



Rapportage

Verkenning naar de wijze waarop zorgaanbieders vorm geven aan de aanbevelingen uit het project 'Action learning uitstroom 24-uurszorg'

Pamela Jakobs, Charlotte Vissenberg, Kitty Jurrius | maart 2019

Bestuurlijk voorwoord regiogemeenten

De gemeenten in de jeugdhulpregio Flevoland staan voor de gezamenlijke opgave om een relatief hoog gebruik van leef- en behandelgroepen terug te dringen. Samen met jeugdhulpaanbieders en andere betrokkenen ontwikkelen we gezinsgerichte alternatieven. We hebben namelijk de stellige overtuiging dat kinderen het recht hebben om in hun eigen gezin op te groeien. En als dat (tijdelijk) echt niet kan, in een omgeving die zo veel mogelijk lijkt op een gezin. Verblijf in een groep kan natuurlijk nodig zijn, maar moet zo kort mogelijk duren. Zo snel mogelijk na plaatsing moet er een perspectiefplan zijn, zodat duidelijk is wat er na het verblijf met de jeugdige en het gezin gebeurt.

Het terugdringen van verblijf in leef- en behandelgroepen leidt volgens ons tot meer passende jeugdhulp. Omdat de jeugdhulp hiermee ook beter betaalbaar wordt, slaan we twee vliegen in een klap. De kosten voor de Flevolandse residentiële jeugdhulp waren de afgelopen jaren namelijk veel hoger dan het beschikbare budget. De jeugdhulp dreigde in een crisis te komen. Het is een teken van kracht van de partnerschappen in onze regio dat de zes gemeenten, Triade-Vitree, 's Heeren Loo en Intermetzo/Pluryr elkaar op inhoud hebben gevonden. Gezamenlijk hebben we halverwege 2017 de afspraak gemaakt om de capaciteit van het behandeld wonen terug te brengen met 50%.

Daarna is het met de samenwerking crescendo gegaan. De Werkplaats Sociaal Domein van hogeschool Windesheim is betrokken geraakt en via 'omdenkers' is het anders denken over oplossingen goed op gang gekomen op de werkvloer. Een eerste onderzoeksrapportage uit 2017 legde bloot waar de kwaliteit van de verblijfszorg nog tekort schiet en heeft landelijk op veel belangstelling mogen rekenen. Uit de voorliggende rapportage blijkt dat de aanbieders steeds beter gevolg geven aan de aanbevelingen die zijn gedaan. We zijn er echter zeker nog niet. De omslag van aanbodgericht naar vraaggericht werken is nog niet overal gemaakt. En nog niet overal zijn gekozen behandelmethoden voldoende effectief.

We zijn wel op de goede weg met elkaar. Onder de noemer 'zorglandschap jeugd Flevoland' is er een goede overlegstructuur tot stand gekomen. Daarbinnen is ruimte om openhartig te spreken over de voortgang en te komen tot gezamenlijke oplossingen. Ook starten we in 2019 met de Flevo Academie Jeugd waar al onze hulpverleners ruim de kans krijgen hun kennis uit te bouwen en vanuit samenwerking de praktijk te verbeteren. Als gemeenten staan wij graag aan hun kant.

Marjan Haak-Griffoen

Regiowethouder jeugd regio Flevoland

Bestuurlijk voorwoord jeugdhulpaanbieders

'Gewoon leven'. Onder deze titel hebben wij (Triade-Vitree, 's Heeren Loo en Intermetzo/Pluryn) de aanbesteding residentiële jeugdhulp Flevoland ingediend. Het beschrijft onze visie: alle kinderen in Flevoland hebben recht op een gewoon leven. Om in een eigen gezin op te groeien. En wanneer dit even niet kan, zoeken we samen naar een 'zo thuis mogelijke' omgeving waar dit wel kan. Leidend uitgangspunt hierin is de samenwerking met ouders en altijd met het perspectief op terugkeer naar huis. In welke vorm dan ook. Dit kunnen wij alleen realiseren met samenwerking vanuit de regio.

In 2016 hebben Triade-Vitree, 's Heeren Loo en Intermetzo/Pluryn van harte ingestemd met deelname aan het project action learning waarin kritisch werd gekeken of wij 24-uursdienstverlening kunnen voorkomen, verkorten of optimaliseren. Dit vervolrapport laat zien hoe wij als aanbieders aan de slag zijn gegaan en welke mooie stappen we hebben gezet. De volgende grote stap is dat niet alleen wij, maar ook de lokale toegangen – zowel vrij als gecertificeerd – hetzelfde traject doorlopen, met als doel dat we steeds minder gebruik hoeven te maken van 24-uursvoorzieningen. Om in dezelfde bewoordingen te blijven als het vorige rapport: er zijn nog veel meters te maken, maar samen kunnen we dit realiseren.

Paul van der Linden

Bestuurder Triade-Vitree

Inhoud

1. Samenvatting	5
2. Inleiding	6
3. Uitkomsten.....	8
4. Conclusie.....	14
Bijlage A: Achtergrondinformatie	15
Bijlage B: Onderzoeksmethode	16
Bijlage C: Discussie en aanbevelingen	18
Bijlage D: Topiclijst interviews	19
Bijlage E: Fictieve casus.....	21

1. Samenvatting

De Flevolandse gemeenten en jeugdhulpaanbieders constateerden in 2015 dat het jeugdhulp-landschap op slot zat. In- en uitstroom van de 24-uursopvang stagneerde en het aanbod van goede en intensieve jeugdhulp dicht bij kinderen en gezinnen in de eigen omgeving was onvoldoende. Voor het oplossen van deze knelpunten hebben de partners het driejarige programma 'Zorglandschap Jeugd Flevoland' opgezet (2016 t/m 2018). In dit programma werken de partners samen aan een gezamenlijk en duurzaam landschap waarbij gezinsgerichte en vraaggerichte hulp de belangrijkste principes vormen [1]. Windesheim Flevoland is vanaf het begin van het programma betrokken als onderzoekende partij door middel van action learning onderzoek en monitoring.

Een onderdeel van het programma was het project 'Action learning uitstroom 24-uurszorg'. In 2016 en 2017 zijn vanuit hogeschool Windesheim Flevoland in samenwerking met de zorgaanbieders Vitree, Intermetzo, 's Heeren Loo, Omega Groep, Triade én omdenkers van Accare bevorderende en belemmerende factoren van de in- en uitstroom van residentiële jeugdhulpvoorzieningen in kaart gebracht. De belangrijkste bevinding van dit project was dat van het totaal aantal dossiers (n = 36) een groot aantal jongeren in de 24-uurszorg verblijft met een hulpvraag die hier niet passend bij is. Om dit knelpunt te verhelpen en om een goede uitstroom te bevorderen, hebben betrokkenen bij dit onderzoek randvoorwaarden en aanbevelingen geformuleerd. Als onderdeel van de monitoring is Windesheim Flevoland gevraagd om te evalueren hoe de implementatie van de aanbevelingen verloopt. Middels kwalitatief onderzoek is dit door hen in 2017 en 2018 in kaart gebracht.

De eerste stap in dit kwalitatieve evaluatieonderzoek bestond uit interviews met managers en gedragsdeskundigen van de vijf betrokken jeugdhulpinstellingen. Uit deze interviews (november 2017) bleek dat zorgaanbieders zich met name (willen) inzetten voor het verbeteren van het vooronderzoek dat zij verrichten bij een aanmelding voor de 24-uurszorg (hervorming van de toegang), het verminderen van de scheiding tussen ambulante- en residentiële zorg, het vergroten van de eigen regie van ouders en kinderen en het inzetten van bewezen effectieve behandelingen. Deze thema's komen deels terug in de focusgroepdiscussies met hulpverleners (juli 2018, vijf focusgroepen, 23 deelnemers). Daarbij gaf de meerderheid van de hulpverleners aan dat zij in hun handelen ondersteunend willen zijn aan kind en ouders (vraaggericht), dat zij het gezin zien als een gelijkwaardige samenwerkingspartner en dat zij waarde hechten aan systeemgericht werken. Ook gaven de hulpverleners aan dat partijen elkaar steeds beter weten te vinden.

Uit de focusgroepdiscussies blijkt dat niet alle hervormingen volledig zijn doorgedrongen tot de werkvloer. Zo komt naar voren dat niet alle lokale toegangen op de hoogte zijn van de nieuwe toegang van de 24-uurszorg en blijken er slechts enkele concrete acties te zijn ondernomen voor het verkleinen van de scheiding tussen ambulante- en residentiële zorg en het inzetten van bewezen effectieve behandelingen. Uit dit onderzoek komen de volgende belangrijke factoren naar voren voor het opvolgen van de aanbevelingen:

Belangrijke bevorderende factoren:

- korte lijnen tussen professionals (bijvoorbeeld in de vorm van een multidisciplinair overleg);
- het stimuleren van systemisch werken bij medewerkers van de lokale toegang en het inzetten van verschillende expertises in een hulpverleningstraject.

Belangrijke belemmerende factoren:

- onvoldoende alternatieven voor behandelgroepen (zoals intensieve ambulante hulpverlening, gezinshuizen en zelfstandig wonen);
- onvoldoende tijd voor het opbouwen van een goede samenwerkingsrelatie met ouders/jeugdige(n);
- het uit elkaar liggen van ambulante en residentiële hulpverlening;
- een gebrek aan up-to-date kennis van de mogelijkheden met betrekking tot hulp- en ondersteuningsvormen in de regio.

2. Inleiding

Dit onderzoek is een vervolg op het project 'Action learning uitstroom 24-uurszorg', waarbij vijf aanbieders samen met onderzoekers van hogeschool Windesheim Flevoland belemmerende en bevorderende factoren van de in- en uitstroom van jeugdigen in residentiële jeugdzorgvoorzieningen in kaart hebben gebracht. Dit project bestond uit twee fases. Fase 1 liep van juni tot en met november 2016, fase 2 van januari tot en met juni 2017. Op basis van het project zijn aanbevelingen geformuleerd voor de transformatie van de jeugdhulp in de regio Flevoland [1].

De uitkomsten van dit project worden gebruikt voor regionale bestuurlijke besluitvormingen die invloed hebben op het zorglandschap van specialistische jeugdhulp in 2021. Een voorbeeld hiervan is de afspraak dat eind 2021 de capaciteit van groepen 'behandeld wonen' met circa 50% is afgenomen en dat er een (meer) evenwichtige verdeling komt tussen hulpvraag en -locatie bij jeugdhulp met verblijf [2].

Naast dat de aanbevelingen hebben gediend als input bij het formuleren van bestuurlijke doelen voor 2021, zijn ook zorgaanbieders aan de slag (gegaan) met de aanbevelingen. Dit rapport beschrijft de uitkomsten van het kwalitatieve onderzoek naar de wijze waarop de zorginstellingen vorm geven aan de aanbevelingen, hoe de implementatie van de aanbevelingen door professionals uit het Flevolandse zorglandschap wordt ervaren en hoe de hervormingen de samenwerking tussen lokale toegangen, gecertificeerde instellingen en betrokken aanbieders beïnvloeden.

Leeswijzer

Dit rapport bestaat uit drie hoofdstukken en vijf bijlagen. In het eerste hoofdstuk staan de centrale vraag en deelvragen van het onderzoek beschreven, alsmede een beknopte beschrijving van de toegepaste methode. Het tweede hoofdstuk beschrijft de uitkomsten van het onderzoek. In het laatste hoofdstuk volgt de conclusie van het onderzoek.

Dit rapport bevat de volgende vijf bijlagen:

- Bijlage A: achtergrondinformatie over het onderzoek;
- Bijlage B: een uitgebreide uitwerking van de methode;
- Bijlage C: belemmeringen van het onderzoek;
- Bijlage D: topiclijst interviews;
- Bijlage E: fictieve casus en topiclijst focusgroepdiscussies.

Begrippen

- Aanbevelingen: aanbevelingen uit de rapportage 'Action learning uitstroom 24-uurszorg'.
- Zorginstellingen: de betrokken zorginstellingen in dit onderzoek: Vitree, Intermetzo, 's Heeren Loo, Omega Groep en Triade.
- Lokale toegang: toegang naar jeugdhulp via de gemeente, uitgevoerd door een gemeentelijke orgaan of door een gemandateerde organisatie.
- Gemeenten: de betrokken gemeenten in dit onderzoek: Almere, Dronten, Noordoostpolder, Urk en Zeewolde¹.

Op de volgende pagina wordt een aantal begrippen uit het rapport nader toegelicht.

¹ Vanwege onvoldoende capaciteit bij de lokale toegang van de gemeente Lelystad is er geen focusgroepdiscussie georganiseerd in de gemeente Lelystad.

Onderzoeksvraag

De volgende vraag staat centraal in dit onderzoek:

'Hoe verloopt de implementatie van de transformatieplannen bij de betrokken zorginstellingen, hoe wordt deze implementatie door betrokken professionals ervaren en hoe beïnvloeden deze hervormingen de samenwerking binnen het Flevolandse zorglandschap?'

Deelvragen:

1. Aan welke aanbevelingen geven de zorginstellingen voornamelijk invulling?
2. Hoe geven de zorgaanbieders vorm aan de aanbevelingen uit de rapportage 'Uitstroom 24-uurszorg'?
3. Hoe worden jeugdigen geholpen sinds de aanbevelingen zijn doorgevoerd?
4. Welke gevolgen heeft de implementatie van de aanbevelingen voor de samenwerking tussen verwijzers (lokale toegang en gecertificeerde instellingen) en zorgaanbieders?
5. Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren bij de uitvoering van de aanbevelingen?

Methode in het kort

Om zicht te krijgen op bovenstaande vragen zijn sleutelpersonen bij de betrokken jeugdzorginstellingen geïnterviewd. De uitkomsten van deze interviews dienden als input voor focusgroepdiscussies (FGD's) die naderhand op lokaal niveau zijn gevoerd. Bij de FGD's waren professionals aanwezig van de lokale toegangen in Flevoland, jeugdzorginstellingen en gecertificeerde instellingen (GI's).

3. Uitkomsten

Dit hoofdstuk beschrijft de uitkomsten van het onderzoek. Achtereenvolgens komen de volgende thema's aan bod: de aanbevelingen waar de zorgaanbieders het meest invulling aan (gaan) geven, de wijze waarop zij hier vorm aan geven, de wijze waarop jeugdigen worden geholpen sinds de hervormingen zijn doorgevoerd, de gevolgen van de geïmplementeerde aanbevelingen voor de samenwerking tussen verwijzers en zorgaanbieders en de bevorderende en belemmerende factoren bij het uitvoeren van deze hervormingen.

Thema 1: De aanbevelingen waar zorginstellingen het meest invulling aan (gaan) geven

Tijdens de interviews is aan sleutelpersonen² binnen de zorginstellingen gevraagd hoe zij vorm geven aan de aanbevelingen uit het rapport action learning uitstroom 24-uurszorg en hoe ver zij zijn met de implementatie daarvan. De vier aanbevelingen waar de zorginstellingen het meest vorm aan (beogen te) geven staan hieronder beschreven.

Nr.	Aanbevelingen waar zorgaanbieders het meest vorm aan geven
1	Doorverwijzers en gedragsdeskundigen moeten bij de toegang investeren in het in kaart brengen van het gemeenschappelijk perspectief en de gemeenschappelijke hulpvraag van jongeren en hun gezin op alle leefgebieden.
2	Een minder strikte scheiding tussen ambulante- en residentiële zorg hanteren. Het zou mogelijk moeten zijn om snel tussen beide vormen van hulpverlening te kunnen schakelen.
3	De focus op het gezin houden, door het gezin actief te betrekken en medeverantwoordelijk te maken.
4	Het inzetten van geschikte behandelingen die passen bij de hulpvraag waarvoor een jongere wordt opgenomen in de 24-uurszorg.

Thema 2: De wijze waarop zorgaanbieders vorm geven aan de aanbevelingen

Aanbeveling 1: Investeren in de toegang van de 24-uurszorg

Een aantal zorgaanbieders inmiddels is gestart met het anders vormgeven van de voordeur van de 24-uurszorg. Zo heeft de regiogemeente Almere als voorwaarde gesteld dat zorginstellingen de hulpvraag van de jeugdige en ouders voorafgaand aan een plaatsing moeten verkennen. Daarnaast blijkt dat Vitree en 's Heeren Loo een ambulante intaker inzetten om de gemeenschappelijke hulpvraag van jongeren en hun gezin te verkennen. Bij Vitree gebeurt dit vooralsnog alleen bij de 24-uurszorg, maar zij overwegen om deze aanpak te standaardiseren voor alle vormen van jeugdhulp met verblijf, ook bij hulptrajecten van Triade³. 's Heeren Loo heeft dit op een andere wijze georganiseerd, namelijk met een aparte klantencentrale die alle binnenkomende aanmeldingen analyseert. De wijze waarop Intermetzo vorm geeft aan deze aanbeveling is niet naar voren gekomen in de FGD's. In de volgende twee alinea's wordt verder toegelicht op welke wijze 's Heeren Loo en Vitree de gemeenschappelijke hulpvraag en het perspectief van jeugdigen en hun gezin in kaart brengen.

's Heeren Loo heeft een aparte afdeling die zich buigt over aanmeldingen voor zowel ambulante als residentiële zorg. Na een aanmelding neemt een zorgconsulent van de klantencentrale telefonisch contact op met de aanmelder voor een aanvullende toelichting. De zorgconsulent gaat vervolgens op huisbezoek bij het gezin om de hulpvraag van de verschillende gezinsleden vast te stellen en om een beeld te krijgen van de leefsituatie en het netwerk. Het type hulpvraag bepaalt het aantal huisbezoeken en de expertises die bij de hulpverlening worden betrokken. In principe worden deze

² Sleutelpersonen die hun medewerking hebben verleend aan interviews bestaan onder andere uit leidinggevenden, ambassadeurs en professionals die mee hebben gedaan aan het onderzoek 'Action learning uitstroom 24-uurszorg'.

³ Vitree en Triade zijn sinds januari 2018 gefuseerd.

stappen bij iedere aanmelding voor 24-uurszorg bij 's Heeren Loo doorlopen. De quote uit de FGD in Noordoostpolder illustreert de doelstelling van het huisbezoek.

“We gaan vaak samen met de gedragswetenschapper op huisbezoek. De insteek van een huisbezoek is om de hulpvraag helder te krijgen. De vraag achter de vraag proberen helder te krijgen. Hoe? Waarom? Wat wil ouder? Kind, wat wil jij? Waarom wil je dat?” (uit FGD NOP)

Vitree is in de gemeente Almere gestart met een pilot waarin bij iedere aanmelding voor 24-uurszorg wordt onderzocht welke vorm van hulp het meest passend is. Binnen een tijdsbestek van vier weken voeren ambulante intakepersoneel vier tot zes gesprekken met het gezin om vast te stellen welke vorm van ondersteuning nodig is. Bij de screening zijn ook systeemtherapeuten betrokken. Uit de pilot blijkt tot nu toe dat er vaak ook andere mogelijkheden zijn dan uithuisplaatsing. Vitree is ook begonnen met deze aanpak in de gemeenten Dronten, Noordoostpolder, Urk en Zeewolde. De ambitie is om bij gezinshuizen met eenzelfde soort aanpak te werken.

Aanbeveling 2: De scheidingslijn tussen ambulante- en residentiële zorg

Uit de FGD's komt naar voren dat de meeste deelnemers van alle branches idealiter geen scheiding willen tussen ambulante- en residentiële zorg, omdat het belemmerend is voor de continuïteit van de hulpverlening en niet helpend bij een duurzame terugkeer naar huis. De deelnemers gaven aan dat voor het verkleinen van de scheidingslijn tussen ambulante- en residentiële zorg een aantal veranderingen nodig zijn, waaronder het kunnen bieden van combinatietrajecten en structurele afstemming tussen ambulante- en residentiële zorg, zowel op management- als op uitvoeringsniveau. Beter onderlinge afstemming zou volgens de professionals bijdragen aan een nauwere samenwerking tussen beide onderdelen.

“Als een ambulante hulpverlener een goede klik heeft met het gezin, ouders en jeugdigen heeft dat een meerwaarde. [...] Die behandelrelatie is zoveel waard en dat kost veel investering.” (uit FGD Almere)

Hoewel volgens professionals in de regio Flevoland gecombineerde trajecten in kleine aantallen voorkomen (bijvoorbeeld in het 24-uurstraject 'Volledig Pakket Thuis'), gaven professionals van de lokale toegang Zeewolde aan dat zorginstellingen buiten de regio, bijvoorbeeld in Amsterdam, gecombineerde (bestaande uit ambulante én residentiële zorg) trajecten organiseren op dezelfde beschikking. In de FGD in Dronten werd genoemd dat Vitree is gestart met het bieden van gecombineerde trajecten, maar dat dit een vrij nieuw concept is. Verder gaven professionals van Triade aan dat er onvoldoende ondersteuning is aan biologische ouders om bijvoorbeeld logeerweekenden beter te laten verlopen. In de FGD in Almere werd genoemd dat medewerkers van de ambulante en residentiële tak van 's Heeren Loo op kindniveau onderling afstemmen. Ook Vitree gaf aan dat, indien relevant en haalbaar, een ambulante hulpverlener van het gezin wordt betrokken bij hulp die wordt geboden in een behandelgroep.

Aanbeveling 3: De regie bij ouders laten

Uit de FGD's bleek dat een aantal zorgaanbieders strategieën heeft ontwikkeld en inzet om ouders meer te betrekken bij de hulp die in een 24-uursinstelling wordt geboden. Zo zet Vitree zich in om de regie bij de ouders te laten door een deel van haar personeel de opleiding Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG) aan te bieden. De IAG-opleiding leert hulpverleners om de regie van de cliënt en zijn sociale netwerk te vergroten. De volgende quote uit de focusgroepdiscussie in Dronten illustreert de aanpak van een IAG-hulpverlener.

“Als ik in een gewone setting kom, in het vrijwillig kader, ervaar ik ouders als gelijkwaardig, zo niet bijna andersom, zij zijn de ouders en hebben het gezag. We kunnen samen kijken wat zij willen. Ik ben hier niet om ouders te vertellen wat er gedaan moet worden.” (uit FGD Dronten)

Naar aanleiding van het action learning onderzoek hebben groepsbegeleiders van Vitree een training 'Systeemgericht werken' gevolgd en zijn er systeemtherapeuten binnen de organisatie aanwezig die betrokken kunnen worden bij verschillende onderdelen, zoals bij een crisis, een aanmelding of een 24-uurstraject. Eén professional van Intermetzo gaf aan dat werknemers worden getraind om de samenwerkingsrelatie met het gezin te verstevigen. Ook is benoemd dat Intermetzo zich inzet om kinderen die zich buiten de regio in zorginstellingen bevinden terug te halen naar de regio, zodat ouders meer betrokken kunnen zijn bij de hulp in een 24-uursinstelling.'s Heeren Loo zorgt voor meer behoud van regie bij ouders tijdens het proces rondom de aanmelding door te werken met thuisbezoeken. Alleen professionals van Triade (die jeugdhulp met verblijf biedt in de vorm van gezinshuizen) gaven aan dat hun organisatie geen veranderingen in de aanpak heeft aangebracht. Dit omdat volgens professionals de rol van ouders al goed is ingebed bij gezinshuizen. Daarbij gaven zij aan dat de rol van ouders per casus verschilt. Genoemde factoren die hier invloed op hebben, zijn de capaciteiten van ouders en de visie van de betrokken jeugdbeschermer.

Aanbeveling 4: Het inzetten van bewezen effectieve behandelingen

Uit de FGD's kwam naar voren dat de meeste professionals bij het kiezen van een behandeling de bewezen effectiviteit van de behandeling niet nadrukkelijk meenemen bij hun afweging. Verder komt naar voren dat plaatsingen op een behandelgroep vaak gezien worden als een noodgreep in plaats van de best passende plek voor jongeren.

Professionals die behandelingen voor jeugdigen inzetten, geven aan dat de behandeling niet perse bewezen effectief hoeft te zijn. Genoemde redenen hiervoor zijn: bewezen effectieve behandelingen zijn niet altijd voorhanden en het is belangrijker dat de behandeling goed aansluit bij de jeugdige en diens ouders.

"Meestal kies ik wat beschikbaar is en wat binnen mijn 'inner circle' bekend is. Ik denk dat we vaker kiezen wat beschikbaar is dan wat bewezen effectief is." (uit FGD Dronten)

"Sterker nog, ik durf wel te stellen dat sommige hele praktische bokswedstrijden soms veel effectiever zijn dan tien praat sessies". (uit FGD Urk)

Met betrekking tot behandelgroepen wordt in alle FGD's genoemd dat jeugdigen in een open behandelgroep niet altijd een hulpvraag hebben die past bij de groep waarin zij zijn geplaatst. De meest genoemde verklaring hiervoor is een tekort aan passende alternatieven (met name voor jongeren van 16 jaar en ouder). Een aantal professionals in de focusgroep van Noordoostpolder gaf aan dat het aanbod en de vraag binnen pleegzorg en bij gezinshuizen beter op elkaar zijn afgestemd.

"Ik zie het misschien vaker in behandelgroepen dan bij gezinshuizen [een mismatch]... bij behandelgroepen heb je jongeren zitten waarvan je je afvraagt: moet dat echt hier? Bij een gezinshuis heb je een meer zorgvuldig en kritisch traject vooraf [dan bij behandelgroepen] waardoor je minder vaak een mismatch hebt." (uit FGD NOP)

Thema 3: De wijze waarop een jeugdige wordt geholpen sinds de hervormingen zijn doorgevoerd.

In de analyse kwamen de thema's aanbodgericht werken, de houding en het handelen van de professional naar voren. De uitkomsten rond tot deze thema's worden hieronder beschreven.

Aanbodgericht werken

Tijdens de opdracht is aan de hand van een fictieve casus (zie bijlage E), aan de deelnemers gevraagd welke stappen zij idealiter zouden willen zetten. Hoewel in alle FGD's bleek dat de meeste professionals in de hulpverlening het perspectief van de jeugdige centraal willen zetten, handelden een aantal professionals aanbodgericht. Dat wil zeggen dat ze niet begonnen met het in kaart brengen van de behoeften en wensen van de jeugdige, maar met het inzetten van specifieke beschikbare hulp-

en ondersteuningstrajecten. Tevens gaf de meerderheid van de deelnemers aan jeugdigen andere vormen van hulp dan de 24-uurszorg te gunnen.

Houding van de professional

Hoewel professionals van zorginstellingen en lokale toegangen het gevoel hadden dat zij sinds de invoer van de huidige jeugdwet meer ondersteunend zijn dan voorheen, hadden professionals van de gecertificeerde instelling dit gevoel minder. De professionals die aangaven ondersteunend te willen zijn aan de jeugdigen, gaven aan dat ze bij voorkeur met ouders en jeugdige in teamverband werken, waarbij alle betrokkenen gelijkwaardige partners zouden moeten zijn met ieder zijn expertise. Dit werd met name genoemd in de gemeenten Dronten, Noordoostpolder en Urk. In deze gemeenten gaven deelnemers aan dat de hulp effectiever is wanneer aan het begin van het hulptraject met het systeem wordt samengewerkt. Zo gaf een deelnemer bijvoorbeeld aan dat wanneer het plan van aanpak wordt opgesteld met het systeem, er meer draagvlak is dan wanneer het systeem losse taakjes krijgt toebedeeld. Voor een goede samenwerkingsrelatie zijn volgens deelnemers zorgvuldigheid, vertrouwen en een gezamenlijk doel nodig.

Handelen van de professional

De meerderheid van de deelnemers had het idee dat de decentralisatie van de jeugdhulp hen scherp houdt om meer vanuit de hulpvraag van het gezin te handelen en om de eigen regie bij het gezin te vergroten. Sinds de decentralisatie kijken professionals van de lokale toegangen en zorginstellingen meer gezamenlijk naar alternatieven voor 24-uurszorg, zoals respijtzorg en intensieve ambulante hulpverlening. Tijdens de FGD in Almere is bijvoorbeeld genoemd dat bij pleeggezinnen vaker ambulante hulp wordt ingezet dan voorheen. Ook gaf de lokale toegang van Almere aan dat zij bij een pleegzorgplaatsing de potentiële logeermogelijkheden van de jeugdige in kaart brengt. Een professional van de lokale toegang Dronten gaf aan dat bij een plaatsing in een behandelgroep kritischer wordt gekeken naar de zorg die voorafgaand aan de plaatsing is ingezet. In Urk gaven deelnemers aan dat de gemiddelde leeftijd van de jeugdigen de laatste jaren hoger wordt en dat het totaal aantal groepen in Flevoland afneemt.

Met betrekking tot het thema 'handelen van de professional' gaven professionals van zorginstellingen en gecertificeerde instellingen aan dat lokale toegangen steeds meer systeembreed kijken. De lokale toegang Dronten traint haar medewerkers momenteel om systeemgericht te werken. Daarnaast werd in alle FGD's genoemd dat de verschillende expertises beter worden benut en er vaker afstemming plaatsvindt tussen lokale toegangen, gecertificeerde instellingen en zorgorganisaties. Professionals ervaren dit als prettig. De deelnemers vermoeden dat de veranderingen in hun houding en handelen deels ontstaan door afspraken met gemeenten (zoals maximale opnameduur, tussenevaluaties en vooronderzoek), maar ook door vernieuwde interne werkprocessen.

Thema 4: Gevolgen van de geïmplementeerde aanbevelingen voor de samenwerking tussen verwijzers en zorgaanbieders.

Uit de FGD's komt naar voren dat de nieuwe inrichting van de toegang van residentiële jeugdhulp voor professionals met een verwijzende functie nog onbekend is. De professionals, werkzaam bij de lokale toegangen Dronten, Noordoostpolder, Urk en Zeewolde en de gecertificeerde instellingen waren nog niet goed op de hoogte van het vooronderzoek dat Vitree en 's Heeren Loo tegenwoordig uitvoeren bij 24-uurszorgaanmeldingen. Hoewel de professionals de meerwaarde ervan inzien, vermoeden ze dat met deze nieuwe werkwijze dubbel werk wordt verricht en dat kennis en ervaringen uit de ambulante ondersteuning onvoldoende worden meegenomen in de besluitvorming van zorginstellingen. De lokale toegang van Almere (die jeugdigen verwijst naar residentiële jeugdzorg) gaf aan dat hun eigen beoordeling door deze manier van werken minder uitgebreid is. Andere gemeenten hebben vooralsnog geen aangepaste methode. De quote hieronder illustreert dit

“De samenwerking met de ambulante intake verloopt naar mijn weten prima. In het begin was dit van: gemeenten willen ook dat wij perspectiefregie gaan bieden, dus is dit niet dubbelop? Onze screening is nu korter [sinds de verandering bij de toegang van zorginstellingen].” (uit FGD, Almere)

Ook gaven professionals van zorgaanbieders tijdens de FGD in Almere aan dat perspectiefregie, een product van het programma ‘Zorglandschap Flevoland’, niet volgens de handreiking perspectiefregie wordt georganiseerd. Deze handreiking stelt namelijk dat in het vrijwillig kader iedere Flevolandse jeugdige die is doorverwezen naar de 24-uurszorg een perspectiefregisseur krijgt toegewezen. Professionals benoemden dat perspectiefregie niet in iedere gemeente is georganiseerd. Een professional van een zorgaanbieder gaf aan dat dit een gemis is. De gemeenten Almere, Dronten en Urk hebben perspectiefregie ingevuld. De gemeenten Noordoostpolder en Zeewolde hebben hier (nog) geen invulling aan gegeven.

Thema 5: De bevorderende en belemmerende factoren bij het uitvoeren van deze hervormingen.

Uit de FGD's kwamen ook bevorderende- en belemmerende factoren bij het opvolgen van de aanbevelingen uit het action learning onderzoek naar voren. Aan de hand van alle genoemde punten zijn categorieën gemaakt en is vastgesteld voor welke sector (gemeente, zorginstelling en lokale toegang) deze punten gelden. De punten zijn gesorteerd op sterkte van het patroon.

Bevorderende factoren

- Gemeenten
 - Deelnemers van alle branches gaven aan dat korte lijnen tussen professionals van lokale toegang en zorginstellingen zorgen voor een gedeelde verantwoordelijkheid. Dit zorgt voor een snellere en meer passende hulpverlening.
 - De gemeente Dronten heeft korte lijnen tussen jeugdbeleid en de lokale toegang. Dit maakt dat de lokale toegang kan aangeven welke ondersteuningsmogelijkheden ontbreken en kan attenderen op eventuele overige ervaren knelpunten.
 - Projecten waarin gemeenten, zorgaanbieders en woningcorporaties samenwerken, zorgen voor vernieuwende alternatieve hulpvormen, zoals het project ‘Woonstart Dronten’.
- Lokale toegang
 - Een structureel multidisciplinair overleg waar partijen zoals de lokale toegang, een gecertificeerde instelling, Veilig Thuis Flevoland en zorg- en welzijnsinstanties in gezamenlijkheid casussen bespreken, biedt mogelijkheden om meer systeemgerichte en integrale ondersteuning te bieden. In de gemeenten Dronten en Noordoostpolder worden zulke overleggen met ketenpartners vanuit de lokale toegangen structureel georganiseerd.
 - Het bieden van opleidingsmogelijkheden voor systeemgericht werken draagt volgens de lokale toegang van de gemeente Dronten bij aan het vergroten en behouden van de regie van ouders in een vroeg stadium van de hulpverlening.
- Zorginstellingen
 - Het samenbrengen van verschillende expertises binnen een hulpverleningstraject, bijvoorbeeld professionals gespecialiseerd in lichte verstandelijke beperkingen en geestelijke gezondheidszorg, of een multidisciplinair ambulant team zoals FACT, zorgt voor een integrale aanpak, hetgeen volgens deelnemers effectief is.
 - Inzetten op een ervaringsdeskundige/een ingebrachte mentor. Uit twee FGD's blijkt dat dit ervoor zorgt dat betrokken professionals meer samen met de cliënt werken voor het organiseren van passende hulp.

Belemmerende factoren

- Gemeenten
 - Gemeenten laten het niet toe om een residentiële traject naast een ambulante traject in te zetten. Dit werkt volgens professionals van zorginstellingen belemmerend bij het organiseren van hulp die is gericht op een snelle en duurzame terugkeer naar huis.
 - Het is per gemeente verschillend welke hulp een jeugdige kan ontvangen. Dit is volgens de deelnemers onduidelijk. Het kost veel zoekwerk om vast te stellen uit welk geldpotje de vergoeding voor de hulp moet komen.
 - Er zijn onvoldoende zelfstandige woonplekken voor jongeren beschikbaar. Dit is belemmerend voor de uitstroom uit de 24-uurszorg.
- Lokale toegang
 - Zorgaanbieders en gecertificeerde instellingen ervaren het als een knelpunt dat de lokale toegangen verschillende werkwijzen hanteren die vaak niet inzichtelijk zijn. Dit heeft een belastend effect op de administratieve werkzaamheden. De wijze waarop de jeugdbeschermingstafel wordt georganiseerd en de wijze waarop een beschikking moet worden aangevraagd verschilt bijvoorbeeld per gemeente.
 - Door het snel veranderende zorglandschap vinden verwijzers het lastig bij te houden welke ondersteunings- en hulpmogelijkheden er beschikbaar zijn. Vanwege tijdgebrek kiezen verwijzers uit het aanbod waar ze al bekend mee zijn. De ondersteuningsvorm 'Intensieve Gezinstherapie' van Vitree was bijvoorbeeld niet bekend bij alle verwijzers.
 - Er is chronisch tijdgebrek, dit heeft een belemmerend effect op het bieden van kwalitatief goede hulpverlening.
 - De lokale toegang van de gemeente Zeewolde heeft te maken met wachtlijsten. Dit werkt belemmerend bij het tijdig inzetten van hulp.
- Zorginstellingen
 - Intermetzo, 's Heeren Loo en Vitree gaven aan dat zij geen goed beeld hebben van hun collega's bij de ambulante tak binnen hun eigen organisatie, omdat structurele afstemming ontbreekt.
 - In alle FGD's werd genoemd dat er lange wachttijden zijn voor ambulante en residentiële voorzieningen. Het kan bijvoorbeeld een jaar duren voordat een jeugdige in een gezinshuis terecht kan.
 - Er is in het Flevolandse zorglandschap een tekort aan alternatieve verblijfplekken (deeltijd 24-uurszorg, pleeggezinnen, gezinshuizen, begeleid wonen) en intensieve ambulante trajecten.
 - Er is continu een hoge werkdruk. Dit heeft een belemmerend effect op het bieden van kwalitatief goede hulpverlening.
 - De herinrichting van de voordeur van de instellingen Vitree en 's Heeren Loo is niet bekend bij de lokale toegangen van kleinere gemeenten.

4. Conclusie

Op basis van de uitkomsten van de interviews (november 2017) kan worden opgemaakt dat zorgaanbieders zich met name (willen) inzetten voor het verbeteren van het vooronderzoek dat zij verrichten bij een aanmelding voor de 24-uurszorg (hervorming van de toegang), het verminderen van de scheiding tussen ambulante- en residentiële zorg, het vergroten van de regie van ouders en kinderen en het inzetten van bewezen effectieve behandelingen. Deze hervormingen zijn deels terug te zien in de FGD's (juli 2018). Daarbij gaf de meerderheid van de professionals aan dat zij in hun handelen ondersteunend willen zijn aan kind en ouders (vraaggericht), het gezin een als gelijke samenwerkingspartner beschouwen en waarde hechten aan systeemgericht werken. Ook gaven professionals aan dat partijen elkaar steeds beter weten te vinden, zowel op casusniveau als structureel.

Uit de FGD's met professionals blijkt dat niet alle hervormingen zijn doorgedrongen tot de werkvloer. Zo zijn niet alle lokale toegangen op de hoogte van de nieuwe toegang van de 24-uurszorg en is er slechts een klein aantal concrete acties ondernomen voor het verkleinen van de scheiding tussen ambulante- en residentiële zorg en het inzetten van bewezen effectieve behandelingen.

Uit het onderzoek komen de volgende belangrijke factoren naar voren voor het opvolgen van de aanbevelingen:

Belangrijke bevorderende factoren:

- korte lijnen tussen professionals (bijvoorbeeld in de vorm van een multidisciplinair overleg);
- het stimuleren van systemisch werken bij medewerkers van de lokale toegang en het inzetten van verschillende expertises in een hulpverleningstraject.

Belangrijke belemmerende factoren:

- onvoldoende alternatieven voor behandelgroepen (zoals intensieve ambulante hulpverlening, gezinshuizen en zelfstandig wonen);
- onvoldoende tijd voor het opbouwen van een goede samenwerkingsrelatie met ouders en jeugdige(n);
- de werelden van ambulante en residentiële hulpverlening die nog te ver uit elkaar liggen;
- een gebrek aan up-to-date kennis van de mogelijkheden van hulp- en ondersteuningsvormen binnen de regio.

5. Bijlage A: Achtergrondinformatie

De Flevolandse gemeenten en jeugdhulpaanbieders constateerden in 2015 dat het regionale jeugdzorglandschap op slot zat. In- en uitstroom van de 24-uursopvang stagneerde en het aanbod van goede en intensieve jeugdhulp dicht bij kinderen en gezinnen in de eigen omgeving was onvoldoende. Voor het oplossen van deze knelpunten hebben de partners het driejarige programma 'Zorglandschap Jeugd Flevoland' opgezet (2016 t/m 2018). In dit programma werken de partners samen aan een gezamenlijk en duurzaam landschap waarbij gezinsgerichte en vraaggerichte hulp de belangrijkste principes vormen [1]. Windesheim Flevoland is vanaf het begin van het programma betrokken als onderzoekende partij door middel van action learning en monitoring [2,3].

Een onderdeel van het programma was het project 'Action learning uitstroom 24-uurszorg'. Tussen 2016 en 2017 zijn vanuit hogeschool Windesheim Flevoland in samenwerking met de zorgaanbieders Vitree, Intermetzo, 's Heeren Loo, Omega, Triade én omdenkers van Accare bevorderende en belemmerende factoren van de in- en uitstroom van residentiële jeugdzorgvoorzieningen in kaart gebracht. De belangrijkste bevinding van dit project was dat van het totaal aantal dossiers (n = 36) een groot aantal jongeren in de 24-uurszorg verblijft met een hulpvraag die daarbij niet passend is. Om dit knelpunt te verhelpen en om een goede uitstroom te bevorderen hebben betrokkenen bij dit onderzoek randvoorwaarden en aanbevelingen geformuleerd. Een zorgvuldige, systeemgerichte triage bij aanmelding, het gezin medeverantwoordelijk maken voor de hulpverlening, en een minder strikte scheiding tussen ambulante en residentiële zijn een greep van de aanbevelingen die betrokken professionals, naar aanleiding van het onderzoek, hebben aangereikt aan de partners van het programma zorglandschap jeugd Flevoland [3].

Als onderdeel van de monitor is Windesheim Flevoland gevraagd om te evalueren hoe de implementatie van de aanbevelingen verloopt, hoe de implementatie wordt ervaren en op welke wijze de hervormingen de samenwerking beïnvloeden. Om zicht te krijgen op deze onderdelen is door Windesheim Flevoland een kwalitatief onderzoek uitgevoerd.

6. Bijlage B: Onderzoeksmethode

Onderzoeksdesign

Dit project bestond uit vijf semigestructureerde interviews met managers en gedragsdeskundigen die betrokken waren bij het action learning onderzoek en vijf focusgroepsdiscussies (FGD's) met professionals [3].

Dataverzameling

Bij de dataverzameling is gestart met semigestructureerde diepte-interviews met sleutelpersonen aan de hand van een topiclijst (zie bijlage D), waarin de wijze waarop zorginstellingen vormgeven aan de aanbevelingen en de voortgang van de implementatie centraal staat. De interviews hebben plaatsgevonden in het vierde kwartaal van 2017. In totaal zijn vijf interviews gehouden van gemiddeld een uur. Deze zijn met toestemming van de respondenten opgenomen. Zie tabel 1 voor een overzicht van de geïnterviewden en hun achtergrond.

Tabel 1. Overzicht van de organisaties en functies van de geïnterviewden (november/december 2017)

Organisatie geïnterviewde	Functie geïnterviewde
's Heeren Loo	Manager
Intermetzo	Manager
Omega	Manager
Vitree	Orthopedagoog
Triade	Gedragsdeskundige

In de zomer van 2018 zijn vijf FGD's georganiseerd in de gemeenten Almere, Dronten, Noordoostpolder, Urk en Zeewolde. De uitkomsten van de interviews, de wijze hoe een jeugdige geholpen wordt, de samenwerking tussen ketenpartners en bevorderende en belemmerende factoren voor de implementatie van hervormingen vormden de topics in deze bijeenkomsten. Om sociaal wenselijke antwoorden te voorkomen, waren de topics verwerkt in een fictieve casus, stellingen en een post-it-opdracht (zie bijlage E voor de topiclijst). De deelnemers aan deze FGD's zijn aangedragen door managers en bestuurders die namens de betrokken zorginstellingen deelnamen aan het programma 'Zorglandschap jeugd Flevoland'. Zie voor een overzicht van de respondenten en hun achtergrond per focusgroep tabel 2.

Tabel 2. Overzicht van de organisatie en functie van de deelnemers per focusgroep (juli 2018).

Focusgroep	Organisatie deelnemer	Functie deelnemer
Almere (n=8)		
	Intermetzo	Gedragswetenschapper
	Vitree/Triade	Intakecoördinator
	Vitree/Triade	Gedragswetenschapper
	Vitree/Triade	Gedragsdeskundige
	Vitree/Triade	Ambulant hulpverlener
	's Heeren Loo	Zorgconsulent
	JGZ Almere	Gedragsdeskundige
JGZ Almere	Ambulant hulpverlener	
Dronten (n=4)		
	Vitree/Triade	Gezinsbehandelaar
	Samen Veilig Midden Nederland	Medewerker SAVE
	William Schrikker Stichting	Jeugdzorgwerker

Zeewolde (n=3)		
	Vitree	Intakemedewerker
	Jeugdhulp Zeewolde	Casemanager
	Jeugdhulp Zeewolde	Casemanager
NOP (n=4)		
	's Heeren Loo	Zorgconsulent
	Triade/Vitree	Ambulant hulpverlener gezinshuizen
	Triade/Vitree	Gedragsdeskundige
	Samen Veilig Midden Nederland	Medewerker SAVE
Urk (n=4)		
	Triade/Vitree	Orthopedagoog
	Samen Veilig Midden Nederland	Medewerker SAVE
	William Schrikker Stichting	Jeugdzorgwerker
	GGD Flevoland	Regisseur sociaal netwerk

De FGD's duurden gemiddeld twee uur en hadden gemiddeld vijf deelnemers, met minimaal drie en maximaal acht personen. De FGD's zijn met toestemming van de respondenten opgenomen.

Vanwege onvoldoende capaciteit bij de lokale toegang van de gemeente Lelystad is er geen FGD georganiseerd in deze gemeente.. Zorginstelling Omega Groep heeft zich tussentijds teruggetrokken, omdat zij geen direct belang zagen om mee te werken aan dit onderzoek. Daarnaast was het in dit onderzoek niet haalbaar om aan iedere focusgroep meerdere zorgaanbieders deel te laten nemen. Genoemde redenen hiervoor waren onderbezetting en te weinig tijd (tabel 2).

Analyse

Van de interviews zijn verslagen gemaakt en zijn alle genoemde actieplannen geïnventariseerd. De actieplannen zijn naast de aanbevelingen gelegd. Vier aanbevelingen met de meest genoemde acties zijn uiteindelijk geselecteerd voor het onderzoek. Deze aanbevelingen zijn voorgelegd aan de deelnemers van het Partijen Overleg Ambtelijk (POA) zorglandschap Flevoland Jeugd om mee te denken over de verdere vormgeving van het onderzoek.

Een thematische content analyse is uitgevoerd voor het analyseren van de focusgroepdiscussies. Dit is het bestuderen van patronen op een systematische en objectieve wijze [4].

7. Bijlage C: Discussie en aanbevelingen

Belemmeringen van dit onderzoek

Bij de interpretatie van de resultaten van dit onderzoek moet rekening gehouden worden met de volgende punten. De oorspronkelijke doelstelling van dit onderzoek was om in iedere Flevolandse gemeente een FGD te organiseren en dat in elke FGD minstens drie zorginstellingen, de lokale toegang van de desbetreffende gemeente en een gecertificeerde instelling vertegenwoordigd zouden zijn. Vanwege capaciteitsproblemen bij de gemeente heeft er geen FGD in de gemeente Lelystad plaatsgevonden. Hierdoor hebben we geen resultaten kunnen verzamelen over het lokale zorglandschap en de samenwerking tussen zorgaanbieders en de GI's, waardoor we voor Lelystad geen antwoorden konden geven op de vragen die in dit project centraal stonden.

Daarnaast bleek het voor zorgaanbieders en GI's lastig om professionals aan te dragen voor minimaal drie FGD's. Met uitzondering van de FGD in Almere, waren per FGD slechts één of twee zorginstellingen vertegenwoordigd (tabel 2). Genoemde redenen hiervoor waren onvoldoende tijd en te weinig capaciteit. Een andere factor die heeft bijgedragen aan deze lagere opkomst is het besluit van zorginstelling Omega Groep om niet verder deel te nemen aan het onderzoek, omdat zij vanwege de ontwikkelingen rondom de regionale aanbesteding jeugdhulp met verblijf geen meerwaarde zagen in deelname aan dit onderzoek. Daarnaast was de lokale toegang van de gemeente Noordoostpolder niet aanwezig tijdens de FGD. Nadat de FGD was ingepland bleek er geen medewerker van de lokale toegang van deze gemeente beschikbaar te zijn. Om deze partij alsnog een stem te geven in het onderzoek zijn de punten die benoemd waren in de FGD voorgelegd aan de lokale toegang in een apart interview. Mogelijk is informatie over de samenwerking door deze aanpak niet genoemd door de professionals.

Hoewel er dataverzadiging was rond gevonden patronen, hebben wij door de lagere opkomst mogelijk niet alle hervormingen en de eventuele bijkomende effecten van deze veranderingen goed in beeld kunnen brengen.

Aanbevelingen

Aan de hand van de uitkomsten van dit onderzoek hebben we tijdens het symposium 'Volgende Versnelling' (november 2018) in twee workshops samen met hulpverleners, managers en beleidsmedewerkers nagedacht over de randvoorwaarden om gestroomlijnde hulp te bieden aan jeugdigen en ouders. De aanbevelingen die zijn aangedragen, hebben we verzameld. De aanbevelingen die het meest zijn genoemd staan hieronder beschreven.

- Alle jeugdigen en ouders die in aanmerking komen voor jeugdhulp krijgen een goede probleemanalyse.
- Het tijdig kunnen inzetten van hulp aan het hele systeem.
- Het kunnen bieden van ambulante hulp 24 uur per dag, 7 dagen in de week.
- Het kunnen bieden van langdurende en flexibele ambulante hulpvormen.

8. Bijlage D: Topiclijst interviews

Algemene informatie

- Toestemming vragen opname interview.
- In de rapportage wordt het interview geanonimiseerd.
- Het is altijd mogelijk om het interview af te kappen of om een vraag over te slaan.

Doel van het onderzoek

Dit interview is bedoeld om vast te stellen wat de opvolgingen zijn na het action learning onderzoek uitstroom 24-uurszorg. We willen ook nagaan in welke mate de samenwerking wordt gezocht met ketenpartners, waaronder ambulante hulpverlening en gemeenten.

Onderdeel van de monitor

Dit onderzoek is een onderdeel van de monitor van het programma Zorglandschap Jeugd Flevoland dat door Windesheim wordt uitgevoerd. Zorgaanbieders en gemeenten hebben vorig jaar ingestemd met deze methode. In het POA en middels rapportages delen we de resultaten van de monitor, waaronder de resultaten van dit onderzoek, met betrokken professionals

Vragen

1. Kun je wat over je functie vertellen? Wat doe je precies? Hoe ben jij betrokken bij het programma zorglandschap jeugd Flevoland?
2. Welke type hulpverlening bieden jullie aan Flevolandse kinderen?

Betrokkenheid sociale omgeving en (lokale) hulpverleners

1. Op welke wijze is de sociale omgeving betrokken bij de hulpverlening die jullie bieden?
2. Op welke wijze is de samenwerking georganiseerd met hulpverleners van andere zorgaanbieders?

Omdenken

1. Hoe heeft de organisatie het omdenktraject ervaren? Zien jullie meerwaarde in het omdenken? Hebben jullie nog iets gedaan met de methode omdenken? Zijn er plannen om dit op te nemen in de werkwijze van de organisatie

Gezamenlijk bestuderen van de casus

Een ander uitgangspunt van het onderzoek was om gezamenlijk de casussen te bestuderen.

1. Hoe heeft de organisatie dat ervaren? Wat vind je van het gezamenlijk bestuderen van casussen? Doen jullie dat binnen de organisatie ook? Hoe doen jullie dat in de organisatie? Hebben jullie plannen om dit anders te gaan organiseren?

Actiepunten naar aanleiding van aanbevelingen van het onderzoek (Triade en Omega)

1. Wat zijn jullie plannen n.a.v. van het onderzoek? Waarom? Hoe ver zijn jullie al? Wat hebben jullie nodig van gemeenten? En van andere zorgaanbieders? is daar samenwerking voor nodig?

Actiepunten naar aanleiding van aanbevelingen van het onderzoek (Vitree, Intermetzo en 's Heeren Loo)

1. Hoe ver zijn jullie met jullie actiepunten uit het rapport action learning uitstroom 24-uurszorg?
2. Waarom hebben jullie ervoor gekozen om dit actiepunt te formuleren?
3. Waar lopen jullie tegenaan?
4. Hoe trekken jullie hierin op met de lokale toegangen en met externe zorgaanbieders?
5. Welke professionals die met deze nieuwe methode werken, zou ik kunnen interviewen over de uitvoering van deze nieuwe methodiek?
6. Zijn er werkinstructies/handleidingen beschikbaar en zo ja, zou ik die mogen inzien?
7. Hoe zoeken jullie de samenwerking nu op
8. Wat zijn jullie toekomstplannen?

Afsluitende vragen (Vitree, 's Heeren Loo en Intermetzo)

1. Zijn er nog andere actiepunten die we niet hebben besproken maar die jullie wel n.a.v.. het onderzoek hebben geformuleerd? Zo ja, welke?
2. Zijn er na het onderzoek bepaalde samenwerkingen geïntensiveerd die we nog niet hebben besproken? Zo ja, welke samenwerkingen?

9. Bijlage E: Fictieve casus

Laurens staat vanaf zijn tiende levensjaar onder toezicht van de kinderrechter. Vanaf zijn 10e tot en met zijn 17e heeft Laurens bij een pleeggezin gewoond. Voordat hij werd geplaatst bij een pleeggezin kregen zijn ouders opvoedondersteuning. Zijn pleegouders ontvingen ook opvoedondersteuning. Pleegzorg werd door een andere zorgorganisatie geboden.

- Op 11 november 2017 belde zijn jeugdzorgwerker (jeugdbeschermer/gezinsvoogd) dat Laurens meteen opgenomen moest worden, anders zou er een crisis uitbreken. Laurens is de volgende dag geplaatst in een open behandelgroep.
- Op 28 november 2017 hebben zijn pleegouders in een telefoongesprek aangegeven dat zij het niet meer zien zitten met deze jongen en ze hebben geen tijd voor een overleg met de behandelgroep. In december 2017 hebben zijn biologische ouders gebeld naar de groep om te vragen waarom hij op een groep is geplaatst, maar ze hebben geen gezag.
- December 2017: Mogelijkheden in het netwerk zijn verkend.
- Maart 2018: Laurens zit op een cluster vier school en krijgt PMT voor zijn woedeaanvallen (ter voorbereiding op de daadwerkelijke traumabehandeling). Laurens volgt één keer per twee weken muziektherapie. Tijdens muziektherapie vindt hij het leuk om te rappen. Hij laat graag anderen luisteren naar zijn raps.
- April 2018: Laurens krijgt een andere jeugdzorgwerker. De nieuwe jeugdzorgwerker kan geen verklaring geven waarom zijn ouders niet betrokken zijn.
- Mei 2018: Klachten blijven aanhouden.
- Mei 2018: Laurens heeft op het terrein een vriendinnetje, Cheyenne. Naar haar toe is hij heel zorgzaam.
- 3 juli 2018: Laurens zit inmiddels negen maanden in de behandelgroep. De groepsbegeleiding geeft aan dat het een grappige, lieve en zachtaardige jongen is. Op school en op de groep heeft hij een grote mond. Hij heeft vaak ruzie met jongeren en begeleiders.
- 12 juli 2018: Laurens is 17 jaar oud en wordt binnenkort 18. Hij heeft meerdere keren gezegd dat hij hier weg is zodra hij 18 is. Geeft ook aan dat hij bij zijn vader gaat wonen.

Uitkomsten intelligentie onderzoek en diagnose

- Laurens heeft een disharmonisch intelligentieprofiel waarbij de verbale intelligentie sterk is en de performale intelligentie zwak.
- Hij heeft moeite met de algemene dagelijkse levensverrichtingen.
- Hij heeft een hechtingsstoornis en verzint regelmatig verhalen over spullen die hij heeft en hoe rijk zijn ouders zijn.

Rapportage gezinsvoogd

- Er is een melding gemaakt bij Veilig Thuis. Na het onderzoek van Veilig Thuis heeft de Raad voor de Kinderbescherming een onderzoek gedaan. Laurens kwam onder toezicht te staan.
- In zijn biologische gezin waren de zedelijke belangen in het geding en de basisvoorwaarden waren in het huishouden niet op orde.
- Moeder kan haar kinderen niet beschermen en vader kan de belangen van zijn kinderen niet boven die van hem zetten.
- Laurens heeft een oudere broer en zus die ook onder toezicht hebben gestaan.

Casusbespreking

- Wat zou je idealiter (los van alle kaders) willen voor deze jongen?
- Welke acties zou je als eerste ondernemen? Waarom?
- Zou je andere stappen hebben genomen wanneer de casus in het vrijwillig kader had plaatsgevonden?

Stellingen (houd hierbij rekening met de transformatieopdracht van de Jeugdwet)

- Hulpvraag: Iedere jeugdige in een behandelgroep heeft altijd een hulpvraag die past bij de 24-uurszorg
- Samenwerking: Breekpunten in trajecten van jeugdigen komen altijd door versplintering van de jeugdzorg
- Betrekken netwerk: Ouders, jeugdigen en professionals zijn altijd een hecht team
- EBP: Ik ben continu bezig mijn eigen deskundigheid te bevorderen.

Referenties

1. Regio Flevoland. (z.d.). *Stip op de Horizon*. Geraadpleegd op 11 december 2018, van <https://regio.almere.nl/zorglandschap-jeugd/stip-op-de-horizon/>.
2. Regio Flevoland. (z.d.). *Programma Zorglandschap Jeugd*. Geraadpleegd op 9 november 2018, van <https://regio.almere.nl/zorglandschap-jeugd/>.
3. Vissenberg, C., H. Tempel, and K. Jurrius Action learning – uitstroom 24-uurszorg. Een onderzoek naar bevorderende en belemmerende factoren bij de instroom en doorstroom van jongeren in de 24uurszorg. Eindrapportage. 2017, Lectoraat Klantenperspectief in Ondersteuning en Zorg Almere.
4. Bryman, A (2001) *Social Research Method*. Oxford: Oxford University Press.