



**Handreiking
Implementatie
Integrale Analyse
Methode (I-AM)**



1. Inleiding	3
I-AM: de Integrale Analyse Methode	3
2. Implementatie door meervoudig organiseren	4
Aanpak	4
Scope	4
Organisatie	5
3. Fasen in de implementatie van I-AM binnen een gebied	7
3.1. Oriëntatie	7
3.2. Voorbereiding	9
3.3. Uitvoering	12
3.4. Monitoring en Evaluatie	17
3.5. Borging	18
Context en verantwoording van deze handreiking	20
Project Samen Begrijpen en Beslissen met Kinderen (2022-2024)	20
Achtergrond	20
Checklist implementatie I-AM	22
Colofon	23



1 Inleiding

Deze implementatiehandreiking voor de werkwijze I-AM is bedoeld voor iedereen die het samen begrijpen en beslissen met kinderen wil versterken binnen een bepaald gebied of regio.

I-AM: de Integrale Analyse Methode

De Integrale-Analyse Methode (I-AM) is een praktische werkwijze voor hulpverleners om samen met het betrokken kind, de ouder (of andere belangrijke personen) goede gesprekken te voeren. Met I-AM verkennen hulpverleners samen met het kind wat er precies aan de hand is. Ze bekijken alle levensdomeinen waardoor ze de situatie beter begrijpen en samen kunnen beslissen over passende vervolgstappen binnen de eigen omgeving, ondersteuning en zorg. Hoewel I-AM oorspronkelijk is ontwikkeld voor kinderen van 12 tot 18 jaar, kan deze ook worden toegepast bij kinderen vanaf circa 8 jaar en bij volwassenen.

Een goed gesprek

I-AM start met het voeren van een breed en verhelderend gesprek. Wat het kind vertelt en belangrijk vindt, staat centraal. Het kind en hulpverlener stellen samen vast wat het kind zelf kan doen, wat de mensen in de omgeving kunnen doen en of er misschien professionele hulp nodig is.

Gespreksinstrumenten

I-AM is gebaseerd op eenvoudige, bestaande gespreksinstrumenten zoals de Kindtool Positieve Gezondheid en de Netwerkintake. Wanneer alle hulpverleners dezelfde instrumenten gebruiken, kunnen ze beter samenwerken en communiceren, ook in de overdrachten.

Samenwerking

I-AM stimuleert dat hulpverleners onderling duidelijke werkafspraken maken, wat bijdraagt aan een gezamenlijke taal en passende ondersteuning of hulp.

2 Implementatie door meervoudig organiseren

Aanpak

De werkwijze I-AM betreft zowel het gesprek tussen de cliënt en de zorgverlener als de onderlinge samenwerking tussen zorgverleners. Tijdens de implementatie van I-AM komen dan ook afspraken tot stand tussen zorgverleners onderling en de organisaties waar zij voor werken, bijvoorbeeld over verwijslijnen of terugkoppelingen. Daarom is de steun van de betrokken bestuurders nodig, inclusief de bijbehorende middelen en ondersteuning. Om voldoende aandacht te hebben voor het primaire proces (de uitvoering door de zorgverlener), het secundaire proces (ondersteuning in de implementatie) als het tertiaire proces (de besturing) stellen we een aanpak van meervoudig organiseren voor. Dat betekent dat in het implementatie gelijkwaardige aandacht is voor zowel het primair, secundair als tertiair proces. De dynamiek en de behoeften van de deelnemers binnen die drie processen zullen vaak verschillen en het is goed om daar de aanpak op af te stemmen (Vermaak 2017).

Figuur 1. Meervoudig organiseren

	Primair proces	Secundair proces	Tertiair proces
Actoren	Cliënten, naasten en zorgverleners	Staffuncties, projectmedewerkers	Bestuurders
Proces	Leren en cocreëren	Plannen en ontwerpen	Onderhandelen
Succescriterium	Reflectief handelen	Efficiënt organiseren	Consensus en kaders
Energie	Rijk en vitaal	Dat wat nodig is	Spannend

Bron: Vermaak 2017

Scope

De werkwijze I-AM is geschikt voor implementatie in een regio of gebied waarin verschillende organisaties (beter willen) samenwerken in de zorg rondom een cliënt. Onze ervaring heeft geleerd dat het effectief is wanneer zorgverleners in een bepaald gebied elkaar kennen en gemakkelijk kunnen bereiken. Het kan daarbij nuttig zijn om de bestaande geografische indelingen te hanteren, mits de gebieden niet te groot zijn. Denk hierbij aan buurten waar huisartsenpraktijken, sociale buurtteams en specialistische jeugdhulp-teams actief zijn.

Werken organisaties in grotere gebieden of in meerdere buurten, dan is het voor de uniformiteit en de bestuurlijke support wenselijk dat een overkoepelend gebied, bijvoorbeeld een gemeente, betrokken is en dat de implementatie bijvoorbeeld in meerdere wijken wordt gestart. Dit geeft mogelijkheden om van elkaar te leren.

Organisatie

Het succesvol en duurzaam implementeren van I-AM vraagt om voldoende speelruimte in het gebied. Dit stelt betrokkenen in staat de werkwijze aan te passen aan de eigen context. Deze flexibiliteit brengt met zich mee dat binnen I-AM per wijk net iets anders kan worden toegepast. Tegelijkertijd helpt deze attitude om de samenhang tussen de gebieden te zien, van elkaar te leren en waar nodig uniformiteit en kaders te ontwikkelen. Om die reden adviseren wij om zowel het primaire en het secundaire proces per gebied in te richten en het tertiaire proces overkoepelend over de gebieden heen te organiseren, ondersteund door een klein kernteam dat de ondersteuning in de wijken coördineert en faciliteert.

Figuur 2. Voorbeeld meervoudige organisatie

Eenheid	Primair proces	Secundair proces	Tertiair proces
Utrecht stad		Kernteam implementatie	Stuurgroep
Wijk 1	Burgers en hulpverleners	Implementatieteam wijk	
Wijk 2	Burgers en hulpverleners	Implementatieteam wijk	
Wijk X	Burgers en hulpverleners	Implementatieteam wijk	

Stuurgroep

De stuurgroep bestaat uit de opdrachtgever van het project, de bestuurders van organisaties die deelnemen aan het implementatieproject. Denk aan bestuurders van wijkteamorganisatie, ggz-organisaties en huisartsenkoepels. In de stuurgroep zijn daarnaast cliënten en/of naasten vertegenwoordigd en bij voorkeur ook financiers zoals de gemeente en zorgverzekeraar. De projectleider is aanwezig om verslag te doen van het verloop en bereidt de stuurgroep voor.

Centraal kernteam

Een klein kernteam heeft tijdens de implementatie de taak om te zorgen voor samenhang, coördinatie, het delen van kennis, de communicatie en overkoepelende activiteiten. Ook is het kernteam het contactpunt voor de stuurgroep.

Een voorbeeld van een samenstelling van een kerngroep is:

- **Teamleider**

Dit kan iemand zijn die al een beleidsmatige of coördinerende functie in de regio heeft. Deze persoon hoeft geen professional uit de zorg te zijn.

- **Ondersteuner/projectassistent**

Een medewerker die zich bezighoudt met logistieke zaken zoals het organiseren van de locaties en (evt.) catering van de bijeenkomsten en communicatie over de bijeenkomsten binnen de wijken en klankbordgroepen.

- **Coördinatoren implementatieteam wijk**

Zie hieronder.

De tijdsbesteding hangt af van de omvang van het project, maar voor de projectleider en ondersteuner valt te denken aan twee tot drie dagen in de week.

Implementatieteam wijk (of andere eenheid zoals buurt, gemeente, doelgroep etc.)

In ieder gebied waar de implementatie gaat lopen, geeft een eigen implementatieteam leiding aan de implementatie van I-AM.

- **Coördinator /projectleider**

Er is één persoon die de rol van coördinator/projectleider vervult en die in die rol kan uitstijgen boven de belangen van de eigen organisatie.

- **Leden**

Idealiter zijn de leden van het implementatieteam werkzaam in de wijk waar de implementatie plaatsvindt. Het voordeel is dat zij de wijk, de mensen en gebruikelijke werkwijzen al kennen en daardoor snel de juiste routes weten om mensen te bereiken. Vanuit de deelnemende organisaties kunnen dit zijn: Huisarts/POH; Jeugdgezondheidszorg professional; Buurtteam/Wijkteam professional; Psycholoog/orthopedagoog/psychiater uit de aanvullende jeugdzorg; Manager van een van de zorgorganisaties. Hulpverleners kunnen makkelijk aansluiten bij deelnemers en hebben kennis van zaken over de situatie op de werkvloer. Zij zullen meer sturen op de (zorg-)inhoud en over het algemeen minder op het implementatieproces zelf, en kunnen partners in de wijk aanspreken op gemaakte afspraken.

- **Ondersteuning**

Voor het plannen van bijeenkomsten, reserveren van ruimtes, verspreiding van informatie is het handig als er iemand hierbij kan ondersteunen, bijvoorbeeld iemand die deze rol al vervult in een wijk of binnen een van de deelnemende organisaties.

De tijdsbesteding hangt uiteraard af van de grootte van het gebied en de mate waarin gebruik gemaakt kan worden van bestaande faciliteiten, maar een dag in de week kan gezien worden als globale schatting en voor leden die vooral een ambassadeursrol vervullen is dit minder.

3 Fasen in de implementatie van I-AM binnen een gebied

De werkwijze I-AM is bij uitstek geschikt voor een regio/gebied waarin verschillende organisaties (willen gaan) samenwerken in de ondersteuning en zorg rondom een kind/gezin. Omdat professionals in de wijk elkaar makkelijk moeten kunnen vinden, is het aan te bevelen om de concrete implementatie in overzichtelijke geografische gebieden te laten plaatsvinden.

Gebaseerd op de ervaringen in het project Samen begrijpen en beslissen met kinderen beschrijven we hieronder 5 fasen in het implementatieproces:

1. Oriëntatie
2. Voorbereiding
3. Uitvoering
4. Monitoring en evaluatie (doorlopend)
5. Borging

Per fase bevelen we een aantal activiteiten aan.

3.1. Oriëntatie

Doel en resultaat van de oriëntatiefase:

Het verkennen van de wens en noodzaak om in de wijk of de gemeente te gaan werken met I-AM.

Door wie:

Een verkenner die gemotiveerd is om samen met collega's in de wijk volgens de methode te werken, of iemand in de wijk die formeel is aangesteld om kwaliteitsverbetering en samenwerking in de wijk te bevorderen.

Activiteiten in de oriëntatiefase:

- Verkennen van de wens en doelen om met I-AM te werken
- Inventarisatie van samenwerkende partners
- Bepalen van benodigde middelen (geld, ICT, mensen, tijd)

3.1.1. Verkennen van de wens en specifieke doelen om met I-AM te werken

De wens om met I-AM te werken kan op verschillende niveaus ontstaan. Binnen afzonderlijke organisaties kan er bijvoorbeeld de behoefte zijn om een breed gesprek te voeren, de eigen regie van kind en gezin te bevorderen en meer gebruik te maken van de eigen mogelijkheden. Op wijkniveau kan er een wens zijn om op deze manier



samen te werken. Het initiatief kan ook uitgaan van de gemeente of zelfs een regio met verschillende gemeenten.

Vanuit een analyse van de huidige situatie kunnen de doelen voor het werken met I-AM worden gespecificeerd.

Box 1. Potentiële doelen van werken met I-AM, genoemd door deelnemende organisaties en hulpverleners

Microniveau: kind en hulpverlener:

- Het kind meer aan het woord laten in het gesprek, in plaats van de ouders.
- Het kind en het gezin meer regie geven door het kiezen van doelen waar het kind aan wil werken, en de manier waarop.
- Voorkomen dat elk kind met een probleem direct een oplossing krijgt in de hulpverlening (door de focus te leggen op het inzetten van het eigen en informele netwerk).
- Beter passende hulp bieden aan het kind wanneer dat nodig is: vroegtijdig en passend.

Mesoniveau wijkniveau:

- Inzicht krijgen in problemen in de wijk, door op te halen wanneer I-AM wordt ingezet.
- Betere afstemming en overleg tussen hulpverleners.

Macroniveau stedelijk of regionaal:

- Goed functionerende samenwerkingsstructuren in de hulpverlening voor kinderen.
- Voorkomen van onnodige verwijzingen, met als doel wachtlijstreductie.

3.1.2. Inventarisatie samenwerkende partners

Het opstellen van een 'wijkbeeld' helpt om de in de wijk betrokken organisaties weer te geven, en de samenwerkingsstructuur (formeel en informeel) in kaart te brengen. Voordat er een formeel implementatieteam wordt aangesteld, is het raadzaam om met enkele leden van het mogelijk toekomstige team een kennismakingsronde te maken langs de beoogde deelnemende organisaties en teams. Tijdens deze ronde wordt duidelijk welke organisaties daadwerkelijk willen deelnemen. Ook is het goed om helder te krijgen of er personen uit de wijk kunnen aansluiten in het toekomstige implementatieteam.

3.1.3. Bepalen van benodigde middelen

Geld

Stel het beschikbare budget vast. Want hoewel een gesprek tussen hulpverlener en kind in principe binnen de reguliere zorg valt, inclusief de inzet van brede gespreksinstrumenten, is er voor de implementatie van I-AM extra budget nodig voor

onder andere coördinatie, scholing, materialen en middelen. Financiering/budget kan op verschillende manieren worden geregeld:

- Via de organisatie(s) zelf.
- Door het aanvragen van projectsubsidie, bv via ZorgInstituut Nederland, zoals in het project Samen Begrijpen en Beslissen.
- Via de gemeente/stad.
- Via landelijke programma's zoals MTVP (Meer Tijd Voor de Patiënt; landelijk programma gericht op verbeteren huisartsenzorg).

Tijd

Zorg voor voldoende tijd voor de implementatie van I-AM, en voor de nodige tijdscompensatie voor de deelnemers en projectleden. Het kost zowel de leden van het implementatieteam als de hulpverleners tijd en geld om de werkwijzen aan te leren. Ook na afronding van de implementatie zal tijd nodig zijn voor periodieke evaluaties.

3.2. Voorbereiding

Doel voorbereidingsfase:

Het definitief vaststellen van deelnemende organisaties en teams, opstellen van een gezamenlijk plan van aanpak.

Door wie:

Deze fase kan worden uitgevoerd door de perso(o)n(en) die gestart is/zijn met de oriëntatiefase in samenwerking met de managers en bestuurders van de deelnemende organisaties en teams.

Activiteiten in de voorbereidingsfase:

- Vaststellen deelnemende organisaties en praktijken.
- Benoemen van (gedeelde) visie en belangen, en het opstellen van specifieke wijkdoelen.
- Keuze van de te gebruiken bestaande gespreksinstrumenten.
- Opstellen van een plan van aanpak.

3.2.1. Vaststellen deelnemende organisaties en praktijken

In deze stap nemen de afzonderlijke organisaties een definitief besluit over deelname. Deze beslissing ligt veelal bij het bestuur. Maar ten behoeve van het draagvlak is het raadzaam om het volledige team te betrekken.

3.2.2. (Gedeelde) visie en belangen benoemen en specifieke wijkdoelen opstellen

Vaak is er al een visie op de inrichting van de zorg voor jeugd in een stad /wijk aanwezig. Ook de verschillende hulpverleningsorganisaties hebben meestal een visieplan opgesteld. Bekijk wat de visie van de wijkorganisaties is en welke

overeenkomsten en verschillen hierin zitten, bijvoorbeeld op het gebied van bevorderen van eigen regie.

In deze fase is het belangrijk om de doelen en ambitie van alle betrokken partijen expliciet te maken, net als de wijze waarop met I-AM invulling kan bijdragen aan het realiseren van een gezamenlijke visie. Wat zijn de verwachtingen en zijn die haalbaar binnen de wijk/stad? Door de doelen en belangen van afzonderlijke deelnemende partijen naast het gezamenlijke doel te plaatsen, kunnen betere werkafspraken worden gemaakt over implementatie in de wijk en stad.

Box 2. Bevorderende factoren Utrecht

Het Utrechtse gezondheidsbeleid, zoals uitgewerkt in de Beleidsnota [*Samen gezondheidsverschillen verkleinen 2024-2027*](#) is gebaseerd op de principes van Positieve Gezondheid. Werken met I-AM past sluit hier naadloos op aan.

3.2.3. Keuze van te gebruiken bestaande gespreksinstrumenten

Een belangrijk onderdeel van de implementatie van I-AM is het maken van afspraken over de gespreksinstrumenten voor het brede gesprek. Het kiezen voor slechts een of twee instrumenten draagt bij aan een gezamenlijke aanpak. De kans bestaat dat als alle collega's blijven vasthouden aan hun eigen instrumentarium, het gezamenlijk begrip niet goed tot stand komt.

De kindtool Mijn Positieve Gezondheid en de Netwerkintake zijn voorbeelden van eenvoudig te hanteren tools en hebben als doel om de gezondheid van het kind in kaart te brengen. De tools maken inzichtelijk waar de krachten en uitdagingen op dat moment liggen.

Box 3. Gebruikte gespreksinstrumenten in het project Samen Begrijpen en Beslissen met Kinderen

In zes wijken is gewerkt met Mijn Positieve Gezondheid en de Netwerkintake. De gespreksinstrumenten werden gekozen door de projectgroep op basis van de huidige brede inzet en gebruiksvriendelijkheid. Zo werd de positieve gezondheid gebruikt door diverse huisartspraktijken, buurtteam en sommige professionals uit de jeugdgezondheidszorg en aanvullende jeugdhulp. De Netwerkintake wordt veelal gebruikt in de aanvullende jeugdhulp en de ggz.

In één van de wijken (Overvecht) werd gekozen voor de combinatie van de Netwerkintake en het 4D-model. Het 4D-model is gebaseerd op dezelfde uitgangspunten van breed kijken en wordt al jarenlang gebruikt in de wijk door de diverse organisaties.

De jeugdgezondheidszorg is landelijk bezig met de overgang naar de GIZ-methodiek (Gezamenlijk Inschatten van Zorgbehoefte), een gespreksinstrument dat vooral bij standaard controles in de jeugdgezondheidszorg gebruikt wordt. Deze methodiek was in Utrecht nog niet volledig doorgevoerd bij de start van het project. Voor het project werd besloten dat 'verzuimgesprekken' met kinderen (12-18) jaar zouden worden gevoerd met behulp van de Kindtool of de Netwerkintake. Bij de reguliere afspraken veranderde er niets aan hun eigen werkwijze.

3.2.4. Opstellen van een plan van aanpak

Stel met de deelnemende partijen een gezamenlijk plan van aanpak op. Beschrijf hierin wie er meedoen, wat de visie van de wijk is, en wat de beoogde doelen en resultaten zijn op basis van een analyse van de huidige situatie in de wijk. Vermeld ook de bevorderende en belemmerende factoren. Bedenk voor wie de verandering belangrijk is en welke belangen er spelen voor de verschillende partijen, denk hierbij aan het kind, de hulpverleners, de gemeente, de zorgverzekeraars, etc.

Beschrijf in het plan van aanpak welke activiteiten er gepland zijn voor de implementatie van I-AM, en in welke frequentie. Neem ook een tijdspad en een heldere taakverdeling voor alle teamleden op. Zie onder 'uitvoeringsfase' onze suggesties voor activiteiten.



3.3. Uitvoering

Doel uitvoeringsfase:

Partijen maken de nieuwe werkwijze eigen en integreren dit in hun vaste werkwijze, zowel individueel als binnen de eigen organisatie.

Door wie:

Deze fase wordt uitgevoerd door alle deelnemende partijen, idealiter onder begeleiding van het implementatieteam.

Aanbevolen activiteiten in de uitvoeringsfase:

- Organiseren van een startbijeenkomst en reeks vervolgbijeenkomsten.
- Eigen maken van de werkwijze door de deelnemers (experimenteerfase).
- Vastleggen van concrete werkafspraken.

3.3.1. Organiseren van een startbijeenkomst en reeks vervolgbijeenkomsten

In het project Samen Begrijpen en Beslissen organiseerden we per wijk een startbijeenkomst en een reeks vervolgbijeenkomsten. Waar mogelijk werden deze gekoppeld aan bestaande overleggen, zoals een overleg jeugd of casuïstiekbespreking.

Multidisciplinaire startbijeenkomst

Tijdens de startbijeenkomst is ruimte voor kennismaking door de deelnemers. Vaak is er wel al enige mate van samenwerking, waardoor de meeste deelnemers elkaars organisatie kennen.

Tijdens de bijeenkomst staan de visie van de wijken, de visie van de deelnemers en het beoogde doel centraal. Ook is er een oriëntatie op de bestaande kennis over de gekozen gespreksinstrumenten en hun toepassing in de dagelijkse praktijk. De door de wijk/gemeente gekozen gespreksinstrumenten worden besproken en toegelicht, ondersteund door praktijkvoorbeelden. Daarnaast is er ruimte om van elkaar te leren. Het is tevens een gelegenheid dat hulpverleners elkaar beter leren kennen.

De meerwaarde van deze gespreksinstrumenten wordt uiteengezet, niet alleen voor de eigen dagelijkse praktijk maar ook voor het kind en het gezin. Ook wordt nagedacht over de toegevoegde waarde van het de gespreksinstrumenten bij doorverwijzing.

Er moet tevens ruimte zijn om te bespreken waar knelpunten kunnen ontstaan met de gebruikelijke werkwijze van de organisaties. En voelen alle hulpverleners dat deze taakopvatting bij hen hoort? De hulpverleners hebben allemaal hun eigen invalshoek en werkwijze. Zijn ze bereid om iets nieuws te proberen? Zijn er koplopers of ambassadeurs die volledig achter het plan staan? Na de bijeenkomst is het goed om te evalueren of het kennisniveau afdoende is voor het gebruik, of dat er meer scholing in de gespreksinstrumenten nodig is.



3.3.2. Eigen maken van de werkwijze door de deelnemers (experimenteerfase)

Tijdens de experimenteerfase gaat elke hulpverlener aan de slag met het toepassen van een of beide gespreksinstrumenten in zijn eigen dagelijkse praktijk. Het is aan te raden om beide instrumenten uit te proberen, zodat hulpverleners inzicht krijgen in welke gespreksinstrument in welke situatie het best past en het meest geschikt is voor een specifieke situatie. Tevens zorgt dit voor meer inzicht in wat collega's hebben gedaan tijdens een consult waarbij een van de hulpmiddelen is gebruikt.

Een ander belangrijk onderdeel van deze fase is dat de hulpverleners hun ervaringen delen en reflecteren op het gebruik van de gespreksinstrumenten binnen de eigen praktijk en de verwijzingen onderling. Het is handig om dit in het team te agenderen voor bespreking.

De gespreksinstrumenten zijn bij diverse consulten in te zetten - kennismakingsgesprekken, psychische of aanhoudend lichamelijke klachten, leefstijlvraagstukken - en bij verschillende doelgroepen, dus niet alleen bij kinderen.

Tijdens deze fase is het ook belangrijk dat de kerngroep contact houdt met de hulpverleners zodat ze tussentijds vragen kunnen stellen of ervaringen kunnen uitwisselen.

Hiervoor zijn meerdere mogelijkheden:

- Tussentijds contact houden met een vertegenwoordiger van de praktijk.
- Een chat groep/whatsapp groep opzetten voor contact met alle deelnemers. Ervaringen en tips delen, vragen stellen.
- Bezoeken van de deelnemende praktijken door een lid van het implementatieteam.
- Inventarisatie van activiteiten en ervaringen van deelnemers via een online vragenlijst.
- Meerdere multidisciplinaire bijeenkomsten houden.

De 'koplopers', ofwel de enthousiastelingen in de wijk, kunnen in deze activiteiten een rol spelen. **Zie schema 1.**



Schema 1. Afstemmen op koplopers en achterblijvers

Bij vernieuwingen zijn er vaak koplopers, achterblijvers en een middengroep. Alle drie hebben verschillende drijfveren om te veranderen - of juist niet. Wat betekent dat voor uw aanpak? En is het misschien handig om eerst de ene groep en dan de andere te benaderen? Onderstaand schema helpt om die afweging te maken. Vul de open stukken in het schema in voor uw situatie.

	Koplopers	Middengroep	Achterblijvers
Wie zijn het?			
Wat is de motivatie om te veranderen?	Snel te porren voor veranderingen. Zien de voordelen ervan in.	Wil er graag bij horen. Gevoelig voor de sociale druk en de relatie met anderen.	Vaak geneigd tot solistisch opereren. Gevoeliger voor dwang en druk.
Wat moet u vooral beïnvloeden?	Kennis	Houding	Gedrag
Wat kan u daarbij helpen?	Goede en wetenschappelijk verantwoorde informatie, afkomstig van betrouwbare bronnen. Bijvoorbeeld artikelen en gekwalificeerde nascholing.	Sleutelfiguren inzetten, intercollegiale activiteiten en feedback van collega's. Bijvoorbeeld: teamoverleg, onderlinge afspraken, intercollegiale toetsing, kleinschalige scholingsbijeenkomsten waarbij opinieleiders de nieuwe werkwijze introduceren, consensusbijeenkomsten.	Praktische steun bij problemen, regels en afspraken. Beloning en sancties. Druk vanuit (vak)organisaties, en vanuit regels die zijn opgesteld door directie en raad van bestuur.
Welke conclusie trekt u?			

Bron: Grol R, Wensing M. Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2006

3.3.3. Vastleggen van concrete werkafspraken binnen de organisaties en in de wijk

Na de experimenteerfase, waarin alle hulpverleners ervaring hebben opgedaan met het toepassen van de gespreksinstrumenten in hun eigen praktijk, is het tijd om concrete werkafspraken vast te leggen. De bedoeling is dat alle hulpverleners nu volgens de afgesproken werkwijze werken. Er is ervaring opgedaan met het zelf inzetten van de gespreksinstrumenten, en het doorverwijzen en het ontvangen van verwijzingen met behulp van de instrumenten. De samenwerking heeft laten zien



wat prettig is en wat minder werkzaam (b)lijkt. Tevens is inzicht gekregen in wanneer welk gespreksinstrument op welke manier, bij welk onderwerp het best kan worden ingezet.

Voorbeelden van vast te leggen werkafspraken zijn afspraken over:

- Informeren van kinderen/gezinnen over de manier van werken: uitleg geven over het belang van een breed gesprek en aandacht voor werken aan eigen doelen, zowel tijdens de intake door assistenten, als via informatie op de website of digitale informatieborden in de wachtkamer.
- Het voorbereiden van kinderen/gezinnen op het gesprek: hen vragen vooraf de Kindtool Positieve Gezondheid in te vullen, of een van onze explainervideo's te kijken.
- Opslag van gegevens: hoe het instrument eventueel meegaat met het kind, hoe gegevens worden opgeslagen in het dossier en wat kind en gezin zelf oppakken
- Delen van gegevens en samenwerking: afspraken maken over hoe hulpverleners met elkaar communiceren, elkaar aanspreken op de gemaakte afspraken (zoals het voeren van een breed gesprek voor een verwijzing) en wie regie houdt als er meerdere hulpverleners betrokken zijn.

Box 4. Successen en knelpunten in de uitvoeringsfase van het project Samen Begrijpen en Beslissen met Kinderen

Multidisciplinaire bijeenkomsten

De belangrijkste manier voor contact met alle hulpverleners en evaluatie, zijn de multidisciplinaire bijeenkomsten, zo is gebleken. Meestal organiseerden we in een wijk meerdere multidisciplinaire bijeenkomsten op verschillende dagen, om zo een zo hoog mogelijke opkomst te krijgen. Soms werd afgesproken dat bij de multidisciplinaire bijeenkomsten slechts enkele afgevaardigde hulpverleners een organisatie zouden vertegenwoordigen zodat niet het volledige team de werkvloer zou. Op verzoek van de teams, en om iedereen in de gelegenheid te stellen mee te doen aan het project, werden tussen de multidisciplinaire bijeenkomsten ook monodisciplinaire bijeenkomsten georganiseerd om het hele team mee te nemen in de implementatie. Het voordeel van deze aanpak is dat het aantal koplopers in een wijk kan toenemen.

Door een goede inventarisatie via de managers, was het in een wijk mogelijk om aan te haken bij een bestaand 'jeugdnetwerkoverleg'. Dit werd erg gewaardeerd en goed bezocht. De hulpverleners die aan dit overleg deelnamen, spraken nu af om altijd volgens de I-AM methodiek te werken met de tools voor de casuïstiek die tijdens het overleg werd besproken.



Tussentijds contact tussen deelnemers en implementatieteam

Tijdens de implementatie van I-AM in de wijken hielden we tussentijds contact met de deelnemers. In eerste instantie kozen we voor aangekondigde bezoeken aan de praktijken. Tevens riepen we hulpverleners op om contact op te nemen via ons gezamenlijke e-mailadres als ze vragen of problemen hadden.

Het voordeel van het bezoeken van de praktijken, was het fysieke contact met de hulpverleners. Het diende ook als een herinnering voor hulpverleners om bezig te zijn met de implementatie van de werkwijze. Bovendien was het laagdrempelig voor de hulpverleners om vragen te stellen, wanneer ze dit (tijdens hun pauze) op hun eigen werkplek konden doen.

Een nadeel was dat de aankondigende mails minder goed werden gelezen, waardoor het bezoek toch vaak als onverwacht werd ervaren en hulpverleners geen vragen of opmerkingen hadden voorbereid. Hierdoor bleek het een arbeidsintensieve interventie met onduidelijke opbrengst. In andere wijken kozen we ervoor om via een online vragenlijst hulpverleners te vragen naar hun ervaringen en eventuele extra behoeften tijdens deze fase van de implementatie. De deelnemers waren erg enthousiast over de fysieke afspraken die hieruit voortkwamen.

Aandacht voor bevorderende en belemmerende factoren voor samenwerking binnen de wijk.

Tijdens de bijeenkomsten werd duidelijk waar mogelijkheden en knelpunten lagen binnen de wijk. Zo kwam naar voren dat de verwijzroute van de huisarts naar het buurtteam niet overal hetzelfde verliep. In Utrecht voeren buurtteammedewerkers verdiepende gesprekken na de huisartsgesprekken om samen te kijken welke zorg er nodig is. Het elkaar betrekken varieerde: soms door fysieke overdracht, via de mail of telefoon, en soms zonder verwijzing of overdracht. Deze afspraken waren niet bij iedereen duidelijk. De wens was altijd een vorm van overdracht of communicatie te hebben. De manier van communicatie (fysiek, via mail of telefonisch) werd per wijk gekozen. Bijkomend voordeel van wijk-overstijgende implementatie dat de best practices van de ene wijk mee kon worden genomen naar de andere.



3.4. Monitoring en Evaluatie

Doel monitoren en evalueren:

Vanaf de start volgen hoe de implementatie van de werkwijze verloopt binnen de wijk/gemeente. Op basis van de verkregen inzichten kunnen onderlinge werkafspraken en het plan van aanpak waar nodig worden bijgesteld.

Door wie:

Deze fase wordt uitgevoerd door alle deelnemende partijen onder begeleiding van het implementatieteam.

Activiteiten monitoring en evaluatie:

- Periodiek evalueren met professionals, jongeren en gezinnen, en managers/ bestuurders.

Evaluatie van de werkwijze is zowel tijdens als na het implementatietraject van belang. We raden aan om zowel kwalitatieve als kwantitatieve informatie te verzamelen bij de deelnemende hulpverleners en jongeren/gezinnen. Hieronder volgen enkele voorbeelden van vragen, zoals gesteld binnen het project Samen begrijpen en beslissen met kinderen.

Voorbeeldvragen kwalitatieve evaluatie:

- Wat is voor het kind de meerwaarde van de werkwijze?
- Wat is voor de hulpverleners de meerwaarde van de werkwijze?
- Wat voor de onderlinge samenwerking in de wijk de meerwaarde van de werkwijze?
- Wat hebben hulpverleners nodig om op deze manier te kunnen werken? Waar lopen zij tegenaan? Wat werkt, wat niet?
- Hoe ervaren kind en gezin de ondersteuning en/of zorg op deze manier?

Voorbeeldvragen kwantitatieve evaluatie:

- Hoe vaak worden de gespreksinstrumenten toegepast?
- Werken alle hulpverleners met deze werkwijze?
- Past het binnen de tijd die hulpverleners hebben per kind?
- Hoe vaak wordt er een verwijzing gedaan met toevoeging van de ingevulde gespreksinstrumenten?
- Is er een ander beeld te zien in de doorverwijzingen, is er een verschuiving van de verwijzingen naar andere disciplines?



3.5. Borging

Doel borgingsfase:

De geïmplementeerde werkwijze structureel inbedden in de organisaties en de wijk. Ofwel, zorgen dat alle inspanningen en de resultaten duurzaam behouden blijven en dat iedereen volgens de gemaakte afspraken blijft werken.

Door wie:

Deze fase wordt uitgevoerd door alle hulpverleners die deze werkwijze dagelijks toepassen. Het is essentieel dat managers, bestuurders en de gemeente dit blijven steunen en faciliteren.

Aanbevolen activiteiten in de borgingsfase:

- Opnemen van I-AM in de werkwijze van de deelnemende partijen
- Periodiek evalueren op niveau van stad en wijk en doorontwikkelen.
- Uitbreiden naar andere wijken en regio's

Voordat de borgingsfase kan starten, moeten de individuele partijen de werkwijze volledig hebben geïntegreerd in de dagelijkse praktijk. Vanaf dat moment kan effectieve samenwerking goed verlopen. Het is daarom van belang dat elke hulpverlener zich verantwoordelijk voelt om zichzelf en collega's te herinneren aan de werkwijze. En dat nieuwe medewerkers direct meegenomen worden in deze manier van werken met I-AM. Bijvoorbeeld door de werkwijze te op te nemen in een introductie cursus voor nieuwe medewerkers. Op die manier groeit het aantal deelnemers in de wijk.

Een effectieve manier om de werkwijze te borgen is door het einde van de projectperiode een- of twee- jaarlijkse bijeenkomst in te plannen, eventueel geïntegreerd in een bestaande overlegstructuur. Op basis van periodieke evaluaties (zie onder 3.4) kan de kwaliteit van het samen begrijpen en beslissen verder worden verbeterd en werkafspraken verder worden verfijnd.

Box 5. Voorgenomen borgingsactiviteiten van de deelnemende organisaties aan het project Samen begrijpen en beslissen met kinderen ('Begeleidingsgroep')

Algemeen

Op basis van het project en de evaluatie, willen de Gemeente Utrecht en de deelnemende organisaties een definitief besluit nemen om de werkwijze stadsbreed toe te passen. Bestuurders van de deelnemende organisaties benadrukken het belang van het gezamenlijk uitdragen van deze werkwijze, zowel vanuit de eigen organisatie uitdragen als vanuit de gemeente, onder de slogan: "Zo werken wij in Utrecht". De begeleidingsgroep adviseert om niet te spreken van het "Introduceren van een nieuwe werkwijze", maar van doorontwikkeling van het werken vanuit 'Positieve Gezondheid' en het versterken van de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein (zoals beschreven in de Beleidsnota Gezondheid). Mogelijke gespreksinstrumenten zijn de Netwerkintake, Mijn Positieve Gezondheid en het 4D model. Per wijk worden afspraken gemaakt over de te gebruiken instrumenten.

Ondersteuning van professionals met het werken met I-AM

- Professionals krijgen toegang tot het benodigde materiaal via www.umctutrecht.nl/i-am en daarnaast eventueel geprint materiaal zoals afscheurblokjes mijn positieve gezondheid en/of 4D-model.
- Het trainingsaanbod Samen begrijpen en beslissen, de e-Learning *Netwerkintake*, *Positieve Gezondheid* (via IPH of bijvoorbeeld *'In de Kern Gezond, Leidsche Rijn*) en 4D model zijn toegankelijk en zichtbaar voor de deelnemers. Er wordt gewerkt aan het opnemen van de werkwijze in de stedelijke e-Learning Jeugd voor alle professionals die in de stad werken met kinderen, jongeren en hun gezinnen.

Blijvende aandacht en periodieke evaluatie van Samen begrijpen en beslissen/I-AM

- I-AM /Positieve Gezondheid agenderen bij het stedelijk overleg Jeugd en de brede wijkoverleggen / team Jeugd in de wijk.;
- I-AM / Positieve gezondheid onderdeel maken van 'Wijk data-wijk doen
- I-AM/positieve gezondheid uitwerken in de wijkplannen.
- Intervisiebijeenkomsten blijven organiseren in de wijken (volgens ontwikkelde format): uitwisselen, ervaringen, tips, tricks.
- Jaarlijkse bijeenkomsten/meet-ups om elkaar te ontmoeten en inspiratie op te doen.
- Doelstellingen formuleren op het niveau van bewoners, professional sen organisaties, en deze beleggen bij het team-jeugd-in de wijk (wijkniveau) en stedelijk overleg jeugd (stedelijk niveau).
- Evalueren van de waarde van deze manier van werken met bewoners.



Context en verantwoording van deze handreiking

De werkwijze I-AM is ontwikkeld binnen het project Samen Begrijpen en Beslissen met Kinderen. Dit hoofdstuk licht het project verder toe.

Project Samen Begrijpen en Beslissen met Kinderen (2022-2024)

In 2022 is het project Samen Begrijpen en Beslissen met Kinderen gestart in zeven wijken van Utrecht, gefinancierd met implementatiegelden van Zorginstituut Nederland (ZIN). Het project heeft tot doel de zorg voor kinderen en hun naasten te verbeteren met behulp van eenvoudige, bekende gespreksinstrumenten voor de netwerken rondom het gezin en in de eigen wijk. De nadruk ligt op het kind, niet het probleem. Centrale vragen zijn: Wat wil het kind echt, welke problemen zijn er en wie kunnen ondersteunen? Wat kan het kind zelf, en wat lukt samen met de omgeving? En als dit onvoldoende is, welke hulpverlener(s) is dan het meest aangewezen?

Om dit project te laten slagen werd per deelnemende wijk in kaart gebracht welke hulpverleners betrokken zijn bij de zorg voor kinderen. Deze hulpverleners werden uitgenodigd voor multidisciplinaire scholingsbijeenkomsten in de wijken met als doel het uniform gebruik van deze gespreksinstrumenten en een beter begrip van het kind realiseren. Daarnaast was het doel om de gespreksinstrumenten te gebruiken om de samenwerking tussen hulpverleners te verbeteren. Door informatie uit de opgehaalde informatie uit de gespreksinstrumenten over te dragen, is het voor het gezin duidelijk welke informatie mee gaat naar de volgende hulpverlener. De nieuw betrokken hulpverlener weet op zijn beurt welke informatie de collega uit de wijk heeft opgehaald.

Achtergrond

In de hulpverlening voor kinderen met psychische klachten en/of aanhoudend lichamelijke klachten (ALK) ontbreekt het vaak aan begrip vanuit het perspectief van de kinderen, het vaststellen van persoonlijke doelen en een gemeenschappelijke taal om hier over te praten en samen met kinderen beslissingen te nemen.

De nadruk ligt vaak op het toekennen van de juiste, veelal medisch gedefinieerde, diagnose, terwijl de problemen van de kinderen multifactorieel zijn en vaak complexe psychosociale problemen omvatten. Dit betekent dat deze problemen doorgaans niet opgelost kunnen worden door een enkele hulpverlener zoals een buurtteam, huisarts, de jeugdarts, of specialist, maar samenwerking vereist.



Bijna de helft van de kinderen binnen het voortgezet onderwijs ervaart wekelijks psychosomatische klachten zoals slaapproblemen, hoofdpijn en buikpijn (Trimbos, 2018). Vaak gaan deze problemen gepaard met andere stressoren zoals pesten op school, scheidingen, ziekte in het gezin en armoede. Kalverboer (2019) signaleert dat kinderen en gezinnen op veel plekken niet de noodzakelijke (integrale) zorg en ondersteuning krijgen, zeker wanneer er sprake is van problematiek binnen meerdere levensdomeinen. Dit leidt tot onnodige (somatische) zorgconsumptie, toenemende wachtlijsten in de GGZ en kinderen die nergens terecht kunnen omdat hun problematiek te complex is (geworden) (Regiobeeld Utrecht 2022). Ondertussen stapelen problemen zich verder op.

Vroegtijdig ingrijpen is ook van belang omdat kinderen met psychische klachten en/of ALK een sterk verhoogd risico hebben op psychische klachten als volwassenen met bijbehorende aanhoudend hoge zorgconsumptie (Fichter, 2009, Bohman 2018).

Het tegenovergestelde gebeurt ook: in geval van (nog) minder ingewikkelde problematiek wordt vaak snel een beroep gedaan op specialisten en wordt juist het inzetten van de eigen grip op aanpakken van problemen en die de eigen omgeving onderbenut. Ook dit leidt tot onnodige zorgconsumptie en wachtlijsten.



Checklist implementatie I-AM

Oriëntatiefase ca. 2-3 maanden	
• Verkennen van de wens en doelen om met I-AM te werken	
• Inventarisatie van samenwerkende partners	
• Benoemen van gedeelde visie en specifieke wijkdoelen opstellen	
• Bepalen van benodigde middelen (geld, ICT, mensen, tijd)	
• In kaart brengen van mogelijke barrières en succesfactoren	
• Inplannen van initiële overlegmomenten met betrokken partijen	
Vorbereiding ca. 2 maanden	
• Vaststellen deelnemende organisaties en praktijken	
• Keuze maken voor de te gebruiken bestaande gespreksinstrumenten	
• Opstellen van een plan van aanpak	
Uitvoering ca. 6 –12 maanden	
• Organiseren van een startbijeenkomst en de reeks vervolgbijeenkomsten	
• Eigen maken van de werkwijze door de deelnemers (experimenteerfase)	
• Evalueren / documenteren van ervaringen en goede praktijken voor verdere verspreiding (zie ook onder evaluatie)	
Evaluatie	
• Periodiek evalueren onder professionals, jongeren en gezinnen, en managers/ bestuurders.	
• Aanpassen van werkafspraken waar nodig	
Borging	
• Opnemen van I-AM in de werkwijze van de deelnemende partijen	
• Periodiek evalueren op niveau van stad en wijk en doorontwikkelen.	
• Uitbreiden naar andere wijken en regio's	



Colofon

Deze handreiking is ontwikkeld binnen het project Samen begrijpen en beslissen met kinderen. Dit project werd gefinancierd door Zorginstituut Nederland, binnen de subsidieregeling Leren gebruiken van uitkomstinformatie voor Samen beslissen (2021-2025).

Auteurs

Marloes Gerrits en Irene Mak (UMC Utrecht, Julius Centrum)

Karin Hagoort (UMC Utrecht, afdeling Psychiatrie)

samenbeslissenmetkinderen@umcutrecht.nl

Vormgeving

Turquoise Ontwerp (www.turquoiseontwerp.nl)

Website: www.umcutrecht.nl/i-am

Datum: 20 augustus 2024