

Action learning – uitstroom 24-uurszorg.

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

drs. Charlotte Vissenberg

dr. Kitty Jurrius

In opdracht van: Gemeente Almere, Ontwikkeling Zorglandschap Jeugd
Uitgevoerd door: Lectoraat Klantenperspectief in Ondersteuning en Zorg (Hogeschool
Windesheim Flevoland)
Accare
Intermetzo
Vitree
Datum: 17 Januari 2016

Windesheim  **Flevoland**

Lectoraat
Klantenperspectief in
Ondersteuning en Zorg



Aan deze rapportage werkten mee (in alfabetische volgorde):

Uitvoeringsteam:

drs. Laura Geesing (gedragsdeskundige Vitree)

drs. Pamela Jakobs (projectondersteuner)

dr. Kitty Jurrius (Associate lector Windesheim Flevoland)

drs. Judith van Schie (gedragsdeskundige Intermetzo)

drs. Hilde Tempel (omdenker Accare)

drs. Charlotte Vissenberg (action learner Windesheim Flevoland)

drs. Kelly Vos (gedragsdeskundige Vitree)

drs. Judith Warmelink (omdenker Accare)

Inhoudsopgave

1. Inleiding	5
2. Methoden.....	8
2.1 Onderzoeksdesign	8
2.1.1 Action learning	8
2.1.2 Omdenken	8
2.2 Dataverzameling.....	9
2.3 Analyse	10
3. Resultaten.....	11
3.1 Achtergrondgegevens casusstudie.....	11
3.2 Factoren van invloed op de instroom van jongeren in de 24-uurszorg	11
3.2.1 Het achterhalen van de hulpvraag	11
3.2.2 Pleegzorg of gezinshuis	12
3.2.3 Wonen	13
3.2.4 Samenvatting.....	14
3.3 Factoren van invloed op de door- en uitstroom van jongeren in de 24-uurszorg	15
3.3.1 De 24 uurszorg zelf	15
3.3.2 Proces rondom inzetten geschikte behandeling.....	15
3.3.3 Andere organisaties.....	20
3.3.4 Lokaal aanbod	20
3.3.5 Inzet en capaciteiten van het sociale netwerk.....	20
3.4 Samenvatting.....	22
4. Resultaten m.b.t. het omdenken	23
4.1 Het omdenken.....	23
4.2 Resultaten.....	24
4.3 Aanbevelingen m.b.t het omdenken.....	25
4.3.1 Draagvlak	25
4.3.2 Focus omdenken	26
4.3.3 Omdenken in andere organisaties	27
5. Conclusie en voorlopige aanbevelingen.....	28
5.1 Conclusie	28
5.2 Voorlopige aanbevelingen.....	30
5.2.1 Wonen en inkomen	30
5.2.2 Gezondheid	31

5.2.3 Opvoeding, opgroeien en veiligheid	32
5.2.4 Ontwikkeling en ontplooiing	33
5.2.5 Vrije tijd en hobby's, dagbesteding en werk, sociale contacten	33
5.3 Aanbevelingen voor verder onderzoek	33
6. Referenties	35
Bijlage 1	36

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 jeugdzorg (Faas, 2004; Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 2016).

Op 1 januari 2015 is de Jeugdwet in werking getreden. Vanaf deze datum zijn gemeenten verantwoordelijk voor het hele jeugdveld en de uitvoering van kindbeschermingsmaatregelen 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 centraal (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport et al. 2014).

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 betrokken (Tazelaar & Zwanepol, 2016).

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 veiligheid (Van Bergen & Heineke, 2015).

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. Tijdens de tweedaagse is de volgende visie geformuleerd:

Wij ontwikkelen de komende jaren gezamenlijk een duurzaam zorglandschap, waarbij gezinsgerichte en vraaggerichte zorg de belangrijkste principes zijn en de zorg aan kinderen bij voorkeur geboden wordt in de leefomgeving van het kind en zijn gezin (Tazelaar & Zwanepol, 2016).

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 (Tazelaar & Zwanepol, 2016).

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 (Tazelaar & Zwanepol, 2016)

Dit rapport geeft de tussentijdse 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 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?*

Het project 'Uitstroom 24-uurszorg' bestaat 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) zal de uitstroom van drie andere organisaties onderzocht worden. In dit rapport worden de resultaten van fase 1 weergegeven. De eindrapportage waarin de uitkomsten van fase 1 en fase 2 zijn beschreven wordt in juli 2017 opgeleverd.

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 hulpverleners 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 (Tazelaar & Zwanepol, 2016).

2.2 Dataverzameling

Tijdens dit project werd action learning en omdenken ingezet door het vormen van een uitvoeringsteam bestaande uit twee omdenkers, drie gedragsdeskundigen (verantwoordelijk voor twee behandelgroepen met ieder acht jongeren) 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 op de groep. 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 vier omdenkbijeenkomsten plaatsgevonden waarbij de gedragsdeskundigen van de groep, 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 systeem;
- 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 18,5 uur waarbij de dossiers van 12 casussen doorgenomen zijn. Voordat deze casussen besproken werden is er eerst aan toestemming voor de inzage van het dossier aan de jongere gevraagd. Van de 16 jongeren gaven er vier geen toestemming

voor inzage. De organisaties die deelnamen aan dit project bieden geen 24-uurszorg aan jongeren jonger dan 12 jaar, waardoor deze doelgroep niet geïnccludeerd is in dit onderzoek.

Voor deze 12 casussen is een nieuw plan van aanpak geformuleerd. Van deze 12 casussen zijn er zes nogmaals besproken om te kijken wat de stand van zaken was en of verder omdenken wenselijk was.

Tijdens de omdenkbijeenkomsten maakte de action learner veldnotities van alles wat zij zag en hoorde.

2.3 Analyse

De veldnotities zijn geanalyseerd met behulp van QDA Miner (Péladeau, 2004). 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 reduceren (Gale, Heath, Cameron, Rashid, & Redwood, 2013).

De eerste resultaten van de analyses zijn vervolgens voorgelegd aan de gedragsdeskundigen en de omdenkers. Deze bijeenkomst leidde tot het aanscherpen van de analyse.

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 voor instellingen die gebruik willen maken van deze methode (zie hoofdstuk 4).

3. Resultaten

3.1 Achtergrondgegevens casusstudie

Bij de organisaties waar dit onderzoek plaatsgevonden heeft, worden bij voorkeur geen jongeren geplaatst in de 24-uurszorg wanneer zij jonger dan 12 jaar zijn. De gemiddelde leeftijd van de 12 jongeren in dit onderzoek was 16 jaar. Er zijn iets meer vrouwen (58.3%) dan mannen geïnccludeerd waarbij bij de helft van de jongeren sprake was van een crisisplaatsing. Vaak was er sprake van een meervoudige achtergrondproblematiek, waarbij ADHD, hechtingsproblematiek en ODD het meest genoemd werden (zie bijlage 1).

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

Belangrijke knelpunten die van invloed zijn op de instroom hebben betrekking op het achterhalen van de hulpvraag, pleegzorg en wonen.

3.2.1 Het achterhalen van de hulpvraag

Tijdens het doornemen van de casussen bleek dat bij de helft van de casussen ($n = 6$) de jongere niet de enige was met een hulpvraag. Uit de dossiers bleek dat bij het vaststellen van de hulpvraag primair gefocust wordt op eventuele problematiek bij de jongere en dat er in beperkte mate gekeken wordt naar de sociale omgeving (ouders, pleegouders, gezinshuis) van de jongere en de hulpvraag die daar mogelijk ligt. Hierdoor wordt soms ten onrechte aangenomen dat de jongere een hulpvraag heeft en behandeld moet worden.

Ook worden hierdoor problemen binnen het systeem soms laat gezien. Bij een kwart van casussen hadden de omdenkers het idee dat eerder ingrijpen in het gezin instroom in de 24-uurszorg wellicht voorkomen had.

Jason

Jason is een jongen van 14 jaar met ADHD en een slaapstoornis. Zijn ouders zijn aan het scheiden, dit is een vechtscheiding. Voor deze slaapstoornis is hij aangemeld bij een instelling die hem ambulante kan behandelen. Deze instelling heeft aangegeven niet met de behandeling te willen starten zolang hij zich in een onstabiele thuissituatie bevindt. Vanwege deze thuissituatie wordt er een OTS afgegeven en wordt hij opgenomen in de 24-uurszorg. Inmiddels woont hij op de groep, maar volgt de behandeling voor de slaapstoornis ambulant. De omdenkers concluderen dat Jason niet degene is met een hulpvraag die past bij 24-uurszorg. Zowel ADHD als een slaapstoornis vereisen geen opname in de 24uurszorg, hiervoor bestaan effectieve behandelingen die poliklinisch, ambulant, aangeboden worden. De eigenlijke hulpvraag lijkt bij de ouders te liggen.

Uit deze casussen blijkt verder dat er weinig systemische informatie bekend is (informatie over de situatie in pleeggezinnen, gezinshuizen en biologische gezinnen en de eventuele problematiek in

deze (pleeg)gezinnen en gezinshuizen) met betrekking tot de jongere op het moment van opname. In het merendeel van de gevallen staat er niet in de dossiers waarom er een plotselinge onhoudbare situatie in het gezin is ontstaan, welke problematiek er in het gezin of pleeggezin speelt en welke interventies er ondernomen zijn. Wanneer er interventies gepleegd zijn, is het in een aantal gevallen onduidelijk wat er precies gedaan is en met welk doel.

3.2.2 Pleegzorg of gezinshuis

De kinderen die uit een pleeggezin of een gezinshuis kwamen ($n = 4$) zijn doorverwezen omdat de situatie binnen het pleeggezin of het gezinshuis niet meer houdbaar was. In een aantal gevallen gaven de jongeren zelf aan niet meer in het pleeggezin of gezinshuis te willen wonen of gaven de pleegouders of ouders van het gezinshuis aan het kind niet meer in huis te willen. In de meeste gevallen was niet bekend waarom de situatie onhoudbaar was geworden. Het is niet bekend of deze pleegouders of gezinshuizen een crisisplan hadden, het wel of niet bestaan hiervan is in de dossiers niet teruggevonden.

Laurens

Laurens is 14 jaar en woont sinds hij negen jaar is in een gezinshuis. Dit ging goed, totdat hij steeds meer gedragsproblemen liet zien zoals woede aanvallen en het kapot maken van dingen in huis. Laurens gaf zelf aan niet meer in het gezinshuis te willen wonen en geen behandeling te willen volgen. Daarom is hij in de 24-uurszorg geplaatst. In zijn dossier is geen analyse te vinden van datgene dat er gebeurd is in het gezinshuis. Het is onbekend wat er precies is gebeurd, waar Laurens zijn gedrag vandaan komt en wat de hulpvraag precies is. Laurens zit in een 24-uurs behandelgroep terwijl hij geen behandeling wil volgen en het niet duidelijk is wat zijn hulpvraag is. Het is onbekend wat er nu moet gebeuren, terwijl de gedragsdeskundigen en groepsleiders erover eens zijn dat blijven op de groep niet helpend is.

In deze gevallen gaf Pleegzorg aan dat (terug)plaatsing in dit pleeggezin of een ander pleeggezin niet mogelijk was gezien de problematiek of de leeftijd van de jongere. Twee van deze jongeren bleven echter gedurende hun opname in de 24-uurszorg de weekenden en vakanties bij hun pleegouders doorbrengen.

Nadat de situatie onhoudbaar is geworden, wordt de jongere in de 24-uurszorg geplaatst met een crisisplaatsing. Uit de dossiers blijkt dat de benadering vanuit de 24-uurszorg richting pleegouders of gezinshuizen anders is dan de benadering richting biologische ouders. Wanneer de jongere of de pleegouders of ouders van het gezinshuis aangeven dat het niet meer gaat, lijken er minder acties ondernomen te worden om deze ouders bij de behandeling of toekomst van de jongere te betrekken. In de dossiers kon het uitvoeringsteam niet zien wat er precies ondernomen is om pleegouders en ouders van een gezinshuis te betrekken bij de behandeling of toekomst van de

jongere. In dossiers waar het gaat om biologische gezinnen is wel te lezen welke interventies zijn ingezet.

Eigenlijk lijkt het nu of ze zeggen: je doet lastig, je gaat nu hier (24-uurszorg) wonen. Ga maar bedenken wat je wilt doen. Beter was geweest om te zeggen tegen het gezinshuis we hebben 14 dagen de tijd om te bekijken waar het mis gaat en daarna back to business [komt de jongere weer thuis wonen, red.] (omdenker)

Het is onduidelijk welke vormen van crisismanagement zijn ingezet door Pleegzorg of andere hulpverleners tijdens het uitbreken van de crisis of daarvoor. Dit is niet teruggevonden in de dossiers.

3.2.3 Wonen

Bij een aantal casussen ($n = 7$) is er sprake van een woonprobleem. Er ontbrak bij deze casussen een veilige woonomgeving of een voorziening waar de jongere een gedeelte van de tijd kon wonen om zo de ouders te ontlasten. Een veelgehoord probleem hierbij is dat jonge cliënten niet in aanmerking komen voor een woning. Zij zijn te jong (jonger dan 18 jaar) om voor een woning in aanmerking te komen of hebben niet voldoende inkomen om aan de inkomenseis voor woningen te voldoen. Het aanvragen van een urgentieverklaring is lastig wanneer er sprake is van bijvoorbeeld drugsgebruik. Ook bleek uit de casussen dat de mogelijkheden in het sociale netwerk niet altijd verkend waren. Zo werden deze mogelijkheden wel benoemd, maar niet waarom hier geen gebruik van was gemaakt. Een aantal jongeren is hierdoor in de 24-uurszorg geplaatst terwijl zij niet perse een 24-uurs behandeling nodig hadden (hotelfunctie).

Emiel

Emiel is een jongen van 17 jaar. Hij is op de groep geplaatst vanwege de woede uitbarstingen die hij steeds heeft. 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. Emiel wil graag weer thuis wonen. Zijn ouders willen dit ook graag, maar alleen als hij zijn woede beter onder controle heeft. Op dit moment is het niet helder wat Emiel in de 24-uurszorg doet. De groepsleiding heeft meerdere benaderingen toegepast, maar het resultaat daarvan is minimaal. Op dit moment laten zij Emiel bij een woede aanval uitrazen, maar hij volgt op dit moment geen behandeling om zijn woede onder controle te krijgen. Hij volgt wel muziektherapie, maar het is onduidelijk waarom hij dit volgt en of het effect heeft. 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.

3.2.4 Samenvatting

Belangrijke knelpunten bij de instroom die in de casuïstiek naar voren zijn gekomen zijn:

- Er wordt onvoldoende een analyse gemaakt van het probleem en het probleemgedrag:
 - Het is onduidelijk met welke vraag de 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 vraag is naar de behandeling van een specifieke klacht.
- Er is bij de gedragsdeskundigen van de 24-uurszorg te weinig systemische informatie bekend: informatie over de situatie in pleeggezinnen, gezinshuizen en biologische gezinnen en de problematiek in deze (pleeg)gezinnen en gezinshuizen.
- Het is in sommige gevallen onvoldoende duidelijk of pleeggezinnen, gezinshuizen en biologische gezinnen die al eerder zorg ontvingen een crisisplan hebben. .
- Er worden weinig (herkenbare) specifieke interventies in het voortraject gevonden in de casuïstiek. Er is veel begeleiding te vinden voor gezinnen, maar weinig specifiek gerichte behandelingen.
- Pleeggezinnen en gezinshuizen lijken anders benaderd te worden vanuit de 24-uurszorg dan biologische gezinnen waarbij pleegzorg en gezinshuizen lijken te worden beschouwd als vrijblijvender.
- Het ontbreken van een (tijdelijke) veilige woonomgeving

3.3 Factoren van invloed op de door- en uitstroom van jongeren in de 24-uurszorg

Belangrijke factoren die van invloed zijn op de door- en uitstroom van jongeren in de 24-uurszorg zijn de 24-uurszorg zelf, het proces rondom het inzetten van een geschikte behandeling, andere organisaties, het lokale aanbod en de inzet en capaciteiten van het sociale netwerk.

3.3.1 De 24 uurszorg zelf

Uit de dossiers en ervaringen van de gedragsdeskundigen blijkt dat wanneer een jongere wordt opgenomen in de 24-uurszorg andere betrokken partijen (ouders, pleegouders, en ambulante hulpverlening) afstand lijken te nemen of op afstand worden gezet. De volledige opvoeding en het wonen lijken te worden overgenomen door de 24-uurszorg. Bij een opname in de 24uurszorg gaat een jongere vaak naar een andere school en krijgt hij/zij vaak een huisarts in de buurt van de instelling. Dit komt onder andere door de lange tijd die gehanteerd wordt voor een observatie (drie maanden). Tijdens deze drie maanden vindt er geen behandeling plaats voor deze betrokken partijen. Wanneer een jongere wordt opgenomen, sluiten andere deuren zich.

Daarnaast is de situatie vaak dat jongeren binnenkomen met een verwijzing voor de 24-uurszorg. De focus wordt na deze verwijzing 'Wat gaan we doen?' en 'Waar wil je aan werken?' waardoor andere belangrijke vragen als 'Waarom ben je hier?' of 'Is opname zinvol?' niet meer gesteld worden. Als een jongere eenmaal is aangemeld voor 24-uurszorg, lijkt al vast te staan dat hij/zij bij de instelling gaat verblijven.

3.3.2 Proces rondom inzetten geschikte behandeling

Uit de dossiers blijkt dat het inzetten van een geschikte behandeling binnen de instelling een bevorderende factor is voor de door- en uitstroom ($n = 3$). Het inzetten van een geschikte bewezen effectieve behandeling binnen de instelling lijkt een uitdaging te zijn binnen de 24-uurszorg.

Een belangrijke voorwaarde voor het inzetten van een geschikte behandeling is het achterhalen van de hulpvraag. Uit de dossiers bleek dat bij deze jongeren de hulpvraag vaak niet helder is. Deels komt dit doordat de problematiek en de diagnose niet helder zijn.

Er is vaak geen holistische theorie (verklaringsmodel van klachten en in stand houdende factoren) gemaakt met jongere en zijn of haar systeem, waarin helder wordt omschreven waar de aanknopingspunten voor verbetering liggen.

Uit de dossiers bleek dat bij het merendeel van de jongeren ($n = 7$) niet bekend was wat de problematiek of de diagnose precies was. Soms waren bepaalde tests (nog) niet gedaan of werkte

het systeem van een jongere (pleeggezin of ouders) niet mee waardoor het moeilijk was om te achterhalen wat de hulpvraag precies is. Als niet voldoende helder is hoe het probleem eruit ziet, is het niet mogelijk in te schatten welke behandeling het meest passend is. Dit zorgt ervoor dat jongeren bij binnenkomst in de 24-uurszorg opnieuw onderzocht worden. Hierdoor kwam er in alle zeven casussen aanvullende problematiek in beeld, die van tevoren niet bekend was.

Daarnaast blijkt uit de dossiers dat er een wisselwerking bestaat tussen de wijze waarop er vorm wordt gegeven aan de hulpvraag, de behandeling en de doorstroom. Belangrijke aspecten hierbij zijn de focus op beheersbaarheid en veiligheid, organisatorische problemen, de groep, aanbodgericht werken en praktische zaken.

Focus op beheersbaarheid en veiligheid

Tijdens het verblijf op de groep ligt de focus vaak op beheersbaarheid en veiligheid. Hierdoor worden behandelingen die ook thuis zouden kunnen plaatsvinden daar niet ingezet. Jongeren moeten eerst laten zien dat zij het gewenste gedrag kunnen laten zien op de groep. De omdenkers geven aan dat het afleren van dit ongewenste gedrag het beste thuis kan plaatsvinden. Dit is immers de situatie waar een jongere naar terugkeert, bovendien vraagt 'het overleven' in de leefgroep om ander gedrag dat niets te maken heeft met de oorspronkelijke hulpvraag.

Soms gaat de focus op veiligheid ten koste van de behandeling van een jongere (*'We vergeten dat we ook moeten begrijpen'*). De focus op de beheersbaarheid kan er daarnaast toe leiden dat de oorspronkelijke hulpvraag vertroebelt: een jongere laat probleemgedrag op de groep zien, het is niet helder waar dit probleemgedrag vandaan komt, waardoor alleen het probleemgedrag de focus wordt van de behandeling (*'Help mij om minder boos te worden'*).

Marcel

Marcel (16 jaar) komt op de groep vanuit de gesloten jeugdzorg. Daar is hij behandeld voor een verslaving en agressie problematiek, waardoor het thuis niet meer ging. Dit ging goed, afgesproken is dat Marcel eerst in de 24-uurszorg gaat afschalen voordat hij naar huis gaat, het is niet duidelijk waarom hij niet meteen naar huis kan. Op de groep is Marcel voornamelijk bezig met zich handhaven binnen de groep (het bepalen van de rangorde). Marcel laat daarbij probleemgedrag (agressie) zien, dat is bekrachtigd door de groep. Het gevolg is dat Marcel weer terug is geplaatst in de gesloten jeugdzorg. De omdenkers concluderen dat de focus op beheersbaarheid ten koste gaat van Marcel zijn behandeling. Door deze focus is ervoor gekozen Marcel te plaatsen in de 24-uurszorg in plaats van hem thuis ambulante te behandelen en te kijken welke randvoorwaarden daarvoor nodig zijn. Tijdens zijn verblijf op de groep is het niet gelukt om aan zijn behandeling toe te komen. Wat gaat er gebeuren als Marcel terugkomt uit de gesloten jeugdzorg? De groep is niet helder, naar huis kan hij nog niet want de randvoorwaarden zijn niet bekend. Het uitvoeringsteam bedenkt dat de beste oplossing is om Marcel naar huis te laten gaan en daar door dagelijks contact met ambulante hulpverlener te observeren wat er gebeurt en wat moeder en Marcel nodig hebben om het thuis zelf te redden.

Organisatorische problemen

Uit de casuïstiek waarbij sprake was van een succesvolle behandeling ($n = 4$) was in de meeste gevallen ($n = 3$) sprake van een goede integratie tussen de behandeling en het leven op de groep, dit lijkt een bevorderende factor voor de door- of uitstroom van jongeren.

Het inzetten van een geschikte bewezen effectieve behandeling lijkt in de praktijk vaak lastig te zijn. Er lijken drie factoren mee te spelen; ten eerste hebben de bevoegde behandelaars onvoldoende tijd en ruimte om de effectief bewezen behandelingen te integreren in hun dagelijks werk. In de praktijk zijn het waarschijnlijk de gedragswetenschappers die bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie kunnen bieden, maar zij kunnen in de uren die zij hebben vaak niet veel meer bieden dan het begeleiden en aansturen van groepsleiders en ouders. Daarnaast lijkt er tevens een gebrek aan gerichte, evidence based behandelingen binnen de 24-uurszorg. Dit betekent dat er behandelingen moeten worden gezocht binnen de jeugd-GGZ. Deze extra stap lijkt te zorgen voor vertraging, meer schakels, minder aansluiting bij het leven op de groep en minder (snel) effect. Ditzelfde geldt voor de mogelijkheden met betrekking tot de specifieke diagnostiek. Er lijkt dus winst te behalen wanneer kennis en kunde met betrekking tot de diagnostiek en behandeling van klachten, rechtstreeks kan worden geboden.

Daarnaast zijn er meerdere partijen betrokken bij een jongere die allemaal moeten instemmen met de behandeling. Het informeren, betrekken en overhalen van deze partijen kost vaak veel tijd.

Daarnaast bleek dat de continuïteit m.b.t. personeel ook van invloed is op de inzet van een geschikte behandeling. Voorbeelden zijn het wegvallen van een vertrouwenspersoon, doordat deze persoon niet ingeroosterd kon worden waardoor een jongere niet meewerkt aan de intake of het voor langere tijd uitvallen van een voogd die een bepaalde beslissing moet nemen voordat er bepaalde vervolgstappen ondernomen kunnen worden in het traject van een jongere. Soms zit er veel tijd (een aantal maanden) tussen het eerste gesprek en het vervolgesprek.

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

De groep

De dossiers laten verder zien dat het leven op een groep ook invloed heeft op het gedrag van een jongere. Op de groep zijn jongeren 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.

*‘Wat kom je hier doen. Binnen een maand ben je hier aan het blowen en ben je verhard’
(gedragsdeskundige)*

Hierdoor kunnen jongeren gedrag gaan vertonen dat zij eerder niet lieten zien. Vaak leidt dit nieuwe gedrag af van de behandeling en vertroebelt dit de oorspronkelijke hulpvraag waarmee een jongere naar de 24-uurszorg kwam ($n = 3$). Zie ook ‘Marcel’ (p.9). Hierdoor bestaat het risico dat er een nieuwe hulpvraag geformuleerd wordt, gericht op dit probleemgedrag.

Aanbodgericht

Het inzetten van een geschikte behandeling draagt bij aan de doorstroom. Uit de dossiers blijkt dat dit een uitdaging kan zijn in de 24-uurszorg.

Bij een gedeelte van de casussen ($n = 3$) wordt volgens de omdenkers een behandeling ingezet die niet overeenkomt met dat wat bekend is over bewezen effectieve behandelingen bij de problematiek van de jongere (zie ‘Vera’). Of er wordt geen behandeling ingezet terwijl er qua behandeling wel bewezen effectieve methoden zijn die ingezet kunnen worden. Zo volgen jongeren soms behandelingen omdat deze voor handen zijn en aansluiten bij andere doelen (bijvoorbeeld het verhogen van zelfvertrouwen) maar worden behandelingen die bewezen effectief zijn voor de

problematiek niet ingezet ($n = 2$). Bijvoorbeeld het wel volgen van muziektherapie maar geen traumatherapie, wanneer er sprake is van een trauma. Hiervoor zijn twee bewezen effectieve behandelingen beschikbaar: EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) en CGT (cognitieve gedragstherapie).

Vera

Vera is aangemeld voor de 24-uurszorg door het FACT (Functional Assertive Community Treatment) team en is 17 jaar. Vera heeft ODD en ADHD waar zij geen medicatie voor gebruikt. Zij vond het lastig om deze medicatie in te nemen en had last van bijwerkingen, waardoor zij hier niet meer achter stond. Vera komt in de 24-uurszorg omdat het thuis niet meer ging. Zij is opvliegend, agressief, liep weg en ging niet meer naar school. Op de groep wordt met haar gewerkt aan haar gedrag. Op dit moment volgt zij muziektherapie, dit zit standaard in het pakket. Vera vindt dit wel leuk, maar het helpt niet om haar agressie te reguleren. De omdenkers geven aan dat cognitieve gedragstherapie beter bij deze problematiek past. In de dossiers komt niet naar voren waarom dit niet aangeboden is.

Daarnaast was het bij een gedeelte van de casussen ($n = 7$) volgens de omdenkers niet mogelijk om een behandeling in te zetten omdat er te weinig bekend was over de hulpvraag (van de jongere of de sociale omgeving) of de problematiek. Wanneer de problematiek niet helder is, is het onmogelijk om aan te geven wat de meest passende behandeling is.

Een aantal jongeren volgden succesvol een behandeling ($n = 4$), het was daarbij niet altijd duidelijk of opname op de groep echt nodig was voor deze behandeling (zie 'Peter'). Bij deze behandeling waren succesfactoren dat deze goed geïntegreerd waren met de groep (op de groep werken aan de behandeling) en de grote betrokkenheid van de sociale omgeving.

Peter

Peter is 17 jaar. Hij verblijft in de 24-uurszorg vanwege de scheidingsproblematiek van zijn ouders waarbij geweld een rol speelde. Hij heeft PTSS en een hechtingsstoornis. Voordat hij op de groep kwam verbleef hij wisselend bij zijn vader en moeder, waarbij hij last had van een groot loyaliteitsconflict. Hij is via een crisisplaatsing op de groep gekomen. De groep was voor Peter een neutrale plek. Hij gaf aan graag bij zijn moeder te willen wonen. Hij heeft EMDR voor zijn PTSS gevolgd. Ook volgde hij muziektherapie, dat sloot erg goed aan en was goed voor zijn zelfvertrouwen. In het weekend ging hij naar huis, dit ging niet altijd goed. Het voor en nabespreken met zijn moeder ging wel goed. Toen Peter 16 werd gaf hij aan niet meer naar zijn vader toe te willen en zijn vader niet te willen betrekken bij de evaluaties met de gedragsdeskundige. Het is niet gelukt om het contact met zijn vader te herstellen. Met de therapieën op de groep heeft Peter zijn probleemgedrag aangepakt, thuis zullen hij en zijn moeder systeemtherapie volgen. Er is overlegd met het wijkteam wat er precies nodig is aan ondersteuning en dit is vervolgens uitgezet.

Praktische zaken

Soms zijn praktische zaken bepalend voor de behandeling ($n = 2$). Soms weigert een school in de thuisregio om een jongere aan te nemen of er is geen geld om heen en weer te reizen vanuit huis naar de school bij de groep. Dit zorgt ervoor dat een jongere noodgedwongen op een behandelgroep verblijft om daar zijn/haar school te kunnen afronden.

3.3.3 Andere organisaties

Andere organisaties in het werkveld hebben ook invloed op de door- en uitstroom van jongeren. Soms is er een opnamestop waardoor een jongere niet door kan stromen (bijvoorbeeld naar begeleid wonen) en op de groep blijft, worden er voorwaarden gesteld aan de doorstroom die beperkend werken (bijv. jongeren uit de gesloten zorg moeten eerst afschalen zie ook 'Marcel') of is er sprake van een andere financieringsvorm of leeftijdsriteria waardoor een jongere niet door kan stromen naar een andere organisatie.

3.3.4 Lokaal aanbod

Soms werkt het gebrek aan lokaal aanbod beperkend op de uitstroom. In een geval had het gezin van een jongere ondersteuning nodig zodat de jongere thuis kon wonen maar was er geen passende ambulante zorg aanwezig in de regio. Daarnaast is er soms sprake van een woonprobleem doordat er geen passend aanbod is in de regio zoals een gezinshuis of een zorgboerderij. Ook hier werd gezien dat jongeren niet in aanmerking komen voor een woning doordat zij jonger dan 18 jaar zijn en niet voldoende inkomen hebben.

3.3.5 Inzet en capaciteiten van het sociale netwerk

Tot slot is ook het sociale netwerk van de jongere bepalend voor de doorstroom. Bij casussen van jongeren die succesvol waren doorgestroomd ($n = 3$) was er sprake van een grote betrokkenheid van de ouders en was het sociale netwerk leerbaar en helpend in de behandeling.

Kim

Kim (16 jaar) is uit huis geplaatst vanwege psychische problemen en drankmisbruik bij haar moeder. Zij heeft in een pleeggezin en een gezinshuis gewoond. Kim is een pittig meisje dat structuur en duidelijkheid nodig heeft, dit heeft zij thuis niet gekregen. Toen zij weer terug naar huis ging was er sprake van heftige ruzies waardoor zij in de 24-uurszorg is geplaatst. Er is veel liefde tussen Kim en haar moeder. Kim's moeder staat wantrouwend tegenover hulpverlening, omdat haar dochter eerder ook uit huis is geplaatst. Tijdens de opname is er veel geïnvesteerd in het contact met Kim's moeder. Kim is naar huis gegaan en FACT is ingezet. Het FACT team heeft het vertrouwen van Kim's moeder gewonnen door veel aanwezig te zijn en veel tijd te investeren. Er is geconcludeerd dat moeder het nooit alleen zal kunnen, zij heeft veel hulp nodig bij de opvoeding, het huishouden en praktische zaken. Doordat FACT er is gaat het goed met moeder en gaat het goed met Kim. Kim volgt ambulante psycho-educatie, maar eigenlijk is het moeder die de behandeling krijgt.

3.4 Samenvatting

Belangrijke knelpunten bij de doorstroom zijn:

- De betrokken partijen (ouders, pleegouders, ambulante hulpverlening) nemen afstand of lijken op afstand te worden gezet bij een 24-uursopname.
- Een doorverwijzing naar de 24-uurszorg leidt onvermijdelijk tot opname, ook als dit niet passend lijkt.
- De hulpvraag, problematiek en diagnose en de daarbij passende, bewezen effectieve interventies zijn niet helder.
- Bij opname komen aanvullende hulpvragen in beeld, dit vertroebelt de oorspronkelijke hulpvraag.
- Focus op beheersbaarheid en veiligheid:
 - o Jongeren moeten eerst het gewenste gedrag laten zien op de groep, terwijl zij dit het beste kunnen leren in de realiteit.
 - o Het probleemgedrag en niet de onderliggende hulpvraag wordt de focus van de behandeling op de groep.
- Organisatorische problemen:
 - o Een gebrek aan gerichte, bewezen effectieve behandelingen binnen de 24-uurszorg
 - o Onvoldoende facilitering van gedragsdeskundigen bij het bieden van bewezen effectieve behandelingen.
 - o Geen continuïteit m.b.t. inzet personeel en vervolgafspraken.
- Het leven in een groep kan verhardend werken en daarmee nieuwe hulpvragen creëren (probleemgedrag wordt de nieuwe hulpvraag) die afleiden van de oorspronkelijke hulpvraag.
- Het inzetten van behandelingen die niet bij de hulpvraag passen (aanbodgericht werken).
- Praktische zaken om terug naar huis te gaan zijn niet op orde: school in thuisregio wil jongere niet aannemen of er is geen reisgeld om heen en weet te reizen naar school.
- Onvoldoende afstemming met andere organisaties zoals opname voorwaarden, opname stop, andere financieringsvormen.
- Onvoldoende lokaal aanbod
 - o Geen passend ambulant aanbod in de regio.
 - o Geen passende woonvorm (zorgboerderij of gezinshuis).
 - o Jongeren komen niet in aanmerking voor een reguliere woning.

4. Resultaten m.b.t. het 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 instelling. 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 de juiste beslissing was en of 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.

Vervolgens werd er gekeken naar de gang van zaken binnen de 24-uurszorg. 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.

In het begin 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. 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 omdenk bijeenkomsten vervolgens ook vormgegeven. Het uitgangspunt werd het gezamenlijk bestuderen van de dossiers en met zijn allen omdenken.

Het omdenken werd door alle partijen zeer positief ervaren. De gedragsdeskundigen gaven aan dat er een prettige open sfeer was en dat het prettig was om handvatten te krijgen waar zij weer mee verder konden. De omdenkers gaven aan dat het erg leuk en interessant was om vanuit het vakgebied mee te denken.

4.2 Resultaten

Het omdenken heeft niet alleen bevorderende en belemmerende factoren tijdens de in- en uitstroom in kaart gebracht maar ook het omdenken zelf had invloed op de behandeling en de doorstroom. Dit blijkt uit de casussen die tijdens het omdenken nogmaals besproken zijn ($n = 6$).

Naar aanleiding van het omdenken werden er gesprekken gehouden met het sociale netwerk om de gezinssituatie beter in kaart te brengen en werd het sociale netwerk meer betrokken bij het perspectief van de jongere. Hierbij werd vaak de vraag gesteld wat het sociale netwerk nodig had om ervoor te zorgen dat de jongere 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 'Wat kom je hier doen?' of 'Waarom ben je hier nog?'). Ook werd de betrokkenheid van het sociale netwerk vergroot door het teruggeven van de verantwoordelijkheid.

In sommige gevallen ($n = 3$) bleek de situatie hierdoor duidelijker te worden, waardoor ook het perspectief van de jongere duidelijker werd. In twee gevallen bleek dat pleegzorg bij de huidige pleegouders geen optie meer was. Dit kwam door aanvullende problematiek bij het pleeggezin (geweld, alcoholmisbruik) of doordat duidelijk werd dat het pleeggezin niet meer betrokken wilde zijn bij de behandeling van de jongere of het verkennen van de hulpvraag van de jongere (hoe is het gedrag ontstaan, wat speelde er precies). In één geval is door het omdenken duidelijk geworden dat de jongere klaar was op de groep en kon deze jongere doorstromen naar begeleid wonen.

Vervolg Inge (p.8)

Tijdens het omdenken wordt geconcludeerd dat Inge eigenlijk klaar is op de groep. Op basis daarvan heeft de gedragsdeskundige een gesprek gevoerd met de gezinsvoogd waarin zij heeft aangegeven dat Inge niet behandeld wordt op de groep en dat er sprake is van een woonprobleem. Zij gaf daarbij aan dat op de groep veel positief gedrag is geobserveerd en dat Inge hier klaar is. Ook de voogd ging in deze conclusie mee na een goede bespreking. Inge gaat naar een andere organisatie waar zij begeleid zelfstandig gaat wonen.

In de overige gevallen ($n = 3$) bleek dat het omdenken ertoe heeft geleid dat er meer informatie boven tafel is gekomen, maar werd ook duidelijk dat er nog steeds onvoldoende informatie beschikbaar is om een behandeling in te zetten.

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 overeen met de doelen zoals ze binnen het Partijenoverleg waren afgesproken.

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 geaccepteerd.

4.3.2 Focus omdenken

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 op meerdere niveaus veranderingen plaatsvinden: vooraf sneller signaleren en ambulant effectief behandelen (voorkomen van instroom), doelgerichte diagnostiek en/of behandeling verrichten (versnelling) en de zorg niet overnemen maar zorgen dat de netwerken betrokken blijven (uitstroom) en zoveel mogelijk taken rondom de jongere blijven verrichten. Een belangrijke randvoorwaarde hierbij is een gedragen visie bij de organisatie en de medewerkers dat jongeren in principe niet opgenomen moeten worden en in hun eigen omgeving behandeld dienen te worden.

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.

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 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 de 24-uurszorg.

Daarom zou het interessant kunnen zijn om bij een vervolg project ook een omdenker met een andere achtergrond te betrekken zoals iemand met een achtergrond als maatschappelijk werker of pedagogisch hulpverlener om nog meer out of the box te kunnen denken. Op deze manier kunnen alle out of the box opties vanuit behandelopzicht meegenomen worden en vanuit andere

invalshoeken. 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. Conclusie en voorlopige aanbevelingen

5.1 Conclusie

Bij de instroom spelen met name knelpunten op individueel en gemeente niveau:

Individueel niveau

- Er wordt onvoldoende een analyse gemaakt van het probleem en het probleemgedrag:
 - Het is onduidelijk met welke vraag de 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 vraag is naar de behandeling van een specifieke klacht.
 - Er bestaat onduidelijkheid over de klacht van het kind. De 24-uurszorg wordt benut om klachten te observeren en doelen te vinden gericht op het kind, waarbij systeeminformatie verloren gaat.

Gemeente niveau

- Er is bij de gedragsdeskundigen van de 24-uurszorg te weinig systemische informatie bekend: informatie over de situatie in pleeggezinnen, gezinshuizen en biologische gezinnen en de problematiek in deze (pleeg)gezinnen en gezinshuizen.
- Er worden weinig (herkenbare) specifieke interventies in het voortraject gevonden in de casuïstiek. Er is veel begeleiding te vinden voor gezinnen, maar weinig specifiek gerichte behandelingen.
- Het is onduidelijk of pleeggezinnen, gezinshuizen en biologische gezinnen die al eerder zorg ontvingen een crisisplan hebben.
- Pleeggezinnen en gezinshuizen lijken anders benaderd te worden vanuit de 24-uurszorg dan biologische gezinnen waarbij pleegzorg en gezinshuizen lijken te worden beschouwd als vrijblijvender.
- Het ontbreken van een (tijdelijke) veilige woonomgeving.

Bij de doorstroom spelen knelpunten op meerdere niveaus:

Individueel niveau

- De hulpvraag, problematiek en diagnose en de daarbij passende, bewezen effectieve interventies zijn niet helder.
- Er worden weinig bewezen effectieve interventies ingezet en er zijn te weinig effectieve interventies direct beschikbaar, doordat gedragsdeskundigen niet voldoende gefaciliteerd lijken te worden om deze in te zetten en de route naar deze interventies niet optimaal verloopt
- Bij opname komen aanvullende hulpvragen in beeld, dit vertroebelt de oorspronkelijke hulpvraag

Groepsniveau

- Het inzetten van behandelingen die niet bij de hulpvraag passen (aanbodgericht werken)
- Het niet kunnen inzetten van een geschikte behandeling omdat er te weinig bekend en beschikbaar is over de problematiek of hulpvraag
- Focus op beheersbaarheid en veiligheid:
 - o Jongeren moeten eerst het gewenste gedrag laten zien op de groep, terwijl zij dit het beste kunnen leren in de realiteit.
 - o Het probleemgedrag en niet de onderliggende hulpvraag wordt de focus van de behandeling op de groep
- Het leven in een groep kan verhardend werken en daarmee nieuwe hulpvragen creëren (probleemgedrag wordt de nieuwe hulpvraag) die afleiden van de oorspronkelijke hulpvraag.

Organisatieniveau

- De betrokken partijen (ouders, pleegouders, ambulante hulpverlening) nemen afstand of worden op afstand gezet bij een 24-uursopname
- Een doorverwijzing naar de 24-uurszorg leidt onvermijdelijk tot opname, ook als dit niet passend lijkt.
- Organisatorische problemen:
 - o Het ontbreken van een goede integratie tussen bewezen effectieve behandeling en de groep: geen tijd voor het inzetten van een behandeling, organisatorische problemen bij het inzetten van de behandeling en het informeren, betrekken en overhalen van andere betrokken partijen.
 - o Geen continuïteit m.b.t. inzet personeel en vervolgafspraken.

Gemeente niveau

- Praktische zaken om terug naar huis te gaan zijn niet op orde: de school in de thuisregio wil jongere niet aannemen of er is geen reisgeld om heen en weet te reizen naar school.
- Onvoldoende afstemming met andere organisaties zoals opname voorwaarden, opname stop, andere financieringsvormen.
- Onvoldoende lokaal aanbod
 - o Geen passend ambulante aanbod in de regio.
 - o Geen passende woonvorm (zorgboerderij of gezinshuis).
 - o Jongeren komen niet in aanmerking voor een reguliere woning.

5.2 Voorlopige aanbevelingen

De aanbevelingen formuleren wij aan de hand van de WMO leefgebieden, omdat in de documentatie van dit project wordt aangegeven dat de situatie van de jongere en het hele gezin het uitgangspunt zou moeten zijn in de jeugdhulp (Bergen & Heineke, 2015; Tazelaar & Zwanepol, 2016). De WMO leefgebieden sluiten hier goed bij aan.

Op 17 november 2016 heeft er een bijeenkomst plaatsgevonden waarin het uitvoeringsteam de resultaten 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 Heerenloo, Omega en Triade. Vervolgens is er met deze partijen gebrainstormd en zijn er aanbevelingen geformuleerd.

5.2.1 Wonen en inkomen

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.
- 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.

5.2.2 Gezondheid

Op het gebied van gezondheid bleek met name het achterhalen van de hulpvraag een knelpunt bij de instroom. 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.

Daarnaast bleek dat bij opname andere partijen afstand nemen. Daarnaast blijkt dat het bij een doorverwijzing naar de 24-uurszorg bijna onmogelijk is om een ander pad te kiezen. Aanbevelingen zijn daarom:

- 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.

Het inzetten van een geschikte bewezen effectieve behandeling bleek belemmerd te worden door diverse factoren. Aanbevelingen zijn daarom:

- 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, organisatorische problemen, een focus op beheersbaarheid en veiligheid. 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.
- 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.

5.2.3 Opvoeding, opgroeien en veiligheid

Uit dit onderzoek blijkt dat gezinnen, pleeggezinnen en gezinshuizen vaak niet goed in beeld zijn. Ook is het niet altijd duidelijk welke interventies eerder zijn ingezet door pleegzorgbegeleiders en gezinsvoogden, wat hun rol precies was bij een crisis en of er een wel of geen crisisplan aanwezig was. Het zou kunnen dat eerder ingrijpen in (pleeg)gezinnen een plaatsing in de 24-uurszorg had kunnen voorkomen. Aanbevelingen zijn daarom:

- Het beter in kaart brengen van risico gezinnen.
- 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. Hoe verloopt het matchen van deze jongeren met geschikte pleeggezinnen?
 - De aanwezigheid en kwaliteit van een crisisplan bij pleeggezinnen en gezinshuizen in kaart brengen
 - Het verder in kaart brengen van de capaciteiten en kennis van pleegzorgbegeleiders en gezinsvoogden en hier zo nodig op interveniëren.

5.2.4 Ontwikkeling en ontplooiing

De school komt naar voren als een belemmerende factor voor de uitstroom van jongeren.

Aanbevelingen zijn daarom:

- Het zou mogelijk moeten zijn dat jongeren flexibeler kunnen schakelen tussen de hun eigen (oorspronkelijke) school en de school die bij de instelling hoort. Bijvoorbeeld door jongeren met de methoden te laten werken waar zij op hun eigen school ook mee werkten (vanuit het gedachtengoed, een jongere zit maar tijdelijk op deze school). Op deze manier blijft de eigen school het uitgangspunt en kunnen jongeren hier weer naar terug wanneer hun behandeling is afgelopen.
- Wanneer het echt niet mogelijk is om te wisselen van school, zou er budget moeten zijn om jongeren te faciliteren in het op en neer reizen naar hun school.

5.2.5 Vrije tijd en hobby's, dagbesteding en werk, sociale contacten

In de huidige casuïstiek heeft de nadruk gelegen op de vraag waarom de jongeren in de 24-uurszorg zijn geplaatst en hoe de doorstroom versneld kan worden. In het tweede deel van dit project komen de thema's vrije tijd, hobby's, dagbesteding en sociale contact wellicht meer aan bod, omdat hier meer aandacht besteed zal worden aan de uitstroom.

5.3 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Dit is een kwalitatief onderzoek. Hoewel wij op meerdere punten dataverzadiging hebben bereikt, blijven een aantal zaken nog onderbelicht. Zo hadden wij graag ook jongeren zelf gesproken over hun instroom en doorstroom maar dit is niet gelukt vanuit praktische en ethische bezwaren. Daarnaast konden wij een aantal zaken vaak niet terugvinden in de dossiers. 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.

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 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. Dit betekent

niet automatisch dat deze interventies niet zijn ingezet, maar dat het onbekend is of deze interventies zijn ingezet.

Dit onderzoek kan gezien worden als een eerste stap om de doorstroom in de 24-uurszorg in kaart te brengen. Bepaalde onderdelen zoals de levensloop van jongeren en het klantenperspectief (van jongeren, maar ook van hun (pleeg)ouders en (pleeg)gezinnen) zijn nog niet voldoende aan bod gekomen. Om dit soort zaken beter te kunnen onderzoeken is het bij een toekomstig project waarschijnlijk handiger om verschillende methoden met elkaar te combineren, bijvoorbeeld door per casus ook een betrokken professional te interviewen of de jongere samen met zijn (pleeg)ouders ook te spreken.

6. Referenties

Bergen van, A. & Heineke, D. (2015). *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*. Den Haag: Movisie

Faas, M. (2004). *Visie op de jeugdzorg. Bewust, betrokken en betrouwbaar: het visiedocument van de zorgaanbieders in de jeugdhulpverlening*. Utrecht: Maatschappelijk Ondernemers Groep.

Gale, N. K., Heath, G., Cameron, E., Rashid, S., & Redwood, S. (2013). Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Medical Research Methodology*, 13(1), 117.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Ministerie van Veiligheid en Justitie (VenJ), De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). (2014). *Verantwoordelijkheid gemeenten*. Retrieved from: www.voordejeugd.nl/stelstelwijziging/verantwoordelijkheid-gemeenten.

Péladeau, N. (2004). *QDA miner. Qualitative data analysis software user's guide*. Montreal: Provalis Research.

Tazelaar, P., & Zwanepol, M. (2016). *Regio Flevoland. Programma ontwikkeling specialistische jeugdhulp CONCEPT*. Almere: Gemeente Almere

Vereniging van Nederlandse Gemeenten (2016). www.waarstaatjegemeente.nl. Den Haag: Kwaliteitsinstituut Nederlandse Gemeenten

Bijlage 1

Tabel 1 Achtergrondkenmerken jongeren opgenomen in deze studie

Leeftijd (gem.)	16 jaar
Sekse	
Man	41.7%
Vrouw	58.3%
Instroom	
Crisisplaatsing	50%
Anders (gesloten jeugdzorg, andere behandelgroep, gezinswonen, onbekend, aangemeld door FACT, regulier)	50%
Problematiek (gediagnosticeerd, meerder antwoorden mogelijk)	
ADHD	33.3 %
ODD	25%
ADD	8.3%
Suïcidaal	8.3%
PTSS	13.7%
Zeer moeilijk lerend/ LVB	8.3%
Hechtingsstoornis	25%
Onbekend	8.3%