

Action learning – uitstroom 24-uurszorg

*Een onderzoek naar bevorderende en belemmerende factoren bij de instroom en
doorstroom van jongeren in de 24-uurszorg.*

Eindrapportage

Charlotte Vissenberg

Hilde Tempel

Kitty Jurrius

In opdracht van: Gemeente Almere, Ontwikkeling Zorglandschap Jeugd
Uitgevoerd door: Lectoraat Klantenperspectief in Ondersteuning en Zorg (Hogeschool
Windesheim Flevoland), Accare, Intermetzo, Vitree, Triade, 's Heeren
Loo, Omega groep
Datum: 2 oktober 2017

Windesheim  Flevoland

Lectoraat
Klantenperspectief in
Ondersteuning en Zorg



Aan deze rapportage werkten mee (in alfabetische volgorde):

Regina Bakker (Omega Groep)
Jolanda Bats (Omega Groep)
Tjitske Bijma – Hetteema ('s Heeren Loo)
Maria de Boer (Triade)
Linda Derksen (Triade)
Alette van Driesem ('s Heeren Loo)
Laura Geesing (Vitree)
Gerald de Graaf ('s Heeren Loo)
Hester de Graaf ('s Heeren Loo)
Ariana Groenendijk ('s Heeren Loo)
Pamela Jakobs (projectondersteuner)
Kitty Jurrius (Windesheim Flevoland)
Peter Jan Kamphuis (Triade)
Janoe Musch (student Windesheim)
Amber Pierik (Omega Groep)
Martha van der Pol (Triade)
Ard Jan de Putter ('s Heeren Loo)
Lorine van Raalte ('s Heeren Loo)
Karelien Raben ('s Heeren Loo)
Judith van Schie (Intermetzo)
Anita Soppe ('s Heeren Loo)
Hilde Tempel (Accare)
Charlotte Vissenberg (Windesheim Flevoland)
Kelly Vos (Vitree)
Judith Warmelink (Accare)
Jolanda Westera ('s Heeren Loo)
Britt van Wijk ('s Heeren Loo)
Dirk Jan van 't Wout (Intermetzo)

Bestuurlijk voorwoord gemeenten

Als gemeenten zijn wij sinds 1 januari 2015 verantwoordelijk voor de 24-uurszorg aan jeugdigen. De afgelopen jaren zien we een grote druk op de capaciteit in verblijfsgroepen. De geboden hulp laat het gezin en het bredere sociale netwerk van jeugdigen te vaak buiten beschouwing. Aandacht voor het perspectief (terugkeer naar huis of naar een andere hulpvorm) is er wel, maar nog te licht en te weinig. Ondanks betrokken medewerkers die het beste met de jeugdigen voor hebben, vinden wij dat we een systeem overgedragen hebben gekregen dat aan herziening toe is. Wij hebben daarom als regio besloten in te zetten op innovatie en verbetering van het systeem rondom de jeugdhulp. We hebben hogeschool Windesheim Flevoland gevraagd om ons via een actiegerichte methode (*action learning*) te helpen om kansen en knelpunten bij de uitvoering van de residentiële jeugdhulp in beeld te brengen.

Omdenken

Samen met Windesheim Flevoland zijn er factoren geïnventariseerd die in-, door- en uitstroom uit de 24-uurszorg belemmeren of juist bevorderen. Hierbij is gebruikgemaakt van zogeheten 'omdenkers'. Zij zijn getraind in het denken in termen van kansen in plaats van problemen. Zij nemen de rol aan om geheel buiten de reguliere kaders te denken en het behandelteam rond een jeugdige te bevragen.

Het resultaat is deze rapportage. De rapportage helpt ons om in het belang van Flevolandse jeugdigen en gezinnen te werken aan verbeteringen. Ons doel daarbij is dat er meer passende en gezinsgerichte hulpvormen beschikbaar moeten zijn.

De Flevolandse hulpverleners zien in het omdenken een kans om hun werk nog beter te doen met betere resultaten voor jeugdigen en gezinnen. Ook op bestuurlijk niveau is er bij aanbieders draagvlak voor verandering. Zij hebben de afspraak omarmd om de verblijfs capaciteit gefaseerd terug te brengen.

Passende alternatieven

De belangrijkste randvoorwaarde voor het afbouwen van de verblijfs capaciteit is dat er voldoende passende alternatieven zijn. Wij zien dit als een van de kernopgaven binnen de jeugd- en gezinshulp voor de komende jaren. De ambitie is om te komen tot gezinsgerichte oplossingen. We willen flexibel schakelen tussen groepsverblijf en de thuissituatie. Instrumenten als time-outs en respijtzorg kunnen helpen om langdurige plaatsing te voorkomen. Kan een jeugdige langere tijd niet thuis wonen, dan willen we dat hij of zij opvang krijgt op een plek die zo veel mogelijk lijkt op een gezin. Daarom organiseren we meer (netwerk)pleegzorg en gezinshuizen.

Een omslag als deze vergt tijd en gezamenlijke inzet. Het is mogelijk ons doel te bereiken, mits we - gemeenten, aanbieders, hulpverleners - blijven omdenken en samenwerken.

R.H.M. Peeters
Regiowethouder, jeugdhulpregio Flevoland

Bestuurlijk voorwoord aanbieders jeugdhulp

Het werken aan gezinsgerichte en vraaggerichte zorg aan jeugdigen bij voorkeur in de leefomgeving van de jeugdige en zijn of haar gezin, is een streven dat landelijke en gemeentelijke overheden, zorgkantoren en zorgverzekeraars en ook zorgaanbieders omarmen.

Daarom hebben Triade, Vitree, Omega Groep, Intermetzo en 's Heeren Loo van harte ingestemd met deelname aan een project waarin kritisch gekeken werd of we 24-uursdienstverlening die we bieden, kunnen voorkomen, verkorten of optimaliseren.

Diverse medewerkers van de genoemde organisaties hebben hier enthousiast aan gewerkt.

Het project heeft inzichten aangescherpt hoe we nog beter recht kunnen doen aan jeugdigen en degenen die voor hen belangrijk zijn. Dit vraagt van ons meer aandacht dat onze interventies nog beter op hun behoeften aansluiten.

In dit project hebben we grote meerwaarde ervaren om als partners met andere aanbieders, het zogenoemde 'voorveld' en de gemeente, handen voeten te geven aan een zorglandschap waarin we steeds dichterbij het geformuleerde streven komen.

We constateren dat we allen in beweging zijn, maar ook nog vele meters hebben te maken. Samen willen we dat.

Bestuurder Triade
A. Spreen

Bestuurder Vitree
P. van der Linden

Bestuurder Intermetzo
M. Kavelaars

Bestuurder Omega Groep
J.F. Hersevoort

Lid raad van bestuur 's Heeren Loo
P.J. Vergroesen

triade



vitree
toekomst voor jeugd

Pluryn

Behandeling en ondersteuning bij
wonen, werken, leren en vrije tijd

Omega
GROEP

's Heeren Loo

Inhoudsopgave

Leeswijzer	6
Samenvatting.....	8
1. Inleiding	14
2. Methoden.....	17
2.1 Onderzoeksdesign	17
2.1.1 Action learning	17
2.1.2 Omdenken	17
2.2 Dataverzameling.....	18
2.3 Analyse	19
3 Resultaten.....	20
3.1 Achtergrondgegevens	20
3.2 Factoren van invloed op de instroom van jeugdigen in de 24-uurszorg.....	21
3.3 Factoren van invloed op de doorstroom uit de 24uurszorg.....	30
4 Omdenken.....	41
4.1 Het omdenken.....	41
4.2 Na het omdenken.....	42
4.3 Aanbevelingen m.b.t het omdenken.....	43
4.3.1 Draagvlak.....	43
4.3.2 Gedragen visie.....	44
4.3.3 Omdenken in andere organisaties	45
5 Implementatie van de aanbevelingen door de deelnemende organisaties	46
5 Conclusie en aanbevelingen.....	49
6.1 Instroom	49
6.2 Doorstroom	50
6.3 Aanbevelingen.....	52
6 Discussie en aanbevelingen voor verder onderzoek.....	57
7 Referenties	58
Bijlage 1 Topiclijst semigestructureerde diepte interviews jeugdigen in de 24-uurszorg	59
Bijlage 2 Achtergrondgegevens casussen dossieranalyse.....	62
Bijlage 3 Achtergrondgegevens diepte interviews met jeugdigen in de 24-uurszorg.....	63

Leeswijzer

Dit rapport beschrijft de bevorderende en belemmerende factoren bij de instroom, doorstroom en deïstitutionalisering van jeugdigen in de 24-uurszorg in de periode juni 2016 t/m juni 2017 op basis van een action learning traject dat plaats vond in het kader van Zorglandschap Flevoland.

Opzet van het project

Aan dit project hebben vijf organisaties deelgenomen: Vitree, Intermetzo, Triade, 's Heeren Loo en Omega Groep. Het project is uitgevoerd door een uitvoeringsteam bestaande uit twee omdenkers van Accare, gedragsdeskundigen werkzaam bij de betrokken organisaties en één action learner van Windesheim Flevoland. Het uitvoeringsteam kende verschillende samenstellingen tijdens het project, omdat bij iedere organisatie andere gedragsdeskundigen deelnamen. Omdenkers en action learner waren wel steeds dezelfde personen.

Tijdens dit project kwam het uitvoeringsteam samen om gezamenlijk de casussen door te nemen van jongeren die verbleven in de 24uurszorg, dat wil zeggen op een behandelgroep of in een gezinshuis. Het dossier werd in chronologische volgorde doorgenomen met de omdenkers, waarbij vanuit een 'omdenkperspectief' gekeken werd naar het doorlopen traject, de redenen voor plaatsing in de 24-uurszorg, de keuzes die gemaakt waren en mogelijke verbeterpunten. Op basis van deze bevindingen werd een alternatief plan geformuleerd en ingezet.

In totaal heeft het uitvoeringsteam 36 casussen bestudeerd en zijn er vijf semigestructureerde diepte interviews gehouden met jeugdigen in de 24-uurszorg.

Het project 'Uitstroom 24-uurszorg' bestond uit twee fasen. In fase 1 (juni 2016 t/m november 2016) is de instroom, vormgeving begeleiding en behandeling van jongeren in de 24-uurszorg in twee organisaties bestudeerd en zijn er adviezen gegeven ten aanzien van de uitstroom met betrekking tot de dossiers die zijn bekeken. In fase 2 (januari t/m juni 2017) is de uitstroom van drie andere organisaties onderzocht. In dit rapport worden de resultaten van het gehele project weergegeven.

Hoofdstuk 1 schetst de vraagstelling van het huidige onderzoek.

Hoofdstuk 2 beschrijft welke methoden zijn toegepast om informatie te verzamelen.

Hoofdstuk 3 bevat de resultaten van dit project: de achtergrondgegevens van de dossiers die bestudeerd zijn en van de jeugdigen die geïnterviewd zijn, de factoren van invloed op de instroom in de 24-uurszorg en belangrijke factoren van invloed op de doorstroom uit de 24-uurszorg.

Hoofdstuk 4 bevat een beschrijving van het omdenken tijdens het bestuderen van de dossiers, hetgeen dat na het omdenken is gebeurd en aanbevelingen m.b.t. het omdenken.

Hoofdstuk 5 bevat een beschrijving van de wijze waarop de vijf organisaties die aan dit project hebben deelgenomen werken aan de aanbevelingen die uit dit onderzoek naar voren gekomen zijn.

Het rapport sluit af met een conclusie, aanbevelingen en een discussie.

Het rapport bevat de volgende bijlagen:

Bijlage 1: Topiclijst semigestructureerde diepte interviews

Bijlage 2: Achtergrondgegevens casussen dossieranalyse

Bijlage 3: Achtergrondgegevens interviews met jeugdigen in de 24-uurszorg

Samenvatting

Dit rapport geeft de resultaten weer van het project 'Action learning uitstroom 24-uurszorg'. Dit project heeft in het kader van het Zorglandschap Flevoland plaatsgevonden van juni 2016 t/m juni 2017.

Vraagstelling

Dit traject vond plaats binnen de doelstelling van het Zorglandschap Flevoland: *De partners ontwikkelen de komende jaren gezamenlijk een duurzaam zorglandschap, waarbij gezinsgerichte en vraaggerichte zorg de belangrijkste principes zijn en de zorg aan kinderen bij voorkeur wordt geboden in de leefomgeving van het kind en zijn of haar gezin*⁴.

Specifiek tijdens het project Action Learning uitstroom 24-uurszorg stonden de volgende vragen centraal:

Hoe kan in de Flevolandse jeugdzorg een structurele deïstitutionalisering gerealiseerd worden?

- 1. Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren bij de instroom, de opnameduur en de deïstitutionalisering van kinderen (jonger dan 12 jaar) en jongeren (ouder dan 12 jaar) volgens literatuur, professionals, ouders en kinderen?*
- 2. Welke ervaringen worden in Flevoland opgedaan bij de uitstroom van 16 kinderen/jongeren uit twee groepen in de periode juni-november 2016 op niveau van het individu, groepsniveau, organisatieniveau, gemeente niveau en provinciaal niveau?*
- 3. Hoe kan de kennis over deze factoren en deze ervaringen worden benut in de toekomst door betrokken kinderen/jongeren/organisaties/overheden?*

Werkwijze

Aan dit project hebben vijf organisaties deelgenomen: Vitree, Intermetzo, Triade, 's Heeren Loo en Omega Groep. Dit project is ondernomen vanuit de uitgangspunten van action learning. Actie en leren gaan in action learning samen door de concrete uitvoering van taken in een praktijk die vervolgens met elkaar besproken worden (reflectie). Hierbij worden de volgende stappen ondernomen: praktijkervaring, reflectie op de praktijk, theorievorming, en actie.

Het project is uitgevoerd door een uitvoeringsteam bestaande uit twee omdenkers van Accare, gedragsdeskundigen werkzaam bij de betrokken organisaties en één action learner. Het uitvoeringsteam kende verschillende samenstellingen tijdens het project, omdat bij iedere organisatie andere gedragsdeskundigen deelnamen.

Tijdens dit project kwam het uitvoeringsteam samen om gezamenlijk de casussen door te nemen van jongeren die verbleven in de 24uurszorg, dat wil zeggen op een behandelgroep of in een gezinshuis. Het dossier werd in chronologische volgorde doorgenomen met de omdenkers, waarbij vanuit een 'omdenkperspectief' gekeken werd naar het doorlopen traject, de redenen voor plaatsing in de 24-uurszorg, de keuzes die gemaakt waren en mogelijke verbeterpunten. Op basis van deze bevindingen werd een alternatief plan geformuleerd en ingezet.

De omdenkbijeenkomsten duurden in totaal 53 uur waarbij de dossiers van 36 casussen doorgenomen zijn. Voordat deze casussen besproken werden is er eerst aan toestemming voor de inzage van het dossier aan de jongere en, indien gewenst, hun ouders gevraagd. Tijdens de omdenkbijeenkomsten maakte de action learner veldnotities van alles wat zij zag en hoorde.

Resultaten

Instream

Het action learning uitstroom 24 uurs-zorg bracht verschillende knelpunten aan het licht die te maken hebben met de *instream*. Anders gezegd: een antwoord op de vraag wat er moet gebeuren om uitstroom te verbeteren of te versnellen is dat de instroom van jeugdigen op een goede zorgvuldige wijze moet plaatsvinden. Dit blijkt een belangrijke randvoorwaarde. Specifieke knelpunten die in het action learning traject met betrekking tot de instroom naar voren zijn gekomen zijn: op tijd signaleren van problemen; ambulante zorgtrajecten die problemen in het gezinssysteem niet aanpakken (waardoor uiteindelijk toch opname in 24 uurszorg nodig was); onduidelijkheid over de hulpvraag; te weinig oog voor rol van ouders; inzet van te lichte hulp voorafgaand aan de 24-uurszorg; veel wisselende woonplekken.

Doorstroom/uitstroom

Ook bij de doorstroom/ uitstroom van jeugdigen zijn er verschillende knelpunten aan het licht gekomen. Zo blijkt de zorg zich met name op de zorg voor de jeugdige te richten en blijven ouders en pleegouders op afstand. Een relatie met de eigen woonplek wordt niet altijd onderhouden omdat alle levensdomeinen door de 24-uurszorg worden overgenomen. Een ander probleem dat zich voordoet is dat niet altijd duidelijk is met welke hulpvraag een jongere is geplaatst en/of ontbreekt het aan kennis over de interventies die effectief kunnen worden ingezet. Diagnoses worden vaak bijgesteld en het verloop van personeel is groot, ook de afstemming met de gezinsvoogd verloopt soms moeizaam. Daarnaast kwamen een aantal aspecten van de 24uurs zorg zelf aan het licht zoals

hospitalisering en een verhardend klimaat die niet helpend zijn in het traject van de jeugdige. Wachtlijsten voor vervolghulp, gebrek aan beschikbare woonplekken en financiële prikkels die de doorstroom belemmeren zijn praktische zaken die de doorstroom belemmeren.

Het omdenken

Over het algemeen is het omdenken in de organisaties positief ervaren door de betrokken gedragsdeskundigen. Het valt op dat de gedragsdeskundigen achter de doelstellingen van het project staan en hier enthousiast mee aan de slag gaan. Na het omdenken gaven zij aan zich meer afwachtend op te stellen bij een intake en niet zomaar meer te accepteren dat iemand op de groep kwam. Ook gaven zij aan de gezinssituatie beter in kaart te brengen, meer te kijken naar eventuele netwerk mogelijkheden en het sociale netwerk nog meer te betrekken bij het perspectief van de jongere o.a. door het teruggeven van verantwoordelijkheid. Aanbevelingen voor andere organisaties die het omdenken willen toepassen zijn voldoende draagvlak en een gedragen visie op de 24-uurszorg. De laatste aanbeveling bevat een aantal vragen die gesteld kunnen worden om het omdenken te stimuleren.

Concrete actie n.a.v. de leerervaringen uit dit project

De organisaties die hebben deelgenomen aan dit project hebben de leerervaringen opgedaan tijdens dit project vertaald in een aantal concrete acties. Deze acties worden gemonitord door de 'Monitor Zorglandschap Jeugd'.

Aanbevelingen

Aanbevelingen met betrekking tot een kwalitatief goede jeugdzorg (met instroom in de 24-uurszorg als mogelijkheid)

Een goede instroom bleek in dit traject een randvoorwaarde voor een efficiënte doorstroom en uitstroom van jeugdigen. Een goede triage vormt daarbij het vertrekpunt: een goede inschatting van wat het meest passende aanbod is door mensen met kennis van zaken.

- Aandacht voor de woonvraag zou al bij de instroom aandacht moeten krijgen: zodat vanaf dag 1 duidelijk wordt welke mogelijkheden er zijn binnen het sociale netwerk.
- Doorverwijzers en gedragsdeskundigen moeten bij de voordeur investeren in het proces dat telkens systematisch in kaart brengt: de klachten; de hulpvraag van jeugdige en systeem; de

in stand houdende en bedreigende factoren en de krachten/ sterke kanten van jeugdige en het systeem; behandeldoelen/hulpvragen die hier uit voortkomen; interventies die logisch passen bij de behandeldoelen/hulpvragen (dit proces noemen we verder: *zorgvuldige indicatiestelling*). Dit proces mag niet te lang duren.

- Op het moment van instroom meteen een plan te maken voor de komende dagen, zodat het uitgangspunt blijft dat de jongere terug naar huis gaat en/of dat de verantwoordelijkheid voor de jongere blijft waar hij hoort (bij het gezin) – en niet volledig bij de 24uurszorg terecht komt waardoor andere partijen afstand nemen.
- De focus op het gezin te houden, door het gezin actief te betrekken en mede verantwoordelijk te maken. Wat gaan zij doen? Het gezin en opgroeien in het gezin zou het uitgangspunt moeten blijven.
- Een minder strikte scheiding tussen ambulante zorg en residentiële zorg te hanteren. Het zou mogelijk moeten zijn om snel tussen beide vormen van hulpverlening te kunnen schakelen, bijvoorbeeld door:
 - een regiehouder per gezin waarbij de 24-uurszorg en de ambulante zorg samenwerking in één plan.
 - Het op de hoogte stellen van de ambulante zorg wie er in de 24-uurszorg zit zodat deze jongeren en hun gezinnen niet uit beeld verdwijnen en alle betrokken partijen weten wat het plan en daarbij behorende perspectief is.

Organisatieniveau

- Als organisatie aangeven wat systeemgericht werken is en welke verwachtingen daarbij horen.
- In kaart brengen van de werkwijze van ambulante hulpverleners en mogelijke barrières bij het systeemgericht werken en daarop interveniëren.
- In gesprek gaan met Pleegzorg om de volgende zaken helder te krijgen en daar zo nodig op te interveniëren of verder onderzoek te doen naar:
 - De procedure rondom de plaatsing van jongeren in een pleeggezin. De jongeren in dit onderzoek lijken vaak iets meer nodig te hebben qua opvoeding. Ook lijken jongeren met complexe problematiek vaak in gewone pleeggezinnen geplaatst te worden. Hoe verloopt het matchen van jongeren met geschikte pleeggezinnen?
 - Het maken van een risico taxatie instrument als basis voor het bepalen van de in te zetten interventie (pleegzorg of een gezinshuis) waardoor de vraag en analyse van deze vraag leidend zijn voor datgene dat wordt aangeboden.

Gemeenteniveau

- Het beter in kaart brengen van risico gezinnen om meer preventief te kunnen werken, bijvoorbeeld bij een zwangerschap waarbij beide ouders een verstandelijke beperking of psychiatrische achtergrond hebben.
- Kwetsbare ouders beter in beeld hebben en blijven volgen.
- De gemeente maakt woningen beschikbaar voor jongeren die zelfstandig kunnen wonen.
- De gemeente maakt woningen beschikbaar waar jongeren begeleid kunnen wonen, het gaat hierbij ook om woonvoorzieningen waar jongeren een aantal dagen per week kunnen verblijven om de (pleeg)ouders te ontlasten.

Aanbevelingen met betrekking tot een kwalitatief goede doorstroom van jeugdigen uit de 24-uurszorg

Individueel en groepsniveau

- In kaart brengen waarom diagnoses vaak worden bijgesteld, knelpunten identificeren en daarop interveniëren.
- Het inzetten van geschikte behandelingen die passen bij de hulpvraag waarvoor een jongere wordt opgenomen in de 24-uurszorg. Uit dit onderzoek komt niet duidelijk naar voren waardoor dit niet altijd gebeurt. De 24-uurszorg lijkt te worden gezien als een interventie, waardoor niet verder wordt ingezet op de best passende behandeling. Overige verklaringen lijken te liggen bij aanbod gestuurd werken, het ontbreken van actuele kennis bij gedragsdeskundigen en de 24-uurszorg (deze werkt verhardend en zorgt voor hospitalisering). Ook lijken deze factoren de oorspronkelijke hulpvraag te vertroebelen. Het is daarom van belang dat de oorspronkelijke hulpvraag achterhaald wordt en dat er daarna in het dossier wordt aangegeven welke behandeling wordt ingezet en met welk doel zodat andere gedragswetenschappers hier op voort kunnen borduren. Het is daarbij van belang dat gedragswetenschappers telkens terugkeren naar de oorspronkelijke hulpvraag en een cyclisch proces volgen volgens de diagnostische cyclus en het hypothesen toetsende model.
- Het actief betrekken van (pleeg)ouders met een behandeling gericht op het systeem en de problematiek in het systeem.
- Op individueel niveau afspraken maken over hoe het leven in gezin zoveel mogelijk doorgang kan vinden. Welke zaken thuis opgepakt kunnen blijven worden en wat tijdelijk vanuit de behandelgroep moet gebeuren.

Organisatieniveau

- Het faciliteren van het inzetten van bewezen effectieve interventies door het versterken van de samenwerking met aanbieders, om zo financiële en organisatorische barrières bij de organisatie van een behandeling te verminderen. De bekostiging van de zorg zou de beweging daarbij moeten stimuleren in plaats van belemmeren.
- Het in kaart brengen van redenen van het verloop van personeel en hierop interveniëren.
- Wachtlijsten?
- Meer aansluiten bij kennisnetwerken om zo het kennisniveau te verhogen en op peil te houden.
- Het faciliteren van bijeenkomsten waarbij het traject van de jeugdige in kaart gebracht wordt
- De wijze waarop gezinsvoogden invulling geven aan hun werkzaamheden in kaart brengen en hier indien nodig op interveniëren.

Gemeenteniveau

- Het overnemen van zo min mogelijk levensdomeinen door de 24-uurszorg. Dit betekent dat:
 - Jeugdigen zoveel mogelijk in hun eigen woonplaats geplaatst moeten worden.
 - Jeugdigen gefaciliteerd moeten worden om onderwijs te volgen op hun eigen school (bijv. vervoer of een reisvergoeding).
 - Ouders de regie laten houden
- De gemeente maakt woningen beschikbaar voor jongeren die zelfstandig kunnen wonen.
- De gemeente maakt woningen beschikbaar waar jongeren begeleid kunnen wonen, het gaat hierbij ook om woonvoorzieningen waar jongeren een aantal dagen per week kunnen verblijven om de (pleeg)ouders te ontlasten.
- De gemeente zorgt ervoor dat vervolghulp beschikbaar is.
- De gemeente zoekt een passende oplossing voor financiële prikkels die de doorstroom belemmeren zoals de mogelijkheden om af te schalen in een gezinshuis, het organiseren van een reiskostenvergoeding voor jeugdigen om naar school te kunnen gaan etc.

1. Inleiding

Van alle gezinnen in Nederland heeft een kleine groep ouders en kinderen professionele hulp nodig en is daarvoor aangewezen op jeugdhulp. Jeugdhulp is hulp en zorg aan jongeren en hun ouders bij psychische, psychosociale en of gedragsproblemen, een verstandelijke beperking van de jongere, of opvoedingsproblemen van de ouders. Ongeveer 15% van alle gezinnen doet een keer een beroep op een vorm van maatschappelijke hulpverlening, circa 5% doet een keer een beroep op de jeugdzorg¹
².

Op 1 januari 2015 is de Jeugdwet in werking getreden. Vanaf deze datum zijn gemeenten verantwoordelijk voor het hele jeugdveld en de uitvoering van kinderbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering. Het is de taak van de gemeente om ervoor te zorgen dat de ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen, gezinnen en medeopvoeders integraal en op laagdrempelige wijze worden aangeboden. Het uitgangspunt is dat gemeenten op basis van de specifieke situatie van de jeugdige maatwerk leveren en verbinding leggen met zorg, onderwijs, werk en inkomen, sport en veiligheid. Daarbij staat de eigen kracht van gezinnen en het eigen sociale netwerk van jeugdigen en hun ouders centraal³.

In de loop van 2015 constateerden de Flevolandse gemeenten en zorgaanbieders dat het zorglandschap voor jeugdhulp op slot zit. Het hulpaanbod past onvoldoende bij de behoeften in de individuele gemeenten en de regio. De in- en uitstroom uit de 24-uursopvang stagneert. Het ontbreekt aan een goed en intensief aanbod van jeugdhulp dichtbij kinderen en gezinnen in de eigen omgeving. En de situatie van het hele gezin (inclusief thema's als huisvesting, werk, schulden, beperkingen, verslavingen en huiselijk geweld) kan beter bij de oplossing van problemen worden betrokken⁴.

Dit is in lijn met het beleidsplan 'Opvang en bescherming' waarbij uitgegaan wordt van negen levensgebieden: wonen, dagbesteding en werk, inkomen en schulden, gezondheid, sociale contacten, ontwikkeling en ontplooiing, opvoeden en opgroeien, vrije tijd en hobby's en veiligheid⁵.

Er zijn lokaal meer ruimte, expertise en middelen nodig om de juiste ondersteuning te bieden aan kinderen en gezinnen. Daarom is het programma 'Ontwikkeling zorglandschap jeugd Flevoland' opgezet. Dit programma is in januari 2016 van start gegaan tijdens een tweedaagse van de zes Flevolandse gemeenten en een grote groep aanbieders. Het programma heeft een looptijd van twee jaar. Daarbij is de volgende doelstelling gesteld:

De partners ontwikkelen de komende jaren gezamenlijk een duurzaam zorglandschap, waarbij gezinsgerichte en vraaggerichte zorg de belangrijkste principes zijn en de zorg aan kinderen bij voorkeur wordt geboden in de leefomgeving van het kind en zijn of haar gezin ⁴.

Kenmerken hierbij zijn:

- De aangeboden jeugdhulp is integraal en gericht op maatwerk
- De hulp is bij voorkeur ambulante, tenzij het noodzakelijk is behandeling elders te doen
- De zorg is in één keer de juiste zorg
- De hulpverlening maakt verbinding met andere leefdomeinen van de jeugdige zoals onderwijs ⁴

Dit rapport geeft de resultaten weer van één project binnen het programma 'Ontwikkeling zorglandschap jeugd Flevoland', namelijk: 'Project 2- Uitstroom 24-uurszorg'.

De doelstellingen van dit project waren:

- Bevorderen van de uitstroom van jeugdigen in jeugdhulp residentieel naar eigen gezin/netwerk.
- Bevorderen van de afschaling van jeugdhulp residentieel.
- Inventariseren van factoren die in-, door- en uitstroom bevorderen en belemmeren.
- In kaart brengen van levensloop van jeugdigen in relatie tot jeugdhulp residentieel
- In kaart brengen van klantervaringen en wensen ten aanzien van jeugdhulp residentieel en de aansluiting op de thuissituatie.

Daarbij stonden de volgende vragen centraal:

Hoe kan in de Flevolandse jeugdzorg een structurele deinstitutionalisering gerealiseerd worden?

- 1. Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren bij de instroom, de opnameduur en de deinstitutionalisering van kinderen (jonger dan 12 jaar) en jongeren (ouder dan 12 jaar) volgens literatuur, professionals, ouders en kinderen?*
- 2. Welke ervaringen worden in Flevoland opgedaan bij de uitstroom van 16 kinderen/jongeren uit twee groepen in de periode juni-november 2016 op niveau van het individu, groepsniveau, organisatieniveau, gemeente niveau en provinciaal niveau?*
- 3. Hoe kan de kennis over deze factoren en deze ervaringen worden benut in de toekomst door betrokken kinderen/jongeren/organisaties/overheden?*

Het project 'Uitstroom 24-uurszorg' bestond uit twee fasen. In fase 1 (juni 2016 t/m november 2016) is de instroom, vormgeving begeleiding en behandeling van jongeren in de 24-uurszorg in twee organisaties bestudeerd en zijn er adviezen gegeven ten aanzien van de uitstroom m.b.t. de dossiers die zijn bekeken. In fase 2 (januari t/m juni 2017) is de uitstroom van drie andere organisaties onderzocht. In dit rapport worden de resultaten van het gehele project weergegeven.

2. Methoden

2.1 Onderzoeksdesign

Tijdens dit project is gebruik gemaakt van 'action learning' en de inzet van 'omdenkers'. Beide begrippen worden achtereenvolgens toegelicht.

2.1.1 Action learning

Dit project is ondernomen vanuit de uitgangspunten van action learning. Action learning betekent dat nieuwe kennis wordt ontwikkeld door de voortdurende toetsing van de praktijk aan bestaande (wetenschappelijke) kennis. Dit houdt in dat onderzoek, leerervaringen en uitvoering met elkaar worden ondernomen en besproken. Actie en leren gaan in action learning samen door de concrete uitvoering van taken in een praktijk die vervolgens met elkaar besproken worden (reflectie). Hierbij worden de volgende stappen ondernomen: praktijkervaring, reflectie op de praktijk, theorievorming, en actie.

2.1.2 Omdenken

Tijdens dit project zijn omdenkers vanuit Accare ingezet. Dit zijn GZ-psychologen met kennis en ervaring op het gebied van diagnostiek en behandeling en met ervaring in de afbouw van 24-uurszorg die in gesprek gaan met de verantwoordelijke gedragsdeskundige vanuit de instelling en de afgevaardigden van het lokale veld.

Deze omdenkers beschikken over actuele kennis met betrekking tot evidence based practice behandelingen. Daarnaast hebben zij geïntegreerde kennis over onderwijs, jeugdzorg, kinder- en jeugdpsychiatrie en volwassen psychiatrie en zijn zij op de hoogte van de richtlijnen op het gebied van onderzoek en behandeling bij kinderen en jongeren. De omdenkers zijn flexibel in denken, staan open voor verandering en zijn in staat de ander zo te bevragen en uit te dagen dat er een ander perspectief ingenomen kan worden.

De omdenker stimuleert de gedragswetenschapper om te komen tot een plan voor de jongere, door deze te bevragen en wetenschappelijke inzichten te verbinden aan de praktijk dit alles om de gedragswetenschapper te ondersteunen in het proces van omdenken teneinde de transformatiedoelstelling: "het ontwikkelen van een gezamenlijk en duurzaam zorglandschap` en

‘Ondersteuning is gezinsgericht en vraaggericht, bij voorkeur in de leefomgeving van het gezin’ te bereiken ⁴.

2.2 Dataverzameling

Tijdens dit project werd action learning en omdenken ingezet door het vormen van een uitvoeringsteam bestaande uit twee omdenkers, gedragsdeskundigen werkzaam bij de betrokken organisaties en één action learner. Dit uitvoeringsteam bepaalde gezamenlijk de doelstelling en de werkwijze van dit project.

Tijdens dit project kwam het uitvoeringsteam samen om gezamenlijk de casussen door te nemen van jongeren die verbleven in de 24uurszorg, dat wil zeggen op een behandelgroep of in een gezinshuis. De verantwoordelijke gedragsdeskundige nam in chronologische volgorde het dossier met de omdenkers door, van de geboorte van de jongere tot aan het verblijf in de 24-uurszorg. Tijdens het doornemen van deze casussen werd vanuit een ‘omdenkperspectief’ gekeken naar het doorlopen traject, de redenen voor plaatsing in de 24-uurszorg, de keuzes die gemaakt waren en mogelijke verbeterpunten. Op basis van deze bevindingen werd een alternatief plan geformuleerd en ingezet.

In totaal hebben er 10 omdenkbijeenkomsten plaatsgevonden van juli 2016 t/m juni 2017 waarbij gedragsdeskundigen betrokken bij de casussen, twee omdenkers en de action learner aanwezig waren. Daarnaast hebben er drie bijeenkomsten plaatsgevonden van in totaal 10 uur voor het bepalen van een gezamenlijke doelstelling, het opstellen van een plan van aanpak en het bespreken en interpreteren van de resultaten van dit project.

Deze gezamenlijke doelstelling luidde:

Wij doen dat wat nodig is om jongeren te laten uitstromen uit de 24-uurszorg. Om jongeren zo onafhankelijk mogelijk te maken van 24-uurszorg.

Subdoelen daarbij waren:

- verhogen van betrokkenheid van eigen systeem (omgeving);
- verantwoordelijkheid van het eigen gezinssysteem;
- optimaliseren van de behandeling (technisch gezien);
- versnellen van de uitstroom (zo snel mogelijk, maar binnen negen maanden);
- optimaliseren van de betrokkenheid van de sociale wijkteams.

De omdenkbijeenkomsten duurden in totaal 53 uur waarbij de dossiers van 36 casussen doorgenomen zijn. Voordat deze casussen besproken werden is er eerst aan toestemming voor de inzage van het dossier aan de jongere en indien nodig aan beide ouders/verzorgers gevraagd. Tijdens de omdenkbijeenkomsten maakte de action learner veldnotities van alles wat zij zag en hoorde. Daarnaast zijn er in de periode maart 2017- mei 2017 vijf semigestructureerde diepte interviews gehouden met jeugdigen in de 24-uurszorg. Zij zijn geworven via professionals betrokken bij dit project. Wij kregen het mailadres van de jongerenraad van een zorginstelling. Via de jongerenraad zijn twee jongeren geïnterviewd. Ook ontvingen wij het mailadres van een jeugdige, met toestemming van deze jeugdige. Op de groep waar deze jeugdige verbleef bleek dat twee andere jeugdigen ook graag mee wilden doen aan dit onderzoek.

De interviews duurden gemiddeld drie kwartier en vonden plaats op de woonlocatie van de respondent. Tijdens de interviews is gebruik gemaakt van een topiclijst (zie bijlage 1). De interviews zijn met toestemming van de respondent opgenomen. De jongeren ontvingen vijf euro voor het interview om deelname aan het onderzoek te stimuleren.

2.3 Analyse

De veldnotities zijn geanalyseerd met behulp van QDA Miner⁶. Het merendeel van de codes is geformuleerd op basis van de vraagstelling. Vervolgens zijn deze codes gegroepeerd in categorieën. Vervolgens zijn deze categorieën met bijbehorende codes gebruikt om de rest van de data te ordenen en te reduceren⁷.

De eerste resultaten van de analyses zijn vervolgens voorgelegd aan de gedragsdeskundigen en de omdenkers. Tot slot hebben wij gereflecteerd op het proces van omdenken en leerpunten en lessen voor het vervolg in kaart gebracht. Dit heeft geresulteerd in een eerste aanzet en aanbevelingen voor instellingen die gebruik willen maken van deze methode (zie hoofdstuk 4).

De semigestructureerde diepte interviews zijn verbatim getranscribeerd en vervolgens gecodeerd en geanalyseerd met QDA Miner. Gezien het geringe aantal interviews is eerst gekeken naar patronen die naar voren kwamen uit de dossieranalyses. Op basis van deze patronen zijn codes geformuleerd en is vervolgens gekeken of deze patronen ook gevonden werden in de diepte interviews. Vervolgens is er gekeken of er nog andere patronen uit de data naar voren kwamen.

3 Resultaten

3.1 Achtergrondgegevens

Dossieranalyse

In totaal zijn er 36 casussen van vijf zorgaanbieders geanalyseerd: Vitree, Intermetzo, Triade, 's Heeren Loo en Omega Groep. Bij Vitree, Intermetzo en 's Heeren Loo zijn de dossiers van jeugdigen die verblijven op een behandelgroep besproken. Bij Triade en Omega Groep zijn de dossiers van jeugdigen die verblijven in een gezinshuis besproken.

Bij Vitree ($n = 5$) en Intermetzo ($n = 7$) zijn 12 casussen van twee behandelgroepen besproken. Van deze 12 casussen zes casussen nogmaals besproken om te kijken wat de stand van zaken was en of verder omdenken wenselijk was. Bij 's Heeren Loo zijn negen casussen eenmalig besproken, afkomstig van verschillende behandelgroepen. Ook bij Triade ($n = 8$) en Omega ($n = 7$) groep zijn de dossiers van de jeugdigen eenmalig besproken.

De gemiddelde leeftijd van de jeugdigen was 14.7 jaar (range 7-21 jaar), met een evenredige verdeling naar sekse (50% man, 50% vrouw). Gemiddeld hadden de jeugdigen 3.8 verschillende woonplekken, bij instellingen of in het eigen netwerk, gehad (range 1-10 plekken), zie bijlage 2 voor een overzicht van de achtergrondgegevens per organisatie.

Diepte interviews

De vijf jeugdigen die geïnterviewd zijn, waren gemiddeld 17.4 jaar (range 14-19 jaar) en verbleven op het moment van het interview bij twee verschillende zorgaanbieders. Het merendeel (80%) zat in een zelfstandig wonen traject, een jeugdige verbleef op een behandelgroep. Zij waren uit huis geplaatst vanwege huiselijk geweld of een vechtscheiding en hadden gemiddeld 4.6 verblijfplaatsen in een instelling gehad (range 1-9). Tot slot valt op dat deze jongeren niet in hun eigen woonplaats geplaatst zijn bij opname in de 24-uurszorg. Zie bijlage 3 voor een overzicht van de achtergrondgegevens.

3.2 Factoren van invloed op de instroom van jeugdigen in de 24-uurszorg

Belangrijke factoren die van invloed zijn op de instroom van jeugdigen in de 24-uurszorg zijn een vroegtijdige signalering, systeemgericht werken in de thuissituatie, een onduidelijke hulpvraag bij aanmelding voor de 24-uurszorg (gebreken in het proces van zorgvuldige indicatiestelling), de rol van ouders, instroom vanuit vastgelopen pleegzorgtrajecten en veel wisselende plekken gecombineerd met een passende behandeling.

3.2.1 Vroegtijdige signalering

In iets meer dan de helft van de casussen bleek tijdens het omdenken dat er in het biologische gezin of pleeggezin sprake was van problematiek en hulpvragen, die vaak al speelden voor de geboorte van de jeugdige, met een sterke invloed op de ontwikkeling van de jeugdige. Zoals huiselijk geweld, ouders met psychiatrische problematiek of een verstandelijke beperking, een vechtscheiding, een sociaal isolement of alcoholmisbruik door een of beide ouders. Bij het merendeel van deze casussen was het uitvoeringsteam van mening dat bij vroegtijdig ingrijpen de jeugdige waarschijnlijk minder zware zorg nodig had gehad.

Robin is een jongen met een licht verstandelijke beperking. Bij de geboorte van Robin wordt een OTS afgegeven. Zijn ouders hebben beide psychiatrische en verslavingsproblematiek. De moeder staat onder voogdij, omdat zij een verstandelijke beperking heeft. In de eerste vijf jaar woont Robin op veel verschillende plekken, omdat zijn moeder geen vaste verblijfplaats heeft. Er is sprake van verwaarlozing en een vermoeden van seksueel misbruik door vader. Na toenemende signalen dat het niet goed gaat, gaat Robin als hij vijf jaar is naar een pleeggezin. Daar laat hij problematisch gedrag zien, waarna hij in een observatiecentrum wordt geplaatst. Na 9 maanden observatie wordt hij in een gezinshuis geplaatst.

Dit wordt ook benoemd in de diepte interviews. Vier van de vijf jongeren geven aan dat zij lang hebben moeten wachten totdat hulpverleners erachter kwamen dat het niet goed ging in hun thuis situatie.

De politie heeft me ook twee of drie keer opgepakt en ja en toen naar huis gebracht. En dan denk ik waarom zien jullie niet dat er iets aan de hand is waardoor ik niet thuis wil zijn? Ik kies er zelf voor om buiten te blijven, ik wilde niet naar huis (vrouw, 19 jaar)

Ja dan was er iets met mijn neus. Bloedneus dat soort dingen maar dan ga je ook niet zeggen mijn moeder heeft dat gedaan. Tuurlijk ben je bang, tuurlijk voel je je kut maar je denkt ook dat het zo hoort dus je zal er niet snel over beginnen. Iedereen zag dat het niet goed met mij

ging. [...] ze denken goh dat is misschien haar karakter want je ouders doen wel een beetje zo echt hun best om dat een beetje te verbergen zeg maar. (vrouw, 18 jaar)

Uit de dossiers van de jeugdigen kwamen daarnaast regelmatig zorgelijke situaties naar voren rondom broertjes en zusjes van de jeugdigen. In deze gevallen was het vaak onbekend wie voor deze broertjes en zusjes verantwoordelijk was en wat er qua hulpverleningsaanbod voor deze jeugdigen geregeld was.

Fleur is opgegroeid bij haar moeder. Zij heeft een oudere broer en zus die beide in een pleeggezin wonen. Zij heeft ook twee jongere broertjes die thuis wonen, een broertje is vijf jaar en het andere broertje is net geboren. Fleur is het derde kind dat uit huis wordt geplaatst. Er is een vermoeden dat haar moeder een verstandelijke beperking heeft, maar dit is nooit vastgesteld. Iedere keer als er een nieuwe baby geboren wordt, wordt het oudste kind uit huis geplaatst omdat moeder de zorg voor meer dan twee kinderen niet aankan. Op het moment van de casusbespreking is het jongste broertje een aantal keer in het ziekenhuis geweest met ondervoedingsverschijnselen. Het is niet bekend hoe het met het vijfjarige broertje gaat en wie dit in de gaten houdt.

3.2.2 Systeemgericht werken in de thuissituatie

Zowel uit de dossiers als uit de diepte interviews komt naar voren dat wanneer jeugdigen ambulante hulp gehad hebben deze vaak alleen op hen gericht was of op het gezinssysteem zonder dat de jeugdige daarbij betrokken was. Zo zijn er jeugdigen die een behandeling hebben gehad voor de gevolgen van een vechtscheiding zonder dat de ouders daarbij betrokken waren. Uiteindelijk bleef de vechtscheiding bestaan, welke leidde tot opname in de 24-uurszorg.

In een aantal casussen komt naar voren dat de ouders ambulante hulp of opvoedondersteuning (vaak in combinatie met een behandeling) hebben gekregen omdat er sprake was van verwaarlozing, seksueel misbruik of opvoedproblemen. De jeugdige heeft echter geen behandeling gekregen voor de gevolgen van deze problemen die zij ondervinden, zoals een posttraumatische stressstoornis (PTSS), hechtingstoornis of hechtingsproblematiek .

R: Toen ik negen was zijn mijn ouders uit elkaar gegaan. Toen hebben mijn moeder en ik in een vrouwenhuis gezeten. Het was een soort van heel erg, een soort van vechtscheiding. Toen heb ik een jaar thuis gewoond en toen ging ik naar B (naam instelling).

I: Wat maakte dat je naar B ging?

R: Het ging echt niet goed met mij omdat de scheiding mij helemaal kapot maakte en ik dat afreageerde op een slechte manier

3.2.3 Onduidelijke hulpvraag bij aanmelding voor de 24-uurszorg

Uit de dossiers kwam naar voren dat een aanmelding voor de 24-uurszorg bijna altijd betekent dat er wordt overgegaan tot opname. De vraag of de problematiek ook ambulante zou kunnen worden behandeld lijkt niet gesteld te worden. In plaats daarvan wordt de vraag 'Wat kunnen wij voor jou doen?' gesteld. Vaak leidt dit tot een observatieperiode om te bekijken wat er precies aan de hand is, waar een jeugdige aan wil werken of om een gezin tot rust te laten komen.

Bij bijna de helft van de casussen kon het uitvoeringsteam in de dossiers niet terugvinden wat de precieze hulpvraag was bij de eerste aanmelding van de jeugdige voor de 24-uurszorg. In de dossiers wordt vaak aangegeven dat er sprake is van een onhoudbare situatie in een biologisch gezin of in een pleeggezin, maar daarbij wordt niet vermeld wat er precies gebeurd is en welke factoren gezorgd hebben voor deze situatie. Hierdoor is vaak geen sprake van een volledig proces van indicatiestelling: het is vaak niet helder wat de hulpvraag is, van wie de hulpvraag precies is en of een 24-uursopname de beste optie is die logisch aansluit bij de klachten/hulpvraag en factoren die dit in stand houden/kunnen verminderen. Met als gevolg dat er niet wordt nagedacht over de meest passende interventie volgend op de behandeldoelen die zijn gesteld.

Tijdens het omdenken kwam echter naar voren dat in veel gevallen de jeugdige niet de enige is met een hulpvraag en/of problemen. Bij meer dan de helft van de casussen bleek sprake te zijn van al bestaande problematiek in het gezin (zie 'signalering') en in een kwart van de casussen was sprake systeemproblematiek waar de jeugdige een belangrijk onderdeel van uitmaakt.

Emiel is een jongen van 17 jaar. Hij is op de groep geplaatst vanwege steeds terugkerende woede uitbarstingen. Op de groep is de diagnose autisme gesteld. De weekenden brengt hij bij zijn ouders door. Ook als het te druk is op de groep, gaat hij naar zijn ouders. Als het thuis niet meer gaat bellen zijn ouders op om te vragen of hij weer terug mag komen. De omdenkers concluderen dat er eigenlijk sprake is van een woonprobleem, de 24-uurszorg dient hier voornamelijk om Emiels ouders te ontlasten. Zij geven aan dat Emiel eigenlijk terug naar huis kan. Hij zou cognitieve gedragstherapie kunnen volgen samen met zijn ouders in de thuissituatie, dit is een bewezen effectieve methode, om in kaart te brengen wat zijn woede

uitbarstingen veroorzaakt en op welke manier hij en zijn ouders hiermee het beste om kunnen gaan.

In iets minder dan een kwart van de dossiers kwam tijdens het omdenken naar voren dat er met name sprake was van een woonprobleem. Door het ontbreken van een veilige woonomgeving of een voorziening waar jongeren een gedeelte van de tijd kon wonen om zo de ouders te ontlasten zijn deze jeugdigen in de 24-uurszorg geplaatst terwijl zij niet perse een 24-uursbehandeling nodig hadden. Een aantal gedragsdeskundigen geeft aan dat er geen strikte voorwaarden zijn voor een behandeling bij de organisatie. Het is dan relatief makkelijk om voor een vraag naar goed en veilig wonen een beroep op de organisatie te doen.

Het vinden van een woning kan lastig zijn. Jeugdigen jonger dan 18 jaar zijn te jong om voor een woning in aanmerking te komen. Ook is het soms lastig om een urgentieverklaring aan te vragen wanneer er sprake is van drugsgebruik. Daarnaast kwam uit de dossiers naar voren dat niet alle netwerk mogelijkheden verkend leken te zijn. Soms werden de mogelijkheden in het sociale netwerk, bijvoorbeeld het bestaan van een kerkgenootschap of ouders van een vriendje die hebben aangeboden dat de jeugdige bij hen mag wonen, wel genoemd maar werd niet aangegeven of deze mogelijkheid verkend was of waarom ervoor gekozen was hier geen gebruik van te maken.

3.2.4 De rol van ouders bij de instroom in de 24-uurszorg

Uit de dossiers komt naar voren dat de rol die ouders op zich nemen of krijgen toebedeeld van invloed is op de instroom van jeugdigen in de 24-uurszorg. Daarbij zijn twee patronen te onderscheiden.

Eenzijds werd er in een kwart van de casussen lang ingezet op het biologische systeem van een jeugdige terwijl het uitvoeringsteam tijdens het omdenken van mening was dat het in de eerste levensjaren van de jeugdige duidelijk was dat de biologische ouders als gevolg van eigen (psychiatrische) problematiek en/of beperking niet in staat waren om een gezond en veilig opvoedingsklimaat te bieden, zodat de jeugdigen zich kan ontwikkelen en veilig kan opgroeien. Dit zorgde ervoor dat de problematiek van de jeugdige verergerde en er uiteindelijk gekozen werd voor 24-uurszorg omdat plaatsing in bijvoorbeeld een pleeggezin niet meer mogelijk was.

Paul heeft tot zijn vijfde jaar thuis gewoond. Zijn moeder is zwakbegaafd en heeft langere tijd een depressie gehad. Zijn vader is niet in beeld. Moeder kreeg een nieuwe partner, dit was een gewelddadige relatie. Paul zorgde voor zijn jongere broertjes. Toen hij vijf was is hij

samen met een van zijn broertjes in een pleeggezin geplaatst, maar dit ging niet goed. Paul heeft altijd voor zijn broertjes gezorgd en liet niet voor zich zorgen. Hij wil graag de controle houden en heeft geen vertrouwen in volwassenen. Uiteindelijk is Paul eerst naar een behandelgroep en vervolgens naar een gezinshuis gegaan. Het uitvoeringsteam concludeert o.a. dat er eerder ambulante hulp ingezet had moeten worden, omdat het hier gaat om een zwakbegaafde vrouw met drie kinderen. We weten dat de kans heel groot is dat dit niet goed gaat.

Een ander patroon dat uit de casussen naar voren kwam, was dat (pleeg)ouders door de 24- uurszorg gefaciliteerd lijken te worden om ervoor te kunnen kiezen wel of geen ouderrol op zich te nemen bij de zorg voor hun (pleeg)kind. Ouderschap lijkt daarbij optioneel, ouders kunnen ervoor kiezen dit niet meer te doen. Dit bevordert opname in de 24-uurszorg.

Saskia woont sinds haar tweede jaar in een pleeggezin. Toen zij 8 jaar was overleed haar pleegvader plotseling. De pleegmoeder moest meer gaan werken, maar Saskia kon niet alleen thuis blijven. Ook zat de pleegmoeder heel erg met haar eigen verdriet. Daarom is Saskia naar een crisis gezinshuis gegaan en toen zij 10 jaar was naar een gezinshuis. De pleegmoeder is nog steeds erg betrokken, zij vervult de rol van een moeder die de voogdij niet los kan laten. Saskia is erg aan haar gehecht. Het uitvoeringsteam concludeert dat een time out waarschijnlijk beter was geweest. Normaalgesproken worden bij het overlijden van een van de ouders ook geen kinderen uit huis geplaatst, maar wordt er ondersteuning geboden als dat nodig is. In dit geval had financiële ondersteuning ervoor kunnen zorgen dat Saskia naar een opvang kon en thuis kon blijven wonen. Tijdens het omdenken wordt er een plan van aanpak geformuleerd waarbij zal worden ingezet op de terugkeer van Saskia naar haar pleegmoeder met ondersteunende psychoeducatie.

3.2.5 Instroom vanuit vastgelopen pleegzorgtrajecten

Bij de instroom valt op dat er een subgroep jeugdigen is, een vijfde van de casussen, die instromen in de 24-uurszorg vanuit een of meerdere (gemiddeld 2 pleegzorgplekken per persoon, range 1-4 pleegzorgplekken) vastgelopen pleegzorgtrajecten.

Deze jeugdigen hebben allen ouders met een verstandelijke beperking of een psychiatrische achtergrond of een combinatie van beide. De meeste ouders waren erg jong toen zij kinderen kregen, sommigen ouders verbleven toen zelf in de 24-uurszorg of hadden een (gezins)voogd.

Vaak was de hulpverlening al langer in beeld en zijn deze jeugdigen op jonge leeftijd uit huis geplaatst. Bij deze jeugdigen is vaak sprake van een hechtingsproblematiek, (seksueel) misbruik en verwaarlozing. In de behandeling valt op dat deze vaak nog niet is ingezet omdat niet bekend is waar deze zich precies op moet richten. Door de aard van dit onderzoek, dossier onderzoek, is niet helder waardoor dit kwam. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de leeftijd van uit huisplaatsing en het aantal wisselende plekken. In een aantal gevallen zijn er twijfels bij de omdenkers of de behandeling alle aspecten van het probleem beslaat (bijvoorbeeld wel een behandeling voor trauma, niet voor seksueel misbruik).

Het uitvoeringsteam concludeert dat deze jeugdigen eigenlijk niet in een gewoon pleeggezin geplaatst hadden mogen worden. Bij dergelijke problematiek weet je op grond van literatuur dat dit voorspellers zijn ernstige problematiek en weten we wat er nodig is aan behandeling en begeleiding. Er is ook in het dagelijks leven professionele hulp nodig, het gaat hier om specifiek opvoeden. Een reguliere pleegzorgplaatsing is dan niet voldoende en de kans dat deze plaatsing succesvol verloopt is klein. Deze jeugdigen hebben hierdoor meerdere vastgelopen pleegzorgtrajecten meegemaakt. Dit komt de problematiek niet ten goede - sterker, we weten uit onderzoek dat het voor deze jeugdigen van groot belang is dat er stabiele hechtingspersonen zijn zodat hun ontwikkeling weer op gang kan komen. Het slechtste wat je kunt doen bij hechtingsproblematiek is regelmatig wisselen van opvoeders/hechtingsfiguren.

Mandy is 16 jaar. Zij heeft tot 4 jarige leeftijd thuis gewoond. In de thuissituatie was sprake van verwaarlozing, ook is er een AMK melding gedaan. Mandy is op zeer jonge leeftijd seksueel misbruikt door haar vader. Dit wordt ontkend door moeder. Vader is hiervoor veroordeeld. Op vierjarige leeftijd is zij in een pleeggezin geplaatst. Op vijfjarige leeftijd is zij aangemeld bij de GGZ vanwege een stagnerende emotionele ontwikkeling en het seksueel misbruik. Op zevenjarige leeftijd laat zij steeds meer probleemgedrag zien. Het is niet duidelijk welke ondersteuning het pleeggezin gehad heeft, dit staat niet in het dossier Er ontstaat een crisis, vervolgens wordt zij op een behandelgroep geplaatst. Op achtjarige leeftijd wordt zij bij een pleeggezin plus geplaatst. Er ontstaat weer een crisis, zij wordt op een crisisgroep geplaatst en vervolgens in een gezinshuis. In het gezinshuis woont zij nu al bijna acht jaar, dit gaat goed. Het uitvoeringsteam concludeert dat gezien de problematiek en thuis situatie Mandy beter niet in een pleeggezin maar meteen in een gezinshuis geplaatst had moeten worden.

3.2.6 Veel wisselende woonplekken gecombineerd met ontbreken passende behandeling

Tot slot valt op dat de jongeren vaak op veel verschillende plekken gewoond hebben. Dit in combinatie met het ontbreken van een passende behandeling (zie ook 3.3 'hulpvraag en het inzetten van een passende behandeling') lijkt de problematiek van jongeren te verergeren en instroom in de 24-uurszorg in plaats van lichtere vormen van zorg te bevorderen.

Samenvatting knelpunten instroom

Belangrijke knelpunten die bij de instroom van jeugdigen naar voren gekomen zijn:

- Er vindt onvoldoende vroeg signalering plaats.
 - Er bestonden vaak al problematiek en hulpvragen in het (pleeg)gezin voor de geboorte van de jeugdige.
 - Jeugdigen geven aan lang te hebben moeten wachten op hulp.
 - Uit de dossiers kwamen regelmatig zorgelijke situaties rondom broertjes en zusjes naar voren zonder dat er bekend was wie voor hen verantwoordelijk was en of er een zorgaanbod voor hen aanwezig was.
- Er wordt niet altijd systeemgericht gewerkt in de ambulante hulpverlening
 - Ambulante hulp is of alleen op de jeugdige gericht zonder dat het systeem wordt meegenomen waardoor systeemproblemen die leiden tot een 24-uursopname blijven bestaan.
 - Ambulante hulp is alleen op het systeem gericht zonder dat de jeugdige daarbij betrokken is of een behandeling krijgt. Dit zorgt voor het verergeren van de problematiek en het bevorderen van instroom in de 24-uurszorg.
- Er wordt onvoldoende een analyse gemaakt van het probleem en het probleemgedrag.
 - Een doorverwijzing naar de 24-uurszorg leidt onvermijdelijk tot opname, ook als dit niet passend lijkt.
 - Het is onduidelijk met welke vraag een jongere uit huis is geplaatst.
 - De hulpvraag lijkt niet alleen bij de jongere te liggen maar ook bij de sociale omgeving.
 - Het is onduidelijk of het een vraag is naar een veilig en gezond pedagogisch klimaat (veilig wonen) of een behandelvraag.
 - Geschikte voorzieningen om (tijdelijk) veilig te kunnen wonen zijn niet beschikbaar.
 - Niet alle netwerk mogelijkheden worden verkend.
- De rol die ouders aannemen of krijgen toebedeeld is van invloed op de instroom in de 24-uurszorg.
 - Er wordt in een aantal gevallen te lang ingezet op het biologische systeem terwijl duidelijk is dat de ouders het niet gaan redden met de jeugdige. Dit verergert de problematiek van de jeugdige waardoor lichtere vormen van zorg niet meer mogelijk zijn.
 - (pleeg)ouders lijken door de 24-uurszorg gefaciliteerd te worden om ervoor te kiezen wel of geen ouderrol op zich te nemen. Ouders kunnen ervoor zorgen dit niet meer te doen, dit bevordert de instroom.

- Er wordt bij de instroom van jeugdigen in de zorg soms ingezet op te lichte vormen van zorg. Bijvoorbeeld het plaatsen van een jeugdige in een regulier pleeggezin bij indicaties van ernstige problematiek. Dit zorgt voor een verergering van de problematiek, bevordert de instroom en zorgt ervoor dat jeugdigen lang moeten wachten op de juiste hulp.
- Jeugdigen krijgen te maken met veel wisselende woonplekken. Zonder passende behandeling verergert dit de problematiek en wordt instroom in de 24-uurszorg bevorderd.

3.3 Factoren van invloed op de doorstroom uit de 24uurszorg

Belangrijke factoren die van invloed zijn op de doorstroom van jeugdigen uit de 24-uurszorg zijn de rol van (pleeg)ouders, de hulpvraag en het inzetten van de best passende behandeling, het (bij)stellen van diagnoses, continuïteit van zorg, het verhardend werken van de 24-uurszorg, hospitalisering, de samenwerking met de gezinsvoogd en praktische zaken.

3.3.1 De rol van (pleeg)ouders in de 24-uurszorg

Uit een derde van de casussen blijkt dat zowel biologische ouders als pleegouders door de 24-uurszorg op afstand worden gehouden of dat het wel of niet betrokken zijn bij het traject van de jeugdige een keuze lijkt zijn, in plaats van iets dat standaard tot de verantwoordelijkheden hoort van (pleeg)ouders. De 24-uurszorg neemt vaak alle levensdomeinen van een jeugdige over, deze krijgt vaak een andere school en een andere huisarts. Ook viel op dat jeugdigen vaak niet in hun eigen woonplaats geplaatst worden, dit bevordert het contact met (pleeg)ouders niet.

Vier van de vijf respondenten geven aan hun ouders lang niet te hebben gezien bij hun opname in de 24-uurszorg.

Na 4 maanden kreeg ik pas bezoek van mijn moeder (respondent is op 11 jarige leeftijd uit huis geplaatst). Ik had namelijk vaak ruzie met haar (met moeder) en dat wilden ze voorkomen dus daarom duurde het wat langer bij mij. Ergens vond ik dat wel fijn maar ergens ook niet want vier maanden zonder je moeder is wel moeilijk. Alleen belcontact en ja dat is wel heel gek (vrouw, 14 jaar).

*Respondent beschrijft dat hij ruzie had met zijn moeder (hij was toen 16 jaar):
Toen zijn we (moeder en hij) volledig uit elkaar gegroeid en hebben zij (hulpverlening) er nooit meer naar omgekeken. Ze hebben mijn moeder nooit ingelicht dat ik ging verhuizen, ze hebben mijn moeder niet ingelicht dat ik naar een andere plek ging (jongen 19 jaar).*

Weinig contact met de ouders in combinatie met het ontbreken van een behandeling gericht op het systeem en de problematiek die in het systeem speelt, maakt het lastiger voor jeugdigen om terug te keren naar huis.

Emma is een 16 jarig meisje. Zij woonde thuis bij haar moeder, haar vader is niet in beeld. Sinds dat Emma 2 jaar is laat zij gedragsproblemen zien. Zij bepaalt de thuissituatie, is vaak boos en agressief naar moeder toe. Zij heeft daarom regelmatig in een logeerkamer gelogd en er is intensieve gezinshulp ingezet. Toen zij 14 was is zij opgenomen op een crisisgroep

vanwege agressie en boosheid. Moeder geeft aan het heel erg te vinden dat Emma uit huis moet, maar de zorg voor haar niet meer aan te kunnen. Emma woont nu sinds een jaar op een behandelgroep. Het contact met moeder is erg verbeterd, in de weekenden gaat zij naar huis. Moeder staat erg open voor feedback en voor de voor- en nabesprekingen van deze weekenden. Emma geeft aan geen hulpvraag te hebben, omdat het contact met moeder nu goed gaat. Zij wil heel graag naar huis. Moeder geeft aan dat zij dit liever niet wil. Door de afstand gaat het contact met Emma nu goed, dit wil zij graag zo houden. Zij geeft aan nu weer te kunnen genieten van haar kind. Het uitvoeringsteam concludeert dat Emma naar huis kan en dat het waarschijnlijk beter was geweest als zij niet uit huis was geplaatst. Eigenlijk had moeder een hulpvraag. Emma en haar moeder moeten werken aan het probleemgedrag in de thuissituatie, want dit is de situatie waarin dit gedrag plaatsvond. In de afgelopen anderhalf jaar is niet gewerkt aan de vraag: 'Hoe zorgen we ervoor dat het tussen ons beter gaat?'. Moeder moet leren hoe ze met Emma om moet gaan. Doordat Emma nu al anderhalf jaar niet thuis woont, is dit lastiger en is het voor moeder minder vanzelfsprekend dat zij weer terug naar huis komt.

Verder valt op dat er vaak van ouders verwacht wordt dat zij de volledige zorg voor hun kind op zich nemen (alles of niets principe). Als dit niet lukt, lijkt er vaak niet gezocht te worden naar een andere invulling van de ouderrol. In de behandelgroepen kwam dit vaker voor dan in de gezinshuizen. Uit een aantal casussen van jeugdigen in gezinshuizen en behandelgroepen bleek dat dit een werkzaam element kan zijn om de uitstroom te bevorderen.

Brian woont sinds 6 jaar in een gezinshuis. Hij is daar geplaatst toen hij 6 jaar was, daarvoor heeft hij twee jaar op een behandelgroep gewoond. Een van de doelen op de behandelgroep was dat hij wekelijks contact zou hebben met moeder. De behandelgroep zou een stabiele plek zijn waar Brian gewoon 4 jaar kon zijn. Samen met moeder zou gekeken worden waar zij haar rol kon pakken. De groepsleiding heeft tegen moeder gezegd: 'Kom het maar doen. Ga hem maar naar bed brengen.' Het heeft heel veel gekost, maar het heeft er uiteindelijk voor gezorgd dat Brian één middag per week met moeder mee kon. Moeder heeft ruimte gehad om dit te ontdekken. Moeder heeft nu wel door dat ze het niet aankan. Toen zij jonger was kon zij dit niet inzien. Nu wel, moeder vindt het heel moeilijk om haar eigen belang achter dat van Brian te plaatsen.

Uit de dossiers kwam naar voren dat een dergelijk traject ouders kan helpen inzien wat zij wel en niet kunnen met betrekking tot de opvoeding van hun kind. Ook een gedeeltelijke (bijvoorbeeld alleen voor de gezelligheid of emotionele steun) ouderrol is voor zowel ouders als jeugdigen heel waardevol. Hierdoor lijken er realistische verwachtingen en acceptatie te ontstaan met betrekking tot een vervolgplek. Uit andere dossiers blijkt dat wanneer dit niet het geval is ouders soms jarenlang blijven procederen om het gezag of dat er loyaliteitsconflicten bij de kinderen ontstaan doordat ouders niet achter de plaatsing in een pleeggezin of gezinshuis staan.

3.3.2 Hulpvraag en het inzetten van de best passende behandeling

Tijdens de casusbesprekingen bleek bij een vijfde van de dossiers ($n = 8$) dat het goed ging met de jeugdige. Er werd een plan gemaakt voor het afschalen van de zorg of er werd besloten dat de huidige zorg gehandhaafd moest blijven. Een van deze jeugdigen is afkomstig uit een behandelgroep en kan zelfstandig wonen. De overige jeugdigen ($n = 7$) zijn allen afkomstig uit gezinshuizen. Drie jeugdigen zouden binnen het gezinshuis kunnen afschalen naar een pleegzorgconstructie in het gezinshuis, twee jeugdigen zouden in het gezinshuis moeten blijven met de zorg die zij nu krijgen, twee jeugdigen gaan zelfstandig wonen.

Daarnaast kwam naar voren dat de hulpvraag van de jeugdige en het systeem vaak niet helder is. Bij een derde van de casussen was er volgens het uitvoeringsteam onvoldoende bekend over datgene dat er precies gebeurd was en/of de problematiek om een passende behandeling in te kunnen zetten. Het was bij deze dossiers vaak niet helder waarvoor de jeugdigen precies behandeld werden, wat het perspectief was en wat het plan was met betrekking tot vervolghulp of om terug naar huis te gaan.

Er worden weinig bewezen effectieve behandelingen genoemd in de dossiers. Ook valt op dat er niet altijd bewezen effectieve behandelingen worden ingezet. Bij een vijfde van de casussen was de hulpvraag van de jeugdige helder, maar werd er geen bewezen effectieve behandeling ingezet. Bijvoorbeeld het niet inzetten van EMDR of TF-CGT bij het vaststellen van een trauma maar speltherapie of muziektherapie.

Bij een zesde van de dossiers vindt er geen behandeling plaats of is er sprake van een woonprobleem.

Tijdens de casusbesprekingen kwam tot slot naar voren dat actuele kennis over psychopathologie en bewezen effectieve behandelingen en methoden en ontwikkelingen op dit gebied niet altijd

aanwezig waren bij de gedragsdeskundigen. Hierdoor wordt bepaalde problematiek soms over het hoofd gezien of niet de best passende behandeling ingezet. Zo werd er vaak gedacht dat er eerst stabiliteit gecreëerd moet worden voordat er EMDR kan worden ingezet of werd cognitieve gedragstherapie niet ingezet terwijl dit volgens het uitvoeringsteam de best passende behandeling was.

3.3.3 Het stellen van diagnoses

Bij het in kaart brengen van de levensloop van jeugdigen tijdens de casusbesprekingen kwam naar voren dat er vaak een aantal zaken over het hoofd gezien worden tijdens deze levensloop. Door het gezamenlijk in kaart brengen van deze levensloop werden deze verbanden wel gezien. Ook het niet aanwezig zijn van actuele kennis over psychopathologie en bewezen effectieve behandelingen en methoden en ontwikkelingen op dit gebied speelt hierbij een belangrijke rol. Het gaat met name om mogelijke trauma's die jeugdigen hebben opgelopen in hun jeugd of tijdens eerdere plaatsingen, mogelijk schadelijke invloeden tijdens de zwangerschap op het ongeboren kind, de problematiek van de ouders en de relatie met de problematiek van het kind (genetische component) en ASS problematiek bij de jeugdige.

Uit de diepte interviews en de dossiers kwam verder naar voren dat gestelde diagnoses vaak bijgesteld worden. Bij een derde van de casussen werd de diagnose na een aantal jaren bijgesteld. Zo bleken een aantal jeugdigen na een aantal jaren toch een hechtingsstoornis te hebben of getraumatiseerd te zijn. Ook stond in een aantal dossiers dat jeugdigen pdd-nos hadden of ODD maar kon dit later niet bevestigd worden met onderzoek. Dit wordt ook aangegeven in de diepte interviews.

Na mijn tweede onderzoek bleek dat ik geen ADHD had. Na mijn derde onderzoek bleek dat ik ook geen ODD had. En na mijn laatste onderzoek bleek dat ik ook geen autisme had [...]. Een maand of 5-6 zeker (zat ik hier, red.). Toen ik 18 werd, toen werd duidelijk dat ik helemaal geen LVB'er ben. Ik heb een IQ test afgelegd en gemiddeld zat ik rond de 105-110 met mijn IQ. Op dat moment zijn ze erachter gekomen dat ik hier helemaal niet mag wonen en hier niet hoor te wonen. En dat alle plaatsingen tot nu toe niet goed waren (respondent is op zijn 12^e uit huis geplaatst, red.). [...]. Daar probeer ik niet over na te denken, want dat zijn niet hele blije dingen waar ik aan terug kan denken. (man, 19 jaar)

3.3.4 Continuïteit van zorg

Uit de dossier en de diepte interviews komt naar voren dat jeugdigen vaak lang moeten wachten in de 24-uurszorg. Zij wachten op bepaalde onderzoeken, vervolgesprekken, op de gezinsvoogd, bepaalde diagnoses en op hulpverleners.

Ik zat daar drie maanden en ik dacht ok ik moet me goed gedragen. Toen had ik mijn rechtszaak na drie maanden en toen zeiden ze van ja we moesten nog even wachten op het persoonlijkheidsonderzoek dus doe nog maar even drie maanden erbij weet je wel [...]. Toen hadden ze uiteindelijk het persoonlijkheidsonderzoek, zeiden ze je hebt dit. Ok, nu nog maar even 6 maanden erbij dan kunnen we even therapie starten. [...] Gingen ze in therapie met mij praten dachten ze o, wacht volgens mij heb jij ook traumatische ervaringen ok doe nog maar een therapie van 6 maanden erbij. Zo wordt het langer en langer. [...] ze mailen heel veel naar elkaar, maar wat ze aan het doen zijn jij krijgt er niets van te horen. Het enige dat jij meekrijgt is weer een verlenging. Je doet het goed maar je wordt weer verlengd. (vrouw, 18 jaar)
Alsof je een beetje aan je lot wordt overgelaten. Het duurt nu iets van 5 maanden en ik heb nog steeds geen psychiater en ik ben in december naar de huisarts geweest. Er is hier namelijk een ander meisje, zij wacht ook al vier maanden. Zij heeft nachtmerries of zo. En ja het voelt echt alsof het voor iedereen ook lang duurt. (vrouw, 18 jaar)

Eind maart is hij hier op de groep gekomen. Toen hij op de groep kwam was de vraag of er sprake is van pdd nos of klassiek autisme [...]. We weten niet waarom maar eind augustus had hij pas een afspraak en hij heeft autisme (gedragsdeskundige).

Het inzetten van een behandeling is ingewikkeld omdat er meerdere partijen zijn die moeten instemmen met deze behandeling. Het informeren, betrekken en overhalen van deze partijen kost veel tijd. Daarnaast geven gedragsdeskundigen aan dat het lastig is om een behandeling in te zetten wanneer deze niet standaard geboden wordt maar extern gehaald moet worden.

Tot slot kwam uit de casussen en de interviews naar voren dat het verloop onder de betrokken professionals groot is, dit komt de continuïteit niet ten goede. Voorbeelden zijn het langdurig ziek zijn van een voogd zonder dat er vervanging is, terwijl er beslissingen genomen moeten worden om vervolgstappen te kunnen nemen, en het wegvallen van een vertrouwenspersoon doordat deze persoon niet ingeroosterd kon worden waardoor een jeugdige niet mee gaat naar een intake.

3.3.5 24-uurzorg werkt verhardend

Uit de diepte interviews en de dossiers komt naar voren dat de 24-uurzorg verhardend werkt. Dit geldt met name voor de behandelgroepen. Op de groep zijn jeugdigen bezig met het vinden van hun plek en het handhaven van hun positie. Daarnaast kan het leven in een 24-uursgroep verhardend werken, doordat hier ook andere jongeren verblijven met probleemgedrag.

'Toen ik er net kwam en iemand werd gefixeerd dan moest ik huilen want ik vond het zo erg. En op een gegeven moment wende het gewoon, gingen we gewoon met z'n allen lachen. Gingen we kijken, gingen we ook op de leiding springen enzo. Ik draaide daar helemaal door. (vrouw, 18 jaar)

Hierdoor kunnen jongeren gedrag gaan vertonen dat zij eerder niet lieten zien.

Iedereen was 17, 18 (op de groep) en ik was 13 [...]. Ik wou er gewoon bij horen en toen heb ik mij gewoon echt als een mongooltje gedragen. Iedereen daar was bezig met zich volproppen met drugs toen ging ik mij ook volproppen met drugs [...]. Ik was geen probleemkind, ik gebruikte geen drugs, ging gewoon naar school, ik had HAVO, ik rookte niet, ik deed helemaal niets [...]. Ze hebben mij niets gevraagd. Daar is een plek, dump haar daar maar. Niet verder nadenken van wacht haar situatie is een beetje anders, misschien kan het helemaal misgaan als we haar daar zetten want ze is jong en draait nu op een groep met ontspoorde jongeren van 17, 18. Daar denken ze niet over na. (vrouw, 18 jaar)

Vaak leidt dit nieuwe gedrag af van de behandeling en vertroebelt dit de oorspronkelijke hulpvraag waarmee een jeugdige naar de 24-uurzorg kwam. Hierdoor bestaat het risico dat er een nieuwe hulpvraag geformuleerd wordt, gericht op dit probleemgedrag. De focus komt dan te liggen op het beheersbaar maken van het gedrag van de jeugdigen in plaats van het behandelen van de jeugdigen.

3.3.6 Hospitalisering

Uit de diepte interviews komt naar voren dat de 24-uurzorg hospitaliserend kan werken. Uit de interviews bleek dat de jongeren allemaal in hulpverlenerstaal over zichzelf spreken.

Ik ben eigenlijk een hele grote ladekast. Uit allemaal laatjes, waar bijvoorbeeld mijn vader, mijn moeder, mijn opa, mijn oma, die zorginstelling. En op het moment dat iets fout gaat gooi ik de helft van de laatjes dicht en trek ik andere laatjes open (man, 18 jaar)

Daarnaast geven zij aan in de 24-uurszorg dingen die zij eerst wel konden afgeleerd te hebben. Om te kunnen uitstromen moeten zij deze dingen eerst weer leren om weer zelfredzaam te worden.

Ik kan thuis wonen alleen heb ik een zware hechtingsstoornis. Dat is het enige probleem dat ik heb. Maar ik kan normaal functioneren in de maatschappij. Maar omdat ik heel lang hier heb gewoond en op instellingen heb gewoond waar gewoon 24 uur zorg is en ze je alle hulp aanbieden die je kan krijgen. Um wakker maken, je helpen met je kamer schoonmaken, koken voor je. In dat opzicht ben ik zo lui geworden dat ik het gewoon allemaal zelf niet meer deed. En dat nu ze weten dat ik het wel allemaal kan ben ik er wel weer naar toe aan het werken. Maar merk ik wel echt van ja, ik heb dit altijd van vanuit jullie gekregen waarom moet ik het nu allemaal zelf doen? (man, 19 jaar)

3.3.7 De samenwerking met de gezinsvoogd

Bij de helft van de casussen werd de gezinsvoogd benoemd als een belemmering voor de uitstroom, als onberekenbaar of als niet helpend in het traject van de jeugdige. Daarbij moet vermeld worden dat voor dit onderzoek geen gezinsvoogden gesproken zijn, deze bevindingen komen uit de casusbesprekingen. Veelgenoemde knelpunten zijn de vele wisselingen van gezinsvoogden en het soms langere tijd niet aanwezig of beschikbaar zijn van de gezinsvoogd.

De oude voogd ging weg, maar er was nog geen nieuwe voogd. Er lijkt nu geen veiligheidsplan te liggen. Er is maar één iemand die hier verantwoordelijk voor is en dat is de voogd en die schittert door afwezigheid (omdenker).

Ook worden meningsverschillen over de aanpak en het te volgen traject ervaren als niet helpend. De gedragsdeskundigen geven aan dat voogden vaak overtuigd moeten worden van bepaalde zaken zoals de noodzaak van contact met familie, het volgen van een andere behandeling, en het opnieuw bekijken van de netwerkmogelijkheden. Dit kost veel tijd. Waar deze meningsverschillen precies door veroorzaakt worden, kon met dit onderzoek niet bepaald worden.

Deze jongen is niet gebaat bij een drie milieuvoorziening. Hij zou naar een gezinshuisplus moeten. Maar dat wil de voogd niet [...]. Je kunt niets aanvragen want de gezinsvoogd werkt niet mee, er is een groot verschil van mening (gedragsdeskundige).

Ook wordt in een aantal casussen aangegeven dat de voogd ouderwets is of op een andere manier werkt dan de gedragsdeskundigen zouden willen gezien het traject van de jeugdige.

Uit een van de dossiers:

Josien heeft een grote wens om bij haar familie te zijn, maar de voogd was ouderwets. Zij wilde eerst met de ouders praten en als de ouders dat niet willen kunnen er geen afspraken gemaakt worden. Nou, dat kwam niet van de grond. Door haar eigen kracht heeft Josien een nieuwe voogd gekregen (daar heeft ze zelf om gevraagd, red.). Deze voogd is veel meer geneigd om in gesprek te gaan, ook als de ouders niet goed meewerken (gedragsdeskundige).

Bij vijf casussen was er sprake van grote vraagtekens bij de inhoudelijke beslissingen die de gezinsvoogd genomen heeft. In deze gevallen gaat het meestal om jeugdigen die terug geplaatst zijn bij hun biologische ouders of weer contact hebben met hun biologische ouders. Het uitvoeringsteam geeft aan niet achter deze beslissingen te staan omdat er een veiligheidsplan ontbreekt of dat nu al bekend is dat de biologische ouders de opvoeding niet aankunnen vanwege eigen problematiek of beperking of omdat de jeugdige erg bepalend of gevaarlijk is.

3.3.8 Praktische zaken

Tot slot kwam in een aantal casussen naar voren dat de uitstroom belemmerd werd door praktische zaken. Zo stroomden een aantal jeugdigen niet door vanuit de 24-uurszorg omdat er wachtlijsten waren of omdat er geen veilige woonplek voor hen beschikbaar was.

Jasper is op zijn 12^e jaar uit huis geplaatst. Tot die tijd woonde hij thuis. Zijn vader heeft een bipolaire stoornis, zijn moeder heeft kenmerken van borderline. Jasper is veelvuldig getuige geweest van huiselijk geweld. Jasper is gediagnosticeerd met ASS. Toen hij uit huis geplaatst werd, is hij naar een logeerhuis gegaan. Dit huis was bedoeld om gezinnen in de weekenden te ontlasten. Met de komst van Jasper en zijn broer ging het logeerhuis 24-7 open. Andere kinderen kwamen logeren, Jasper en zijn broer bleven. Uiteindelijk heeft Jasper 5 jaar in het logeerhuis gewoond. Toen zijn broer 18 werd, kon Jasper niet langer in het logeerhuis blijven omdat dit te duur was. In eerste instantie dacht de gedragsdeskundige aan een behandelgroep totdat een van de medewerkers van het logeerhuis opperde of zij geen gezinshuis kon starten waar Jasper zou kunnen wonen. Dit is gebeurd, Jasper is nu 20 jaar en woont nog steeds in het gezinshuis en is bezig met een begeleid wonen traject.

Daarnaast speelden financiële factoren een rol bij de doorstroom van jeugdigen. In een aantal casussen hadden de jeugdigen niet perse gezinshuiszorg meer nodig maar was het gezien de relatie

die zij hadden opgebouwd met de gezinshuisouders niet wenselijk om deze kinderen ergens anders te plaatsen.

De afbouw van zorg werd in deze casussen soms belemmerd doordat er geen mogelijkheden waren van een pleegzorgplek binnen het gezinshuis. Voor een gezinshuis betekent het bieden van een pleegzorgplek vaak dat er een nieuwe jeugdige moet komen omdat zij anders niet genoeg inkomsten hebben om rond te komen (vergoeding voor een pleegzorgplek is lager dan voor een gezinshuisplek). Dit was niet bij alle gezinshuizen het geval. Bij gezinshuizen met meer of evenveel gezinshuiskinderen als biologische kinderen speelde dit probleem vaker dan bij gezinshuizen met meerdere biologische kinderen en één gezinshuiskind. In deze gezinshuizen bleven de jeugdigen vaak nog langere tijd wonen nadat zij 18 geworden waren. Een andere reden waarom er niet gekozen werd voor een pleegzorgplek in een gezinshuis was dat de huidige zorgaanbieder geen pleegzorg bood. Dit zou betekenen dat er bij een pleegzorgplek twee zorgaanbieders werkzaam zouden zijn bij één gezinshuis, dit werd als een belemmering gezien.

Daarnaast bleek dat wanneer er financiering is vanuit de Wet Langdurige Zorg dit geen prikkels geeft tot het inzetten van lichtere zorg.

Tijdens een omdenkbijeenkomst over een meisje dat in een gezinshuis woont en ouder dan 18 jaar is:

Gedragsdeskundige: Er is een WLZ indicatie dus we kunnen doorgaan zolang het nodig is met het gezinshuis. Ze hebben het al gehad over de schuur in de tuin (om daar semi zelfstandig te wonen, red.).

Omdenker: Wat zij nu nodig heeft kan ook in een pleegzorgconstructie of met begeleid wonen. In dit gezinshuis is het ook hun inkomen en baan. Voor hen is een pleegzorgconstructie problematisch, dan moet er nog iets anders gebeuren: of nog een kind erbij of meer werken.

Gedragsdeskundige: Maar wat is dan onze verantwoordelijkheid? Je denkt hier niet meteen aan. Je denkt niet als het goed gaat, kom we gaan afschalen. Bovendien er is een contract met dit gezinshuis dat kun je niet zomaar ontbinden. Dan zou (naam organisatie) pleegzorg moeten gaan aanbieden, maar dat doen we niet.

3.3.9 Samenvatting knelpunten doorstroom

Belangrijke knelpunten die bij de doorstroom van jeugdigen naar voren gekomen zijn:

- De betrokken partijen (ouders en pleegouders) nemen afstand of lijken op afstand te worden gezet bij een 24-uursopname.
 - De 24-uurszorg neemt vaak alle levensdomeinen over. Er lijkt geen onderscheid gemaakt te worden tussen behandeling en wonen.
 - Jeugdigen worden vaak niet in hun eigen woonplaats geplaatst.
 - Weinig contact met de (pleeg)ouders in combinatie met het ontbreken van een behandeling gericht op het systeem en de problematiek die in het systeem speelt maakt terugkeer naar huis lastiger.
 - Er wordt een alles of niets principe gehanteerd m.b.t. de ouderrol, er wordt er lijkt vaak niet gezocht te worden naar een andere (gedeeltelijk) invulling van de ouderrol. Een gedeeltelijke ouderrol kan helpen bij het creëren van realistische verwachtingen en acceptatie voor een vervolgplek en daarmee de doorstroom bevorderen.
- De hulpvraag, problematiek en diagnose en de daarbij passende bewezen effectieve interventies zijn niet helder.
 - Uit de dossiers komt vaak niet naar voren wat de hulpvraag is, waar de jeugdige voor behandeld wordt, wat het perspectief is en wat het plan is m.b.t. terugkeren naar huis of vervolghulp.
 - Actuele kennis over psychopathologie, bewezen effectieve methoden en ontwikkelingen op dit gebied is niet altijd aanwezig bij gedragsdeskundigen.
 - Er worden weinig bewezen effectieve behandelingen genoemd in de dossiers.
 - Er worden behandelingen ingezet die niet bij de hulpvraag passen of niet bewezen effectief zijn voor de hulpvraag.
- Diagnoses worden vaak bijgesteld.
 - Tijdens het omdenken kwamen bepaalde zaken en verbanden in de casussen naar voren die eerder over het hoofd werden gezien.
 - De gestelde diagnose wordt vaak na verloop van tijd bijgesteld.
- Er is weinig continuïteit van zorg.
 - Jeugdigen moeten vaak lang wachten op hulp.
 - Het inzetten van een behandeling is lastig omdat meerdere partijen moeten worden geïnformeerd, betrokken en overgehaald.
 - Het inzetten van een behandeling die niet standaard geboden wordt is lastig

- Het verloop van personeel is groot.

- Het verblijven in de 24-uurszorg lijkt niet helpend in het traject.
 - De 24-uurszorg werkt verhardend en kan daarmee nieuwe hulpvragen creëren (het probleemgedrag wordt de nieuwe hulpvraag).
 - De 24-uurszorg zorgt voor hospitalisering. Jeugdigen lijken zelfredzaam gedrag dat zij eerst wel lieten zien af te leren. Om te kunnen uitstromen moeten zij dit gedrag opnieuw leren.
- De samenwerking met de gezinsvoogd verloopt moeizaam.
- Er zijn praktische zaken die de doorstroom belemmeren.
 - Er zijn wachtlijsten voor vervolghulp.
 - Er is geen veilige woonplek beschikbaar.
 - Er zijn financiële prikkels die de doorstroom belemmeren.

4 Omdenken

4.1 Het omdenken

Tijdens het omdenken namen de gedragsdeskundigen en de omdenkers de dossiers door van jongeren die op dit moment verbleven in de 24-uurszorg. Tijdens het bespreken van deze casussen werd er geprobeerd om te denken vanuit mogelijkheden ('out of the box') en niet vanuit beperkingen of bestaande structuren waarbij de hulpvraag steeds centraal staat.

Tijdens het omdenken werd de levensloop van de jongere in kaart gebracht tot het moment waarop deze bekend was bij de zorgaanbieder. Vervolgens werden deze gegevens doorgenomen en werden er bij iedere belangrijke gebeurtenis (bijv. bij een eerdere uithuisplaatsing, de plaatsing bij een pleeggezin, een aanmelding bij het speciaal onderwijs, of plaatsing in de 24-uurszorg) vraagtekens geplaatst. De omdenkers en gedragsdeskundigen vroegen zich af of de genomen beslissing passend was, of de denklijn om tot een beslissing over de zorg te volgen was of dat er andere mogelijkheden zouden kunnen zijn geweest. Daarnaast keken zij of de genomen beslissing passend was bij het probleem of de hulpvraag van dat moment. Hierbij is uitgegaan van bewezen effectieve behandelingen waarvan aangetoond is dat ze werken. Maar ook of de analyse en diagnostische beeldvorming navolgbaar zijn.

Vervolgens werd er gekeken naar de gang van zaken binnen de 24-uurszorg (behandelgroep of gezinshuis). De omdenkers en gedragsdeskundigen bekeken het proces rondom de opname, de observaties op de groep, de behandeling die was ingezet en naar het effect van deze behandeling. Ook hier werd bij iedere keuze of belangrijke gebeurtenis op de groep vragen gesteld. Het uitgangspunt was steeds 'Wat zouden we idealiter willen voor deze jongere, los van de regels en het aanbod zoals dit er nu ligt?'. Daarbij werd steeds geprobeerd om buiten de bestaande kaders te denken. Tevens is gekeken of het proces van zorgvuldige indicatiestelling voldoende gevolgd.

In fase 1 werd het omdenken als spannend ervaren door zowel de omdenkers als de gedragsdeskundigen. Het was voor de gedragsdeskundigen spannend om 'hun casussen' voor te leggen aan een externe partij. Voor de omdenkers was dit ook spannend omdat van tevoren niet helemaal bekend was wat een omdenker precies is, wat de bijdrage van een omdenker precies zou kunnen zijn en hoe de gedragsdeskundigen hierop zouden reageren. Van beide werd enige kwetsbaarheid gevraagd. Tijdens de eerste bijeenkomst met het uitvoeringsteam werd er een

gezamenlijke doelstelling geformuleerd voor dit project en werden ook deze verwachtingen, twijfels en wensen ten aanzien van het omdenken besproken.

Tijdens deze bijeenkomst werd onder andere geconcludeerd dat 'we eigenlijk allemaal omdenkers zijn' en zo werden de omdenkbijeenkomsten vervolgens ook vormgegeven. Het uitgangspunt werd het gezamenlijk bestuderen van de dossiers en met zijn allen omdenken.

Tijdens de tweede fase van het project was het draagvlak voor het omdenken in bijna iedere organisatie groot. Een aantal gedragsdeskundigen en managers van de zorgaanbieders was aanwezig geweest bij de afsluitende bijeenkomst van fase 1 waarbij de resultaten werden gedeeld en gezamenlijk werd gebrainstormd over aanbevelingen. Hierdoor waren het project en de eerdere ervaringen bekend.

Over het algemeen is het omdenken in de organisaties in zowel fase 1 als fase 2 positief ervaren door de betrokken gedragsdeskundigen. De gedragsdeskundigen staan achter de doelstellingen van het project en zijn hier enthousiast mee aan de slag gegaan. De gedragsdeskundigen gaven aan dat er een prettige open sfeer was en dat het prettig en leerzaam was om handvatten te krijgen waar zij weer mee verder konden. Ook gaven zij aan dat het prettig is om uitgebreid bij een casus stil te staan. De omdenkers gaven aan dat het erg leuk en interessant was om vanuit het vakgebied mee te denken en samen te werken met bevlogen professionals.

4.2 Na het omdenken

Het omdenken heeft de bevorderende en belemmerende factoren tijdens de in- en uitstroom in kaart gebracht. Uit de casussen waarbij tweemaal is omgedacht in fase 1 en een reflectiebijeenkomst bij een van de organisaties in fase 2 blijkt dat er door het omdenken bepaalde veranderingen in gang gezet zijn door de gedragsdeskundigen in de organisaties.

Uit fase 1 bleek dat er naar aanleiding van het omdenken gesprekken gehouden werden met het sociale netwerk om de gezinssituatie beter in kaart te brengen en dat het sociale netwerk meer betrokken werd bij het perspectief van de jeugdige. Zo werd de betrokkenheid van het sociale netwerk vergroot door het teruggeven van de verantwoordelijkheid over de jeugdige. Hierbij werd vaak de vraag gesteld wat het sociale netwerk nodig had om ervoor te zorgen dat de jeugdige weer thuis kon wonen of werd er aangegeven dat de behandeling op de groep ten einde liep en aan het sociale netwerk gevraagd hoe zij dit verder zouden oppakken. Hierdoor werd de vanzelfsprekendheid

van de 24-uurszorg verminderd en de situatie omgedraaid (in plaats van ‘Wat kunnen wij voor je doen?’ meer ‘Waarom ben je hier en heb je daar 24 uur per dag een behandeling voor nodig?’). Daarnaast gaven de gedragsdeskundigen na fase 1 aan hun collega’s kritischer te bevragen en zelf ook kritischere vragen te stellen bij de intake van jeugdigen.

Ook tijdens de reflectiebijeenkomst bij één van de organisaties na fase 2 gaven de gedragsdeskundigen aan zich meer afwachtend op te stellen bij een intake en niet zomaar over te gaan tot opname. Er werd meer geprobeerd een onderscheid te maken tussen de behandelvraag en de woonvraag. Bij een woonvraag werd er nog meer gekeken naar eventuele netwerkmogelijkheden. Of andere passende behandelvormen.

4.3 Aanbevelingen m.b.t het omdenken

Naar aanleiding van de omdenkbijeenkomsten in dit project kunnen wij de volgende aanbevelingen formuleren.

4.3.1 Draagvlak

Aan het begin van dit project bestonden er veel onzekerheden. Wat is een omdenker precies? Wat gaan we precies doen en op welke wijze? Daarnaast was er niet in iedere organisatie evenveel draagvlak voor dit project. De doelstelling was niet bij iedereen helder en niet iedereen stond meteen achter deze doelstelling. De doelstellingen die door de managers en bestuurders binnen de organisatie werden gecommuniceerd kwamen niet overal overeen met de doelen zoals ze binnen het Partijenoverleg waren afgesproken. Ook waren er verschillen tussen de mate waarin gedragsdeskundigen geïnformeerd waren over het project, dit kwam het draagvlak voor het omdenken en de start van het project niet altijd ten goede.

Binnen de organisaties waren vragen over wat er zou gebeuren als er groepen opgeheven zouden worden. Vragen gingen over wat dit zou betekenen voor de medewerkers en of met dit project het bestaan van de organisatie niet in gevaar zou worden gebracht. Daarnaast waren er ook vragen over ethische kwesties waarbij men zich afvroeg of het ethisch verantwoord was om het traject van een jongere zomaar tussentijds te veranderen door middel van omdenken.

Omdenken kost tijd, tijdens dit project was het nodig om steeds een aantal uren achter elkaar bij elkaar te zitten. Het is daarom belangrijk dat er voldoende draagvlak is zodat gedragsdeskundigen hierin ook gefaciliteerd worden en gesteund worden door hun leidinggevend en bestuurders.

Daarnaast bleek tijdens dit project dat door samen om te denken met andere collega's, het draagvlak voor dit project steeds groter werd (olievlek). Het hielp daarbij dat onder deze collega's bekend was dat dit project er was en dat de gedragsdeskundige een functie als 'kritische omdenker' had binnen dit project. Op deze manier kon de gedragsdeskundige verantwoorden waarom zij kritische vragen stelde aan andere collega's en werd dit meer geaccepteerd.

4.3.2 Gedragen visie

Uit de data van dit project komt naar voren dat er knelpunten zijn op meerdere niveaus (individueel, groep, gemeente) en op meerdere levensgebieden. De resultaten laten zien dat de afbouw van de 24-uurszorg kan als er een gedragen visie is bij de organisatie en de medewerkers dat jongeren in principe niet opgenomen moeten worden en in hun eigen omgeving behandeld dienen te worden. Hiervoor is het nodig dat er op meerdere niveaus veranderingen plaatsvinden: vooraf risicofactoren bij gezinnen beter en eerder in beeld brengen, zorgvuldige indicatiestelling en het bieden van bewezen effectieve behandelingen die ambulante geboden kunnen worden (voorkomen van instroom). Een voorbeeld daarvan is traumabehandeling, deze wordt vaak ambulant, poliklinisch aangeboden. In enkele gevallen gaat het om een zeer intensief traject iemand wordt opgenomen. Daarnaast is het van belang om doelgerichte diagnostiek en/of behandeling te verrichten (versnelling van de uitstroom) en de zorg niet overnemen maar zorgen dat de netwerken betrokken blijven (uitstroom) en zoveel mogelijk taken (die horen bij een ouderrol zoals samen thee drinken, ophalen uit school, meegaan met huisartsenbezoek etc.) rondom de jongere blijven verrichten.

Het is daarbij belangrijk dat wij blijven omdenken: elkaar op de juiste wijze blijven bevragen en blijven zoeken naar de meest passende antwoorden voor dat moment, voor de jongere en zijn/haar gezin. Belangrijk is dat dit gebeurt met de juiste kennis van zaken over diagnostiek en bewezen effectieve behandelingen.

Tijdens dit project waren de omdenkers beide psycholoog en beide erg deskundig op het gebied van behandelen. Het uitvoeringsteam is van mening dat een belangrijke competentie bij het omdenken de kennis en kunde is om de vraag achter de vraag te achterhalen. Daarbij is zowel kennis en kunde op het gebied van diagnostiek en bewezen effectieve behandelingen nodig. Het is een uitdaging het proces van zorgvuldige indicatiestelling goed vorm te geven: om de klacht, de hulpvraag en de in stand houdende factoren te achterhalen. Daarnaast blijkt uit dit onderzoek dat een deel van de aanmeldingen niet gaat over de jongere, maar over zijn of haar systeem of over het niet kunnen

vinden van een veilige en stimulerende woonomgeving. Deze hulpvragen vragen om andere antwoorden dan 24-uurszorg.

Daarom zou het interessant kunnen zijn om bij een vervolg project ook een omdenker met een achtergrond als systeemtherapeut te betrekken. Op deze manier kan wellicht nog meer out of the box omgedacht worden. Daarnaast zou een extra discipline nog meer dynamiek kunnen toevoegen aan het omdenken.

4.3.3 Omdenken in andere organisaties

Tijdens het omdenken ontstond na een aantal keer uitproberen een set van vragen die iedere keer gesteld werd. Deze vragen zouden ondersteunend kunnen zijn bij het omdenken in andere organisaties. Deze vragen zouden gedragsdeskundigen en andere betrokkenen eigenlijk moeten stellen aan jongeren en hun sociale omgeving tijdens de eerste keer dat zij een jongere zien voordat zij overgaan tot opname:

- Wat is de hulpvraag?
- Van wie is de hulpvraag?
- Wat moet er veranderen?
- Wat is het perspectief en daaraan gekoppeld: wat is daarin het goede tijdspad?
- Wat zijn de meest passende bewezen effectieve interventies?
- En hoe moet het veranderen?
- Waar ben je bang voor?
- Wat zijn de bezwaren om het niet te doen?
- Wat als je niet kan uithuisplaatsen, wat zou je dan doen?
- Wat als er geen 24-uurszorg is?
- 24-uurszorg: Nee, tenzij...

5. Implementatie van de aanbevelingen door de deelnemende organisaties

Om de leerervaringen van dit project in de praktijk te brengen is het van belang dat er ook op organisatieniveau en gemeenteniveau gewerkt wordt aan de aanbevelingen die uit dit onderzoek naar voren gekomen zijn. Vitree en Intermetzo hebben deelgenomen in fase 1 (juni t/m november 2016) van dit project en zijn daardoor verder in dit proces dan 's Heeren Loo, Triade en Omega Groep die deel hebben genomen in fase 2 (januari t/m juni 2017).

Hieronder wordt uiteengezet hoe de vijf organisaties die betrokken waren bij dit project vorm geven aan deze aanbevelingen. De implementatie van deze factoren worden gevolgd in het kader van de 'Monitor Zorglandschap Jeugd'.

Vitree

Er is een gesprek gevoerd met Paul van der Linden (bestuurder Vitree) en Laura Geesing (orthopedagoog-generalist Vitree). Zij geven aan dat Vitree de volgende actiepunten aan het implementeren is n.a.v. het omdenktraject:

- Orthopedagoog-Generalisten en GZ-psychologen begeleiden de andere gedragsdeskundigen en bevragen hen tijdens het bespreken van casuïstiek op dezelfde wijze als de omdenkers dat deden.
- Anders organiseren van de voordeur. Een 24-uursaanmelding wordt nu opgepakt door een multidisciplinair expertteam. Er wordt een ambulante intake/ onderzoek gedaan in het gezin en met het gezin. Er wordt een analyse gemaakt van de probleemsituatie en intensief onderzoek gedaan naar de mogelijkheden voor specialistische ambulante behandeling met verblijf in het gezin of netwerk. De intake wordt gedaan door hulpverleners met een systeemgerichte ambulante werkwijze en kijk.
- In plaats van lange plaatsingen: starten met een korte plaatsing van maximaal een aantal weken waarbij van tevoren vastgestelde zaken in kaart gebracht worden.
- Meer inzetten op deeltijdproducten zoals deeltijdopvang en dagopvang met ambulante behandeling als alternatief voor 24-uursplaatsing .
- Het systeem centraal en verantwoordelijk houden:
 - Systeemtherapeuten krijgen een centralere rol in de organisatie
 - Als er wordt overgegaan tot 24uurszorg wordt er een systeem diagnostisch onderzoek gedaan, waarbij het systeem wordt onderzocht, krachten in beeld worden gebracht, en doelen worden gesteld.

- Vitree zet bij behandelvragen handelingsgerichte diagnostiek in en zet in op evidence based behandelingen en trainingen. Er komt een expertise centrum voor behandeling. Behandelingen die niet intern geleverd kunnen worden, worden extern gehaald door middel van vaste werkrelaties met externe partijen.

Intermetzo

Bij Intermetzo is er een gesprek gevoerd met Dirk-Jan van 't Wout (leidinggevende). Uit dit gesprek kwamen de volgende actiepunten n.a.v. van het omdenktraject naar voren:

- Hoofdbehandelaar niet meer vanuit de groep, maar vanuit de poli (ambulante betrokkenheid). Residentiele plaatsing wordt hierdoor een klein onderdeel van het ambulante traject.
- Gedragsdeskundige wordt verantwoordelijk voor het leefklimaat op de groep
- Screening en intake team wordt samengesteld, dit team besluit wat een jongere nodig heeft.
- Binnen 48 uur met elkaar om tafel om een nieuwe bepaling te doen: wat is er nodig, samen met het hele netwerk. Netwerkplaatsingen krijgen een extra focus.
- School to care: dagprogramma's, dit ook inzetten om af te schalen. Meer aansluiting zoeken met school m.b.t. de behandeling.
- Nieuwe uitgangspunt: 1) behandelen vanuit de poli, waar het nodig is. 2) Basis arrangement op de leefgroepen waarbij ook verschillende trainingen gegeven gaan worden (versterken van het evidence based aanbod).

NB: Intermetzo zit aan de achterkant van de keten, deze veranderingen vereisen dat er in de hele keten een verandering van gedachtengoed plaatsvindt.

's Heeren Loo

Na de omdenkbijeenkomsten heeft er een terugkoppelingsbijeenkomst plaatsgevonden bij 's Heeren Loo waarbij de gedragsdeskundigen die aan het project deelgenomen hadden en twee managers (Hester de Graaf en Ard-Jan de Putter) aanwezig waren. Deze bijeenkomst leverde de nodige gedeelde inzichten op (veelal benoemd in dit rapport). Met deze inzichten worden de volgende acties ondernomen:.

- Bij de instroom wordt geïnvesteerd in een goede analyse van wat er aan de hand is en welke interventies nodig zijn. Hierin is meer oog voor het eigenaarschap van ouders en wordt meer systemisch gekeken en gewerkt (bv. systeemdiagnostiek, formele en informele systeem onderdeel van het plan, opname minder snel als oplossing zien, uitbreiding van samenhangende ambulante dienstverlening).

- Het investeren in afname wachtlijsten voor effectieve behandelinterventies.
- Het versterken van de keten van dienstverlening met Groot-Emaus door systeemgericht werken hieronder te leggen.
- Naast intensivering van ambulante dienstverlening, starten van tussen variant van kortdurende systeemgerichte 24 uren behandeling, namelijk interventiehuizen.
- Versterken van de gezinshuizen
- Delen binnen 's Heeren Loo van de uitkomsten en inzichten van het project.

Triade en Omega Groep

Triade en Omega Groep hebben recent deelgenomen aan het project 'Action learning uitstroom 24-uurszorg'. De wijze waarop zij aan de slag gaan met de aanbevelingen zal nog worden verkend.

5 Conclusie en aanbevelingen

6.1 Instroom

Bij de instroom spelen met name knelpunten op individueel, organisatie en gemeente niveau.

Individueel niveau

- Er wordt onvoldoende een analyse gemaakt van de klacht en het probleemgedrag, de hulpvraag, de in stand houdende en belemmerende factoren en de krachten van jeugdige en zijn netwerk. En daar op volgend een plan met behandeldoelen en daaraan gekoppeld bewezen effectieve interventies.
 - Een doorverwijzing naar de 24-uurszorg leidt onvermijdelijk tot opname, ook als dit niet passend lijkt.
 - Het is onduidelijk met welke vraag een jongere uit huis is geplaatst.
 - De hulpvraag lijkt niet alleen bij de jongere te liggen maar ook bij de sociale omgeving.
 - Het is onduidelijk of het een vraag is naar een veilig en gezond pedagogisch klimaat (veilig wonen) of een behandelvraag.
 - Geschikte voorzieningen om (tijdelijk) veilig te kunnen wonen zijn niet beschikbaar.
 - Niet alle netwerk mogelijkheden worden verkend.

Organisatieniveau

- De rol die ouders aannemen of krijgen toebedeeld is van invloed op de instroom in de 24-uurszorg.
 - Er wordt in een aantal gevallen te lang ingezet op het biologische systeem terwijl duidelijk is dat de ouders het niet gaan redden met de jeugdige. Dit verergert de problematiek van de jeugdige waardoor lichtere vormen van zorg niet meer mogelijk zijn.
 - (pleeg)ouders lijken door de 24-uurszorg gefaciliteerd te worden om ervoor te kiezen wel of geen ouderrol op zich te nemen. Ouders kunnen ervoor zorgen dit niet meer te doen, dit bevordert de instroom.

Gemeente niveau

- Er vindt onvoldoende vroeg signalering plaats.
 - Er bestonden vaak al problematiek en hulpvragen in het (pleeg)gezin voor de geboorte van de jeugdige.
 - Jeugdigen geven aan lang te hebben moeten wachten op hulp.

- Uit de dossiers kwamen regelmatig zorgelijke situaties rondom broertjes en zusjes naar voren zonder dat er bekend was wie voor hen verantwoordelijk was en of er een zorgaanbod voor hen aanwezig was.
- Er wordt niet altijd systeemgericht gewerkt in de ambulante hulpverlening
 - Ambulante hulp is of alleen op de jeugdige gericht zonder dat het systeem wordt meegenomen waardoor systeemproblemen die leiden tot een 24-uursopname blijven bestaan.
 - Ambulante hulp is alleen op het systeem gericht zonder dat de jeugdige daarbij betrokken is of een behandeling krijgt. Dit zorgt voor het verergeren van de problematiek en het bevorderen van instroom in de 24-uurszorg.
- Er wordt bij de instroom van jeugdigen in de zorg soms ingezet op te lichte vormen van zorg. Bijvoorbeeld het plaatsen van een jeugdige in een regulier pleeggezin bij indicaties van ernstige problematiek. Dit zorgt voor een verergering van de problematiek, bevordert de instroom en zorgt ervoor dat jeugdigen lang moeten wachten op de juiste hulp.

6.2 Doorstroom

Bij de instroom spelen name knelpunten op meerdere niveaus.

Individueel en groep niveau

- De klacht, hulpvraag, problematiek en diagnose en de daarbij passende bewezen effectieve interventies zijn niet helder.
 - Uit de dossiers komt vaak niet naar voren wat de hulpvraag is, waar de jeugdige voor behandeld wordt, wat het perspectief is en wat het plan is m.b.t. terugkeren naar huis of vervolghulp.
 - Actuele kennis over psychopathologie, bewezen effectieve methoden en ontwikkelingen op dit gebied is niet altijd aanwezig bij gedragsdeskundigen.
 - Er worden weinig bewezen effectieve behandelingen genoemd in de dossiers.
 - Er worden behandelingen ingezet die niet bij de hulpvraag passen of niet bewezen effectief zijn voor de hulpvraag.
- Diagnoses worden vaak bijgesteld.
 - Tijdens het omdenken kwamen bepaalde zaken en verbanden in de casussen naar voren die eerder over het hoofd werden gezien.
 - De gestelde diagnose wordt vaak na verloop van tijd bijgesteld.
- Het verblijven in de 24-uurszorg lijkt niet helpend in het traject.

- De 24-uurzorg werkt verhardend en kan daarmee nieuwe hulpvragen creëren (het probleemgedrag wordt de nieuwe hulpvraag).
- De 24-uurzorg zorgt voor hospitalisering. Jeugdigen lijken zelfredzaam gedrag dat zij eerst wel lieten zien af te leren. Om te kunnen uitstromen moeten zij dit gedrag opnieuw leren.

Organisatieniveau

- De betrokken partijen (ouders en pleegouders) nemen afstand of lijken op afstand te worden gezet bij een 24-uursopname.
 - De 24-uurzorg neemt vaak alle levensdomeinen over.
 - Jeugdigen worden vaak niet in hun eigen woonplaats geplaatst.
 - Weinig contact met de (pleeg)ouders in combinatie met het ontbreken van een behandeling gericht op het systeem en de problematiek die in het systeem speelt maakt terugkeer naar huis lastiger.
 - Er wordt een alles of niets principe gehanteerd m.b.t. de ouderrol, er wordt er lijkt vaak niet gezocht te worden naar een andere (gedeeltelijk) invulling van de ouderrol. Een gedeeltelijke ouderrol kan helpen bij het creëren van realistische verwachtingen en acceptatie voor een vervolgplek en daarmee de doorstroom bevorderen.
- Er is weinig continuïteit van zorg.
 - Jeugdigen moeten vaak lang wachten op hulp.
 - Het inzetten van een behandeling is lastig omdat meerdere partijen moeten worden geïnformeerd, betrokken en overgehaald.
 - Het inzetten van een behandeling die niet standaard geboden wordt is lastig
 - Het verloop van personeel is groot.

Gemeente niveau

- De samenwerking met de gezinsvoogd verloopt moeizaam.
- Er zijn praktische zaken die de doorstroom belemmeren.
 - Er zijn wachtlijsten voor vervolghulp.
 - Er is geen veilige woonplek beschikbaar.
 - Er zijn financiële prikkels die de doorstroom belemmeren.

6.3 Aanbevelingen

Op 17 november 2016 heeft er een bijeenkomst plaatsgevonden waarin het uitvoeringsteam de resultaten van fase 1 van dit onderzoek heeft voorgelegd aan externe partijen zoals Samen Veilig Midden Nederland, William Schrikker Stichting Jeugdbescherming & Jeugd reclassering, professionals die zich bezighouden met de intake van jongeren in de 24-uurszorg, GGZ Centraal, Veilig Thuis, pleegzorg, de GGD, 's Heeren Loo, Omega en Triade. Vervolgens is er met deze partijen gebrainstormd en zijn er aanbevelingen geformuleerd.

De eindrapportage waarin fase 1 en 2 beschreven staan is verstuurd naar alle organisaties die deelgenomen hebben aan dit project. Zij hebben vervolgens meegedacht met de aanbevelingen. De aanbevelingen zijn geformuleerd op groepsniveau, organisatieniveau en gemeente niveau.

6.3.1 Aanbevelingen met betrekking tot een kwalitatief goede jeugdzorg (met instroom in de 24-uurszorg als mogelijk onderdeel)

Individueel en groepsniveau

Bij zowel de instroom als doorstroom werd een woonprobleem geconstateerd. Aanbevelingen zijn daarom:

- De gedragsdeskundige brengt op dag 1 de woonmogelijkheden binnen het sociale netwerk van de jongere in kaart.

Het maken van een analyse van het probleem en het probleemgedrag bleek een knelpunt bij de instroom. Omdat dit niet helder is, is er ook geen logisch vervolg voor de in te zetten behandeling. Ook leidt een doorverwijzing altijd tot opname en lijkt een deel van de ouders gefaciliteerd te worden om geen ouderrol op zich te nemen. Aanbevelingen zijn daarom:

- Doorverwijzers en gedragsdeskundigen moeten bij de voordeur investeren in het in kaart brengen van het collectief perspectief en de collectieve hulpvraag van jongeren en hun gezin op alle leefgebieden. Van belang hierbij is dat dit niet te lang duurt en niet ten koste gaat van de betrokkenheid van het (pleeg)gezin. Daarnaast is het belangrijk om goed te kijken wat de vraag precies is en of er een perspectief biedende plek nodig is om crisisplaatsing na crisisplaatsing te voorkomen.
- De crisisopname korter te laten duren, en op het moment van instroom meteen een plan te maken voor de komende dagen, zodat het uitgangspunt blijft dat de jongere terug naar huis gaat

en/of dat de verantwoordelijkheid voor de jongere niet volledig bij de 24uurszorg terecht komt waardoor andere partijen afstand nemen.

- De focus op het gezin te houden, door het gezin actief te betrekken en mede verantwoordelijk te maken. Wat gaan zij doen? Het gezin en opgroeien in het gezin zou het uitgangspunt moeten blijven.
- Een minder strikte scheiding tussen ambulante zorg en residentiële zorg te hanteren. Het zou mogelijk moeten zijn om snel tussen beide vormen van hulpverlening te kunnen schakelen, bijvoorbeeld door:
 - een regiehouder per gezin waarbij de 24-uurszorg en de ambulante zorg samenwerking in één plan.
 - Het op de hoogte stellen van de ambulante zorg wie er in de 24-uurszorg zit zodat deze jongeren en hun gezinnen niet uit beeld verdwijnen.

Organisatieniveau

Er wordt niet altijd systeemgericht gewerkt in de ambulante hulpverlening. Uit dit onderzoek kunnen we niet afleiden waardoor dit komt. Aanbevelingen zijn daarom:

- Als organisatie aangeven wat systeemgericht werken is en welke kwaliteitseisen daarbij horen.
- In kaart brengen van de werkwijze van ambulante hulpverleners en mogelijke barrières bij het systeemgericht werken en daarop interveniëren.

Er wordt bij de instroom van jeugdigen in sommige gevallen ingezet op te lichte vormen van zorg.

Aanbevelingen zijn daarom:

- In gesprek gaan met Pleegzorg om de volgende zaken helder te krijgen en daar zo nodig op te interveniëren of verder onderzoek te doen naar:
 - De procedure rondom de plaatsing van jongeren in een pleeggezin. De jongeren in dit onderzoek lijken vaak iets meer nodig te hebben qua opvoeding. Ook lijken jongeren met complexe problematiek vaak in gewone pleeggezinnen geplaatst te worden. Hoe verloopt het matchen van jongeren met geschikte pleeggezinnen?

Gemeenteniveau (lokale toegang en inkoop)

Er vindt onvoldoende vroeg signalering plaats. Ook wordt er bij sommige ouders te lang ingezet op het biologische systeem. Aanbevelingen zijn daarom:

- Het beter in kaart brengen van risico gezinnen.
- Kwetsbare ouders beter in beeld hebben en blijven volgen.

Het onderscheid tussen een behandelvraag en een woonvraag is niet altijd helder bij de instroom, er is vaak sprake van een gebrek aan een veilige woonomgeving. Aanbevelingen zijn daarom:

- De gemeente maakt woningen beschikbaar voor jongeren die zelfstandig kunnen wonen.
- De gemeente maakt woningen beschikbaar waar jongeren begeleid kunnen wonen, het gaat hierbij ook om woonvoorzieningen waar jongeren een aantal dagen per week kunnen verblijven om de (pleeg)ouders te ontlasten.

6.3.2 Aanbevelingen met betrekking tot een kwalitatief goede doorstroom van jeugdigen uit de 24-uurszorg

Individueel en groepsniveau

De hulpvraag, problematiek en diagnose bleek vaak niet helder, ook werden diagnoses vaak aangepast. Dit onderzoek laat niet zien waarom dit gebeurt, dit moet verder verkend worden. Het inzetten van een geschikte bewezen effectieve behandeling bleek belemmerd te worden door diverse factoren. Aanbevelingen zijn daarom:

- In kaart brengen hoe diagnoses gesteld worden, knelpunten identificeren en daarop interveniëren.
- Het inzetten van geschikte behandelingen die passen bij de hulpvraag waarvoor een jongere wordt opgenomen in de 24-uurszorg. Uit dit onderzoek komt niet duidelijk naar voren waardoor dit niet altijd gebeurt. Verklaringen lijken te liggen bij aanbod gestuurd werken, het ontbreken van actuele kennis bij gedragsdeskundigen en de 24-uurszorg (deze werkt verhardend en zorgt voor hospitalisering). Ook lijken deze factoren de oorspronkelijke hulpvraag te vertroebelen. Het is daarom van belang dat de oorspronkelijke hulpvraag achterhaald wordt en dat er daarna in het dossier wordt aangegeven welke behandeling wordt ingezet en met welk doel zodat andere gedragswetenschappers hier op voort kunnen borduren. Het is daarbij van belang dat gedragswetenschappers telkens terugkeren naar de oorspronkelijke hulpvraag.

Ouders en pleegouders nemen afstand of lijken op afstand te worden gezet bij een 24-uursopname.

Aanbevelingen zijn daarom:

- Het actief betrekken van (pleeg)ouders met een behandeling gericht op het systeem en de problematiek in het systeem.
- Ervan uitgaan dat ouders altijd een ouderrol hebben. Samen zoeken met ouders hoe deze rol ingevuld kan worden.

Organisatieniveau

Er is weinig continuïteit van zorg, dit lijkt te komen doordat het lastig is een behandeling in zetten (met name wanneer deze niet standaard geboden wordt), verloop van personeel en de wachtlijsten die er zijn voor vervolghulp. Aanbevelingen zijn daarom:

- Het faciliteren van het inzetten van een geschikte behandeling door het versterken van de samenwerking met aanbieders, om zo barrières bij de organisatie van een behandeling te verminderen. De bekostiging van de zorg zou de beweging daarbij moeten stimuleren in plaats van belemmeren.
- Het in kaart brengen van redenen van het verloop van personeel en hierop interveniëren.

Actuele kennis over psychopathologie, bewezen effectieve behandelingen en ontwikkelingen op dit gebied lijken niet bij alle gedragsdeskundigen aanwezig. Ook werden bepaalde zaken en verbanden over het hoofd gezien. Aanbevelingen zijn daarom:

- Aansluiten bij kennisnetwerken om dit kennisniveau te verhogen en op peil te houden.
- Het faciliteren van bijeenkomsten waarbij het traject gericht op de toekomst van de jeugdige in kaart gebracht wordt.

De samenwerking met gezinsvoogden werd als moeizaam ervaren door gedragsdeskundigen. In dit onderzoek zijn geen gezinsvoogden gevraagd naar hun ervaringen. Aanbevelingen zijn daarom:

- Het bespreken van deze knelpunten met de jeugdbescherming te bespreken en gezamenlijk te zoeken naar oplossingen.

Gemeenteniveau

Ouders en pleegouders nemen afstand of lijken op afstand te worden gezet bij een 24-uursopname. Ook zijn er praktische zaken die de doorstroom belemmeren. Aanbevelingen zijn daarom:

- Het overnemen van zo min mogelijk levensdomeinen door de 24-uurszorg. Dit betekent dat:
 - Jeugdigen zoveel mogelijk in hun eigen woonplaats geplaatst moeten worden.
 - Jeugdigen gefaciliteerd moeten worden om onderwijs te volgen op hun eigen school (bijv. vervoer of een reisvergoeding).
- De gemeente maakt woningen beschikbaar voor jongeren die zelfstandig kunnen wonen.
- De gemeente maakt woningen beschikbaar waar jongeren begeleid kunnen wonen, het gaat hierbij ook om woonvoorzieningen waar jongeren een aantal dagen per week kunnen verblijven om de (pleeg)ouders te ontlasten.

- De gemeente en zorgaanbieders maken het mogelijk dat de (vervolg)hulp die nodig is geboden kan worden. Het gaat denk ik vooral om een stelsel waarin gemeenten en zorgaanbieders het mogelijk maken dat de hulp geboden kan worden die nodig is.
- De gemeente zoekt een passende oplossing voor financiële prikkels die de doorstroom belemmeren.

6 Discussie en aanbevelingen voor verder onderzoek

Bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten moet rekening gehouden worden met de volgende aspecten.

Dit is een kwalitatief onderzoek. Hoewel wij op meerdere punten dataverzadiging hebben bereikt, blijven een aantal zaken nog onderbelicht. Vaak waren de dossiers niet heel erg toegankelijk. Zij bestonden uit veel losse documenten die allemaal apart geopend moesten worden in het digitale dossier. In sommige gevallen waren de dossiers niet compleet omdat de helft alleen op papier beschikbaar was en op een andere locatie lag opgeslagen. Ook wordt er in de dossiers vaak niet altijd feitelijk gerapporteerd, maar gebruik gemaakt van meer 'omfloerste' begrippen zoals 'de zedelijke belangen waren in het geding' of 'er kon geen basisveiligheid geboden worden'. Idealiter hadden wij de betrokken professionals willen interviewen om deze gaten op te vullen, maar er was onvoldoende tijd om dit bij ieder dossier te doen; bovendien zijn niet alle professionals nog in beeld, waardoor dit ook niet mogelijk is.

Naar aanleiding van deze punten is het de vraag of dossieronderzoek de beste methode is voor een dergelijk onderzoek. Tijdens het omdenken kwam naar voren dat een bredere aanpak (niet alleen de focus op de jongere maar ook op zijn/haar sociale omgeving) wenselijk was. Een persoonlijk dossier focust zich altijd op één persoon, het is daarom logisch dat bepaalde informatie over de sociale omgeving en andere zaken niet altijd meegenomen wordt (het is geen familiedossier). Hierbij wordt waarschijnlijk een keuze gemaakt, o.a. gebaseerd op wet- en regelgeving, wat wel en wat niet gerapporteerd wordt, waarbij gefocust wordt op de jongere. Tijdens dit onderzoek konden een aantal zaken niet teruggevonden worden, bijvoorbeeld welke interventies eerder zijn ingezet bij pleeggezinnen of gezinshuizen. Ook konden wij vaak niet vinden welke ambulante hulpverlening er was ingezet en wat het resultaat van deze hulpverlening was. Dit betekent niet automatisch dat deze interventies niet zijn ingezet, maar dat het onbekend is of deze interventies zijn ingezet. Dit vormde niet alleen een belemmering bij dit onderzoek, maar kan ook de hulpverlening hinderen. Hierdoor kunnen hulpverleners in het dossier niet terugvinden wat effectief was of wat juist geen effect heeft gehad. Dit kan de hulpverlening belemmeren. Een aanbeveling om dit soort zaken beter te kunnen onderzoeken is om verschillende methoden met elkaar te combineren, door per casus ook betrokken professionals te interviewen.

Tot slot worden er in deze rapportage een aantal uitspraken gedaan over pleegzorg en gezinsvoogden. Bij de interpretatie van deze uitspraken is het van belang te weten dat tijdens dit

onderzoek geen pleegzorg medewerkers en gezinsvoogden bevraagd zijn. Een belangrijke aanbeveling is daarom om hen eerst te raadplegen alvorens hier conclusies aan te verbinden.

7 Referenties

1. Faas M. Visie op de jeugdzorg. Bewust, betrokken en betrouwbaar: het visiedocument van de zorgaanbieders in de jeugdhulpverlening. *Retrieved october 2004*;29:2008.
2. Gemeenten VvN. www.waarstaatjegemeente.nl Den Haag: Vereniging van Nederlandse Gemeenten; 2016 [
3. Ministerie van Volksgezondheid WeSV, (VenJ) MvVeJ, (VNG) DVvNG. Voordejeugd.nl 2014 [updated 29-4-2014; cited 2016 7-11-2016]. Available from: <https://www.voordejeugd.nl/stelselwijziging/verantwoordelijkheid-gemeenten>.
4. Tazelaar P, Zwanepol M. regio Flevoland. Programma ontwikkeling specialistische jeugdhulp CONCEPT. . In: Significant, ed., 2016.
5. Bergen Av, Heineke D. Handreiking t.b.v. Opvang en Bescherming ter ondersteuning van centrumgemeenten voor het opstellen van een regionaal integraal beleidsplan 2016-2019 voor de functies opvang en bescherming. In: (VNG) VvNG, ed. Den Haag: Movisie, 2015.
6. Péladeau N. QDA miner. Qualitative data analysis software user's guide. *Montreal: Provalis Research 2004*
7. Gale NK, Heath G, Cameron E, et al. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC medical research methodology* 2013;13(1):117.

Bijlage 1 Topiclijst semigestructureerde diepte interviews jongeren in de 24-uurszorg

Introductie

De onderzoeker vertelt iets over zichzelf. Daarna wordt er uitleg gegeven over de aanleiding en doel van het onderzoek. Daarnaast wordt verteld hoeveel tijd het interview in beslag neemt, de anonimiteit wordt benoemd, wat er wordt gedaan met de gegevens en er wordt gevraagd naar de leeftijd van de respondent. Ook wordt er verteld dat de jongere niet verplicht is om antwoorden te geven mocht hij/zij daar zich niet fijn bij voelen.

Topiclijst

Goedkeuring opname	<ul style="list-style-type: none">○ Vindt je het goed als ik het interview opneem?
Introductie	<ul style="list-style-type: none">○ Kan je wat over jezelf vertellen?<ul style="list-style-type: none">○ Wat voor werk/dagbesteding/opleiding volg je?○ Wat zijn je hobby's?○ Op wat voor woonplek woon je nu?<ul style="list-style-type: none">▪ Hoe krijg je hier ondersteuning?▪ Hoe vindt je dat?
Achtergrond	<ul style="list-style-type: none">○ Toen je net geboren was, wie zorgde er voor jou?<ul style="list-style-type: none">○ Hoe waren je ouders?○ Hoe waren je broers en zussen?○ Welke omstandigheden maakten dat jij/je gezin met de zorg in aanraking kwam?<ul style="list-style-type: none">○ Welke zorg ontving je toen?○ Wat vond je daarvan dat je in aanraking kwam met de zorg?○ Hoe ging dat?○ Wat ging hierin goed/minder goed?
Zorgtraject	<ul style="list-style-type: none">○ Je vertelde dat je ... met de zorg in aanraking kwam. En daarna?<ul style="list-style-type: none">- Chronologisch zorgtraject na vragen -○ Vragen per verblijf/zorg die ze ontvangen heeft?:<ul style="list-style-type: none">○ Waarom ben je daar gaan wonen/heb je die hulp ontvangen?○ Hoe vond je dat?<ul style="list-style-type: none">▪ Waarom? Wat ging hier goed/minder goed?

-
- Wat vond je van de begeleiding?
 - Wat vond je dat ze goed/minder goed deden? Waarom?
 - Wat had de begeleiding het beste kunnen doen om jou te helpen?
 - Wat is de reden dat je daar bent weg gegaan?
 - Hoe kwam dat?
 - Wat vond je daarvan dat je weg moest/ging?

Gedurende verblijf in de zorg

- Heb je behandelingen of therapieën gehad?
 - Zo ja, welke behandelingen/therapieën?
 - Hoe vond je dat?
 - Wat vond je daaraan goed/minder goed gaan?
- Wat vond je van het samenwonen met andere jongeren op de groep?
 - Wat vond je hierin goed/minder goed gaan?
 - Hoe gingen je begeleiders hiermee om?
 - Wat zou je hierin graag anders willen zien?

Rol van de jongere/(pleeg-)ouders

- Wat kan je zelf doen om te groeien?
 - Hoe gaat dat bij jou?
 - Wat vindt je hiervan?
 - Wat gaat hierin goed/minder goed?
- Hoe kan de begeleiding jou het beste helpen om te groeien?
 - Hoe gaat dat nu waar je woont?
 - Wat gaat goed/minder goed?
- Nadat je in contact ben gekomen met de zorg, heb je nog weleens contact gehad met je (pleeg-)ouders en broers/zussen?
 - Zo ja, hoe heb je met ze contact gehad? Zo nee, waarom niet?
 - Hoe vind je dat?
 - Wat kunnen je (pleeg-)ouders doen om jou te helpen in je ontwikkeling?

Uitstroom

- Stel je voor als alles mogelijk is. Hoe zou jouw toekomst er dan uitzien?
 - Waar zou je dan willen wonen?
 - Wat voor werk/dagbesteding zou je willen doen?
 - Wat heb je nodig om dat te kunnen bereiken?
 - Wat kan de begeleiding hierin betekenen?
- Ben je nu ook bezig met een volgende plek om te wonen?

- Zo ja, wat vindt je daarvan?
- Hoe ben je daarmee bezig?

Afsluiting

De onderzoeker bedankt de respondent voor deelname aan het onderzoek. Er wordt kort verteld wat er met de verwerkte gegevens wordt gedaan en de respondent mag nog op- of aanmerkingen op het interview geven. Vervolgens wordt gevraagd of de respondent op de hoogte wil blijven van de resultaten van het interview.

Bijlage 2 Achtergrondgegevens casussen dossieranalyse

Totaal: 36	Vitree (n = 5)*	Intermetzo (n = 7)*	's Heeren Loo (n = 9)	Triade (n = 8)	Omega Groep (n = 7)
Leeftijd (gem.)	15.8 jaar (14-20 jaar)	15.7 jaar (14- 17 jaar)	14.7 jaar (13-16 jaar)	13.5 jaar (10-18 jaar)	13.6 (7-21 jaar)
Sekse Man Vrouw	33.3% (2) 66.7% (3)	42.6% (3) 57.4% (4)	66.7% (6) 33.3% (3)	37.5% (3) 62.5% (5)	57.1% (4) 42.9% (3)
Verblijfplaats jongere tijdens omdenken Behandelgroep Pleeggezin Biologisch gezin Gezinshuis	100%	100%	77.8% (7) 22.2% (2)	12.5% (1) 87.5% (7)	14.3% (1) 85.7% (6)
Gemiddeld aantal woonplekken	3.8 (1-7 plekken) Niet bekend (1)	3 (2-4 plekken) Niet bekend (3)	3.6 (1-7 plekken)	5 (2-10 plekken)	3.7 (2-6 plekken)

Bijlage 3 Achtergrondgegevens diepte interviews met jeugdigen in de 24-uurszorg

	Respondenten (n = 5)	
Leeftijd	17.4 jaar (14-19 jaar)	
Sekse Man Vrouw	40% (2) 60% (3)	
Verblijfplaats jongere tijdens interview Zelfstandig wonen traject Behandelgroep	80% (4) 20% (1)	
Reden uithuisplaatsing/ opname groep Vechtscheiding Huiselijk geweld	40% (2) 60% (3)	
Aantal verblijfplaatsen	4.6 (1-9)	
Geboorteplaats vs. plaats plaatsingen	Geboorteplaats	Plaatsingen
	Lelystad	Dronten Lelystad
	Almere	Lelystad
	Zwolle	Zwolle (blijf van mijn lijf huis) Ermelo Soest
	Utrecht	Amersfoort Utrecht Zeist Soest
	Ermelo	Almere Eefde Zetten Horst Dakloos, onbekend waar Lelystad