

## Rapport: een verkenning van de wijze waarop zorgaanbieders vorm hebben gegeven aan de aanbevelingen uit het project action-learning uitstroom 24-uurszorg

---

Dit project is een vervolg op het project 'action learning uitstroom 24-uurszorg', waarbij vijf zorgaanbieders samen met onderzoekers van Windesheim Flevoland de belemmerende en bevorderende factoren van de in- en uitstroom van jeugdigen in residentiële jeugdzorgvoorzieningen in kaart hebben gebracht. Dit project bestond uit twee fases, waarbij de eerste fase liep van juni t/m november 2016 en de tweede fase van januari t/m 2017. Op basis van dit action-learning project zijn aanbevelingen geformuleerd voor de transformatie van de jeugdhulp in de regio Flevoland [1]. De uitkomsten van dit project hebben onder andere een rol gespeeld bij regionale bestuurlijke besluitvormingen die invloed hebben op het zorglandschap van specialistische jeugdhulp in 2021. Zo is onder andere afgesproken dat eind 2021 de capaciteit van groepen behandeld wonen met circa 50% is afgenomen en een (meer) evenwichtige verdeling komt tussen hulpvraag en -locatie bij jeugdhulp met verblijf [2].

Naast dat de aanbevelingen als input hebben gediend bij het formuleren van bestuurlijke doelen voor 2021, zijn zorgaanbieders ook meteen al aan de slag (gegaan) met deze aanbevelingen. Dit rapport beschrijft de uitkomsten van het kwalitatieve onderzoek naar de wijze waarop de zorginstellingen vorm hebben gegeven aan de aanbevelingen, hoe de implementatie van deze aanbevelingen door professionals uit het Flevolandse jeugdzorglandschap wordt ervaren en op welke wijze deze implementatie de samenwerking tussen lokale toegangen, gecertificeerde instellingen en betrokken jeugdzorginstellingen beïnvloedt.

### Leeswijzer

Dit rapport bestaat uit drie hoofdstukken en vijf bijlagen. In het eerste hoofdstuk staan de centrale vraag en deelvragen van het onderzoek beschreven als mede een beknopte beschrijving van de toegepaste methode. In het tweede hoofdstuk staan de uitkomsten van het onderzoek. In het laatste hoofdstuk geven we een conclusie van het onderzoek.

Dit rapport bevat de volgende vijf bijlagen:

Bijlage A: achtergrondinformatie over het onderzoek (blz. 9)

Bijlage B: een uitgebreide uitwerking van de methode (blz. 10)

Bijlage C: belemmeringen van het onderzoek (blz. 11)

Bijlage D: topiclijst interviews (blz. 12)

Bijlage E: fictieve casus en topiclijst FGD's (blz. 18)

### Begrippen

Hieronder wordt een aantal begrippen nader toegelicht.

*Begrip*

*Toelichting*

Aanbevelingen:           aanbevelingen uit de rapportage action-learning uitstroom 24-uurszorg.

Zorginstellingen: de zorginstellingen die betrokken waren bij dit onderzoek: 's Heeren Loo, Intermetzo, Omega, Vitree en Triade

Gemeenten: de gemeenten die betrokken waren bij dit onderzoek: Almere, Dronten, NOP, Urk en Zeewolde<sup>1</sup>.

## 1.1 Doel van het onderzoek

De vraag die in dit onderzoek centraal staat is als volgt:

*Hoe verloopt de implementatie van de transformatieplannen bij de betrokken zorginstellingen, hoe wordt deze implementatie door betrokken professionals ervaren en op welke wijze beïnvloedt deze hervormingen de samenwerking binnen het Flevolandse zorglandschap?* Om te komen tot een antwoord stellen we de volgende deelvragen:

- Aan welke aanbevelingen geven de zorginstellingen voornamelijk invulling aan? (**thema 1**)
- Op welke wijze geven de zorgaanbieders vorm aan de aanbevelingen uit de rapportage uitstroom 24-uurszorg? (**thema 2**)
- Op welke wijze wordt een jeugdige geholpen sinds de aanbevelingen zijn doorgevoerd? (**thema 3**)
- Welk gevolgen heeft de implementatie van deze aanbevelingen voor de samenwerking tussen verwijzers (lokale toegang en GI's) en zorgaanbieders? (**thema 4**)
- Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren bij het uitvoeren van deze aanbevelingen? (**thema 5**)

## 1.2 Methode in het kort

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

## 2. Uitkomsten

Dit hoofdstuk beschrijft de uitkomsten van het onderzoek in de volgorde van de vijf deelvragen beschreven in paragraaf 1.1.

### 2.1 Thema 1: De aanbevelingen waar zorginstellingen voornamelijk vorm aan geven.

Tijdens de interviews werd aan sleutelpersonen<sup>2</sup> binnen de zorginstellingen gevraagd op welke wijze zij vorm hebben gegeven aan de aanbevelingen uit het action learning project en hoever zij met de implementatie van deze plannen zijn. Om te kijken in welke mate deze plannen overeenkomen met

---

<sup>1</sup> Vanwege onvoldoende capaciteit bij de lokale toegang van de gemeente Lelystad is er geen FGD georganiseerd in de gemeente Lelystad.

<sup>2</sup> Sleutelpersonen die zijn geïnterviewd zijn onder andere leidinggevenden, ambassadeurs en professionals die mee hebben gedaan aan het onderzoek action-learning uitstroom 24-uurszorg.

de aanbevelingen hebben we de plannen van de zorginstellingen en de aanbevelingen met elkaar vergeleken. De vier aanbevelingen waar de zorginstellingen het meest vorm aan geven of beogen te geven staan in de tabel hieronder beschreven.

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

## 2.2 Thema 2: De wijze waarop zorgaanbieders vormgeven aan de aanbevelingen.

### *Aanbeveling 1: Investeren in de voordeur van 24-uurszorg*

Met betrekking tot het investeren in de voordeur van 24-uurszorg bleek dat een aantal zorgaanbieders inmiddels is gestart met het anders vormgeven van de voordeur. Zo heeft de regiogemeente Almere als voorwaarde gesteld dat zorginstellingen de hulpvraag van de jeugdige en ouders moet verkennen voorafgaand aan een plaatsing, daarnaast blijkt dat Vitree en 's Heeren Loo een ambulante intaker inzetten om de gemeenschappelijke hulpvraag van jongeren en hun gezin te verkennen. Bij Vitree gebeurt dit vooralsnog alleen bij de 24-uurszorg, maar Vitree overweegt om deze aanpak te standaardiseren voor alle vormen van jeugdhulp met verblijf, ook bij hulptrajecten van Triade<sup>3</sup>. De zorginstelling 's Heeren Loo heeft dit op een andere wijze georganiseerd, namelijk met een aparte klantencentrale die alle aanmeldingen die binnenkomen analyseert. In de FGD's is niet naar voren gekomen op welke wijze Intermetzo deze aanbeveling vormgeeft. In de volgende twee alinea's wordt verder uitgelegd op welke wijze 's Heeren Loo en Vitree de gemeenschappelijke hulpvraag en het perspectief van jeugdigen en hun gezin in kaart brengen.

- 's Heeren Loo heeft een aparte afdeling die zich buigt over aanmeldingen voor zowel ambulante als residentiële. Na een aanmelding voert de zorgconsulent telefoongesprekken met de aanmelder voor aanvullende toelichting. Daarna gaat de zorgconsulent op huisbezoek bij het gezin om vast te stellen wat de hulpvraag van de verschillende gezinsleden is, hoe de leefsituatie eruit ziet en hoe het netwerk eruitziet. Het type hulpvraag bepaalt het aantal huisbezoeken en welke expertises bij de aanmelding worden betrokken. In principe doorloopt 's Heeren Loo deze stappen bij iedere aanmelding voor 24-uurszorg. De quote hieronder illustreert de doelstelling van een huisbezoek.

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

- Vitree is in de gemeente Almere gestart met een pilot waarin bij iedere aanmelding voor 24-uurszorg wordt onderzocht welke vorm van hulp het meest passend is. Binnen een tijdsbestek

<sup>3</sup> Vitree en Triade zijn sinds januari 2018 gefuseerd.

van vier weken voeren ambulante intakevragen vier tot zes gesprekken met het gezin om vast te stellen welke vorm van ondersteuning nodig is. Bij de screening zijn ook systeemtherapeuten betrokken. Uit de pilot blijkt tot nu toe dat er vaak ook andere mogelijkheden zijn dan uithuisplaatsing. Vitree is inmiddels ook begonnen met deze aanpak bij de gemeenten NOP, Zeewolde, Dronten en Urk. De ambitie is om bij gezinshuizen met eenzelfde soort aanpak te werken.

### *Aanbeveling 2: De scheidingslijn tussen ambulante en residentieel*

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

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

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

### *Aanbeveling 3: De regie bij ouders te laten*

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

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

Naar aanleiding van het action-learning onderzoek hebben groepsbegeleiders van Vitree een training systeemgericht werken gevolgd en zijn er systeemtherapeuten binnen de organisatie aanwezig die betrokken kunnen worden bij verschillende onderdelen, zoals bij een crisis, een aanmelding of een 24-uurshulptraject. Één professional afkomstig van de zorginstelling Intermetzo heeft aangegeven dat werknemers worden getraind om de samenwerkingsrelatie met het gezin te verstevigen. Ook is benoemd dat Intermetzo zich meer inzet om kinderen buiten de regio terug naar de regio te halen

zodat ouders meer betrokken kunnen zijn bij de hulp in een 24-uursinstelling. Daarbij zet 's Heeren Loo zich in om tijdens het proces rondom de aanmelding de regie bij de ouders te laten houden door met thuisbezoeken te werken. Alleen professionals van Triade (die jeugdhulp met verblijf biedt in de vorm van gezinshuizen) gaven aan dat Triade, met betrekking tot regie van ouders, geen veranderingen in hun aanpak hebben aangebracht. Dit omdat volgens professionals van Triade de rol van ouders al goed is ingebed bij gezinshuizen. Daarbij gaven zij aan dat de rol van ouders per casus verschilt. Genoemde factoren die hier invloed op hebben zijn de capaciteiten van ouders en de visie van de betrokken jeugdbeschermer.

#### *Aanbeveling 4: Het inzetten van bewezen effectieve behandelingen*

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

Professionals die behandelingen voor jeugdigen inzetten gaven aan dat de behandeling niet per se bewezen effectief hoeft te zijn. Genoemde redenen hiervoor zijn: bewezen effectieve behandelingen zijn niet altijd voorhanden en het is belangrijker dat de behandeling goed aansluit op de jeugdige en ouders.

*“Meestal kies ik wat beschikbaar is en wat binnen mijn ‘inner circle’ bekend is. Ik denk dat we vaker kiezen wat beschikbaar is dan wat bewezen effectief is.” (FGD, Dronten)*

*“Sterker nog ik durf wel te stellen dat sommige hele praktische bokswedstrijden soms veel effectiever zijn dan 10 praatsessies”. (FGD, Urk).*

Met betrekking tot behandelgroepen werd in alle FGD's benoemd dat jeugdigen op een open behandelgroep niet altijd een hulpvraag hebben die past bij de groep waarop ze zijn geplaatst. De meest genoemde verklaring hiervoor was een te kort aan passende alternatieven (met name voor jongeren van 16 jaar en ouder). Bovendien werd door een aantal professionals in de focusgroep van NOP benoemd dat het aanbod en de vraag beter met elkaar zijn afgestemd binnen pleegzorg en bij gezinshuizen.

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

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

In de analyse kwamen de thema's aanbodgericht werken, houding en handelen van de professional naar voren. De uitkomsten met betrekking tot deze thema's zijn in aparte alinea's beschreven hieronder.

#### *Aanbodgericht werken*

Tijdens de opdracht, waarin een fictieve casus werd behandeld, werd aan de deelnemers gevraagd welke stappen zij idealiter zouden willen zetten (zie bijlage E voor de gebruikte fictieve casus). Hoewel in alle FGD's bleek dat de meeste professionals in de hulpverlening het perspectief van de jeugdige centraal willen zetten, handelden een aantal professionals aanbodgericht, dat wil zeggen

dat ze niet begonnen met het in kaart brengen van de behoeften en wensen van de jeugdige maar met het inzetten van specifieke beschikbare hulp- en ondersteuningstrajecten. Tevens gaf de meerderheid van de deelnemers aan jeugdigen andere vormen van hulp dan de 24-uurszorg te gunnen.

#### *Houding van de professional*

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

#### *Handelen van de professional*

De meerderheid van de deelnemers had het idee dat de decentralisatie van de jeugdhulp hen scherp houdt om meer vanuit de hulpvraag van het gezin te handelen en om de eigen regie bij het gezin te vergroten. Sinds de decentralisatie kijken professionals van de lokale toegangen en zorginstellingen meer gezamenlijk naar alternatieven voor 24-uurszorg, zoals respijtzorg en intensieve ambulante hulpverlening. Tijdens de FGD in Almere is bijvoorbeeld benoemd dat bij pleeggezinnen vaker ambulante hulp wordt ingezet dan voorheen. Ook gaf de lokale toegang van Almere aan dat zij bij een pleegzorgplaatsing de potentiële logeermogelijkheden van de jeugdige in kaart brengt. Een professional van de lokale toegang Dronten gaf aan dat bij plaatsing op een behandelgroep kritischer wordt gekeken naar welke zorg voorafgaand is ingezet. Tijdens de FGD in Urk benoemden deelnemers dat de gemiddelde leeftijd van de jeugdigen de laatste jaren toeneemt en dat het totaal aantal groepen in Flevoland in getalen afneemt. Met betrekking tot het thema 'handelen van de professional' gaven professionals van zorginstellingen en GI's aan dat lokale toegangen steeds meer systeembreed kijken. De lokale toegang Dronten, traint haar medewerkers van de lokale toegang momenteel om systeemgericht te werken. Daarnaast werd in alle FGD's benoemd dat steeds vaker elkaars expertise wordt benut en vaker afstemming plaatsvindt tussen lokale toegangen en zorgorganisaties. Professionals ervaren dit als prettig. Zo benoemde een professional van een GI dat een lokale toegang zicht heeft op wat een huishouden nodig heeft. Deelnemers vermoeden dat de veranderingen in hun houding en handelen deels tot stand zijn gekomen door afspraken met gemeenten (zoals maximale opnameduur, tussenevaluaties en vooronderzoek), maar ook door vernieuwde interne werkprocessen.

Thema 4: De invloed van de implementatie van de hervormingen op de samenwerking tussen verwijzers (lokale toegang en GI's) en zorgaanbieders.

Uit de FGD's komt naar voren dat de nieuwe inrichting van de voordeur voor professionals met een verwijzende functie nog onbekend is. De professionals, werkzaam bij de lokale toegangen Zeewolde, NOP, Dronten en Urk en de GI's, waren nog niet goed op de hoogte van het vooronderzoek dat

Vitree en 's Heeren Loo tegenwoordig uitvoeren bij een 24-uurszorgaanmelding. Hoewel de professionals de meerwaarde ervan inzien, vermoeden ze dat met deze nieuwe werkwijze dubbel werk wordt verricht en dat kennis en ervaringen uit de ambulante ondersteuning onvoldoende worden meegenomen in de besluitvorming van de zorginstelling. De lokale toegang van Almere gaf aan dat hun eigen beoordeling door deze manier van werken minder uitgebreid is. Andere gemeenten hebben vooralsnog geen aangepaste methode. De quote hieronder illustreert d

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

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

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

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

### Bevorderende factoren

#### *Gemeenten*

- Deelnemers van alle branches gaven aan dat korte lijnen tussen professionals van lokale toegang en zorginstellingen zorgen voor een gedeelde verantwoordelijkheid. Dit zorgt voor een snellere en meer passende hulpverlening.
- De gemeente Dronten heeft korte lijnen tussen beleid jeugd en de lokale toegang. Dit maakt dat de lokale toegang kan aangeven welke ondersteuningsmogelijkheden ontbreken en andere ervaren knelpunten.
- Projecten waarin gemeenten, zorgaanbieders en woningcorporaties samenwerken zorgen voor vernieuwende alternatieve hulpvormen, zoals het project Woonstart Dronten.

#### *Lokale toegang*

- Een structureel multidisciplinair overleg waar partijen zoals de lokale toegang, een GI, Veilig Thuis zorg- en welzijnsinstanties in gezamenlijkheid casussen bespreken biedt mogelijkheden om meer systeemgerichte en integrale ondersteuning te bieden. In de gemeenten Dronten en NOP organiseren de lokale toegangen zulke overleggen met ketenpartners structureel.

- Het bieden van opleidingsmogelijkheden voor systeemgericht werken draagt volgens de lokale toegang van de gemeente Dronten bij aan het vergroten en behouden van regie van ouders in een vroeg stadium van de hulpverlening.

### *Zorginstellingen*

- Het samenbrengen van verschillende expertises binnen een hulpverleningstraject, bijvoorbeeld professionals gespecialiseerd in LVB en GGZ, of een multidisciplinair ambulante team zoals FACT, zorgt voor een integrale aanpak wat volgens deelnemers effectief is.
- Inzetten op een ervaringsdeskundige/jouw ingebrachte mentor. Uit twee FGD's blijkt dat dit maakt dat betrokken professionals meer samen met de cliënt werken voor het organiseren van passende hulp.

### Belemmerende factoren

#### *Gemeenten*

- Gemeenten laten het niet toe om een residentieel traject naast een ambulante traject in te zetten. Dit werkt volgens professionals van zorginstellingen belemmerend bij het organiseren van hulp die is gericht op een snelle en duurzame terugkeer naar huis.
- Het is per gemeente verschillend welke hulp een jeugdige kan ontvangen. Dit is volgens de deelnemers onduidelijk. Het kost veel uitzoekwerk om vast te stellen uit welk geldpotje de vergoeding voor de hulp moet komen.
- Er zijn onvoldoende zelfstandige woonplekken voor jongeren beschikbaar. Dit is belemmerend voor de uitstroom uit de 24-uurszorg.

#### *Lokale toegang*

- Zorgaanbieders en GI's ervaren het als een knelpunt dat de lokale toegangen verschillende werkwijzen hanteren die vaak niet inzichtelijk zijn, dit heeft een belastend effect op de administratieve werkzaamheden. Bijvoorbeeld de wijze waarop de jeugdbeschermingstafel wordt georganiseerd en de wijze waarop een beschikking moet worden aangevraagd verschilt per gemeente.
- Door het snel veranderde zorglandschap vinden verwijzers het lastig bij te houden welke ondersteunings- en hulpmogelijkheden er beschikbaar zijn. Vanwege tijdgebrek kiezen verwijzers uit het aanbod waar verwijzers al bekend mee zijn. De ondersteuningsvorm Intensieve gezinstherapie van Vitree was bijvoorbeeld niet bekend bij alle verwijzers.
- Er is chronisch tijdgebrek, dit heeft een belemmerend effect op het bieden van kwalitatief goede hulpverlening.

*“Wat ik mis...is de tijd hebben. Ik zou meer tijd willen hebben om een hecht team met ouders en kinderen te kunnen zijn. Je ziet dat ouders zich niet gehoord voelen” (FGD, Almere).*

- De lokale toegang van de gemeente Zeewolde heeft te maken met wachtlijsten. Dit werkt belemmerend bij het tijdig inzetten van hulp.

### *Zorginstellingen*



- Intermetzo, 's Heeren Loo en Vitree benoemden dat zij geen goed beeld hebben van hun collega's bij de ambulante tak binnen hun eigen organisatie omdat structurele afstemming ontbreekt.
- In alle FGD's werd genoemd dat er lange wachttijden zijn voor ambulante en residentiële voorzieningen. Het kan bijvoorbeeld een jaar duren voordat een jeugdige in een gezinshuis terecht kan.
  - o Er is in het Flevolandse zorglandschap een tekort aan alternatieve verblijfplekken (deeltijd 24-uurszorg, pleeggezinnen, gezinshuizen, begeleid wonen) en intensieve ambulante trajecten
- Er is continu een hoge werkdruk, dit heeft een belemmerend effect heeft op het bieden van kwalitatief goede hulpverlening.
- De herinrichting van de voordeur van de instellingen Vitree en 's Heeren Loo is niet bekend bij de lokale toegangen van kleinere gemeenten.

## Conclusie

De Flevolandse gemeenten en jeugdhulpaanbieders constateerden in 2015 dat het regionale jeugdzorglandschap op slot zat. Onder meer omdat de in- en uitstroom van de 24-uursopvang was gestagneerd en onvoldoende aanbod was in goede en intensieve jeugdhulp dichtbij kinderen en gezinnen in de eigen omgeving. Voor het oplossen van deze knelpunten hebben de partners het tweejarige programma Zorglandschap Jeugd Flevoland opgezet (2016 t/m 2018).

Een onderdeel van het programma was het project 'Action learning uitstroom 24-uurszorg'. In 2016 en 2017 hebben Windesheim Flevoland, de zorginstellingen Vitree, Intermetzo, 's Heeren Loo, Omega en Triade, en omdenkers van Accare de bevorderende en belemmerende factoren van de in- en uitstroom van residentiële jeugdzorgvoorzieningen in kaart gebracht. De belangrijkste bevinding van dit project was dat van het totaal aantal dossiers (n = 36) een groot aantal jongeren in de 24-uurszorg verblijft met een hulpvraag die niet passend is. Om dit knelpunt te verhelpen en om een goede uitstroom te bevorderen hebben betrokkenen bij dit onderzoek randvoorwaarden en aanbevelingen geformuleerd.

Als onderdeel van de monitor is Windesheim Flevoland gevraagd om te evalueren hoe de implementatie van de aanbevelingen verloopt. Om hier zicht op te krijgen heeft Windesheim Flevoland in 2017/'18 een kwalitatief onderzoek uitgevoerd.

De eerste stap in dit kwalitatieve evaluatieonderzoek bestond uit interviews met managers of gedragsdeskundigen van de vijf betrokken jeugdhulpinstellingen. Uit deze interviews (november 2017) bleek dat zorgaanbieders zich met name (willen) inzetten voor het verbeteren van het vooronderzoek dat zij verrichten bij een aanmelding voor de 24-uurszorg (hervorming van de voordeur), het verminderen van de scheiding tussen ambulante en residentiële, het vergroten van de regie van ouders en kinderen en het inzetten van bewezen effectieve behandelingen. Deze hervormingen waren deels terug te zien in de focusgroepen met hulpverleners (juli 2018, 5 focusgroepen, totaal 23 deelnemers). Daarbij gaf de meerderheid van de hulpverleners aan dat zij in hun handelen ondersteunend willen zijn aan kind en ouders (vraaggericht), het gezin een gelijke samenwerkingspartner is en hechten waarde aan systeemgericht werken. Ook gaven de hulpverleners aan dat partijen elkaar steeds beter weten te vinden, zowel op casusniveau als op structureel niveau.

De focusgroepen laten zien dat niet alle hervormingen hun weg naar de werkvloer even goed hebben weten te vinden. Zo zijn niet alle lokale toegangen op de hoogte van de nieuwe voordeur van de 24-uurszorg, zijn er slechts een aantal concrete acties terug gehoord voor het verkleinen van de scheiding tussen ambulante en residentiële zorg en het inzetten van bewezen effectieve behandelingen. Belangrijke factoren die bevorderend zijn voor het opvolgen van de aanbevelingen zijn korte lijnen tussen professionals, bijvoorbeeld in de vorm van een multidisciplinair overleg, het stimuleren van systemisch werken bij medewerkers van de lokale toegang, het inzetten van verschillende expertises in een hulpverleningstraject. Belangrijke belemmerende factoren die in dit onderzoek aan het licht zijn gekomen zijn onvoldoende alternatieven voor behandelgroepen (zoals intensieve ambulante hulpverlening, gezinshuizen en zelfstandig wonen), onvoldoende tijd voor het opbouwen van een goede samenwerkingsrelatie ouders en jeugdige(n), de werelden van ambulante- en residentiële hulpverlening liggen nog te ver uit elkaar en een gebrek aan up-to-date kennis van de mogelijkheden van hulp- en ondersteuningsvormen binnen de regio.

## Bijlage A: Achtergrondinformatie

De Flevolandse gemeenten en jeugdhulpaanbieders constateerden in 2015 dat het regionale jeugdzorglandschap op slot zat. Onder meer omdat de in- en uitstroom van de 24-uursopvang was gestagneerd en onvoldoende aanbod was in goede en intensieve jeugdhulp dichtbij kinderen en gezinnen in de eigen omgeving. Voor het oplossen van deze knelpunten hebben de partners het tweejarige programma Zorglandschap Jeugd Flevoland opgezet (2016 t/m 2018). In dit programma werken de partners samen aan een gezamenlijk en duurzaam landschap waarbij gezinsgerichte en vraaggerichte hulp de belangrijkste principes vormen [1]. Windesheim Flevoland is vanaf het begin van het programma betrokken als onderzoekende partij door middel van diverse action learning trajecten maar heeft ook een monitorende functie [2,3].

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

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

## Bijlage B: Onderzoeksmethode

### 1.1 Onderzoeksdesign

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

### 1.2 Dataverzameling

In de dataverzameling is als eerst gestart met semigestructureerde diepte interviews met sleutelpersonen. Deze interviews hebben plaatsgevonden in het vierde kwartaal van 2017. Topics die aan bod kwamen in de interviews zijn de wijze waarop de zorginstellingen vorm gaven aan de aanbevelingen en de voortgang van de implementatie (zie bijlage D voor de topiclijst). In totaal zijn er vijf interviews gehouden van gemiddeld een uur. Deze zijn met toestemming van de respondent opgenomen. Zie tabel 1 voor een overzicht van de geïnterviewden en hun achtergrond.

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

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

In de zomer van 2018 zijn er vijf FGD's georganiseerd in de gemeenten Almere, NOP, Urk en Zeewolde. Topics die zijn behandeld zijn de aanbevelingen die zijn benoemd tijdens de interviews, de wijze hoe een jeugdige geholpen wordt, de samenwerking tussen ketenpartners en bevorderende en belemmerende factoren. Om sociaal gewenste antwoorden te voorkomen waren de topics verwerkt in een fictieve casus, stellingen en een post-it opdracht (zie bijlage E voor de topiclijst). De deelnemers voor deze FGD's zijn aangedragen door managers en bestuurders die namens de betrokken zorginstellingen deelnemen aan het programma Zorglandschap. Zie voor een overzicht van de respondenten en hun achtergrond per focusgroep tabel 2.

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

Focusgroep	Organisatie deelnemer	Functie deelnemer
<b>Almere (n=8)</b>		
	Intermetzo	Gedragswetenschapper
	Vitree/Triade	Intake coördinator
	Vitree/Triade	Gedragswetenschapper
	Vitree/Triade	Gedragsdeskundige
	Vitree/Triade	Ambulant hulpverlener
	's Heeren Loo	Zorgconsulent
	JGZ Almere	Gedragsdeskundige
	JGZ Almere	Ambulant hulpverlener
<b>Dronten (n=4)</b>		
	Vitree/Triade	Gezinsbehandelaar
	Samen Veilig Midden Nederland	Medewerker SAVE

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

De FGD's duurden gemiddeld twee uur en hadden gemiddeld 5 deelnemers met minimaal 3 en maximaal 8 personen. De FGD's zijn met toestemming van de respondenten opgenomen.

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

### 1.3 Analyse

Van de interviews zijn verslagen gemaakt en alle genoemde actieplannen geselecteerd. Deze actieplannen zijn vervolgens naast de aanbevelingen gelegd. Vier aanbevelingen waarvoor de meeste acties zijn benoemd zijn uiteindelijk geselecteerd. Deze aanbevelingen zijn voorgelegd aan de deelnemers van het Partijen Overleg Ambtelijk Zorglandschap Flevoland Jeugd om mee te denken over de verdere vormgeving van het onderzoek.

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

## Bijlage C: Discussie en aanbevelingen

### **Belemmeringen van dit onderzoek.**

Bij de interpretatie van de resultaten van dit onderzoek moet rekening gehouden worden met de volgende punten. De oorspronkelijke doelstelling van dit onderzoek was om in iedere Flevolandse gemeente een FGD te organiseren en dat in elke FGD minstens drie zorginstellingen, de lokale toegang van de desbetreffende gemeente en een GI waren vertegenwoordigd. Vanwege capaciteitsproblemen bij de gemeente heeft er geen FGD in de gemeente Lelystad plaatsgevonden. Hierdoor hebben we geen resultaten kunnen verzamelen over het lokale zorglandschap en de samenwerking tussen zorgaanbieders en de GI's, waardoor we voor Lelystad geen antwoorden konden geven op de vragen die in dit project centraal stonden. Daarnaast bleek het voor zorgaanbieders en GI's lastig om professionals aan te dragen voor minimaal drie FGD's. Met uitzondering van de FGD in Almere, waren per FGD slechts 1 of 2 zorginstellingen vertegenwoordigd (tabel 2). Genoemde redenen hiervoor waren onvoldoende tijd en te weinig capaciteit bij wie?. Een andere factor die heeft bijgedragen aan deze lagere opkomst is het besluit van Omega om niet verder deel te nemen aan het onderzoek, omdat vanwege de ontwikkelingen rondom de regionale aanbesteding jeugdhulp met verblijf Omega geen meerwaarde in deelname aan dit onderzoek zag. Een ander punt waar rekening gehouden moet worden is dat de lokale toegang van de gemeente NOP niet aanwezig was tijdens de FGD, omdat nadat de FGD was ingepland de lokale toegang niet beschikbaar was. Om deze partij alsnog een stem te geven in het onderzoek zijn de punten die benoemd waren in de FGD voorgelegd aan de lokale toegang in een apart interview. Mogelijk is door deze aanpak informatie over de samenwerking niet benoemd door de professionals.

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

### **Aanbevelingen**

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

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

## Bijlage D: Topiclijst interviews

### Topiclijst interviews

#### Algemene informatie

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

#### Doel van het onderzoek:

Dit interview is bedoeld om vast te stellen wat de opvolgingen zijn nav het action learning onderzoek uitstroom 24-uurszorg. De olievlek. We willen ook nagaan in welke mate de samenwerking wordt gezocht met ketenpartners, waaronder ambulante hulpverlening en gemeenten. Wanneer we een beeld hebben van de olievlek willen we deze in 2018 gaan volgen en mogelijk bijsturen.

#### Onderdeel van de monitor:

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

#### Vragen

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

#### Betrokkenheid sociale omgeving en (lokale) hulpverleners

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

#### Omdenken

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

#### Gezamenlijk bestuderen van de casus

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

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

### **Actiepunten nav aanbevelingen van het onderzoek (Triade en Omega)**

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

### **Vitree**

Charlotte vissenberg heeft een poosje geleden een gesprek met jou en Paul van der Linden gehad over de actieplannen nav het action-learning ik ben benieuwd wat de stand van zaken zijn van deze actieplannen.

- A. *Anders organiseren van de voordeur. Een 24uurs-aanmelding wordt nu opgepakt door een multidisciplinair team. 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.*
  1. Hoe ver zijn jullie met dit actiepunt?
  2. Waarom hebben jullie ervoor gekozen om dit actiepunt te formuleren?
  3. Waar lopen jullie tegenaan?
  4. Hoe trekken jullie hierin op met de lokale toegang vd gemeenten en met externe zorgaanbieders
  5. Welke professionals die met deze nieuwe methode werken, zou ik kunnen interviewen over de uitvoering van deze nieuwe methodiek?
  6. Zijn er werkinstructies/handleidingen beschikbaar en zo ja, zou ik die mogen inzien?
- B. *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.*
- C. *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 te voren vastgestelde zaken in kaart gebracht worden.*
- D. *Meer inzetten op deeltijdproducten zoals deeltijdopvang en dagopvang met ambulante behandeling als alternatief voor 24-uursplaatsing.*
- E. *Het systeem centraal en verantwoordelijk houden:*



## **INTERMETZO**

- A. *Hoofdbehandelaar niet meer vanuit de groep, maar vanuit de poli (ambulante betrokkenheid). Residentiële plaatsing wordt hierdoor een klein onderdeel van het ambulante traject.*
- B. *Gedragsdeskundige wordt verantwoordelijk voor het leefklimaat op de groep.*
- C. *Screening en intake team wordt samengesteld, dit team besluit wat een jongere nodig heeft.*
- D. *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.*
- E. *School to care: dagprogramma's, dit ook inzetten om af te schalen. Meer aansluiting zoeken met school mbt de behandeling.*
- F. *Nieuw uitgangspunt: 1) behandelen vanuit de poli, waar het nodig is.*

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

- Hoe zoeken jullie de samenwerking nu op?
- Is dit het afgelopen jaar veranderd?
- Wat zijn de toekomstplannen van intermetzo mbt samenwerking met de hele keten?

## **s' Heeren Loo**

- A. *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).*
- B. *Het investeren in afname wachtlijsten voor effectieve behandelinterventies.*
- C. *Het versterken van de keten van dienstverlening met Groot-Emaus door systeemgericht werken hieronder te leggen.*
- D. *Naast intensivering van ambulante dienstverlening, starten van tussen variant van kortdurende systeemgerichte 24 uren behandeling, namelijk interventiehuizen.*

*E. Versterken van de gezinshuizen*

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

Zijn er nog andere actiepunten die we niet hebben besproken maar die jullie wel nav het onderzoek hebben geformuleerd?

Zo ja, welke?

Zijn er nav het onderzoek bepaalde samenwerkingen geïntensiveerd die we nog niet hebben besproken?

Zo ja, welke samenwerkingen?

## Bijlage E: Fictieve casus en topiclijst FGD

### Levensloop

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

Op 11 november 2017 belde zijn jeugdzorgwerker (jeugdbeschermer/gezinsvoogd) dat Laurens meteen opgenomen moet worden, anders zou er een crisis uitbreken. Laurens is de volgende dag geplaatst op een open behandelgroep.

Op 28 november 2017 hebben zijn pleegouders in een telefoongesprek aangegeven dat zij het niet meer zien zitten met deze jongen en hebben geen tijd voor een overleg met de behandelgroep.

In december 2017 hebben zijn biologische ouders gebeld naar de groep om te vragen waarom hij op een groep is geplaatst, maar ze hebben geen gezag.

December 2017: Mogelijkheden in het netwerk zijn verkend.

Maart 2018: Laurens zit op een cluster vier school en krijgt PMT voor zijn woedeaanvallen (ter voorbereiding op de daadwerkelijke traumabehandeling). Laurens volgt 1 x per 2 weken muziektherapie. Tijdens muziektherapie vindt hij het leuk om te rappen. Hij laat graag anderen luisteren naar zijn raps.

April 2018: Laurens krijgt een andere jeugdzorgwerker. De nieuwe jeugdzorgwerker kan geen verklaring geven waarom ouders niet betrokken zijn.

Mei 2018: Klachten blijven aanhouden.

Mei 2018: Laurens heeft op het terrein een vriendinnetje, Cheyenne. Naar haar toe is hij heel zorgzaam.

3 juli 2018: Laurens zit inmiddels negen maanden op de behandelgroep. De groepsbegeleiding geeft aan dat het een grappige, lieve en zachtaardige jongen is. Op school en op de groep heeft hij een grote mond. Hij heeft vaak ruzie met jongeren en begeleiders.

12 juli 2018: Laurens is 17 jaar oud en wordt binnenkort 18 . Hij heeft meerdere keren gezegd dat hij hier weg is zodra hij 18 is. Geeft ook aan dat hij bij zijn vader gaat wonen.

### Uitkomsten intelligentie onderzoek en diagnose

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

### Rapportage gezinsvoogd

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

### **Topiclijst FGD**

#### Casusbespreking

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

#### Stellingen (hoe hierbij rekening met de transformatieopdracht van de Jeugdwet).

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

## Bronvermelding

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