Nijmegen binnen bij de IVH-coördinator. De coördinator beoordeelt of de aanmelding terecht is. Als er stappen in het voortraject zijn overgeslagen, bestaat de mogelijkheid om de aanmelding af te wijzen. Zodra een kind terecht verwezen is naar IVH, worden het kind en diens ouders gekoppeld aan een trajectbegeleider. De trajectbegeleider voert, net als in Nijmegen, een intake en verzamelt de beschikbare informatie over de zorgvraag van het kind.

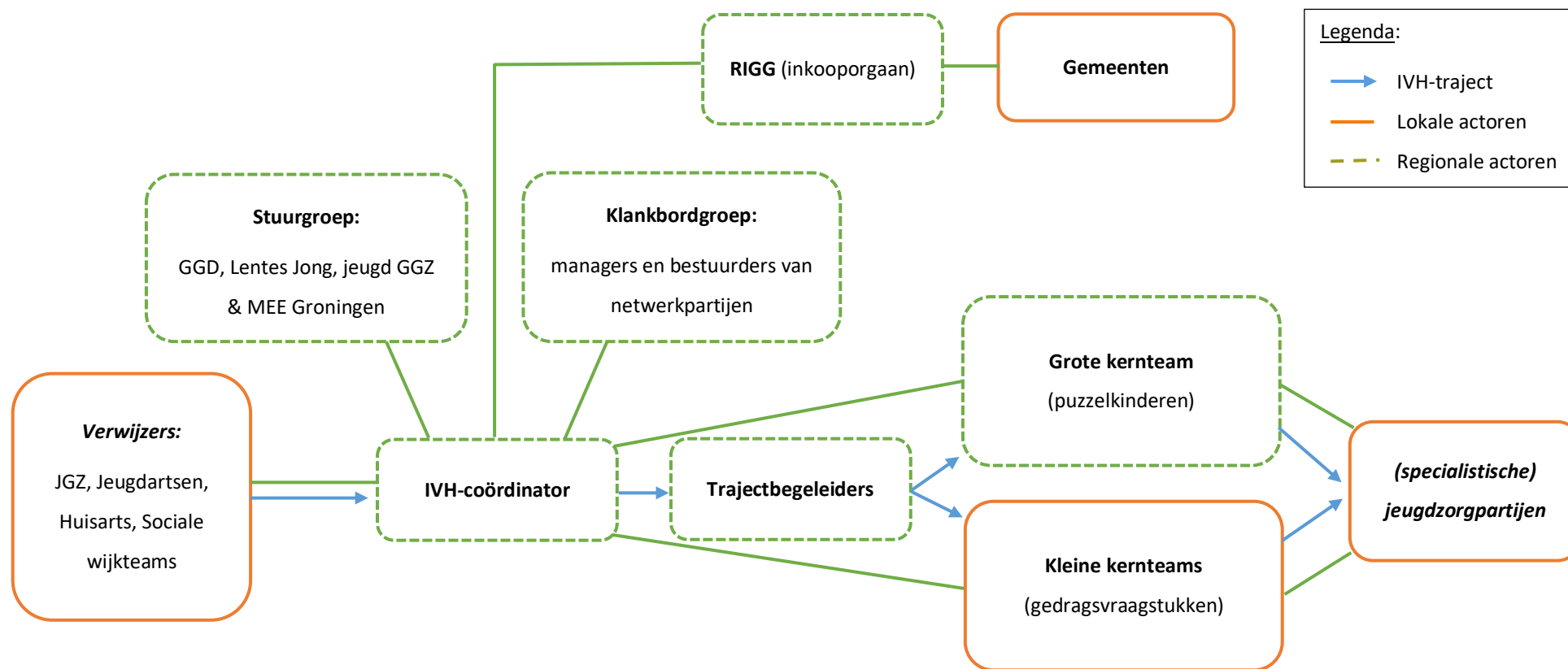
De aanmelding van een kind verloopt in één opzicht wel anders in Groningen dan in Nijmegen. Dit betreft het derde verschil tussen de IVH-netwerken. In Groningen is de IVH-dienstverlening als tweedelijnszorg ingevoerd. Dit betekent dat een kind een verwijzing nodig heeft om aangemeld te kunnen worden. Respondent 8 geeft aan dat de verwijzers per gemeente kunnen verschillen, omdat dit afhangt van de manier waarop toegang tot zorg op lokaal niveau is vormgegeven. Uit interne documentatie blijkt dat 77 procent van de kinderen in 2019 is verwezen door GGD-jeugdartsen. Andere verwijzers zijn huisartsen, de SWT's en het Centrum voor Jeugd.

Als alle beschikbare informatie in kaart is gebracht, bepalen de trajectbegeleider en de coördinator in welk overleg het kind besproken moet worden. Bij deze keuze is een vierde verschil zichtbaar ten opzichte van Nijmegen. In Groningen zijn namelijk twee soorten MDO's: elf kleine

kernteams en één groot kernteam. De elf kleine kernteams zijn op lokaal niveau actief binnen de provincie Groningen. Respondent 7 omschrijft het kleine team als volgt: “We hebben een wat kleiner kernteam waarin een jeugdarts van de GGD zit en een gedragswetenschapper vanuit de jeugd-GGZ. <..> Daar worden in principe de kinderen besproken waar met name het gedragsvraagstuk op de voorgrond staan.” Het overleg wordt voorgezeten door een lokaal actieve jeugdarts. Indien een kind complexere problematiek ervaart, kan het kind besproken worden in het grote kernteam (Respondenten 7 en 12). Dit team bevindt zich op provinciaal niveau en bestaat uit meer specialisten dan de kleine kernteams. Het grote kernteam wordt voorgezeten door de IVH-coördinator. Een overeenkomst tussen de teams is dat ouders zowel bij het overleg in de kleine kernteams als bij het grote kernteam aanwezig mogen zijn.

Uit de MDO's volgt net als in regio Nijmegen een passend advies. Het advies kan richtinggevend zijn voor de vervolgstappen die ouders samen met de trajectbegeleiders zetten. Ouders hebben echter altijd de vrijheid om af te wijken van het advies of geen vervolgstappen te ondernemen. Het IVH-traject wordt afgesloten zodra voor een kind passend zorg is gevonden of ouders ervoor kiezen te wachten met het uitvoeren van het advies. Per traject zijn in Groningen 60 betaalde uren beschikbaar en is het streven deze uren binnen een jaar te gebruiken en het traject af te sluiten. Indien de uren of de tijdsduur van een jaar niet toereikend zijn, kan de duur van het traject worden verlengd. Hierin is ruimte voor maatwerk (Respondenten 7 en 8). De vier verschillen in netwerkstructuur en het IVH-traject zijn in Figuur 7 weergegeven.

Figuur 7 Het Groningse IVH-netwerk op basis van document- en interviewresultaten.



In Figuur 7 zijn naast het traject en de vier belangrijkste verschillen ook andere groepen en actoren zichtbaar. Dit zijn partijen die vanuit het perspectief van de ouders, indirect betrokken zijn bij de IVH-werkwijze. De partijen maken wel onderdeel uit van het IVH-netwerk. Per partij zal kort worden toegelicht wat deze actor voor rol heeft in het netwerk.

In het midden van Figuur 7 staat de IVH-coördinator. Vanuit de coördinator lopen vele groene lijnen naar de andere actoren. Deze lijnen illustreren de centrale rol die de IVH-coördinator heeft in het netwerk. De coördinator is niet alleen het aanspreekpunt bij aanmeldingen en de voorzitter van het grote kernteam. De taken van de coördinator richten zich ook op het verbinden van partijen in het netwerk en bekendheid creëren bij verwijzers (Respondent 7, 8, 9, 11 en 12). Tot hier komt de rol van de coördinator grotendeels overeen met de coördinator van het Nijmeegse IVH-netwerk. Daarentegen zijn er ook verschillen.

De verbinding en betrokkenheid creëren met netwerkpartijen gebeurt via een stuurgroep en een klankbordgroep. In de stuurgroep zitten alle partijen die van oorsprong betrokken zijn bij vroeghulp of vroegsignalering. De stuurgroep formuleert en ontwikkelt het IVH-beleid binnen de kaders van het RIGG. In de klankbordgroep zitten managers en bestuurders van alle betrokken netwerkpartijen. Samen met de coördinator reflecteren zij op de cijfers en het IVH-beleid. Naast de stuurgroep en de klankbordgroep worden ook ieder jaar bijeenkomsten georganiseerd voor medewerkers van IVH. Zo kunnen professionals uit het IVH-netwerk elkaar ontmoeten en leren kennen (Respondenten 7 en 8). Tot slot bleek uit één van de interviews ook een projectteam actief te zijn. Wie hier precies bij betrokken zijn en of het team netwerk overstijgend werkt, is deels onduidelijk gebleven. Wel is duidelijk dat de projectgroep net als de stuurgroep gericht is op de ontwikkelingen binnen het IVH-netwerk (Respondent 11). Omdat het onduidelijk is of de projectgroep zich binnen of buiten het netwerk positioneert, is ervoor gekozen de projectgroep niet in Figuur 7 op te nemen.

De behoefte om verbinding te creëren is voortgekomen uit een behoefte aan duidelijkheid en eenheid. In het begin van de transitie was het bijvoorbeeld zoeken hoe de twee MDO's zich tot elkaar moesten verhouden. Vanuit deze ervaring heeft het netwerk een gezamenlijk doel en visie opgesteld en wordt onderstreept dat iedere betrokken partij van gemeenschappelijk belang moet zijn. In Figuur 7 zijn de verschillende groepen en actoren weergegeven.

5.3 BESTUURLIJKE VORMGEVING VAN DE NETWERKEN

In de proposities uit het theoretisch kader zijn verschillende oorzaken voor de mate van effectiviteit van een netwerk beschreven. In hoeverre deze ook gelden in de context van Nijmegen en Groningen, zal blijken uit de verdere bespreking van de resultaten. De resultaten van de netwerkanalyse worden

niet synchroon met het theoretisch kader behandeld. Dit komt door de complexiteit van de netwerken en de vergelijking die gemaakt moet worden. Alle aspecten hangen sterk met elkaar samen. Daarom is de voorkeur uitgegaan naar een verhalende opbouw van de resultaten ten aanzien van de mediërende netwerkfactoren. Ter afsluiting worden alle proposities nogmaals samengevat. Eerst worden de resultaten ten aanzien van netwerksturing besproken.

5.3.1 CONDITIES VOOR STURING IN NETWERK

In het theoretisch kader zijn verschillende typen netwerken besproken. Bij de bespreking van deze netwerken werd ingegaan op condities die aanleiding geven tot een bepaalde mate van sturing. Om te kunnen bepalen in hoeverre bepaalde oorzaken een rol spelen in de effectiviteit van een netwerk, wordt eerst gekeken in hoeverre sturing noodzakelijk is voor de IVH-netwerken. Een bepaalde mate van sturing is nodig zodra (1) een relatief hoog aantal actoren in een netwerk aanwezig is, (2) deze actoren niet altijd eenzelfde doel nastreven, (3) partijen slechts beperkt afhankelijk zijn van elkaar en (4) er geen sprake is van een algeheel vertrouwen in elkaar. Enkele van deze punten zijn ook terug te zien in zowel het Groningse als Nijmeegse IVH-netwerk.

Om te beginnen is het aantal verschillende organisaties in het netwerk relatief hoog. De voorgaande paragraaf met beschrijvingen van de IVH-netwerken illustreert het relatief hoog aantal actoren. In het Nijmeegse MDO zitten 4 à 5 specialisten vanuit verschillende organisatie. Bovenop dit aantal komen de coördinator vanuit MEE Gelderse Poort, de trajectbegeleiders vanuit Sterker, de ouders en het kind en sinds kort de gemeente Nijmegen en de stuurgroep (Respondenten 1, 3, 4, 5 & 14). In Groningen ligt het aantal betrokken partijen hoger dan in Nijmegen. Zo varieert het aantal specialisten in een MDO van 2 in het kleine kernteam tot 8 à 10 in het grote kernteam. Deze specialisten zijn vrijwel allemaal uit verschillende organisaties afkomstig. Bovenop dit aantal komen ook nog de coördinator en trajectbegeleiders vanuit MEE Groningen, de verwijzers, het RIGG, leden van de stuurgroep en de klankbordgroep en de ouders en kinderen (Respondenten 7, 8, 9 en 11). Als het aantal betrokken actoren vergeleken wordt met de grens van 6 à 8 organisaties voor een netwerk zonder sturing, is een bepaalde mate van sturing noodzakelijk om tot gezamenlijke acties te komen.

Het tweede punt over een gemeenschappelijke doelstelling geeft ook aanleiding tot een mate van sturing in zowel het Nijmeegse als Groningse IVH-netwerk. Over het algemeen omschrijven de professionals soortgelijk doelen. Deze doelen richten zich direct of indirect op de behoeften van het kind en diens ouders. Zo omschrijft een Nijmeegse professional het doel in het MDO als volgt: “ouders sowieso goed te horen in hun vraag en hun zorgen om het kind en ouders ook een helder advies te geven met een heldere onderbouwing waarom je dat advies geeft” (Respondent 10). Andere professionals geven aan dat in het overleg de behoeften en het welzijn van het kind duidelijk voorop

staan (Respondent 5 en 13). Groningse professionals omschrijven soortgelijke doelen: “hoe kunnen we dit kind het beste weer vooruithelpen?” (Respondent 7), “goed advies dat antwoord geeft op de vraag die ouders hebben” (Respondent 8) en “het doel van de vergadering is om samen met de ouders te zoeken naar het meest passende advies dat past bij hun kind en bij hun systeem” (Respondent 9). Zowel in Nijmegen als in Groningen ervaren de professionals over het algemeen overeenstemming in de doelstelling tijdens de MDO's; “alle neuzen staan wel dezelfde kant op” (Respondent 4).

In de praktijk kan echter ook een tweede doelstelling op de achtergrond meespelen. Sinds de decentralisatie is namelijk financiering een andere rol gaan spelen bij afzonderlijke organisaties. Dit heeft tot gevolg dat sommige specialisten vanuit hun organisatie druk ervaren op hun deelname aan het MDO. Zo kan de organisatie in het begin de insteek hebben om de besproken kinderen door te laten stromen naar hun organisatie. Indien het financieel minder aantrekkelijk wordt, zou een organisatie zich kunnen terugtrekken waardoor een MDO-lid niet meer kan deelnemen aan het MDO. In de praktijk blijkt deze tweede doelstelling weinig van invloed te zijn. Professionals op uitvoerend niveau weten zich goed op de inhoud te richten en het los te zien van de eventuele tweede financiële doelstelling vanuit de organisatie. Desondanks kan het wel opspelen in een MDO en zou een vorm van sturing gewenst zijn om dit te voorkomen als het zich zou voordoen. Dit geldt voor zowel het Groningse als Nijmeegse IVH-netwerk (Respondenten 1, 2, 9 & 11).

Ten derde geeft de tweede financiële doelstelling ook een indicatie voor de mate van onderlinge afhankelijkheid. Indien organisaties de deelname aan de IVH-werkwijze zelf moeten bekostigen, is het de vraag in hoeverre ze hier ook iets voor terug krijgen. Op het niveau van de professionals is te merken dat specialisten intrinsiek gemotiveerd zijn om betrokken te zijn bij de werkwijze. Zowel respondenten uit het Nijmeegse als het Groningse netwerk (Respondenten 2, 4, 5, 10 & 12) geven aan juist het multidisciplinaire karakter van IVH belangrijk te vinden om tot een passend advies te komen voor ouders en kinderen. Daarnaast leren professionals tijdens bijvoorbeeld een MDO over andere organisaties, de sociale kaart en actuele ontwikkelingen in het sociaal domein. Op het niveau van de organisatie is het verschillend hoe gekeken wordt naar IVH. Een deel van de organisaties vindt het van belang deel te nemen aan de werkwijze. Andere organisaties bekijken het vanuit een financieel perspectief. Dit heeft ertoe geleid dat sinds de decentralisatie één partij is gestopt met deelnemen aan het MDO in het Nijmeegse netwerk (Respondenten 1, 2, 9 & 11).

Als de visie vanuit de organisatie zich hoofdzakelijk richt op de financiële kostenpost en minder op de positieve aspecten van de IVH-werkwijze, blijkt uit de hiervoor besproken resultaten dat een partij zich kan terugtrekken uit de samenwerking. Dit duidt op een eenzijdige afhankelijkheid op organisatieniveau. Het IVH-netwerk is sterk afhankelijk van de verschillende specialisten die aanwezig

zijn. De organisaties zijn niet zozeer afhankelijk van de IVH-werkwijze zodra ze beperkte of geen vergoeding krijgen voor de tijd die in de werkwijze wordt gestoken. Sturing op betrokkenheid van actoren is daarom van belang om partijen op de lange termijn betrokken te houden. Dit geldt voor het Groningse IVH-netwerk en het Nijmeegse IVH-netwerk.

Tot slot blijft het vierde punt van onderling vertrouwen over. In de interviews en documenten zijn weinig indicaties te vinden voor een beperkt vertrouwen in medeprofessionals. Wel worden zowel in het Nijmeegse netwerk als het Groningse netwerk soms vragen gesteld bij welke afwegingen worden gemaakt in of buiten de IVH-netwerken. Zo vragen professionals zich bijvoorbeeld af wanneer een kind wel of niet wordt aangemeld (Respondent 1 & 9). Dit hoeft echter niet te duiden op een vorm van wantrouwen. De resultaten zijn per conditie voor sturing in Tabel 4 samengevat. De punten gelden in vergelijkbare mate voor het Nijmeegse en Groningse IVH-netwerk.

Tabel 4 Mate waarin condities voor het type netwerk leidend organisatiesturing voorkomt in zowel het Nijmeegse als Groningse IVH-netwerk.

<i>Aantal betrokken actoren</i>	Meer dan 8 betrokken partijen
<i>Overeenkomstige doelstelling</i>	Op uitvoerend niveau is overeenstemming in het inhoudelijke doel van het beleid. Op organisatieniveau kan ook een financieel belang een rol spelen.
<i>Mate van afhankelijkheid</i>	Op uitvoerend niveau is sprake van wederzijdse afhankelijkheid via kennis- en informatieoverdracht. Op organisatieniveau hoeft geen sprake te zijn van een wederzijdse afhankelijkheid, als er geen financiële vergoeding is voor deelname aan de werkwijze.
<i>Mate van vertrouwen</i>	In beide netwerken zijn geen indicaties voor onderling wantrouwen.

5.3.2 STURENDE ACTOREN EN NETWERKMANAGEMENT STRATEGIEËN

Op basis van het hoog aantal betrokken partijen, de (beperkte) verschillen in doelstellingen en de beperkte mate van wederzijdse afhankelijkheid, mag verondersteld worden dat de netwerken een bepaalde mate van sturing nodig hebben om effectief te kunnen functioneren. Of dit in de praktijk in beide netwerken ook aanwezig is, hangt af van de mate waarin netwerkmanagement wordt toegepast.

Eerder in het resultatenhoofdstuk is een beschrijving gegeven van het Groningse en Nijmeegse IVH-netwerk. In deze beschrijving zijn verschillende actoren zichtbaar die een sturende positie hebben in of ten opzichte van het netwerk. Allereerst is in beide netwerken sprake van eenzelfde sturende

partij; de coördinator. In beide netwerken richt de coördinator zich op procesmanagement van het netwerk. In verzamelde documentatie wordt de verantwoordelijkheid van de coördinator als volgt omschreven: “Voor het waarborgen van continuïteit in de samenwerking tussen organisaties en met gemeenten is een coördinator nodig. Deze coördinator is de regisseur in de keten rond het jonge kind en gezin.”. Respondent 7 omschrijft deze verantwoordelijkheid ook wel als de verantwoordelijkheid voor “het reilen en zeilen” van het netwerk. Deze verantwoordelijkheid omvat onder andere het bevorderen van interacties, de frequentie van contact en de tevredenheid en betrokkenheid van actoren. In de praktijk uit zich dit in taken als het inplannen van MDO’s, het voorzitten van het MDO (openen en sluiten van het overleg en het leiden van het overleg met ouders) en het ondersteunen van (nieuwe) medewerkers. Deze aspecten worden zowel genoemd door professionals uit het Nijmeegse als het Groningse IVH-netwerk (Respondenten 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12 & 13).

De coördinatoren hebben in de verschillende netwerken ook enkele afwijkende taken in procesmanagement. Uit interviews blijkt dat de Groningse IVH-coördinator weleens heeft moeten sturen op het bevorderen van doelovereenstemming tijdens het een MDO. Dit had ermee te maken dat een persoon te veel vanuit eigen organisatie ging spreken en de gezamenlijke objectiviteit van het MDO verminderde (Respondent 9). Dit kan mogelijk te maken hebben met de eerder besproken financiële doelstelling vanuit een organisatie. In het Nijmeegse IVH-netwerk speelt deze tweede doelstelling ook een rol, maar is deze voor zover bekend niet tot uiting gekomen tijdens een overleg. Zodra professionals deelnemen aan het MDO, richten zij zich op de inhoudelijke zorgvraag van het kind. Over het algemeen blijkt op uitvoerend niveau bijsturing op doelovereenstemming in beide netwerken vrijwel niet noodzakelijk (Respondenten 1, 2, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12 & 13). Zoals eerder is besproken ligt dit op organisatieniveau anders.

Naast het procesmanagement past de coördinator in het Groningse IVH-netwerk ook strategieën van netwerkconstitutie toe, zoals het positioneren en introduceren van (nieuwe) actoren en het herformuleren van percepties over het netwerk. Als dit vergeleken wordt met de taken die de coördinator uitvoert, zijn deze strategieën terug te zien in de verantwoordelijkheid die de Groningse coördinator draagt voor “een stukje acquisitie” (Respondent 7). Dit is voor Groningen in het bijzonder van belang omdat IVH als tweedelijnszorg geïmplementeerd is. Verwijzers moeten daarom bekend zijn met het product om er kinderen naar te kunnen verwijzen. De mate van bekendheid met IVH lijkt tussen de regio’s in provincie Groningen nog te verschillen (Respondenten 7, 8, 11 & 12). Hierin heeft onder andere de coördinator een belangrijke rol. Acquisitie kan ertoe leiden dat er nieuwe actoren (verwijzers) geïntroduceerd worden in het netwerk en percepties over het netwerk worden aangepast.

De verantwoordelijkheid voor netwerkconstitutie blijken uit een interview (Respondent 7) en documentatie deels te liggen bij de coördinator en deels bij andere partijen in het netwerk. Zo bevinden zich in het Groningse IVH-netwerk een stuurgroep en een klankbordgroep. In de stuurgroep zitten verschillende bestuurders en coördinatoren. Gezamenlijk formuleren ze beleid en overleggen ze over financiën en bedrijfsvoering. De stuurgroep draagt hiermee de verantwoordelijkheid voor het formuleren van (in)formele regels voor het netwerk en het bepalen van welke output of outcome het netwerk behaalt. In de klankbordgroep zitten bestuurders van alle netwerkpartners. In deze groep wordt gereflecteerd op ontwikkelingen en samenwerkingen binnen het netwerk.

Tot slot is het RIGG in Groningen eveneens betrokken bij de constitutie van het netwerk. Dit blijkt uit zowel documentatie als interviews. Middels tussentijdse updates houdt het RIGG een oog in het zeil wat betreft de output en outcome van het netwerk. Daarnaast hebben de gemeenten via het RIGG aan het begin van de transitie een hervorming vereist van twee soortgelijke teams. Respondent 7 omschrijft die opdracht vanuit het RIGG als volgt: “jullie moeten min of meer in mekaar schuiven want dit lijkt te veel op elkaar en we gaan straks met het oog op de voorbereiding op de transitie <...> geen twee partijen financieren”. Deze roep tot fusie richtte zich op de IVH-werkwijze en een team vroegsignalering. Dit heeft ertoe geleid dat er een samenwerkingsverband is ontstaan tussen de twee aanbieders, genaamd Vroeg Erbij. Daarnaast is via de aanbesteding een nieuwe partij betrokken geraakt bij de werkwijze. Het RIGG heeft hierdoor ook sturing gegeven aan het introduceren en positioneren van nieuwe actoren (Respondent 9).

Netwerkconstitutie lijkt in mindere mate toegepast te worden in het Nijmeegse IVH-netwerk. Tot enkele jaren na de decentralisatie van de jeugdwet was de coördinator de enige sturende actor in het netwerk. Dit bleek allereerst uit de oriënterende gesprekken aan het begin van het onderzoek. In interviews werd hier verdere bevestiging voor gevonden. Er was een lange tijd vrijwel geen contact met beleidsmedewerkers van de gemeente Nijmegen. Dit wordt zowel door de gemeente als actoren in het netwerk ervaren (Respondenten 3, 5 & 15). Doordat de gemeente op afstand stond werd in het netwerk slechts beperkt sturing gegeven aan de netwerkconstitutie. De IVH-coördinator heeft namelijk geen mandaat. Als een organisatie afhaakt, kan de coördinator hier niks tegen doen. Ook was er geen opdracht geformuleerd vanuit de gemeente Nijmegen. Hierdoor had de coördinator beperkte draagvlak en ondersteuning tijdens het uitvoeren van diens taken. Daarnaast konden afzonderlijke organisaties moeilijk veranderingen bewerkstelligen, gezien de horizontale positie tot elkaar en de beperkte wederzijdse afhankelijkheid. Wel werden buiten het netwerk nieuwe initiatieven van vroeghulp gestart (Respondenten 3, 5 & 15). Het vermoeden bestaat dat deze ontwikkelingen ertoe hebben geleid dat er minder kinderen bij het MDO zijn besproken. Later in de resultaten zal hier nader op in worden gegaan.

Recentelijk is de relatie van de gemeente Nijmegen tot het IVH-netwerk veranderd. Sinds 1,5 à 2 jaar is een beleidsmedewerker betrokken bij de werkwijze. Dit heeft ertoe geleid dat er een stuurgroep is ontstaan waarin de coördinator, een beleidsmedewerker van de gemeente en enkele managers van betrokken vroeghulporganisaties zijn vertegenwoordigd. In het overleg wordt gesproken over strategie, implementatie, samenwerking en de doorontwikkeling van IVH met het oog op de BBT's (Respondenten 3, 14 & 15). Recentelijk is door de nieuwe positionering van de gemeente Nijmegen en het ontstaan van de stuurgroep, sprake van een toenemende sturing op de netwerkconstitutie van het Nijmeegse IVH-netwerk.

In Tabel 5 zijn de sturende partijen en diens toegepaste netwerkstrategieën in één overzicht weergegeven. Het zou kunnen dat in de praktijk nog enkele strategieën worden toegepast, maar deze zijn dan niet benoemd in documenten of interviews. Het overzicht laat zien dat het Groningse IVH-netwerk over meerdere sturende actoren beschikt en de strategieën zowel procesmanagement als netwerkconstitutie omvatten. In het Nijmeegse IVH-netwerk is te zien dat de coördinator zich hoofdzakelijk richt op procesmanagement, maar sinds kort netwerkconstitutie steeds meer wordt geïmplementeerd via de nieuwe stuurgroep. Omdat dit recente ontwikkelingen zijn, zijn deze strategieën aangeduid met +/- . De volgende paragrafen zullen uitwijzen of de mate van netwerkmanagement bepaald zijn door de netwerkfactoren van een heterarchie; wisselende horizontale en verticale rollen en cyclische monitoring.

Tabel 5 Mediërende variabelen van netwerkmanagement, uitgesplitst naar de twee netwerken en de actor die het uitvoert in het netwerk.

		Nijmeegse IVH-netwerk		Groningse IVH-netwerk		
		Coördinator	Gemeente	Coördinator	Stuurgroep, projectgroep & klankbordgroep	RIGG (gemeenten)
<i>Proces- management</i>	Supervisie en bevorderen van interacties	+		+		
	Frequentie contact	+		+		
	Selecteren & activeren van actoren	+		+		
	Bevorderen van doellovereenstemming			+		
	Realiseren organisatorische afstemming			+	+	
	Tevredenheid over betrokkenheid	+		+		
<i>Netwerk- constitutie</i>	Positie van actoren aanpassen, nieuwe actoren introduceren		+/-	+	+	+
	(in)formele regels in netwerk aanpassen t.a.v. interacties en strategieën		+/-	+	+	
	Herformuleren van percepties van functioneren van netwerk		+/-	+	+	+
	Output en outcome van het netwerk (kosten/baten)			+	+	+

5.3.3 POSITIONERING VAN DE STURENDE ACTOR(EN)

De hiervoor genoemde actoren hebben een sturende rol ten opzichte van de IVH-netwerken. Of zij dit vanuit een interne of externe positie doen, is echter nog de vraag. Daarbij komt dat nog niet duidelijk is of zij horizontaal of verticaal gepositioneerd zijn ten opzichte van de andere partijen.

In beide netwerken heeft de coördinator een prominent sturende rol. Om deze rol uit te voeren zijn de coördinatoren in het netwerk gepositioneerd. Ze hebben een rol die direct bijdraagt aan het realiseren van het IVH-beleid. Eerder besproken resultaten laten zien dat de coördinator bijdraagt aan het beleid via bijvoorbeeld het plannen en voorzitten van bijeenkomsten en het overzien van de algehele werkwijze. Kortom, ze zijn een centrale actor in het netwerk met relaties naar alle betrokken partijen. Deze centrale rol geeft ze echter geen mandaat om op te treden tegen acties die de realisatie van het IVH-beleid in de weg staan. De coördinatoren zijn namelijk horizontaal gepositioneerd. In oriënterende gesprekken met professionals uit het Nijmeegse IVH-netwerk werd aangegeven dat de deelname aan het IVH-netwerk gebaseerd is een convenant of goodwill. Respondent 15 bevestigt dit in het interview door een situatie te omschrijven waarin geen sprake is van mandaat. In een informatieflyer over de provinciale inkoop van IVH in Groningen, wordt de rol van de coördinator als volgt omschreven: “beheren van de aanmeldingenstroom, maar ook het begeleiden van de lokaal werkende casemanagers en het faciliteren van de werkzaamheden van het provinciale expertiseteam”.² In de praktijk blijkt de rol van de coördinator in Groningen breder te zijn, maar de omschrijving laat geen positie met mandaat zien. Dit blijkt eveneens niet uit de eerdere resultaten over de verantwoordelijkheden van de coördinator.

Naast de coördinatoren zijn verschillende groepen in de netwerken gepositioneerd die zich onder andere bezighouden met de constitutie van het netwerk. In Groningen betreffen dit de stuurgroep, klankbordgroep en de projectgroep. Alle groepen bestaan uit leden van organisaties die direct betrokken zijn bij de IVH-werkwijze. Zij geven bijvoorbeeld een specialist uit eigen organisatie de gelegenheid om deel te nemen aan de MDO's. In de groepen overleggen managers en/of bestuurders van de betrokken organisatie over constitutionele elementen van het netwerk (Respondenten 7). Omdat dit in overlegvorm is, lijkt het waarschijnlijk dat dit een horizontale manier van sturing is dat in wederzijdse samenspraak gaat. Er lijkt niet één partij te zijn die een hogere positie heeft ten opzichte van de andere partijen. Het zou echter wel een verticale relatie kunnen worden. Dit kan bijvoorbeeld doordat organisaties de vrijheid hebben om afstand te doen van de werkwijze.

² Het document betreft de informatiefolder: “*Provinciaal inkopen faciliteert lokaal maatwerk*”, enkel te verkrijgen via de volgende downloadlink: https://vng.nl/files/vng/201602_praktijkvoorbeeld-groningen_ivh.pdf

Naast de intern geplaatste coördinator en groepen, is ook het RIGG een sturende partij voor de Groningse IVH. Deze partij staat meer buiten het netwerk; de invloed van het RIGG is voornamelijk zichtbaar via de aanbesteding, maar niet direct gedurende de uitvoering van het beleid. Ze zijn bijvoorbeeld ook niet betrokken bij de stuurgroep en de klankbordgroep. Deze relatie kan daarom als verticaal worden omschreven; het RIGG staat in een positie om bepaalde dingen van het netwerk te eisen. Dit blijkt uit de eerder beschreven resultaten waarin wordt aangegeven dat vanuit het RIGG aangestuurd is op een samenvoeging van twee soortgelijke teams en de toevoeging van een actor in het IVH-netwerk (Respondenten 7 & 9).

In het Nijmeegse netwerk is recentelijk een verandering zichtbaar in de sturende partijen. Zoals eerder is toegelicht werd IVH de eerste jaren na de transitie hoofdzakelijk gestuurd door de coördinator. De gemeente Nijmegen stond op afstand en had geen rol in de werkwijze afgezien van een subsidieverstrekking. Recentelijk is een stuurgroep opgericht waarin enkele managers van betrokken organisaties, de coördinator en de gemeente zich op de ontwikkeling van de constitutie van het netwerk richten. Hiermee heeft de gemeente Nijmegen zich in het IVH-netwerk geplaatst. De overleggen gaan bijvoorbeeld over de doorontwikkeling van het IVH-netwerk in de context van BBT's (Respondenten 3, 4, 14 & 15). Omdat het in een overlegvorm gaat, is de verwachting dat de gemeente Nijmegen zich horizontaal opstelt tegenover de andere partijen. Aangezien het een recente ontwikkeling is, is het echter lastig dit met zekerheid te stellen.

Beide netwerken blijken hoofdzakelijk intern en horizontaal gepositioneerde sturende partijen hebben. De belangrijkste actor betreft de coördinatoren. Zij hebben geen mandaat en staan daardoor horizontaal ten opzichte van andere partijen. Er is echter ook een onderscheid tussen de twee netwerken. In Groningen zijn meerdere horizontaal gepositioneerde en sturende actoren geïntegreerd. Hierdoor lijkt het interactieproces waarbij gezamenlijk beleid wordt geformuleerd, meer te worden gestimuleerd dan in het Nijmeegse IVH-netwerk. Daarnaast heeft het RIGG een verticale positie ten opzichte van het netwerk en staat deze op afstand. Hierdoor bevat het Groningse IVH-netwerk een combinatie van horizontale en verticale relaties, waar dit in Nijmegen tot voor kort alleen horizontale relaties waren. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat het huidige IVH-netwerk in Nijmegen in ontwikkeling is. De gemeente Nijmegen positioneert zich sinds kort in het netwerk. Wat de combinatie van horizontale en verticale relaties tot gevolg heeft, zal blijken uit de volgende paragraaf.

5.3.4 GEVOLGEN VAN HORIZONTALE EN VERTICALE RELATIES

In de vorige paragraaf is beschreven waar de sturende actoren zich bevinden in het netwerk en hoe zij zich verhouden tot andere partijen. In Groningen blijken zowel horizontale als verticale relaties

aanwezig te zijn dankzij de positionering van het RIGG. In het Nijmeegse netwerk is enkel sprake van horizontale relaties. Hoe de relatie zich laat typeren van de publieke actor (het RIGG en de gemeente Nijmegen) met het netwerk en welke gevolgen dit heeft, zal blijken uit de volgende bevindingen. Daarbij wordt ook gekeken naar de gevolgen van de positionering van andere partijen in het netwerk.

In het theoretisch kader werden de principaal-agent en -steward theorieën toegelicht. Vervolgens werd benadrukt dat dit in de Nederlandse praktijk van hybride besturingsvormen genuanceerder ligt door de scheve en versnipperde verdeling van informatie. De volgende resultaten wijzen dit inderdaad uit. Er kan niet gesteld worden dat de gemeente of het RIGG puur een principaal-agent of –steward relatie hebben met het netwerk.

In Nijmegen is zoals eerder omschreven de positie van de gemeente Nijmegen recentelijk veranderd. De gemeente heeft zich direct betrokken bij de werkwijze en staat nu deels in het netwerk. De eerste jaren na de decentralisatie was dit echter niet het geval. Zo omschrijft respondent 3 de rol van de gemeente als volgt: “Ik denk dat de gemeente heel druk is geweest met continuïteit”, “dat ze echt in de inregelmodus zaten en daarbij ook een aantal dingen zijn kwijtgeraakt”. Dit illustreert de respondent vervolgens met de volgende opmerking: “de IVH-casemanagers zaten verstopt achter het wijkteam”. Respondent 14 omschrijft dat dit tot gevolg heeft gehad dat de IVH-werkwijze is “vervaagd”. Uit deze opmerkingen is op te maken dat de gemeente Nijmegen eerder uit noodzaak dan op basis van vertrouwen op afstand zijn komen te staan van het netwerk. Het lijkt uit noodzaak te zijn ontstaan doordat de aandacht uit moest gaan naar het organiseren van andere vormen van jeugdzorg. Dit hoeft overigens niet te betekenen dat de gemeente Nijmegen geen vertrouwen had in het IVH-netwerk.

Tegenwoordig heeft de gemeente Nijmegen zich deels in het netwerk gepositioneerd en is de gemeente gezamenlijk met betrokken partijen in gesprek over de doorontwikkeling van het IVH-beleid. Doordat de gemeente actief betrokken is bij het formuleren van beleid en het stimuleren van samenwerking, staat de gemeente niet meer op afstand van het netwerk. Met enkele partijen is de gemeente samen bezig een strategie te bedenken voor vroeghulp die past binnen de veranderende context naar BBT's en de versnippering in het vroeghulpveld tegengaat (Respondenten 3, 4, 14 & 15). Deze betrokkenheid wordt door professionals als prettig en noodzakelijk ervaren. Zo geeft respondent 14 aan dat zij als organisatie “niet de partij zijn die anderen meekrijgen”, “ergens moet de gemeente Nijmegen positie innemen en het aan gaan zwengelen en dat zijn we nu een beetje aan het doen”. Respondent 15 onderschrijft het belang van mandaat. Zo kunnen partijen die niet meewerken aangesproken worden. Nu is er geen sprake van mandaat en is dit dus beperkt mogelijk.

Uit deze beschrijvingen is niet op te maken of de gemeente Nijmegen een relatie aanneemt die sturend of controlerend is. Ten eerste mengt de gemeente zich in het proces van beleidsformuleringen en strategieën. Dit vindt echter op overlegbasis plaats. De professionele autonomie van professionals wordt hierdoor beïnvloed, maar dit lijkt niet als onprettig te worden ervaren. Ten tweede bieden de opmerkingen geen indicatie voor een controlerende of regulerende houding. Nergens wordt aangegeven dat de gemeente Nijmegen een bepaalde medewerking of werkvorm vereist van de deelnemende partijen.

Zowel uit documentatie als uit interviews blijkt in Groningen de relatie van gemeenten met het IVH-netwerk anders te liggen dan in Nijmegen. De gemeenten in Groningen zijn indirect betrokken bij de werkwijze via het RIGG. In het RIGG zitten vertegenwoordigers van de Groningse gemeenten. Het RIGG koopt zorg provinciaal in waaronder het product IVH. Zoals eerder is omschreven heeft het RIGG een samenvoeging van verschillende vormen van vroeghulp vereist (Respondent 7). Hiermee hebben ze een nieuwe constitutie van vroeghulp gestimuleerd. Deze manier van sturing heeft een element van principaal-agent in zich. Het gevolg indien de twee vormen van vroeghulp niet zouden samenwerken, zou namelijk als een sanctie gezien kunnen worden. Het RIGG heeft aangegeven niet beide vormen van vroeghulp te kunnen financieren na de decentralisatie (Respondent 7). Door dit gevolg kenbaar te maken is samenwerking tussen partijen gestimuleerd. De doelstelling om samen te werken wordt door deze sanctie aantrekkelijker voor de afzonderlijke vroeghulpnetwerken. Als het financiële gevolg niet kenbaar was gemaakt, was er mogelijk minder urgentie geweest om de samenwerking aan te gaan.

Het RIGG lijkt sinds de inkoop van vroeghulp meer op afstand te staan. Een professional geeft aan het idee te hebben dat het RIGG achter het IVH-product staat omdat het binnen “het nieuwe beeld past” (Respondent 8). Uitvoerende professionals komen voor de rest niet of weinig in contact met gemeenten of het RIGG. Als ze contact hebben met gemeenten is het veelal via wijkteams of de CJG’s. Dit gaat bijvoorbeeld over een terugkoppeling van een casus naar aanleiding van een verwijzing (Respondenten 8, 9 & 11). Respondent 11 geeft aan dat de wijkteams “geen partner” zijn van het IVH-netwerk. De coördinator heeft meer contact met bijvoorbeeld beleidsmakers van gemeenten via het RIGG. Dit contact richt zich onder andere op het afleggen van verantwoording over de verrichtte activiteiten ten aanzien van het inkoopprogramma. Dit gebeurt iedere vier maanden. Daarentegen is binnen het IVH-netwerk ook de ruimte om te werken aan de beleidsmatige ontwikkeling van IVH. Dit is onder andere te zien in de samenstelling van de stuurgroep en de klankbordgroep. Hier zijn geen gemeenten of RIGG bij betrokken (Respondenten 7).

Uit de bevindingen blijkt het RIGG voorafgaand aan de transitie te hebben gekozen voor een principaal-agent relatie. Door het kenbaar maken van bepaalde gevolgen bij geen samenwerking, zijn de verschillende vormen van vroeghulp samen aan de slag gegaan. Nu houdt het RIGG de IVH-werkwijze via het inkoopprogramma op afstand in de gaten; een soort vinger aan de pols. Dit biedt het IVH-netwerk intern de vrijheid om beleidsstrategieën te ontwikkelen. Het RIGG heeft daardoor een veranderlijke positie in het netwerk, afhankelijk van de situatie die speelt. Dit gaat voorbij zowel de principaal-agent als de principaal-steward relatie.

De rol van mandaat zoals die door het RIGG is ingenomen in het Groningse IVH-netwerk, miste tot voor kort in het Nijmeegse IVH-netwerk. Dit gemis kan een verklaring bieden voor de mindere mate waarin proces- en constitutionele managementstrategieën zijn toegepast. De coördinator heeft, zoals eerder is omschreven, geen mandaat om op te treden tegen activiteiten die ingaan tegen de algemene doelstelling. Zo kan een organisatie zonder enig probleem afstand doen van deelname aan het MDO. Deze deelname is namelijk gebaseerd op een convenant en goodwill. Een horizontale positionering van een sturende actor is problematisch als bijvoorbeeld een financiële doelstelling van een organisatie zich mengt in het netwerk. De financiële druk bij organisaties leidt ertoe dat het voor partijen aantrekkelijk kan zijn niet meer deel te nemen aan het MDO. Vanuit de principaal-agent of -stewardtheorieën zou bij een verschil in doelstellingen en in het bijzonder een financiële doelstelling, een verticale relatie noodzakelijk zijn om de doelstellingen bijeen te brengen. Een horizontaal sturende actor heeft hier echter niet de positie en middelen voor. Dit is ook gebleken uit een poging die is gedaan om IVH in het zorglandschap een stevigere positie te geven. Als deze opvatting niet gedragen wordt door andere partijen, kan een partij zonder mandaat hier niets tegen beginnen. Zo wordt ook aangegeven dat een partij als de gemeente nodig is om samenwerking tussen partijen te bewerkstelligen. Er is draagvlak, een opdracht en betrokkenheid vanuit de gemeente nodig.

In Groningen heeft de coördinator naar alle waarschijnlijkheid ook geen positie met mandaat. In ieder geval is dit niet af te lezen uit de eerder gegeven omschrijving van de rol van de coördinator. Dit mandaat is echter wel aanwezig bij het RIGG. Het RIGG heeft het mandaat toegepast aan het begin van de constitutie van het huidige IVH-netwerk middels een principaal-agent relatie. Via het inkoopprogramma is vervolgens het IVH-product duidelijk afgebakend en gepositioneerd en is vanuit de gemeenten draagvlak geuit voor het product. Deze situatie illustreert dat soms een verticale sturing nodig is om relatief onafhankelijke partijen bijeen te brengen.

5.3.5 TERUGKOPPELING NAAR PROPOSITIES

In het theoretisch kader zijn twee proposities opgesteld ten aanzien van de bestuurlijke vormgeving van de netwerken. Dit betreffen de proposities drie en vier. De proposities illustreerden de

netwerkfactoren van een heterarchisch netwerk. De twee IVH-netwerken scoren verschillend op beide de proposities. Kort samengevat kunnen proposities drie en vier bevestigd worden.

Propositie drie richt zich op de mate waarin heterarchische kenmerken zichtbaar zijn in de netwerken. Deze kenmerken zijn de aanwezigheid van zowel verticale als horizontale relaties en de flexibiliteit waarmee deze horizontale en verticale relaties toegepast worden. Naarmate deze aspecten meer aanwezig zouden zijn, zou het netwerk effectiever moeten zijn doordat netwerkmanagement beter uitgeoefend kan worden. De vergelijking van het Nijmeegse IVH-netwerk met het Groningse IVH-netwerk geeft een bevestiging voor deze propositie.

Het Groningse IVH-netwerk blijkt in verschillende opzichten meer te voldoen aan de heterarchische kenmerken dan het Nijmeegse IVH-netwerk. Tot voor kort was het Nijmeegse netwerk volledig horizontaal. Er miste een partij met mandaat waardoor er een gebrek was aan netwerkmanagement. Constitutioneel management kon vrijwel niet worden uitgevoerd. Een interne en horizontale partij krijgt relatief onafhankelijke zorgpartijen niet zonder mandaat en duidelijke opdracht bij elkaar. Hier is een rol weggelegd voor de gemeente. In beperkte mate kon wel het interne proces gemanaged worden.

In Groningen is de rol met mandaat voorafgaand aan de decentralisatie ingenomen door het RIGG. Hierdoor is vanaf het begin netwerkconstitutie geïnitieerd. Daarna heeft het RIGG meer afstand genomen en krijgt het een periodieke terugkoppeling van de activiteiten in het netwerk. Het verdere procesmanagement en de beleidsontwikkelingen laat het RIGG hoofdzakelijk over aan de interne partijen. De verschillen tussen de twee netwerken illustreren dat een combinatie van verticale en horizontale relaties gewenst is in een netwerk. Daarnaast hoeft een verticale relatie tot een netwerk niet altijd benut te worden en hetzelfde te zijn. Dit illustreert de veranderende rol van het RIGG.

De vierde propositie richt zich op de monitoring in het netwerk. Dit zou netwerkmanagement moeten stimuleren. In Nijmegen is het zicht op de doelgroep en de besproken kinderen de eerste jaren na de decentralisatie verwaterd. Dit kwam door onder andere de regionale en lokale versnippering van het beleid. Informatie en het zicht op de doelgroep raakte hierdoor versnipperd. De coördinerende rol kwam hierdoor in het Nijmeegse IVH-netwerk in het gedrang en er ontstonden minder sturingsmogelijkheden. Ondanks deze versnippering zijn er wel jaarlijkse cijfers bekend van het aantal besproken kinderen. Door de ontbrekende lijn tussen het IVH-netwerk en de gemeente Nijmegen, kwam deze informatie van versnippering en het dalend aantal besproken kinderen pas enkele jaren na de decentralisatie naar voren. Daarnaast was er geen duidelijke opdracht vanuit de gemeente Nijmegen. Dit alles zorgde ervoor dat de gemeente niet tijdig kon bijsturen en dat de situatie via extern onderzoek aan het licht is gekomen.

In het Groningse IVH-netwerk is dit anders georganiseerd. Er is vanaf het begin een directe lijn tussen het RIGG en de coördinator. Iedere vier maanden heeft de RIGG een gesprek met de coördinator waarin de activiteiten van het netwerk worden besproken. De RIGG monitort het netwerk op afstand, waardoor het op de hoogte is van de actuele ontwikkelingen. Ook intern in het netwerk worden ontwikkelingen door de coördinator besproken met managers van betrokken partijen. Informatie wordt hierdoor actief verspreid in het netwerk en dit kan bijdragen aan de verdere beleidsontwikkelingen. De vergelijking tussen het Nijmeegse en het Groningse IVH-netwerk illustreert dat een bepaalde mate van monitoring de mogelijkheden tot netwerkmanagement inderdaad vergroot. Hiermee draagt het bij aan de effectiviteit van het netwerk. Hoe dit op uitvoerend niveau precies van invloed is, zal blijken uit de volgende paragraaf over samenwerking op uitvoerend niveau.

5.4 SAMENWERKING TUSSEN PROFESSIONALS OP UITVOEREND NIVEAU

De voorgaande resultaten zijn ingegaan op het bestuurlijke aspect van een netwerk. Dit zegt echter nog weinig over het feitelijk bijeenbrengen van kennis en kunde op uitvoerend niveau. Samenwerken op uitvoerend niveau vereist verschillende kwaliteiten en contextuele condities. In het theoretisch kader werd ingegaan op het T-shaped model waarbij een professional beschikt over generalistische en specialistische kwaliteiten. Deze combinatie van kwaliteiten zou de samenwerking tussen professionals moeten bevorderen (propositie 1). Daarnaast werd de samenwerking op uitvoerend niveau in relatie gebracht met netwerkmanagement. Netwerkmanagement zou leiden tot een effectievere samenwerking doordat het voor een ondersteunende omgeving zorgt (proposities 2). In hoeverre beide proposities van toepassing zijn op de twee IVH-netwerken, zal blijken uit de volgende resultaten, te beginnen met de T-shaped kwaliteiten van professionals.

5.4.1 T-SHAPED PROFESSIONALS

In de praktijk blijkt het T-shaped model zowel in Nijmegen als in Groningen van toepassing te zijn. Zowel generalistische als specialistische competenties worden door professionals genoemd, maar deze competenties kunnen wel verschillen tussen actoren afhankelijk van hun positie in het netwerk. MDO-leden werken bijvoorbeeld samen met andere zorgprofessionals, terwijl trajectbegeleiders dichter bij de ouders van het jonge kind staan. Om deze reden wordt in de bespreking van de resultaten onderscheid gemaakt tussen MDO-leden en trajectbegeleiders.

In het Nijmeegse MDO bevinden zich specialisten met verschillende achtergronden in de zorg. Hierdoor bezitten de professionals specialistische kwaliteiten op het gebied van bijvoorbeeld het medische, gedragskundige of psychologische domein. Deze kennis sluit aan op kennis over de ontwikkeling van het jonge kind. De specialistische kennis draagt bij aan het analytisch kijken naar

informatie die voorafgaand aan het overleg wordt opgestuurd. Wat speelt er precies? Waar moeten de professionals rekening mee houden? Alle verschillende specialistische kennis komt vervolgens bijeen tijdens het overleg. In de voorbespreking worden de vragen en ideeën tussen de professionals uitgewisseld en op basis daarvan wordt een eerste advies geformuleerd. Vervolgens nemen ouders deel aan het overleg. Specialisten krijgen de gelegenheid overige vragen aan ouders te stellen en het eerste advies voor te leggen en te bespreken (Respondenten 1, 2, 4, 10 & 13).

Naast ieders specialistische kennis en vaardigheden zijn ook bepaalde generalistische competenties van belang. Gespreksvaardigheden worden bijvoorbeeld door verschillende professionals als belangrijke vaardigheden gezien. Zo moet je goed kunnen luisteren naar ouders, goed vragen kunnen stellen en daarnaast naar elkaars mening kunnen luisteren en daar de meerwaarde van inzien (Respondenten 1, 2, 10 & 13). Een professional omschrijft het als “dat je elkaars expertise herkent en erkent en respecteert” (Respondent 10). Wat ieders expertise is, leren de specialisten gaandeweg door het opdoen van ervaring in een multidisciplinaire setting. Zo omschrijft een professional: “mooi om erbij te zijn en een verrijking in die zin, ik vind het gewoon leerzaam om van andere collega’s dingen te horen, hoe zij er tegenaan kijken” (Respondent 13). Daarnaast is het van belang om kennis te hebben van de sociale kaart en het netwerk. Dit kan helpen bij het formuleren van een advies, omdat de professional hierdoor beter weet waar een kind voor welke zorgvraag terecht kan (Respondenten 1 & 13).

Soortgelijke generalistische en specialistische competenties worden ook genoemd door MDO-leden uit het Groningse IVH-netwerk. Zo geeft een professional aan; “ieder werkt natuurlijk voor zijn eigen organisatie en brengt op die manier zijn eigen expertise mee” (Respondent 11). Daarbij is het van belang dat je kennis hebt van ontwikkelingsproblematiek bij jonge kinderen en van de sociale kaart (Respondenten 9 & 11). Je moet kunnen luisteren naar elkaars visie en deze respecteren (Respondenten 8, 9 & 12). Om goed samen te kunnen werken moet je ook weten “wat de ander kan. Dus bij wie je terecht kan met welke vragen.” (Respondent 11). Wederom blijkt ervaring hier een belangrijke rol in te spelen. Tot slot moet je in de samenwerking ook bereid zijn om jouw eigen standpunt soms te moeten wijzigen en niet vanuit organisatiebelang te denken: “dat je niet als concurrenten daar aan tafel zit maar echt als elkaar aanvullende professionals” (Respondent 9). Je moet een gezamenlijke objectiviteit hebben.

Over het algemeen worden zowel de MDO’s in Nijmegen als in Groningen als positief ervaren. Zo beschrijft een Nijmeegse professional dat het MDO een “natuurlijk proces” is (Respondent 5). Professionals voelen zich gelijkwaardig behandeld en krijgen de ruimte hun vragen of mening te uiten. Hun mening wordt gewaardeerd door andere professionals. De rolverdeling wordt ook als duidelijk

ervaren. Veelal wordt op basis van de inhoud van de problematiek overlegt wie het voortouw neemt in de bespreking met ouders (Respondenten 1, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12 & 13). Tijdens het MDO streven de professionals naar eenzelfde doel. Respondent 2 omschrijft het als volgt: “we zitten daar allemaal voor het kind”.

In Groningen ervaren de professionals de MDO's ook als prettig. In het begin was het zoeken wie welke rol op zich nam en bijvoorbeeld het gesprek met ouders zou beginnen. Tegenwoordig is het team op elkaar ingespeeld en zijn rollen goed op elkaar afgestemd. Rollen worden als gelijkwaardig ervaren, professionals kunnen gezamenlijk objectief kijken naar de problematiek en iedereen laat elkaar in zijn waarde (Respondenten 7, 8, 9, 11 & 12). Enkel in het kleine MDO is het makkelijker afstemmen dan in het grote MDO. Dit komt door het lager aantal partijen dat in het MDO zit (Respondent 11). Dit betekent overigens niet dat de afstemming in het grote MDO niet goed verloopt. Daarnaast zorgt het grote MDO ervoor dat een specialist makkelijker buiten zijn eigen specialisme kijkt (Respondent 12).

Ten opzichte van de MDO-leden richten trajectbegeleiders hun benodigde competenties meer op de samenwerking met ouders. Dit geldt zowel voor de Nijmeegse als Groningse trajectbegeleiders. Zo omschrijven de professionals dat je als trajectbegeleiders “naast de ouders staat” (Respondent 4) en snel moet kunnen schakelen van de ene naar de andere rol. Dit houdt bijvoorbeeld in dat de trajectbegeleider zich aanpast aan de fase waarin ouders zich bevinden van het acceptatieproces dat hun kind zorg nodig heeft. Een empathische houding ten opzichte van ouders speelt hierbij een belangrijke rol. Een andere belangrijke vaardigheid is communicatie en het schrijven van een goede verslaglegging. Hierin is het niveau van de ouders bepalend. Zo kan een trajectbegeleider te maken hebben met hoogopgeleide ouders, maar ook met ouders met een verstandelijke beperking. Het is belangrijk dat alle ouders in staat zijn het proces te kunnen volgen. De trajectbegeleiders moet zich dus aanpassen aan het niveau van de ouders (Respondenten 4, 6, 8 & 12). In de advisering de verslaglegging is het belangrijk een objectieve houding aan te nemen. Je schrijft op wat je waarneemt en behoudt daarbij een open en brede blik (Respondenten 4 & 12). Ervaring speelt een belangrijke rol in het ontwikkelen van deze kwaliteiten. Tot slot is kennis van een goede ontwikkeling van het kind belangrijk. Als gekeken wordt naar de samenwerking met andere professionals worden soortgelijke competenties genoemd als door de professionals uit het MDO (Respondenten 4, 6, 8, 10 & 12).

De competenties van de trajectbegeleiders omvatten zowel specialistische als generalistische competenties. Generalistische competenties richten zich bijvoorbeeld op een goede verslaglegging maken en een empathische houding naar ouders. Specialistische vaardigheden richten zich op de ervaring en kennis die de trajectbegeleider moet hebben met de specifieke doelgroep. Daarin spelen

ouders ook een belangrijke rol omdat ze een centrale rol hebben gedurende het traject. Respondent 8 omschrijft het als: “ouders hebben de leiding”. Het is dan ook belangrijk dat je als trajectbegeleider begrip hebt van het proces dat ouders doormaken.

Terugkomend op propositie 1 kan verondersteld worden dat zowel generalistische als specialistische kwaliteiten de samenwerking tussen zowel zorgprofessionals bevordert. Zo hebben MDO-professionals meer begrip van elkaars werk en is ieders specialistische kennis aanvullend op elkaar. Voor trajectbegeleiders geldt hetzelfde met betrekking tot de samenwerking met andere professionals. Daarnaast hebben ze specifieke kwaliteiten nodig in hun contacten met ouders. Propositie 1 geldt daarom voor zowel voor het Nijmeegse als het Groningse netwerk. Desondanks vormen de T-shaped kwaliteiten geen garantie voor een effectieve samenwerking. De context waarin de samenwerking plaatsvindt en de mate van sturing zijn namelijk van invloed op dit succes. Hier wordt in het volgende paragraaf op ingegaan.

5.4.2 CONTEXTUELE CONDITIES

Het T-shaped model kan succesvol zijn mits de omgeving waarin de professional werkzaam is, ook ondersteunend is aan hun competenties (propositie2). In Nijmegen is dit in de eerste jaren na de decentralisatie niet in alle gevallen zo geweest. Hierin is een duidelijk verschil zichtbaar ten opzichte van het Groningse IVH-netwerk. Het verschil wordt allereerst geduid tussen de trajectbegeleiders, omdat de verschillen in het MDO hieraan gerelateerd zijn.

In het theoretisch kader is beargumenteerd dat het T-shaped model professionals de mogelijkheid biedt om in te spelen op een veranderende context. In Nijmegen lijkt om deze reden een beroep te zijn gedaan op de generalistische kwaliteiten van trajectbegeleiders. Eerder is in de resultaten beschreven dat de IVH-werkwijze was vervaagd en de trajectbegeleiders ergens verstopt zaten achter het wijkteam. Deze wijkteams stonden onder een hoge werkdruk door de toestroom van vragen. Vanaf het begin van de sociale wijkteams was daardoor bijvoorbeeld sprake van wachtlijsten. De trajectbegeleiders waren werkzaam in deze context en sommigen deden IVH naast andere werkzaamheden. Respondent 14 omschrijft de rol van de trajectbegeleiders in de sociale wijkteams als volgt: “zij bieden het product IVH, maar ze bieden ook het primair proces van het sociaal wijkteam”.

Gezien de druk op de sociale wijkteams kregen vragen die niet konden wachten voorrang. Respondent 4 omschrijft dat de IVH-werkwijze hierdoor in de verdrukking kwam. Het product IVH is namelijk een traject dat om tijd en ruimte vraagt bij de trajectbegeleiders. Later is geprobeerd om jeugdwerkers te trainen tot IVH-trajectbegeleiders. Hierin is echter een foute inschatting gemaakt. Respondent 14 geeft aan dat IVH namelijk niet iets is “wat je er even bij doet”. Door jeugdwerkers te

trainen is geprobeerd allerlei kennis over bijvoorbeeld drang dwangtrajecten, veilig thuis en IVH in één persoon te “proppen” (Respondent 14). Eén persoon kan echter niet over de kennis van alle vormen van jeugdzorg beschikken. Een professional geeft aan dat hierdoor het IVH-product “niet de ruimte en de aandacht heeft gehad die het verdient” (Respondent 14).

De dynamiek in de sociale wijkteams laat zien dat er een groot beroep is gedaan op de generalistische kwaliteiten van de trajectbegeleiders. Hierdoor is onvoldoende ruimte geweest voor de specialistische kennis en kwaliteiten die de IVH-werkwijze van professionals vraagt. De omgeving waarin een trajectbegeleiders werkzaam zijn geweest, was niet ondersteunend aan de T-shaped kwaliteiten van de professionals. Recentelijk is hierop ingespeeld. De trajectbegeleiders zijn uit de sociale wijkteams gehaald en hebben een aanstelling gekregen waarin ze zich volledig kunnen richten op het IVH-product.

Eenzelfde aanpassing heeft zich voorgedaan in het Groningse IVH-netwerk. Respondent 7 omschrijft dat eerst de trajectbegeleiders in de lokale teams zaten. Dit had er onder andere mee te maken dat het wenselijk was om in ieder team een IVH-trajectbegeleider te hebben. Hierdoor was het aantal trajectbegeleiders toegenomen en hadden sommige trajectbegeleiders geen enkele casus op jaarbasis of weinig affiniteit met de casuïstiek. Ook was het lastig de kwaliteit van de trajectbegeleiding te controleren. Om deze reden zijn de trajectbegeleiders uit de lokale teams gehaald en gepositioneerd binnen MEE Groningen bij de coördinator. Het team is kleiner gemaakt waardoor de sturing en controle op kwaliteit beter zijn geworden. Dit is ook een reden geweest om IVH als tweedelijnszorg te implementeren.

Ook op het niveau van de MDO's is een verschil zichtbaar tussen Groningen en Nijmegen. Allereerst is aan het begin van het resultaten hoofdstuk geconstateerd dat het Groningse IVH-netwerk effectiever is omdat er meer kinderen worden besproken dan in het Nijmeegse IVH-netwerk. Een oorzaak voor dit verschil kan liggen in de hierboven beschreven erosie van het IVH-specialisme in de sociale wijkteams. Als de aandacht de eerste jaren na de decentralisatie uit noodzaak is uitgegaan naar spoedvragen, is er ook minder tijd geweest om aanmeldingen voor IVH aan te nemen en vervolgens te bespreken in het MDO. Een bespreking in het MDO zou het IVH-traject namelijk verlengen (Respondent 4). Zo is het aantal aangemelde en besproken kinderen in het Nijmeegse MDO afgenomen in verband met tijdsdruk. In Groningen is het aantal besproken kinderen relatief constant gebleven (Respondent 11).

Een gevolg van deze teruggang is dat de omgeving waarin het MDO plaatsvindt in Nijmegen minder ondersteunend voor MDO-professionals dan in Groningen. Het MDO in Nijmegen heeft steeds minder frequent plaatsgevonden in de afgelopen jaren, waardoor de gelegenheid om ervaring op te

doen in een multidisciplinaire setting is afgenomen (Respondent 1). Een soortgelijke trend heeft zich in Groningen voorgedaan bij de grote MDO. Doordat er ook elf kleine MDO's beschikbaar zijn in de provincie is het aantal besproken kinderen in het grote MDO afgenomen. Hierbij wordt de vraag gesteld of de keuze voor het grote of het kleine MDO wel juist is. Ziet het grote MDO wel alle complexe vraagstukken die verder reiken dat puur gedragsproblematiek (Respondent 9)? Desondanks gaat het grote MDO vrijwel altijd door in Groningen, terwijl dit in Nijmegen niet het geval is (Respondent 7). De specialisten uit het grote MDO in Groningen bouwen hierdoor meer ervaring op in de multidisciplinaire setting.

Uit de analyse van de T-shaped kwaliteiten blijkt deze ervaring van groot belang in het ontwikkelen van kennis en begrip voor elkaars expertise en dus het ontwikkelen van generalistische kwaliteiten. Hierdoor heeft de dynamiek in de sociale wijkteams ook zijn weerslag op de mate van ondersteuning voor Nijmeegse MDO-leden. Daarentegen blijken de coördinatoren zowel in het Nijmeegse als het Groningse IVH-netwerk ondersteunend te zijn tijdens een MDO. Zo stimuleren ze via hun voorzittersrol dat iedereen ruimte heeft om zijn of haar specialisme in te brengen en eenzelfde doel wordt nagestreefd. Ook kunnen IVH-professionals ondersteuning krijgen van de coördinator buitenom het MDO (Respondenten 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12 & 13). Als een MDO eenmaal plaatsvindt lijkt de interne dynamiek goed ondersteund te worden door de coördinator.

Tot slot heeft de toevoeging van andere vormen van vroeghulp in de Nijmeegse zorgcontext hoogstwaarschijnlijk een negatief effect gehad op de IVH-werkwijze en in het bijzonder het IVH-MDO. Andere vormen van vroeghulp, zoals Kijk op Kleintjes, zijn bijvoorbeeld niet multidisciplinair (Respondenten 5 en 14). Dit betekent dat een professional direct kan doorverwijzen naar relevante zorg in plaats van het eerst voor te leggen in een MDO. Gezien de druk op professionals in de sociale wijkteams zou dit aantrekkelijker kunnen zijn omdat het de toeleiding naar zorg versnelt. Dit hoeft echter niet te betekenen dat de toeleiding ook naar passende zorg is. Tijdens het bijgewoonde MDO kwamen ouders via een andere vorm van vroeghulp terecht bij IVH. Voor ouders kan dit verwarrend werken omdat er eigenlijk al een advies lag, maar nu een nieuw advies werd geformuleerd. Ook merkte een professional op dat meer kinderen met complexe problematiek nu direct verwezen worden naar hun organisatie, in plaats van besproken te worden in het MDO (Respondent 2).

De coördinator in Nijmegen kan hier echter vanuit een positie zonder mandaat en duidelijke opdracht weinig aan doen. Zoals eerder resultaten laten zien, is een partij zoals de gemeente nodig om samenwerking tussen de verschillende vormen van vroeghulp te stimuleren. De recente trend in het Nijmeegse IVH-netwerk van een stuurgroep waarin de gemeente Nijmegen zich heeft

gepositioneerd, kan bijdragen aan het stimuleren van een minder versplinterde zorgcontext en meer ondersteunende constitutionele context.

De hiervoor beschreven resultaten laten een bevestiging zien van de 2^e propositie. T-shaped competenties blijken zowel in het Nijmeegse als het Groningse IVH-netwerk belangrijk te zijn voor uitvoerende professionals. De mate waarin de competenties ingezet worden en samenwerking tot stand komt, verschilt tussen de twee netwerken. De Nijmeegse context is minder ondersteunend dan de Groningse context. Dit uit zich allereerst in de plaatsing van trajectbegeleiders. De plaatsing van trajectbegeleiders in de Nijmeegse sociale wijkteams zorgden er tot begin 2020 voor dat een groot beroep werd gedaan op de generalistische competenties van deze professionals. Hierdoor hadden ze minder de ruimte voor hun IVH-specialisme. In Groningen is dit probleem opgelost door de trajectbegeleiders allemaal in één provinciaal team samen te voegen. De trajectbegeleiders zijn dichtbij de coördinator gepositioneerd, zodat er voldoende sturing en controle op kwaliteit mogelijk is. Hierin is zichtbaar dat constitutioneel en procesmanagement beide van belang zijn om de juiste kwaliteiten van professionals te kunnen benutten. Recentelijk heeft dezelfde ontwikkeling zich voorgedaan in het Nijmeegse IVH-netwerk.

Ook op MDO-niveau is een bevestiging voor propositie twee te vinden. De regionale en lokale versnippering van vroeghulp en de IVH-werkwijze heeft er in Nijmegen toe geleid dat steeds minder kinderen zijn besproken in het MDO. Deze setting is echter belangrijk om T-shaped kwaliteiten te ontwikkelen. Professionals leren tijdens de overleggen meer over elkaars expertise. In Groningen vinden de MDO's vrijwel altijd plaats. Dit zorgt ervoor dat de T-shaped kwaliteiten van de professionals ontwikkeld en ingezet kunnen worden. Tot slot blijken professionals uit zowel het Groningse als Nijmeegse IVH-netwerk de MDO's wel als prettig te ervaren, mede dankzij het voorzitterschap van de coördinator.

5.5 SAMENVATTEND

De resultaten laten zien dat de Groningse en Nijmeegse IVH-netwerken in bepaalde opzichten op elkaar lijken, maar in andere opzichten sterk van elkaar verschillen. Het eerste verschil is te zien in de effectiviteit van de netwerken. In Groningen worden aanzienlijk meer kinderen besproken dan in Nijmegen. Deze verschillen kunnen verklaard worden door de dynamieken in de netwerken.

Het Groningse netwerk blijkt in sterkere mate te voldoen aan een heterarchische netwerkstructuur dan het Nijmeegse netwerk. In Groningen zijn zowel horizontale als verticale relaties zichtbaar, terwijl dit in Nijmegen enkel horizontale relaties betreft. Hierdoor worden in het Groningse IVH-netwerk meer managementstrategieën toegepast. Voor sommige vormen van

netwerkmanagement is namelijk een vorm van mandaat nodig. Dit geldt in het bijzonder voor constitutionele managementstrategieën. De resultaten laten een bevestiging zien van de derde propositie; naarmate een IVH-netwerk meer voldoet aan een heterarchische netwerkstructuur, zal netwerkmanagement beter worden toegepast waardoor het netwerk effectiever is.

Deze effectiviteit wordt eveneens gestimuleerd door de monitoring in Groningen. Middels viermaandelijke gesprekken en verschillende groepsoverleggen, wordt informatie actief verspreid door het Groningse IVH-netwerk. Dit maakt netwerkmanagement beter mogelijk. In Nijmegen was dit tot voor kort niet zichtbaar en was er eerder sprake van zowel een regionale als lokale versnippering. Als dit gerelateerd wordt aan de hogere mate van effectiviteit van het Groningse IVH-netwerk, kan propositie vier worden bevestigd; monitoring leidt tot een effectiever netwerk doordat netwerkmanagement beter kan worden toegepast.

De verschillen in de besturing en structuur van het netwerk hebben ook hun weerslag op uitvoerend niveau. Professionals in zowel het Groningse als Nijmeegse IVH-netwerk beschikken over T-shaped kwaliteiten. In beide netwerken beschikken professionals over een combinatie van specialistische en generalistische competenties. Deze T-shaped kwaliteiten stimuleren een effectieve samenwerking tussen professionals op uitvoerend niveau. Generalistische competenties stelt de professionals bijvoorbeeld in staat om meer begrip te hebben van elkaars kennis en kunde, waardoor ze weten bij wie ze moeten zijn met welke vraag. Propositie één blijkt daarom bevestigd te worden door beide netwerken; T-shaped competenties bevorderen een effectieve samenwerking tussen professionals. In hoeverre de omgeving ondersteunend is voor deze competenties blijkt te verschillen tussen de twee netwerken.

In het Groningse IVH-netwerk is een meer ondersteunende omgeving gecreëerd voor uitvoerende professionals dan in Nijmegen. Dit komt doordat in Groningen de heterarchische structuur duidelijk aanwezig is en informatie actief wordt verspreid middels monitoring. Dit stelt de sturende actoren in staat om zowel proces- als constitutioneel management toe te passen. In Nijmegen betrof dit tot voor kort enkel procesmanagement. Dit heeft ertoe geleid dat er vooral een beroep is gedaan op generalistische kwaliteiten van de trajectbegeleiders en de werkwijze langzaam is vervaagd. De tweede propositie blijkt hierdoor bevestigd te worden; naarmate meer strategieën van netwerkmanagement worden toegepast, is de omgeving meer ondersteunend voor de samenwerking tussen professionals.

HOOFDSTUK 6 CONCLUSIE, REFLECTIE EN ADVIES

Vanuit de gemeente Nijmegen was de vraag gekomen om onderzoek te doen naar de IVH-werkwijze in Nijmegen. De aanleiding voor dit onderzoek was dat zowel de IVH-werkwijze als de sociale wijkteams een doorontwikkeling behoeven om tot een stabiele situatie te komen in het sociaal domein. De vraag die hierbij rees is hoe IVH als werkwijze zou passen binnen de veranderende context naar brede basisteams. Om deze vraag te kunnen beantwoorden is een kwalitatief vergelijkende studie verricht, waarbij het Nijmeegse IVH-netwerk vergeleken is met het Groningse IVH-netwerk. De resultaten van het onderzoek dragen bij aan de verdere ontwikkeling van vroeghulp in de veranderende context naar de brede basisteams.

Allereerst wordt in de conclusie ingegaan op de verklarende deelvragen die onderliggend zijn aan de beantwoording van de centrale prescriptieve hoofdvraag. Vervolgens worden enkele discussiepunten aangehaald over het onderzoek in de reflectie, aangevuld met enkele suggesties voor verder onderzoek. Tot slot wordt de rapportage afgesloten met een advies waarmee antwoord wordt gegeven op de centrale vraagstelling.

6.1 CONCLUSIE

De centrale vraagstelling in dit onderzoek luidde als volgt: “Hoe kan de effectiviteit van het Nijmeegse IVH-netwerk worden verbeterd waardoor meer jonge kinderen een passend zorgplan ontvangen?”. Om deze prescriptieve vraag te kunnen beantwoorden, moest allereerst onderzocht worden welke factoren bepalend zijn voor de effectiviteit van het IVH-netwerk. Op basis van interviews en documenten zijn gegevens verzameld ten aanzien van de effectiviteit van de netwerken en netwerkfactoren die een rol kunnen spelen in deze effectiviteit. In het bijzonder is gekeken naar de bestuurlijke vormgeving van de netwerken (type netwerk, managementstrategieën en heterarchische netwerkfactoren) en randvoorwaarden voor samenwerking tussen professionals op uitvoerend niveau (T-shaped competenties en een ondersteunende context door managementstrategieën). Door middel van kwalitatieve analyse zijn vier proposities getoetst in zoals het Nijmeegse als het Groningse IVH-netwerk.

Uit de analyse is gebleken dat het Groningse IVH-netwerk effectiever is dan het Nijmeegse IVH-netwerk. In het Groningse netwerk zijn in 2019 210 procent meer kinderen besproken dan in Nijmegen, terwijl de potentiële doelgroep voor IVH slechts 20 procent groter is dan in Nijmegen. Oorzaken voor de verschillen in effectiviteit zijn hoofdzakelijk te vinden in de mate van sturing van en in het netwerk. Beide netwerken bevatten namelijk kenmerken die vragen om een bepaalde mate van sturing. Dit zijn bijvoorbeeld kenmerken als een hoog aantal betrokken actoren en actoren die relatief onafhankelijk

zijn van elkaar. Netwerken met deze kenmerken zijn het meest effectief als er een organisatie in het netwerk aanwezig is die sturing geeft aan het netwerk.

In de structuur van het netwerk, een van de mediërende variabelen, is de belangrijkste oorzaak te vinden voor het verschil in de mate van sturing. Deze sturing vormt een belangrijke factor in het realiseren van een effectief netwerk. De sturing van of in het netwerk kan zich richten op het interne proces of op de constitutie van het netwerk. Beide vormen van sturing zijn in het Groningse IVH-netwerk in sterkere mate geïmplementeerd dan in het Nijmeegse IVH-netwerk. Dit geldt in het bijzonder voor de constitutiestrategieën. In Groningen is middels het RIGG voorafgaand aan de transitie van de jeugdwet, de constitutie van het IVH-netwerk duidelijk vormgegeven in een inkoopprogramma. Het RIGG, de publieke actor in het Groningse IVH-netwerk, heeft sinds de constitutionele vormgeving op afstand een controlerende functie. Hiermee voldoet het Groningse IVH-netwerk aan een heterarchische netwerkstructuur waarin zowel horizontale als verticale relaties bestaan en deze veranderlijk zijn per situatie. Ze controleren op bepaalde momenten in het jaar de activiteiten in het netwerk, maar het interne proces wordt gestuurd door de coördinator. De coördinator ondersteunt uitvoerende professionals en heeft contact met managers van betrokken organisaties voor het ontwikkelen van beleid. Hierbij heeft de coördinator geen mandaat, maar dit is ook niet nodig omdat de randvoorwaarden voor samenwerking constitutioneel zijn ingebed. De omgeving waarin de professionals werken is door de sterkere mate van constitutionele en procesmatige sturing ondersteunend voor hun T-shaped competenties en werkzaamheden.

In Nijmegen is sinds de transitie van de jeugdwet de IVH-werkwijze langzaam aan verwaterd. Allereerst is de gemeente Nijmegen het netwerk uit het oog verloren doordat de aandacht uit moest gaan naar andere vormen van zorg. Hierdoor miste het netwerk een vorm van mandaat of verticale relatie. De urgentie van andere zorgvragen heeft zich ook voorgedaan op uitvoerend niveau bij de trajectbegeleiders. Doordat de trajectbegeleiders T-shaped kwaliteiten bezitten, werden ze ingezet op andere urgentere zorgvragen dan de IVH-zorgvragen. Hierdoor ging hun specialisme op in generalistische werkzaamheden. Dit resulteerde uiteindelijk tot een afname in het aantal aangemelde en besproken kinderen in het MDO. Hierdoor werden de specialistische vaardigheden van de MDO-leden minder benut.

De Nijmeegse IVH-coördinator had slechts beperkte mogelijkheden om hier tegenop te treden, omdat hij of zij geen mandaat bezat. Hierdoor kon een betere positionering of samenwerking niet worden gerealiseerd. Dit heeft ertoe geleid dat professionals in een beperkt ondersteunende omgeving werkzaam waren. Hierdoor konden de T-shaped kwaliteiten van uitvoerende professionals niet optimaal worden benut. Binnen de mogelijkheden die er waren heeft de IVH-coördinator wel

zoveel mogelijk processtrategieën toegepast om het interne proces te ondersteunen en te sturen. Desondanks voldoet het Nijmeegse IVH-netwerk niet aan de heterarchische netwerkfactoren van cyclische monitoring en flexibele horizontale en verticale relaties.

Recentelijk zijn wel positieve ontwikkelingen zichtbaar in het Nijmeegse IVH-netwerk. Er is een toename van sturing zichtbaar waaraan de gemeente Nijmegen een belangrijk impuls heeft gegeven. Zo zijn trajectbegeleiders, mede dankzij eigen motivatie en input van andere betrokkenen, uit de sociale wijkteams gehaald en werkzaam als een apart team dat zich enkel nog richt op de IVH-werkwijze. Dit sluit aan bij de vormgeving in het Groningse IVH-netwerk. Gezien de positieve gevolgen die zichtbaar zijn in het Groningse netwerk, is de verwachting dat deze ontwikkeling een meer ondersteunende omgeving zal creëren waarin de Nijmeegse trajectbegeleiders zowel hun generalistische als specialistische kennis en vaardigheden kunnen benutten. Hierdoor zouden ook de aanmeldingen van kinderen bij de IVH-werkwijze gestimuleerd kunnen worden. Dit zou ervoor zorgen dat de MDO-leden frequenter bij elkaar kunnen komen en hun specialistische kwaliteiten ook meer kunnen benutten.

De vergelijking van de twee netwerken illustreert dat zowel horizontaal als verticaal gepositioneerde actoren tezamen tot een effectiever netwerk leiden. Met het oog op de verdere ontwikkeling van vroeghulp in Nijmegen, biedt deze bevinding belangrijke aanknopingspunten. De gemeente Nijmegen kan in het netwerk kiezen voor een flexibele rol. Indien nodig neemt de gemeente de rol van opdrachtgever aan. Zodra mandaat niet nodig is, kan de gemeente als partner fungeren. Hoe de gemeente Nijmegen tot een heterarchisch netwerk komt, is in vijf stappen beschreven in het advies. Het advies vormt het antwoord op de centrale vraagstelling. Voordat het advies wordt toegelicht, volgt eerst een reflectie op het onderzoek.

6.2 REFLECTIE OP HET ONDERZOEK

In het onderzoek is getracht een zo volledig mogelijk beeld te schetsen van de IVH-netwerken. Er zijn echter enkele beperkingen in het onderzoek die aanleiding kunnen geven tot een vervolgonderzoek.

Ten eerste is gekozen om, gezien de complexiteit van het sociaal domein, het onderzoek hoofdzakelijk te richten op het IVH-netwerk zodat het onderzoek uitvoerbaar zou zijn. Enkel direct gerelateerde contextuele zaken zijn meegenomen in het onderzoek, zoals de context van de sociale wijkteams in Nijmegen of het provinciale inkooporgaan in Groningen. Dit betekent echter niet dat er geen invloeden van andere contextuele factoren mee kunnen spelen in de netwerken. Zoals is beargumenteerd in het onderzoek, is het sociaal domein een complex en onvoorspelbaar. Het IVH-netwerk kan daardoor samenhangen met vele andere netwerken en afhankelijk zijn van verschillende

wetgevingen, financieringsvormen en actoren. Sinds de decentralisatie hebben gemeenten de vrijheid om beleid naar lokale behoeften aan te passen. Dit kan betekenen dat het IVH-netwerk in Groningen zich in een andere omgeving bevindt dan in Nijmegen. Het is mogelijk dat externe factoren een rol spelen in de effectiviteit van de IVH-netwerken.

Er is getracht zoveel mogelijk invloeden in kaart te brengen. Zo is bekend dat er in Nijmegen andere vormen van vroeghulp aanwezig zijn en welke invloed dit heeft op de IVH-werkwijze. Deze invloeden zijn ook deels zichtbaar in dit onderzoek. Daarnaast is bekend dat er in Groningen ook andere vormen van IVH zijn, maar dat deze minder bekendheid genieten en kleinschaliger zijn. De verwachting is daarom dat de belangrijkste invloeden meegenomen zijn in het onderzoek. Desondanks zou aanvullend onderzoek gericht kunnen zijn op het in kaart brengen van de bredere context van netwerken in het sociaal domein.

Ten tweede zou in een vervolgonderzoek de doelgroep van IVH nader onderzocht kunnen worden. Wat voor kinderen worden wel bereikt door IVH? Wat kenmerkt deze kinderen en de context waarin ze leven en welke kinderen worden niet bereikt? Uit eerder onderzoek is gebleken dat er slechts beperkt bekend is hoe groot de doelgroep en het bereik van de IVH-werkwijze is. In dit onderzoek is op basis van een vergelijking van aantallen tussen Groningen en Nijmegen een schatting gemaakt van de effectiviteit van de netwerken. Deze schatting vormt een proxy voor het bereik van het IVH-beleid. Vervolgonderzoek zou echter uit kunnen wijzen hoe groot de potentiële doelgroep is en in hoeverre deze tot nu toe wordt bereikt. Dit zou een exactere weergave van de effectiviteit kunnen opleveren.

In dit onderzoek is getracht de effectiviteit zo goed mogelijk te schatten door de twee werkwijzen te vergelijken op basis van het aantal besproken kinderen in het MDO. Daarnaast is een check gedaan op het aantal zorgverstrekkingen dat bekend is bij de gemeenten. Deze wisselden per gemeente, maar lagen steeds relatief dicht bij elkaar. Daarnaast bleek uit interviews dat bijvoorbeeld de sociaaleconomische status van ouders sterk kan wisselen. Op basis van deze gegevens is verondersteld dat de schatting relatief betrouwbaar is. Echter, de gebruikte afhankelijke variabele blijft een proxy voor de output. Vervolgonderzoek zou naast het onderzoeken van de doelgroep ook gericht kunnen zijn op de outcome van het IVH-beleid. Hoe passend zijn de adviezen van het MDO en welke effecten heeft de IVH-werkwijze op de ontwikkeling van het kind?

Ondanks deze beperkingen geeft het huidige onderzoek inzicht in succesvolle en minder succesvolle factoren in IVH-netwerken. De rol van sturing is duidelijk naar voren gekomen in de resultaten. Uit de interviews zijn veel praktijkvoorbeelden naar voren gekomen die deze rol onderschrijven en illustreren wat wel en niet werkt. Om deze reden zijn de conclusies van het

onderzoek wel betrouwbaar, maar kan aanvullend onderzoek de bredere context van het IVH-netwerk en de doelgroep van IVH meer in kaart brengen.

6.3 ADVIES

De onderliggende beschrijvende en verklarende deelvragen zijn beantwoord. Op basis van deze antwoorden kan een gefundeerd advies worden geformuleerd. Met het advies wordt antwoord gegeven op de centrale vraagstelling in het onderzoek: “Hoe kan de effectiviteit van het Nijmeegse IVH-netwerk worden verbeterd waardoor meer jonge kinderen een passend zorgplan ontvangen?”. In het onderzoek is voornamelijk gekeken naar de bestuurlijke vormgeving van de netwerken en de effecten die deze vormgeving heeft op uitvoerend niveau. De aanbevelingen zijn daarom ook hoofdzakelijk hierop gericht. Dit sluit niet uit dat veranderingen en de context complex zijn en aanvullende aanpassingen nodig zijn om een hogere effectiviteit te behalen. Het advies is geformuleerd in vijf stappen. Deze vijf stappen omschrijven het proces naar uiteindelijk een heterarchisch netwerk met cyclische monitoring.

STAP 1: GEMEENTE ALS VERBINDENDE ACTOR

De resultaten van het onderzoek laten zien dat in de Nijmeegse context IVH als dienstverlening langzaam is vervaagd. Hier zijn verschillende oorzaken voor genoemd zoals het te grote beroep op generalistische kwaliteiten van trajectbegeleiders in sociale wijkteams, de toevoeging van andere vormen van vroeghulp en het gebrek aan constitutionele managementstrategieën. Om de IVH-dienstverlening beter op de (sociale) kaart te zetten, kan allereerst ingespeeld worden op de constitutie van het netwerk. Hierin heeft de gemeente Nijmegen een belangrijke rol.

Partijen die betrokken zijn bij verschillende vormen van vroeghulp, zoals IVH, PKO en KoK, zijn relatief onafhankelijk van elkaar. Interne partijen zonder mandaat kunnen hierdoor moeilijk aansturen op een netwerk overstijgende samenwerking. De gemeente Nijmegen heeft echter wel aansturende mogelijkheden. Ondanks dat partijen uit de verschillende vroeghulpnetwerken slechts beperkt afhankelijk zijn van elkaar, zijn ze wel afhankelijk van de gemeente. De gemeente vormt daardoor een verbindende factor en heeft vanuit financieel oogpunt ook een mandaterende positie.

De eerste stap naar samenwerking tussen netwerken en onafhankelijke actoren is gezet met de recent opgerichte stuurgroep. Hier spreken managers van de verschillende vormen van vroeghulp over een strategie voor de toekomstige vormgeving van vroeghulp. Deze samenwerking stimuleert verbinding in plaats van versnippering.

STAP 2: KIJK VANUIT DE CASUS EN NIET VANUIT EEN CONTRACT

De samenwerking met de verschillende partijen van vroeghulp is een eerste stap in de goede richting. Echter, deze partijen omvatten niet alle organisaties die betrokken zijn bij vroeghulp. Het is belangrijk om voldoende draagvlak te creëren voor de nieuwe vormgeving van IVH en het voortzetten van het beleid. Dit betekent niet enkel dat de gecontracteerde organisaties betrokken moeten zijn bij de strategieformulering, maar ook andere partijen die betrokken zijn bij het leveren van vroeghulp.

De eerste stap in het betrekken van alle partijen in het netwerk, is om vanuit casussen te kijken welke organisaties allemaal betrokken zijn. Wie werken er allemaal met deze jonge complexe doelgroep? Hier zitten ook partijen tussen die niet een directe lijn hebben met de gemeente Nijmegen, bijvoorbeeld in de vorm van een contract. Als het MDO behouden moet blijven, zal er ook draagvlak moeten zijn onder niet-gecontracteerde organisaties die specialisten leveren voor het MDO.

Zeker als het MDO beter gepositioneerd wordt, is dit draagvlak van belang. Dit zou er namelijk toe kunnen leiden dat meer kinderen worden aangemeld voor het MDO en specialisten hierdoor meer uren moeten besteden aan hun deelname. Vanuit de professionals in het MDO is hier draagvlak voor. Zij vinden het IVH-MDO een belangrijk overleg waarbij veel specialistische kennis over het jonge kind bijeenkomt. Dit stelt het team in staat om een passend advies te formuleren voor de complexe doelgroep van IVH. Op managementniveau kan dit echter anders worden gezien. Meer uren betekent meer kosten die, afhankelijk van de vergoeding van die uren, door de eigen organisatie betaald moeten worden.

De gemeente en coördinator zouden via contact met alle managers van betrokken zorgpartijen, de urgentie van de werkwijze kunnen toelichten. Samen kan dan gekeken worden hoe de specialisten gefaciliteerd kunnen worden in hun rol bij het MDO en welke behoeften er vanuit de organisaties zijn. In Groningen bestaat de klankbordgroep waarin alle managers en bestuurders van alle betrokken organisaties kijken naar de ontwikkelingen rondom IVH. Door op managementniveau frequent contact te hebben, kan draagvlak worden gecreëerd voor het beleid. Hierdoor verzeker je de deelname van organisaties en hangt deze niet enkel af van de intrinsieke motivatie die specialisten bezitten om deel te blijven nemen aan het MDO.

STAP 3: VERBETER DE CONSTITUTIONELE VORMGEVING

De resultaten van het onderzoek laten zien dat in Groningen voor de transitie constitutionele randvoorwaarden zijn opgesteld voor de samenwerking tussen twee vroeghulpteams. Via het inkoopprogramma hebben vervolgens gemeenten hun commitment geuit naar het IVH-product. In gemeente Nijmegen liggen hier kansen voor doorontwikkeling. Bepaal als gemeente in samenspraak

met betrokken partijen waar je als netwerk naartoe wilt werken. Hoe moet bijvoorbeeld de versnippering in vroeghulp worden opgelost? Hoe moet het IVH-MDO vormgegeven worden binnen de veranderende context naar BBT's? Op basis van deze besprekingen is het mogelijk om een heldere en concrete opdracht te formuleren voor alle partijen in het IVH-netwerk.

De gemeente Nijmegen beschikt over het mandaat om hier sturing aan te geven. Met dit mandaat kan bepaald worden waar welke actor gepositioneerd moet worden. Inhoudelijke kennis over IVH en de doelgroep van vroeghulp is hierbij wel van belang. Een samenwerking zoals nu gaande is in de stuurgroep is daarom wenselijk. Een uitbreiding met managers van andere betrokken organisaties en het onderwijs zou daar nog extra aan bij kunnen dragen. Gebruik als gemeente het mandaat alleen als dit noodzakelijk is. Gebruik het mandaat bijvoorbeeld als samenwerking moeizaam tot stand komt, maar geef ruimte bij de inhoudelijke invulling van het beleid voor uitvoerende professionals.

Daarnaast bevinden zich in regio Nijmegen andere gemeenten die een beroep doen op het Regionaal Team IVH. De resultaten laten zien dat op regionaal niveau een duidelijke versnippering zichtbaar is in de werkwijze. Het is daarom wenselijk om met deze kleinere gemeenten de verbinding te zoeken. Hoe groter het bereik, hoe meer aanmeldingen voor IVH. Naarmate er meer kinderen worden aangemeld, geniet de werkwijze meer aandacht en doen uitvoerende professionals meer ervaring op met de werkwijze. Inspiratie voor een constitutionele vormgeving kan uit de omschrijving van het Groningse netwerk worden gehaald, maar ook uit de IVH-werkwijzen in andere regio's. Op basis van de bevindingen van dit onderzoek en kennis van andere regio's, kan een suggestie voor de constitutionele vormgeving in Nijmegen worden geformuleerd. In Box 1 is deze suggestie toegelicht.

Box 1: Suggestie voor constitutionele vormgeving van vroeghulp in Nijmegen

Om specialisme van het jonge kind te integreren in de jeugdteams, kan het idee van het grote en kleine MDO worden toegepast. Per wijkteam zouden bijvoorbeeld twee specialistische professionals actief kunnen zijn in het adviseren bij gedragsproblematiek van jonge kinderen. Indien de problematiek meervoudig is en om meer specialisme vraagt, wordt een beroep gedaan op het grote MDO (het huidige Regionaal Team IVH). Om dit een succes te laten zijn moet de IVH-werkwijze een stevige positie krijgen als signalerings- en adviseringsorgaan. Dit kan gerealiseerd worden door verschillende stappen te zetten in de constitutie van het netwerk:

1. Zorg dat vroeghulpprofessionals voldoende op locaties werkzaam zijn waar kinderen met problematiek worden gesignaleerd. Plaats hier professionals met ervaring met meervoudige gedrags- en/of ontwikkelproblematiek bij jonge kinderen.
2. Behoud het aparte team van IVH-trajectbegeleiders en positioneer de IVH-coördinator dichtbij de trajectbegeleiders. Zo kunnen de trajectbegeleiders hun specialisme uitoefenen en kan de IVH-coördinator ze hierin ondersteunen. Hetzelfde geldt voor de specialisten uit de MDO's.
3. Gelijktijdig met het proces van vraagverduidelijking kan door betrokken organisaties een onderzoek worden verricht naar de problematiek van het jonge kind. De resultaten van het onderzoek kunnen meegenomen worden in het MDO, waardoor direct verwezen kan worden naar passende zorg. Deze korte onderzoeken kunnen een financiële stimulans vormen om als organisatie deel te nemen aan vroeghulp.
4. Kader gezamenlijk af wanneer een kind wel of niet besproken moet worden in het grote MDO. Een richtlijn kan zijn dat een kind meervoudige problematiek ervaart, ouders moeite hebben met het acceptatieproces of de context van het gezin complex is. Deze afbakening stelt de coördinator in staat om toe te zien op juiste afwegingen.
5. Plan jaarlijks gezamenlijke bijeenkomsten zodat alle professionals elkaar leren kennen.

STAP 4: NEEM AFSTAND EN HOUD VINGER AAN DE POLS

Nadat vroeghulp constitutioneel steviger gepositioneerd is, is het aan de professionals om het proces inhoudelijk in te vullen. Professionals van vroeghulp hebben immers de ervaring met en kennis van de ontwikkeling van jonge kinderen en weten hoe ze inhoudelijk hun werk moeten doen. De coördinator is daarom hoofdzakelijk verantwoordelijk voor het interne procesmanagement. Dit omvat onder andere de taken zoals die nu worden verricht, maar deze kunnen uitgebreid worden zodra een samenvoeging met andere vormen van vroeghulp wordt gerealiseerd. De verwachting is dat zodra de

constitutionele zaken zijn geregeld, het interne proces ook beter gemanaged kan worden doordat er meer aanmeldingen zijn, trajectbegeleiders vrij zijn gemaakt voor IVH-werkzaamheden en betrokkenheid van organisaties is gestimuleerd.

De gemeente kan op afstand meekijken bij de activiteiten in het netwerk. Zo kan een aantal keer per jaar een update door de coördinator aan de gemeente voldoende inzicht bieden in de effectiviteit van vroeghulp. Een dergelijke update kan zich bijvoorbeeld richten op het aantal besproken kinderen, de tevredenheid van ouders en adviezen die voortkomen uit de MDO's. Een heldere opdrachtverstrekking kan de informatieverspreiding stimuleren. Op deze manier blijft de gemeente wel geïnformeerd, maar leidt het niet tot extra administratieve taken. Dit vormt een middenweg tussen controle en vertrouwen.

STAP 5: HETERARCHISCH NETWERK

Het netwerk heeft uiteindelijk de vorm van een heterarchie. De gemeente heeft een verticale relatie met het netwerk als dit nodig is. Dit is bijvoorbeeld van waarde als samenwerking tussen relatief onafhankelijke partijen gerealiseerd moet worden en vroeghulp constitutioneel vormgegeven moet worden. Zodra de betrokkenheid en medewerking van organisaties is gerealiseerd, kan de sturing van het netwerk op horizontale basis verder. Dit kan bijvoorbeeld door middel van een periodieke monitoring waarbij de gemeente zicht houdt op de activiteiten die in het netwerk plaatsvinden.

Als het aankomt op de interne processen van het netwerk kan de gemeente ervoor kiezen om op basis van vertrouwen het proces over te laten aan interne partijen. De horizontaal gepositioneerde coördinator neemt dan de sturing van het proces voor zijn of haar rekening. De kennis van uitvoerende professionals kan hierdoor gebruikt worden in de verder inhoudelijke vormgeving van het beleid. De heterarchie zorgt ervoor dat ieders positie, kennis en kunde optimaal wordt benut zodat er een effectiever netwerk ontstaat en meer kinderen een passend advies kunnen ontvangen.

LITERATUURLIJST

- Ansell, C. (2011). *Pragmatist governance: Re-imagining institutions and democracy*. Oxford University Press.
- Baarda, B., & Hulst, M. van der. (2007). *Basisboek Interviewen: Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews* (4^e druk). Noordhoff Uitgevers.
- Barile, S., Franco, G., Nota, G., & Saviano, M. (2012). Structure and dynamics of a “T-Shaped” knowledge: From individuals to cooperating communities of practice. *Service Science*, 4(2), 161-180. <http://dx.doi.org/10.1287/serv.1120.0014>
- Boeije, H. (2009). Kwalitatief onderzoek. In H. Boeije, H. 't Hart & J. Hox (Red.), *Onderzoeksmethoden* (8^{ste} druk, pp.246-281). Boom Lemma.
- Boeije, H. (2016). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. (2^e druk). Boom.
- Boon, A. E., Haan, A. M. de., & Boer, S. B. B. de. (2011). Te weinig kinderen van niet-westerse herkomst komen in de Jeugd-GGZ. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 50, 181-190. <http://100jaarorthopedagogiek.nl/100jaarPDF/PDF/paid/april2012Albertcs.pdf>
- Brandsen, T., Donk, W. van de., & Kenis, P. (Red.). (2006). *Meervoudig bestuur*. Lemma.
- Bruijn, H. D., & Dicke, W. (2006). Strategies for safeguarding public values in liberalized utility sectors. *Public administration*, 84(3), 717-735. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2006.00609.x>
- Cambridge Institute for Manufacturing & International Business Machines Corporation. (2008). *Succeeding through service innovation: a service perspective for education, research, business and government*. University of Cambridge Institute for Manufacturing. https://protopartners.files.wordpress.com/2009/07/080428cambridge_ssme_whitepaper1.pdf
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2020). *Bevolking op 1 januari en gemiddeld; geslacht, leeftijd en regio*. Centraal Bureau voor de Statistiek (gewijzigd 29 mei 2020). [Data set] <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/03759ned/table?ts=1603832945633&fromstatweb=true>
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M. D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of interprofessional care*, 19(sup1), 116-131. <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>
- Davis, J. H., Schoorman, F. D., & Donaldson, L. (1997). Toward a stewardship theory of management. *Academy of Management review*, 22(1), 20-47. <https://doi.org/10.5465/amr.1997.9707180258>

- Derks, C. (2019). *Raadsvoorstel: Doorontwikkeling toegang en hulpverlening voor Volwassenen en Jeugd*. Gemeente Nijmegen.
<https://ris2.ibabs.eu/Agenda/Details/Nijmegen/cd3d084b-c585-4928-a98b-a38a39243381>
- Dijstelbloem, H.O., & Meurs, P.L. (2004). Publieke verantwoording in de maatschappelijke dienstverlening. In E.R. Engelen & M. Sie Dhian Ho (Red.), *De staat van de democratie. De democratie voorbij de staat*. (pp.113-122). Amsterdam University Press.
<http://library.oapen.org/handle/20.500.12657/33926>
- Edelenbos, J. (1999). Design and management of participatory public policy making. *Public Management an International Journal of Research and Theory*, 1(4), 569-576.
<https://doi.org/10.1080/147190399000000027>
- Edelenbos, J. (2005). Institutional implications of interactive governance: Insights from Dutch practice. *Governance*, 18(1), 111-134. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0491.2004.00268.x>
- Enden, T. van den., Kooiman, A., Meijer, M. de., & Udo, N. (2017). *Organisatievormen en positionering van (wijk)teams*. Movisie.
<https://www.movisie.nl/publicatie/organisatievormen-positionering-wijkteams>
- Fama, E. F., & Jensen, M. C. (1983). Separation of ownership and control. *Journal of Law & Economics*, 26(2), 301-326. <http://dx.doi.org/10.1086/467037>
- Friele R.D., Bruning, M.R., Bastiaanssen, I.L.W., Boer, R. de., Bucx, A.J.E.H., Groot, J.F. de., Pehlivan T., Rutjes, L., Sondeijker, F., Yperen T.A. van., & Hageraats R. (2018). *Eerste evaluatie Jeugdwet. Na de transitie nu de transformatie*. ZonMw.
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/01/30/rapport-eerste-evaluatie-jeugdwet>
- Gemeente Nijmegen. (2017). *Begroting 2018-2021 PC Portal. Zorg en welzijn. Wat gaan we doen?*. Geraadpleegd op 7 juni 2020 van <https://nijmegen.begroting-2018.nl/p29234/wat-gaan-we-doen>
- Gemeente Nijmegen. (2019). *Bevindingen en aanbevelingen Dock4 Advies en MOOR advies en reactie college*. <https://ris2.ibabs.eu/Agenda/Details/Nijmegen/349cd89c-d226-46d2-b699-64c8fc661157>
- Gemeente Nijmegen. (2020). *Stads- en Wijkmonitor 2020: Stips, sociale wijkteams en regieteams*. Geraadpleegd op 12 mei van <https://swm.nijmegen.nl/p40407/stips-sociale-wijkteams-en-regieteams>
- Hermanns, J., Öry, F., Schrijvers, G., Junger, M., & Blom, M. (2005). *Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter*. De Inventgroep.

- https://www.researchgate.net/publication/254763703_Helpen_bij_opgroeien_en_opvoeden_Eerder_sneller_en_beter_een_advies_over_vroegtijdige_signalering_en_interventies_bij_opvoed-en_opgroeiproblemen
- Integrale Vroeghulp. (2014). *Handreiking integrale vroeghulp. Hoe organiseer ik als gemeente goede zorg voor kwetsbare kinderen met een (dreigende) ontwikkelachterstand*.
<https://integralevroeghulp.nl/cms/view/57209012/invulling-van-ivh-in-de-gemeenten>
- Integrale Vroeghulp. (2018). *Rapportage: Quicksan Vroeghulp in Nederland*.
<https://integralevroeghulp.nl/news/view/57212205/resultaten-quicksan-2018-283-gemeenten-brengen-vroeghulp-in-beeld>
- Integrale Vroeghulp. (z.j.a). *Infosheet: Multidisciplinair overleg en advies. Over het organiseren van multidisciplinair overleg en advies*.
<https://integralevroeghulp.nl/cms/view/57212085/infosheets-integrale-vroeghulp>
- Integrale Vroeghulp. (z.j.b). *Infosheet: Coördinator in de keten. Over het waarborgen van continuïteit in de keten rond het jonge kind en gezin*.
<https://integralevroeghulp.nl/cms/view/57208766/voor-professionals>
- Jacobs, L. (2015). De gekantelde jeugdprofessional. *Jeugdbeleid*, 9(4), 233–240.
<https://doi.org/10.1007/s12451-015-0101-7>
- Klijn, E. H., & Koppenjan, J. F. (2000). Public management and policy networks: foundations of a network approach to governance. *Public Management and International Journal of Research and Theory*, 2(2), 135-158. <https://doi.org/10.1080/14719030000000007>
- Klijn, E. H., Steijn, B., & Edelenbos, J. (2010). The impact of network management on outcomes in governance networks. *Public administration*, 88(4), 1063-1082.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9299.2010.01826.x>
- Koppenjan, J. F. M., & Klijn, E. H. (2004). *Managing uncertainties in networks : a network approach to problem solving and decision making*. Routledge. <https://doi-org.ru.idm.oclc.org/10.4324/9780203643457>
- Kruiter, A.J., Outer, B. den., & Berg, M. van den. (2020). Van grip naar begrip. *Binnenlands Bestuur*.
<https://www.binnenlandsbestuur.nl/financien/kennispartners/jb-lorenz/van-grip-naar-begrip.13714038.lynx>
- McDermott, A. M., Hamel, L. M., Steel, D., Flood, P. C., & Mkee, L. (2015). Hybrid healthcare governance for improvement? Combining top-down and bottom-up approaches to public sector regulation. *Public Administration*, 93(2), 324-344.
<https://doi.org/10.1111/padm.12118>
- MEE Gelderse Poort. (2015). *Integrale Vroeghulp. Bij zorgen over de ontwikkeling of het gedrag van*

- uw kind van 0-7 jaar. Geraadpleegd op 26 maart van
<https://integralevroeghulp.nl/cms/view/57210260/arnhem-tiel-en-nijmegen>
- Nederlands Jeugdinstituut. (2018). *Transformeren en bezuinigen is slechte combinatie*.
<https://www.nji.nl/nl/Actueel/Nieuws-van-het-NJi/Transformeren-en-bezuinigen-is-slechte-combinatie>
- Nicaise, P., Tulloch, S., Dubois, V., Matanov, A., Priebe, S., & Lorant, V. (2013). Using social network analysis for assessing mental health and social services inter-organisational collaboration: findings in deprived areas in Brussels and London. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 40(4), 331-339. <https://doi.org/10.1007/s10488-012-0423-y>
- Nieuwkoop, J. R. van. (2003). *Onderzoek verankering Integrale Vroeghulp*. College voor zorgverzekeringen. <https://integralevroeghulp.nl/files/view/31520472/onderzoek-verankering-ivh-2003.pdf>
- Osterop, S., & Cools, H. (2011a). *Kader voor meten en weten. Kwaliteitsindicatoren voor alle bouwstenen van Vroeg, Voortdurend, Integraal*. Vroeg voortdurend integraal.
<https://docplayer.nl/13546804-Vroeg-voortdurend-integraal.html>
- Osterop, S., & Cools, H. (2011b). *De regio centraal. De balans van elf gemeenten*. Vroeg Voortdurend Integraal. https://issuu.com/vgnbibliotheek/docs/rapport_de_regio_centraal
- Ostrom, E. (1998). A behavioral approach to the rational choice theory of collective action: Presidential address, American Political Science Association, 1997. *American political science review*, 92(1), 1-22. <https://doi.org/10.2307/2585925>
- Pommer, E. & Boelhouwer, J. (2017). *Overall rapportage sociaal domein 2016: Burgers (de)centraal*. Sociaal en Cultureel Planbureau.
<https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2017/12/04/overall-rapportage-sociaal-domein-2016>
- Postma, S. (2009). *JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen*. RIVM.
<https://www.rivm.nl/publicaties/jgz-richtlijn-vroegsignalering-van-psychosociale-problemen>
- Provan, K. G., & Kenis, P. (2008). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of public administration research and theory*, 18(2), 229-252.
<http://dx.doi.org/10.1093/jopart/mum015>
- Provan, K. G., & Milward, H. B. (2001). Do networks really work? A framework for evaluating public-sector organizational networks. *Public administration review*, 61(4), 414-423.
<https://doi.org/10.1111/0033-3352.00045>
- Rekenkamer Nijmegen. (2019). *Toegang tot de Wmo. Rekenkameronderzoek vanuit cliëntperspectief*.

- <https://ris2.ibabs.eu/Reports/ViewListEntry/Nijmegen/110b8936-6ece-47b2-8b6f-c55560871c01>
- Sabel, C. F. (2004). Beyond principal-agent governance: experimentalist organizations, learning and accountability. In E.R. Engelen & M. Sie Dhian Ho (Red.), *De staat van de democratie. De democratie voorbij de staat.* (pp.173-188). Amsterdam University Press.
- Schavemaker, E., & Gorp, J. van. (2019). *Versterkingskansen keten Jonge Kind in Nijmegen.* Dock4&. <https://ris2.ibabs.eu/Agenda/Details/Nijmegen/afab4002-0514-4972-a365-5a4899e5ea21>
- Schillemans, T. (2013). Moving beyond the clash of interests: On stewardship theory and the relationships between central government departments and public agencies. *Public Management Review*, 15(4), 541-562. <https://doi.org/10.1080/14719037.2012.691008>
- Sproet, M., & Wieringen, J. van. (2011). *Bereik alle doelgroepen optimaal: op weg naar een cultuursensitief Centrum voor Jeugd en Gezin.* Pharos. <https://www.pharos.nl/kennisbank/bereik-alle-doelgroepen-optimaal/>
- Uenk, N. (2016). De gemeente als opdrachtgever in het sociaal domein. *Sociaal Bestek*, 78(1), 14-17. <https://doi.org/10.1007/s41196-016-0006-7>
- Veelen, J. S.M. van., Bunders, A. E., Cesuroglu, T., Broerse, J. E., & Regeer, B. J. (2018). Child-and family-centered practices in a post-bureaucratic era: inherent conflicts encountered by the new child welfare professional. *Journal of Public Child Welfare*, 12(4), 411-435. <https://doi.org/10.1080/15548732.2017.1392390>
- Veelen, J. S. M., van., Regeer, B. J., Broerse, J. E. W., Poel, S. F. P. van de., & Dinkgreve, M. A. H. M. (2017). Embedding the notion of child-and family-centered care into organizational practice: Learning from organizational visioning. *Journal of Public Child Welfare*, 11(2), 231-259. <https://doi.org/10.1080/15548732.2016.1267068>
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten. (2018a). *Factsheet: De meerwaarde van Integrale Vroeghulp in uw gemeente.* <https://integralevroeghulp.nl/cms/view/57209012/invulling-van-ivh-in-de-gemeenten>
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten. (2018b). *Factsheet: Gemeentelijke varianten bij borging Integrale Vroeghulp.* <https://integralevroeghulp.nl/cms/view/57209012/invulling-van-ivh-in-de-gemeenten>
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten. (2019). *De staat van het sociaal domein. Terug-, rond- en vooruitkijken.* <https://vng.nl/sites/default/files/2019-12/de-staat-van-het-sociaal-domein.pdf>
- Voorn, B., Genugten, M. van., & Thiel, S. van. (2019). Multiple principals, multiple problems: Implications for effective governance and a research agenda for joint service delivery. *Public Administration*, 97(3), 671-685. <https://doi.org/10.1111/padm.12587>
- Vries, M. S. de (2010). *The importance of neglect in policy-making.* Palgrave Macmillan.

- Vries, M. S. de. (2016). *Understanding public administration*. Palgrave.
- Weller, J., Boyd, M., & Cumin, D. (2014). Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgraduate medical journal*, 90(1061), 149-154.
<http://dx.doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131168>
- Yoshikawa, H. (1994). Prevention as cumulative protection: Effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks. *Psychological Bulletin*, 115(1), 28–54.
<http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.115.1.28>
- Yperen, T. van, Maat, A. van de., Prakken, J. (2019). *Het groeiend jeugdzorggebruik: Duiding en aanpak*. Nederlands jeugdinstituut. <https://www.nji.nl/nl/Kennis/Publicaties/NJi-Publicaties/Het-groeiend-jeugdzorggebruik>
- Yperen, T. van, Wijnen, B., & Hageraats, R. (2016). *Evaluatie Jeugdwet: Meer kwaliteit en minder zorgen*. Nederlands Jeugdinstituut.
<https://www.nji.nl/nl/Kennis/Publicaties/NJi-Publicaties/324602-Evaluatie-Jeugdwet>

BIJLAGE 1: LIJST MET RESPONDENTEN

De functie van respondenten is niet omschreven in Tabel 1. Hier is voor gekozen omdat sommige functies slechts door 1 à 2 personen worden bekleed. Met een beschrijving van de functie zou de anonimiteit van de respondent niet gewaarborgd kunnen worden. Gezien recente ontwikkelingen in de aanbestedingen in Nijmegen en de verandering naar BBT's, is ervoor gekozen de respondenten anoniem te laten.

Tabel 1 Nummering van respondenten en bijbehorende netwerk.

Respondent	Gemeente
Respondent 1	Nijmegen
Respondent 2	Nijmegen
Respondent 3	Nijmegen
Respondent 4	Nijmegen
Respondent 5	Nijmegen
Respondent 6	Nijmegen
Respondent 7	Groningen
Respondent 8	Groningen
Respondent 9	Groningen
Respondent 10	Nijmegen
Respondent 11	Groningen
Respondent 12	Groningen
Respondent 13	Nijmegen
Respondent 14	Nijmegen
Respondent 15	Nijmegen

1. Introductie:

- Goedemiddag/morgen, bedankt dat u tijd vrij wilde maken voor het onderzoek naar integrale vroeghulp.
- *Voorstellen*: Sanne Jongeling, master student Bestuurskunde aan de Radboud Universiteit. Voor het afronden van de master doe ik onderzoek naar integrale vroeghulp voor de gemeente Nijmegen.
- *Doel/toelichting*: Aan de hand van het onderzoek wordt de huidige stand van zaken van IVH in kaart gebracht en hoe deze situatie is ontstaan. Op basis van de bevindingen wordt gekeken hoe IVH in de toekomst vormgegeven kan worden. Om deze reden ben ik geïnteresseerd in uw rol en ervaringen met integrale vroeghulp.
- *Verwerking/vertrouwelijkheid*: Mag ik dit gesprek opnemen om informatie later uit te kunnen werken en terug te lezen? Alle informatie wordt vertrouwelijk en anoniem behandeld. Er zijn geen goede of slechte antwoorden. Het interview zal ongeveer een uur duren.
- Heeft u nog vragen voordat we beginnen?

**** opname aanzetten****

2. Opbouw van het interview op basis van onderwerpen, subonderwerpen en bijbehorende vragen.

	Onderwerp	Subonderwerpen	Vragen
1	Werk (T-shaped professional)	Mate van ervaring	Hoelang bent u werkzaam voor integrale vroeghulp?
		Functie	Hoe zou u uw rol binnen integrale vroeghulp omschrijven?
		Rol/neventaken	Heeft u naast uw rol bij integrale vroeghulp andere werkzaamheden/rollen? Hoe verhouden deze rollen zich tot elkaar? Hoeveel uur per week voor het een en hoeveel uur voor IVH? Gaan deze rollen goed samen?
		Verantwoordelijkheden	Welke verantwoordelijkheden draagt u als “functie” bij integrale vroeghulp?
		Dagelijkse werkzaamheden	Welke werkzaamheden voert u uit voor integrale vroeghulp?
		Benodigde competenties	Welke competenties gebruikt u bij deze werkzaamheden?
		Verandering in werkzaamheden	Zijn uw werkzaamheden sinds u begonnen bent met werken veranderd? Kunt u uw werkzaamheden naar wens uitvoeren? Zo ja/nee, waardoor komt dit?
		Doel werkzaamheden	Waar streeft u naar in uw werkzaamheden?

2	Complexiteit/ doelgroep	Soort problematiek	Wat voor soort problematiek ervaren de jonge kinderen waar u mee werkt?
		Complexiteit	Zou u deze problematiek als complex omschrijven? Zo ja, waarom?
		Verandering problematiek	Neemt u een verandering in de problematiek waar onder de groep die bereikt wordt? Zo ja, waardoor komt dit?
		Bereik doelgroep	Worden sinds de decentralisaties evenveel kinderen bereikt met de IVH-werkwijze? Welke kinderen worden over het algemeen bereikt? Indien afname: welke kinderen worden wel/niet bereikt?
3	Coördinatie/ management	Mate van samenwerking en interacties	Komt u in uw dagelijkse werkzaamheden in contact met andere personen van integrale vroeghulp? Zo ja, hoe vaak, met wie en waarover?
			Zijn contactmomenten op vaste momenten ingepland/systematisch? Zo ja, door wie wordt het initiatief genomen?
		Verhouding ten opzichte van andere professionals	Hoe verhoudt uw rol bij integrale vroeghulp zich ten opzichte van andere betrokkenen? Is er afstemming in rollen? Ervaart u professionele autonomie in de samenwerkingen?
		Vaardigheden in samenwerking	Welke vaardigheden zijn belangrijk tijdens uw werkzaamheden met andere professionals van IVH?
		Verloop van samenwerking en sturing	Hoe vindt u dat de samenwerking met verschillende zorgverleners verloopt? Voelt u zich als professional gehoord bij samenwerkingen? Hebben alle partijen evenveel inspraak/zeggenschap? Wordt samenwerking ondersteund? Waarom wel/niet?
		Gemeenschappelijk doel	Wordt in de samenwerking gewerkt naar een gemeenschappelijk doel? Welk doel is dit?
4	Gemeente en sturing	Betrokken partijen	Zijn alle partijen betrokken gebleven bij IVH sinds de decentralisatie? Waarom wel/niet? Mist u bepaalde partijen in de samenwerking?
		Contact gemeente	Heeft u in uw werkzaamheden weleens contact met de gemeente? Zo ja, met wie?

		Sturing via verwachtingen	Vanuit de rol als IVH-professional? Waarover en hoe vaak? Hoe zou u de relatie met de gemeente beschrijven? Zijn er vanuit de gemeente bepaalde verwachtingen ten aanzien van uw werkzaamheden? Zo ja, welke? Worden de verwachtingen gecontroleerd? Wordt voldaan aan verwachtingen? Waarom wel/niet? Wat gebeurt er als er niet wordt voldaan aan de verwachtingen? Wat voor rol zou de gemeente volgens u moeten spelen binnen de IVH-werkwijze?
5	Toekomst		Wat onderscheidt de IVH-werkwijze van andere samenwerkingsverbanden in de zorg? Bent u van mening dat IVH in de toekomst behouden moet worden zoals het nu is vormgegeven? Hoe staat u tegenover de uitbreiding van SWT's naar BBT's?

3. Afsluiting:

- Einde van het interview. Bedanken voor het interview.
- Heeft u nog aanmerkingen of vragen?

*** uitzetten van opname***