
Casusanalyses

jeugdzorg plus

Rapportage

Charlotte Vissenberg, Hilde Tempel en Kitty Jurrius

Windesheim  Flevoland

Lectoraat
Klantenperspectief in
Ondersteuning en Zorg



Opdrachtgever: Bovenregionaal samenwerkende Utrechtse regio's (Zuid Oost Utrecht, Eemland, Utrecht West, Lekstroom en Utrecht Stad)

Uitgevoerd door: Lectoraat Klantenperspectief in Ondersteuning en Zorg van Hogeschool Windesheim Flevoland

Datum: 23-4-2018

Aan deze rapportage hebben meegewerkt:

Kim ter Beke

Anniek Drent

Marja de Klerk

Wouter de Lange

Sanne Lotens

Rosa Ravenhorst

Hilde Tempel

Charlotte Vissenberg

Suzanne van Weelden

Myrte de Wit

Frank de Ridder

Inhoudopgave

1. Inleiding	4
2. Methoden.....	7
2.1 Onderzoeksdesign	7
2.1.1 Action learning	7
2.1.2 Omdenken	7
2.2 Dataverzameling.....	8
2.3 Analyse	9
3. Resultaten.....	10
3.1 Achtergrondkenmerken jeugdigen	10
3.2 Het traject voorafgaand aan plaatsing in de jeugdzorg plus.....	11
3.2.1 Het laat in beeld komen van het gezin bij de hulpverlening.....	11
3.2.2 Het beperkt in kaart brengen van de verklarende factoren in het gezin en het netwerk ...	12
3.2.3 Het kiezen voor de lichtst mogelijke hulpverleningsvariant	13
3.3 Traject in de jeugdzorg plus	14
3.3.1 Verkennen hulpvraag en bieden bewezen effectieve behandeling.....	14
3.3.2 Vraaggericht werken	15
3.3.3 Continuïteit in het traject.....	16
3.3.4 Verslaglegging.....	20
3.3.5 Het verschil tussen een gedwongen en een vrijwillig kader	21
4. Conclusie en aanbevelingen	22
4.1 Conclusie	22
4.2 Aanbevelingen.....	23
Individueel niveau	23
Organisatieniveau.....	23
Gemeente niveau	24
5. Discussie en aanbevelingen voor verder onderzoek.....	25
6. Referenties	27

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 jeugdzorg^{1,2}.

Op 1 januari 2015 is de Jeugdwet in werking getreden. Vanaf deze datum zijn gemeenten verantwoordelijk voor het hele jeugdveld en de uitvoering van kinderbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering. Het is de taak van de gemeente om ervoor te zorgen dat de ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen, gezinnen en medeopvoeders integraal en op laagdrempelige wijze worden aangeboden.

De nieuwe jeugdwet kent vijf uitgangspunten³:

1. Preventie en uitgaan van eigen verantwoordelijkheid en eigen mogelijkheden van jeugdigen en hun ouders, met inzet van hun sociale netwerk;
2. De-medicaliseren, ontzorgen en normaliseren door onder meer het opvoedkundig klimaat te versterken in gezinnen, wijken, scholen en in voorzieningen als kinderopvang en peuterspeelzalen;
3. Eerder de juiste hulp op maat te bieden om jeugdigen en gezinnen zo snel mogelijk, zo dichtbij mogelijk en zo effectief mogelijk hulp te bieden met aandacht voor de (kosten)effectiviteit van de geboden hulp;
4. Integrale hulp aan gezinnen volgens het uitgangspunt één gezin, één plan, één regisseur;
5. Meer ruimte voor professionals om de juiste hulp te bieden door vermindering van regeldruk

De uitgangspunten zorg met verblijf van de bovenregionaal samenwerkende Utrechtse gemeenten zijn als volgt geformuleerd:

- Ieder kind zo snel mogelijk een perspectief.
- Meer jeugdigen groeien op in een gezinsomgeving.
- Jeugdigen groeien op in hun eigen buurt of plek die aansluit bij hun dagelijkse leven. In de stad waar dat kan, er buiten waar dit beter is.
- Ouders blijven aan zet waar dit kan, ook wanneer de jeugdige niet meer thuis kan wonen.
- Verblijf als hulpverleningsvariant wordt zo kort mogelijk ingezet.
- Verblijf als woon- en opvoedingsvariant is perspectief biedend en zo stabiel mogelijk.

- De zorg verplaatst (intersectoraal) en niet de jeugdige (scheiden wonen en zorg).
- Een doorgaande zorglijn tot aan zelfstandigheid is het uitgangspunt.
- De sociale basis, buurtteams en specialistische hulp in de buurt zijn goed verbonden met het verblijf (in de buurt).
- Iedere jeugdige volgt of verricht goed en ononderbroken onderwijs/arbeid.
- Iedere jeugdige heeft een belangrijke ander.

Om aan deze transitiedoelen te voldoen is het belangrijk om kritisch te kijken naar de huidige zorg die geleverd wordt en wat daarin anders kan zodat er nog beter bij deze transitiedoelen kan worden aangesloten. Daarbij is het van belang om dit proces met elkaar goed te doorlopen zodat professionals uit meerdere lagen uit de organisatie meegenomen worden in de veranderingen en er beweging ontstaat.

Windesheim Flevoland heeft dit traject eerder doorlopen in Flevoland en dit project is door Transitie Autoriteit Jeugd (TAJ) als vernieuwend praktijkvoorbeeld opgemerkt ⁴. Met name het leren op basis van casuïstiek samen met professionals, gemeenten en aanbieders en het brede draagvlak voor deze aanpak werden genoemd als succesfactoren. Het bespreken van casuïstiek en het omdenken tijdens deze besprekingen zorgt ervoor dat mensen hun eigen handelen en dat van de organisatie kritisch bekijken, leerervaringen opdoen en gemotiveerd raken deze in de praktijk te brengen. Hierdoor zijn zij vanaf het eerste moment betrokken bij het veranderproces en zullen zij dit zelf ook verder continueren.

Daarom is er in Utrecht een soortgelijk proces gestart tussen de bovenregionaal samenwerkende regio's (Zuid Oost Utrecht, Eemland, Utrecht West, Lekstroom en Utrecht Stad hierna 'de regio's'), Intermetzo (specifiek de jeugdzorgplus locatie in Zeist van Intermetzo) en Samen Veilig Midden Nederland. De regio's, Intermetzo en Windesheim Flevoland zijn allen samenwerkingspartners binnen de Academische Werkplaats Risicojeugd. Het project is daarom ondergebracht binnen de Academische Werkplaats als netwerk waar praktijk, onderwijs, wetenschap en beleid samenwerken.

Tijdens dit project stond de volgende vraag centraal:

Op welke wijze kan in de regio's aan ieder gezin, kind en jeugdige zo tijdig mogelijk zo passend mogelijk en thuismogelijke zorg geboden worden?

- Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren bij het bieden van zo tijdig mogelijk zo passend mogelijk en thuismogelijke zorg volgens professionals, jeugdigen en ouders?
- Hoe kan de kennis over deze factoren worden benut door de betrokken jeugdigen, organisaties en gemeente?

In november en december 2017 zijn 12 casussen van jongeren die in de jeugdzorg plus hebben verbleven of daar nog steeds verblijven bestudeerd. In dit rapport worden de resultaten van het project weergegeven.

2. Methoden

2.1 Onderzoeksdesign

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

2.1.1 Action learning

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

2.1.2 Omdenken

Tijdens dit project is een omdenker vanuit Accare en een omdenker vanuit het lokale team ingezet. De omdenker van Accare is een GZ-psycholoog met geïntegreerde kennis over onderwijs, jeugdzorg, kinder- en jeugdpsychiatrie en volwassen psychiatrie en is op de hoogte van de richtlijnen op het gebied van onderzoek en behandeling bij kinderen en jongeren. De omdenker vanuit het lokale team is werkzaam geweest als gezinswerker in een buurtteam en heeft kennis van systeemgericht werken waarbij het netwerk van de jeugdige steeds het uitgangspunt is. 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.

Beide omdenkers gingen in gesprek met de verantwoordelijke gedragsdeskundige vanuit de instelling en de afgevaardigden van het lokale veld. 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.

2.2 Dataverzameling

Tijdens dit project werd action learning en omdenken ingezet door het vormen van een uitvoeringsteam bestaande uit twee omdenkers, gedragsdeskundigen werkzaam bij Intermetzo en Samen Veilig en één action learner.

Tijdens dit project kwam het uitvoeringsteam samen om gezamenlijk de casussen door te nemen van jongeren die verbleven in de jeugdzorg plus of die in de jeugdzorg plus verbleven hadden. Ter voorbereiding op deze bijeenkomsten hadden gedragsdeskundigen van Samen Veilig Midden Nederland (hierna SAVE) en Intermetzo ieder een dossieranalyse gedaan op het dossier dat zij hadden van de desbetreffende jeugdige. Tijdens de casusbesprekingen werden beide analyses samengevoegd zodat er één gezamenlijk verhaal ontstond. Als wij spreken van het dossier hebben wij het over het gezamenlijke verhaal dat ontstond tijdens deze bijeenkomsten.

Bij de casusbesprekingen waren de verantwoordelijke gedragsdeskundigen van Intermetzo aanwezig. Bij SAVE hebben twee gedragsdeskundigen niet direct betrokken bij de casussen de dossieranalyse gedaan, zij waren bij de casusbesprekingen aanwezig. De gedragsdeskundigen namen in chronologische volgorde het dossier met de omdenkers door, van de geboorte van de jongere tot aan het verblijf in jeugdzorg plus. Tijdens het doornemen van deze casussen werd vanuit een 'omdenkperspectief' gekeken naar het doorlopen traject, de redenen voor plaatsing in jeugdzorg plus, de keuzes die gemaakt waren en mogelijke verbeterpunten. Op basis van deze bevindingen werd waar mogelijk een alternatief plan geformuleerd en ingezet.

In totaal hebben er zes omdenkbijeenkomsten plaatsgevonden in november en december 2017 waarbij 12 casussen besproken zijn. Deze casussen zijn geselecteerd op diversiteit (wel of geen licht verstandelijke beperking, wel of geen voortraject, verschillende toekomstperspectieven) zodat zij een afspiegeling zouden vormen van de diversiteit van casussen die de jeugdzorg plus kenmerkt. Hierbij waren zes gedragsdeskundigen betrokken bij de casussen, twee omdenkers en de action learner aanwezig (het uitvoeringsteam). Bij vier casussen was ook de desbetreffende gezinsvoogd aanwezig, bij drie casussen was een beleidsmedewerker aanwezig en bij één casus was de betrokken zorg coördinator aanwezig.

De omdenkbijeenkomsten duurden in totaal 29 uur. Voordat deze casussen besproken werden is er eerst toestemming voor de inzage van het dossier en het benaderen van eerder betrokken

hulpverleners aan de jeugdige en indien nodig aan beide ouders/verzorgers gevraagd. 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 Miner⁵. 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 reduceren⁶.

De eerste resultaten van de analyses zijn vervolgens voorgelegd aan de gedragsdeskundigen en de omdenkers en besproken totdat consensus was bereikt.

3. Resultaten

3.1 Achtergrondkenmerken jeugdigen

De jeugdigen in dit onderzoek hebben een gemiddelde leeftijd van 16.4 jaar met een range van 14-18 jaar. Het merendeel van de jeugdigen was vrouw (66.4%). Van de besproken casussen woonden vier jeugdigen inmiddels weer thuis (33.3%), waren drie jeugdigen doorgestroomd naar een andere jeugdhulpvoorziening met verblijf (25%) en bevonden vijf jeugdigen zich op het moment van de casusbespreking in de gesloten jeugdzorg.

Tabel 1 Achtergrondkenmerken jeugdigen

Leeftijd	16.4 (14-18)
Sekse	
Vrouw	66.6%
Man	33.4%
Aantal woonplekken, inclusief woonplekken met een behandeling	5.3 (2-12)
Aantal plekken wonen met behandeling	3.75 (1-10)
Aantal ambulante uitgevoerde (gestart) trajecten in het gezin	
Voor plaatsing in gesloten zorg	4 (1-9)
Na plaatsing in gesloten zorg (<i>n</i> = 3)	0.41 (1-3)
Situatie nu	
Thuis	33.3% (4)
Doorgestroomd naar ander jeugdhulp met verblijf	25 % (3)
In gesloten jeugdzorg	41.7% (5)

Gemiddeld hadden de jeugdigen op 5.3 plekken (2-12 plekken) gewoond, vier (1-9) ambulante trajecten gevolgd voor hun plaatsing in de gesloten jeugdzorg en op 3.75 (1-10) behandelplekken gewoond.

3.2 Het traject voorafgaand aan plaatsing in de jeugdzorg plus

Uit de casussen kwam naar voren dat er in de periode voor de plaatsing in de jeugdzorg plus een aantal factoren zijn die niet helpend lijken in het voorkomen van deze plaatsing. Deze zijn in willekeurige volgorde: het laat in beeld komen van het gezin bij de hulpverlening, het beperkt in kaart brengen van het netwerk en bij het inzetten van hulp kiezen voor de lichtst mogelijke variant. Onder gezin verstaan wij de ouders en hun kinderen, onder het netwerk verstaan wij het gezin en ook de mensen buiten het gezin zoals familieleden, vrienden en kennissen.

3.2.1 Het laat in beeld komen van het gezin bij de hulpverlening

In de steekproef zijn twee typen jeugdigen te onderscheiden: jeugdigen met weinig behandelplaatsen ($n = 4$) en jeugdigen met veel behandelplaatsingen ($n = 8$) voor plaatsing in de jeugdzorg plus. De jeugdigen met weinig behandelplaatsen worden soms vanuit de thuissituatie of vanuit één andere behandelplek in de jeugdzorgplus geplaatst.

Bij de vier casussen met weinig behandelplaatsen kwam naar voren dat de jeugdige relatief laat bij Samen Veilig in beeld is gekomen. In alle gevallen zijn de problemen binnen het gezin (alcoholmisbruik, huiselijk geweld, hechtingsstoornis) langere tijd bekend bij de volwassenhulpverlening. Bij het merendeel van deze casussen is diagnostiek over de jeugdige bekend maar is er geen passende behandeling ingezet. Uit de dossiers wordt niet duidelijk of er geen behandeling wordt ingezet omdat dit niet nodig was of dat dit om andere redenen niet gebeurd is. Uit de dossiers blijkt dat deze jeugdigen zich lange tijd goed lijken te ontwikkelen en uit het zicht van de jeugdhulpverlening blijven, maar intensieve zorg nodig hebben wanneer zij wel in beeld komen. De hulpverlening voor de jeugdige wordt relatief laat ingezet. Hierdoor lijkt de hulpvraag complexer geworden of de situatie al geëscaleerd te zijn en wordt relatief snel overgegaan tot een behandelplaatsing.

“Qua belastbaarheid zit dit gezin nu aan de max, het is zo complex geworden dat ouders het niet meer aankunnen” (gedragsdeskundige)

In tegenstelling tot de casussen met weinig behandelplaatsen zijn de gezinnen met veel behandelplaatsen vaak wel bekend bij de jeugdhulpverlening. Het gaat hier in alle gevallen om relatief grote gezinnen (drie of meer kinderen) waarbij meerdere kinderen eigen problematiek hebben (autisme, adhd) en waarbij beide ouders ook eigen problematiek hebben. Vaak is er sprake van een problematische scheiding met veel ruzie en onenigheid over de opvoeding of verdeling van de kinderen. Vaak zijn deze gezinnen al jarenlang in beeld bij de ambulante hulpverlening en zijn er

veel ambulante trajecten primair gericht op de ouders (opvoedingsondersteuning, gezinsbegeleiding) gestart. Hoewel deze gezinnen in beeld zijn bij de hulpverlening is het onduidelijk wat er precies met de problematiek van de jeugdige gedaan is. Bij deze casussen lijkt primair gefocust te worden op de opvoedingsvaardigheden van de ouders maar niet op de mogelijke problematiek bij de jeugdige. In alle gevallen verandert het gedrag en de situatie van de jeugdige plotseling en is deze zo heftig dat behandelplaatsen, waaronder de jeugdzorg plus, volgen.

3.2.2 Het beperkt in kaart brengen van de verklarende factoren in het gezin en het netwerk

In de dossiers is vaak terug te vinden wat er ongeveer speelt in het gezin en wat de belangrijkste problematiek van ouders, broers en zussen is. Er is echter vaak weinig terug te vinden over factoren in het gezin die verklarend kunnen zijn voor de problematiek van de jeugdige of factoren die een mogelijke relatie hebben met het gedrag van de jeugdige. De gedragsdeskundigen van SAVE geven aan dat de mogelijkheden om een gezinsonderzoek te doen voor hen beperkt zijn, het is niet makkelijk om dit gefinancierd te krijgen.

Bij 10 casussen was er niet bekend welke verklarende factoren er precies speelden in het gezin of hoe de contacten buiten het gezin eruit zagen. Het is niet helder of dit niet uitgevraagd is of dat dit wel uitgevraagd is maar niet is vastgelegd in het dossier. Door het ontbreken van de verklarende factoren was het binnen het huidige onderzoek niet duidelijk wat de hulpvraag precies was en van wie deze hulpvraag was. Het is hierdoor niet helder of hier eerder op ingezet had kunnen worden samen met het gezin. Ook is het niet helder hoe het perspectief van de jeugdige er precies uitziet. Door het ontbreken van een beeld van de sociale contacten buiten het gezin was niet in beeld of er andere mogelijkheden zouden kunnen zijn geweest in het voortraject, zoals een netwerkplaatsing.

Uit de analyse blijkt dat er twee soorten casuïstiek zijn. Jeugdigen met draagkrachtige ouders en jeugdigen met minder draagkrachtige ouders. Bij vier casussen was er sprake van draagkrachtige ouders. Bij twee van deze casussen was er sprake van binnenlandse mensenhandel. Bij de overige twee van relatief laat gediagnosticeerde zeer complexe problematiek zoals borderline in combinatie met een verslaving en een suïcide poging. Het uitvoeringsteam concludeerde dat er op dit moment te weinig bekend is over de problematiek en dat er eerst samen met de ouders gekeken moet worden naar de vervolgstappen door het maken van een probleemsamenhang/holistische theorie.

Bij de overige casussen zonder draagkrachtige ouders konden wij geen verkenningen van het netwerk in het dossier terugvinden. Er is vaak wel een uitvraag naar het netwerk geweest, maar in de

dossiers kon niet worden teruggevonden of er instrumenten zijn toegepast (bijvoorbeeld een sociogram) om dit methodisch in kaart te brengen.

3.2.3 Het kiezen voor de lichtst mogelijke hulpverleningsvariant

Uit de casussen komt naar voren dat er in het voortraject vaak zo laag mogelijk wordt ingezet. Tijdens de casusbesprekingen kwam naar voren dat dit niet overeenkomt met datgene dat op basis van de problematiek verwacht kan worden of kennis die er is over de ontwikkeling van dergelijke problematiek. De gedragsdeskundigen geven daarbij aan dat hun ervaring is dat kinderrechtters ook denken in het 'opschaalsysteem' (zo licht mogelijk, zo vroeg mogelijk, zo dichtbij mogelijk) waardoor het lastig kan zijn om datgene dat er nodig is te krijgen. Een gevolg hiervan is dat jeugdigen niet direct op de beste plek komen maar veel verschillende trajecten, zowel ambulante als residentieel, krijgen aangeboden. Dit is ook terug te zien aan het aantal ambulante trajecten en behandelplekken in tabel 1. Hierdoor doen jeugdigen en hun ouders onnodige faalervaringen op die vaak niet helpend zijn in het traject. Hierdoor ontstaat de kans dat zij het vertrouwen in de hulpverlening verliezen waardoor het lastiger wordt een hulpverlenersrelatie op te bouwen of om jeugdigen te motiveren voor een behandeling.

Voor een aantal jeugdigen betekende dit dat zij pas op relatief late leeftijd in de jeugdzorg plus kwamen waar zij het in tegenstelling tot eerdere behandelplekken goed leken te doen. Vaak is er dan te weinig tijd over om goed te kunnen behandelen omdat zij bijna 18 jaar zijn of omdat het om een kort traject gaat. Soms kunnen deze jeugdigen niet langer blijven, omdat zij geen verlenging krijgen van de machtiging na hun 18^e verjaardag. Dit terwijl het bij sommige casussen wel wenselijk zou zijn om een jongere ook na 18 jaar te behandelen in geslotenheid.

“Door het opschalen komen er jongeren op De Lindenhorst als ze 17plus zijn en dan zitten ze er een paar maanden of dan ervaren ze ineens wel veiligheid”. (gedragsdeskundige)

3.3 Traject in de jeugdzorg plus

Bij iedere casusbespreking is gekeken naar de specifieke functie die de jeugdzorg plus vervuld heeft. Waarom is een jeugdige in de jeugdzorg plus geplaatst en waren er andere mogelijkheden geweest?

Uit deze 12 casussen kwamen deze drie functies van de jeugdzorg plus naar voren:

1. Het garanderen van de veiligheid van een jeugdige en de veiligheid van anderen. Het gaat hier om jeugdigen die veel weglopen en daarbij langere tijd vermist blijven, jeugdigen die zich bevinden in een circuit van binnenlandse mensenhandel, jeugdigen die drugs gebruiken in combinatie met schoolverzuim, jeugdigen met een suïcide risico en jeugdigen die gevaarlijk gedrag vertonen naar de omgeving.
2. Het bieden van een structureel opvoedingsklimaat, waar de jeugdige zich niet aan kan onttrekken.
3. Het motiveren van jeugdige voor een behandeling. De jeugdzorg plus moet bij deze jeugdigen zorgen voor een omschakeling. Het gaat hier om jeugdigen die geen motivatie hebben voor een behandelen, die nergens meer aan mee willen werken. Vaak zijn dit jeugdigen waarbij ook de veiligheid in het geding is.

Uit de casusbesprekingen kwam naar voren dat er verschillende visies bestaan op het doel van de jeugdzorg plus. Met name het bieden van een structureel opvoedingsklimaat waar de jeugdige zich niet aan kan onttrekken riep de vraag op in welke setting dit plaats zou moeten vinden.

Uit de casusbesprekingen kwamen een aantal factoren naar voren die van belang zijn voor de trajecten van jeugdigen in de jeugdzorg plus en een kwalitatief goede doorstroom. Deze zijn in willekeurige volgorde: het verkennen van de hulpvraag en het bieden van een bewezen effectieve behandeling, vraaggericht werken, continuïteit in het traject, de verslaglegging en het verschil tussen een vrijwillig kader en een gedwongen kader.

3.3.1 Verkennen hulpvraag en bieden bewezen effectieve behandeling

Bij negen casussen was de probleemanalyse niet volledig helder. In deze dossiers was geen volledige probleemanalyse en ook geen volledige hulpverleningsgeschiedenisanalyse te vinden. Hierdoor was het voor het uitvoeringsteam niet duidelijk waardoor het gedrag van de jeugdige veroorzaakt werd, welke factoren hieraan bijdroegen en welke factoren dit in stand hielden. Ook was het niet helder wat er precies aan hulpverleningsaanbod was geweest en wat het effect van deze hulpverlening was geweest. Tijdens de omdenkbijeenkomsten bleek dat hier eerst meer informatie over verzameld moest worden, voordat er een plan geformuleerd kon worden.

Het ontbreken van een volledige probleemanalyse en hulpverleningsgeschiedenis wordt volgens het uitvoeringsteam veroorzaakt doordat er in het jeugdzorgstelsel vaak geacteerd wordt op crises of druk vanuit de omgeving, die zorgen dat er snel gehandeld moet worden, waardoor weinig tijd is voor het maken van een gedegen probleemanalyse. Hierdoor is er minder gelegenheid om de informatie op te halen waarmee een goede probleemanalyse en hulpverleningsgeschiedenisanalyse gemaakt kan worden. Daarnaast bleek uit de dossiers dat wanneer een bepaalde behandeling of een bepaald aanbod niet werkt, er telkens iets nieuws geprobeerd wordt. De vraag waarom iets niet werkt lijkt niet gesteld te worden.

Bij drie casussen bleek uit de casusbespreking dat er wel een heldere probleemanalyse beschikbaar was maar dat er geen bewezen effectieve behandeling werd ingezet of dat deze behandeling erg laat werd ingezet. Het niet inzetten van een bewezen effectieve behandeling lijkt bij deze drie casussen te worden veroorzaakt door aanbodgericht werken. Bij zowel het type behandeling als de frequentie en de duur daarvan werd bij deze drie casussen uitgegaan van het bestaande aanbod van behandelingen (zie 3.3.2).

Tot slot bleek bij zes casussen dat alle hulpverlening ingezet werd op de jeugdige terwijl er ook hulpvragen waren in het netwerk die geen onderdeel waren van de behandeling. Uit de casusbesprekingen kwam naar voren dat er in het voortraject veel gefocust werd op het gezin (met name opvoedondersteuning en gezinsbegeleiding), bij plaatsing in de jeugdzorg plus werd de hulpverlening met name gericht op de jeugdige.

Hierdoor is de jeugdige de enige die een behandeling volgt terwijl het systeem niet of pas later betrokken wordt. Hierdoor is vaak niet helder welke rol het systeem speelt, wat er in het systeem veranderd is en of het mogelijk is dat de jeugdige terug naar huis gaat of dat er een ander perspectief nodig is.

3.3.2 Vraaggericht werken

Bij negen casussen was het beschikbare aanbod van invloed op het traject van de jeugdige. Zo was er bij zeven casussen sprake van een gebrek aan aanbod m.b.t. vervolgplaatsen. Zo was er bij deze casussen sprake van een lange wachttijd waardoor jeugdigen of langer in de jeugdzorg plus verbleven of een ander aanbod kregen waar wel plek beschikbaar was. Jeugdigen wachtten bijvoorbeeld op een plek bij een open groep, een andere behandelgroep, een gezinshuis, of een kleinschalige woonvoorziening.

Ook werd in een aantal casussen een behandeling geboden omdat deze aanwezig was, hoewel deze niet volledig bij de problematiek paste. Zo werd er bijvoorbeeld bij slachtoffers van binnenlandse mensenhandel vaak Pretty Woman aangeboden. Tijdens dit programma wordt met name gewerkt aan de weerbaarheid, dit is onderdeel van het herstelplan. In de casussen in dit onderzoek bleek dat de stap waarin gewerkt wordt aan de risicofactoren die deze problematiek veroorzaken vaak werd overgeslagen, waardoor aan de oorzaken van het probleem niet gewerkt wordt. In deze casussen was bijvoorbeeld sprake van een trauma dat niet behandeld werd of was de functie van het gedrag niet helemaal helder.

“Het is een soort mechanisme om Pretty Woman meteen in te zetten, daar moeten we beter over nadenken”.

Ook werd in twee casussen muziektherapie en PMT aangeboden terwijl er sprake was van een trauma. Het is onduidelijk waarom deze behandelingen ingezet werden, de doelen en uitkomsten stonden bij deze twee casussen niet in het dossier. In één casus werd er geen vergoeding gegeven voor de therapie dus werd er gekozen voor een andere minder goed passende therapie. Bij het inzetten van de frequentie speelde ook het aanbod een rol. Tijdens de casusanalyses kwam het uitvoeringsteam tot de conclusie dat het voor een aantal jeugdigen beter zou zijn om meerdere keren per week therapie te volgen. Tot dan toe was dit bij deze casussen nog niet overwogen omdat de therapie meestal één keer per week aangeboden werd of omdat er vragen waren over de organisatie hiervan zoals bijvoorbeeld de garantie dat er voldoende therapeuten zouden zijn om dit te kunnen bieden.

De gedragsdeskundigen geven aan dat het lastig kan zijn om een bepaalde therapie in te zetten wanneer deze van buiten Intermetzo moet komen waarbij de therapeut naar Intermetzo moet komen.

3.3.3 Continuïteit in het traject

Uit de casussen kwam naar voren dat er behoefte is aan meer continuïteit in het traject van de jeugdigen, maar dat dit belemmerd wordt door het ontbreken van een geïntegreerd aanbod en de wijze waarop de samenwerking tussen jeugdzorg plus en andere instanties en organisaties wordt vormgegeven.

Geïntegreerd aanbod

De casusanalyses laten zien dat het lastig is om jeugdigen een geïntegreerd aanbod aan te bieden. Zo zijn er veel breekpunten in de trajecten van jeugdigen. Door de korte duur van trajecten is het soms niet mogelijk een behandeling te starten. Ook werd in een aantal casussen een onderscheid gemaakt tussen de plek om te stabiliseren (jeugdzorg plus) en de plek waar behandeld kan worden.

“Er zit meerwaarde in om de behandeling hier alvast heel goed in te zetten. Niet alleen intensief maar ook integraal, meteen starten, vanuit een goede analyse. Zo kort als mogelijk maar niet die hele korte variant waarbij je een time out krijgt en moet stabiliseren en vervolgens elders je geluk moet zoeken”.

Soms wordt er binnen een jeugdzorgplus traject overgedragen.

“Laatst ook casus die van Save naar LDH ging, dan heb je 1.5 maand niemand. Dat is veel op een traject van 5 maanden. Je moet niet gaan overdragen in een JZ-plus traject. In dit gezin werd er een OTS uitgesproken voor de overige minderjarige kinderen, dan heb je weer twee verschillende organisaties is dat dan één gezin één plan?”

Tot slot is het is lastig om te onderzoeken wat er speelt in het gezin en wat de rol en mogelijkheden zijn binnen het systeem wanneer een jeugdige al in de jeugdzorg plus zit. Als een belemmering werd genoemd dat het niet mogelijk is om FACT in te zetten naast een jeugdzorg plus plaatsing. Het gevolg hiervan is dat er soms erg weinig bekend is over het gezin en welke veranderingen het gezin doormaakt en hoe deze het perspectief van de jeugdige beïnvloeden.

“FACT kan nu niet plaatsvinden naast gesloten, dat is een financieel dingetje. Dat kan toch niet? Het moet zo snel mogelijk en terug naar huis. Hoe moeten we dat doen zonder systeem? Eigenlijk moet optie terug naar huis gedegen onderzocht worden”.

“Als we de ouders en hun problematiek willen onderzoeken moeten we een aparte kostenpost aanspreken, dan moet je heel goed beargumenteren waarom je dit wilt” (gedragsdeskundige)

Samenwerking tussen verschillende instanties belemmeren geïntegreerd aanbod

Bij negen casussen komt naar voren dat de continuïteit van de hulpverlening belemmerd wordt door de samenwerking tussen de jeugdzorg plus en andere instanties.

Samenwerking UMC, GGZ, verslavingszorg en jeugdzorg plus

Bij drie casussen was er sprake van een combinatie van probleemgedrag, psychiatrische problematiek en/of verslavingsproblematiek. Uit deze casussen bleek dat met name de combinatie van jeugdzorg en psychiatrie moeilijk realiseerbaar lijkt. Tijdens de casusanalyse bleek dat deze jeugdigen vaak van de ene behandelplek naar de andere behandelplek gaan waarbij telkens gefocust wordt op één van de verschillende, samenhangende, problemen die zij hebben.

Zo worden jeugdigen afgewezen bij een psychiatrische kliniek op basis van gedragsproblematiek, terwijl in de jeugdzorg het psychiatrisch ziektebeeld als oorzaak van de gedragsproblematiek wordt gezien. Ook bleek dat suïcidaal gedrag eerst gestabiliseerd moest worden voordat jeugdigen kunnen doorstromen naar een behandelplek.

“Doe je hier een suïcidepoging moet je naar UMC. Als je daar [UMC] een suïcidepoging doet moet je naar Intermetzo”

Ook bleek uit de casussen dat jongeren eerst een behandeling moeten volgen voor hun verslaving voordat zij behandeld kunnen worden voor hun psychiatrische problematiek. Tot slot kwam het voor dat jeugdigen door hun middelengebruik niet meer op de behandelplek voor hun psychiatrische problematiek konden blijven.

Er lijkt een duidelijke regiehouder te ontbreken waardoor jeugdigen van de ene instelling naar de andere instelling verplaatst worden. Uit de dossiers kwam naar voren dat het niet duidelijk lijkt te zijn wie verantwoordelijk is voor het volledige perspectief van de jeugdige inclusief de problematiek op verschillende vlakken. Iedere instelling lijkt te specialiseren in één van deze drie gebieden (verslavingszorg, psychiatrie, jeugdzorg) maar combinaties van verschillende trajecten hebben wij niet terug kunnen vinden in deze dossiers.

Het uitvoeringsteam gaf aan dat het beter is als er één plek is waar psychiatrie, verslaving en gedragsproblematiek gezamenlijk behandeld kunnen worden, omdat deze dingen elkaar beïnvloeden en niet los van elkaar behandeld zouden moeten worden. Zo kan een psychose verergerd worden door middelengebruik en is het bekend dat een opname of wijziging van verblijf het risico op suïcide vergroot.

Samenwerking met het lokale team

In de dossiers waarbij het lokale team betrokken is geweest staat vaak niet wat er door het lokale team is gedaan en wat de resultaten daarvan waren. Soms ontbreekt deze informatie in het dossier, omdat de hulpverlening in een vrijwillig kader heeft plaatsgevonden. Uit drie dossiers kwam naar voren dat er te weinig afstemming heeft plaatsgevonden met het lokale team. Hierdoor is er niet optimaal gebruik gemaakt van de kennis die bij het lokale team aanwezig was, dit kwam de continuïteit van de hulpverlening niet ten goede, omdat er vragen blijven bestaan over de inhoud en effectiviteit van eerdere hulpverlening.

“Eigenlijk had er een casusbespreking gedaan moeten zijn, tussen Samen Veilig en het lokale team. Dus organisatie die de casus kent en een organisatie die blanco erin gaat. Dit gesprek voeren we bijna nooit”.

Een gevolg hiervan is dat de jeugdzorg plus deze informatie ook niet heeft, want zij maken gebruik van de informatie van Samen Veilig.

“SAVE heeft zich [in deze casus] behoorlijk administratief opgesteld, het lokale team heeft het opgepakt. Dit is niet de afspraak, als er samen geplaatst wordt is er een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor deze plaatsing”.

Samenwerking met rechterlijke macht en politie

Uit meerdere dossiers kwam naar voren dat de samenwerking met de rechterlijke macht vaak niet soepel verloopt. Hierbij geven gedragsdeskundigen aan dat zij moeite hebben om van de rechtbank te krijgen wat zij nodig hebben. Zij merken dat bij de rechtbank vaak nog sprake is van een time out visie waarbij korte trajecten de voorkeur hebben. Hierdoor hebben zij moeite met het krijgen van verlengingen als deze toch nodig blijken te zijn. Ook komt het voor dat de rechtbank beslist dat een jeugdige naar huis mag, terwijl zij daar anders over denken.

Daarnaast komt uit een aantal casussen naar voren dat informatie verzameld door de politie beperkt wordt gedeeld met de jeugdzorg plus. Zo is het vaak onbekend in welke situatie een jeugdige die weggelopen is teruggevonden wordt en wie daarbij betrokken waren. Bij casussen waarbij sprake is van een relatie tussen een minderjarige en een meerderjarige is vaak alleen bekend dat iemand bekend is bij justitie, maar weten we niet precies waarvoor.

“Maar waar is justitie? Justitie is wel een missing link in de dossiers hier. Er gebeurt hier iets strafbaars, hoe kan het dat we niet weten wat dit is?”

3.3.4 Verslaglegging

Bij zeven casussen ontbraken zowel in de dossiers van Intermetzo als die van SAVE belangrijke informatie in het dossier of zaten er grote gaten in het dossier waardoor over een bepaalde tijdsperiode niet veel bekend is. In sommige gevallen ging het om trajecten die tussentijds waren afgesloten en weer geopend werden, in andere gevallen was niet bekend waarom deze informatie niet in het dossier stond.

Daarnaast valt op dat in de dossiers regelmatig alleen beschreven wordt wat er in een bepaald gezin is ingezet, maar niet of deze interventies of therapieën gewerkt hebben en wanneer dit niet het geval is waarom deze niet gewerkt hebben.

Volgens het uitvoeringsteam komt dit doordat niet altijd de juiste vragen gesteld worden. Samen Veilig heeft een andere doelstelling wat betreft het registreren van gegevens dan Intermetzo. Samen Veilig kijkt wie de behandeling moet doen, Intermetzo kijkt hoe de behandeling eruit komt te zien. Het is volgens het uitvoeringsteam van belang dat er meer samengewerkt wordt tussen Intermetzo (Lindenhorst) en Samen Veilig. Het heeft veel meerwaarde om de informatie van beide partijen naast elkaar te leggen, samen te bekijken welke informatie ontbreekt en samen te kijken op welke wijze kunnen deze informatie het best verzameld kan worden.

Dit betekent dat er eerst een overleg tussen beide organisatie moet plaatsvinden zo snel mogelijk na plaatsing. Daarna zal deze informatie getoetst kunnen worden bij de ouders. Vervolgens is het volgens het uitvoeringsteam belangrijk dat er informatie gedeeld wordt, maar ook dat deze op een andere wijze verzameld wordt (met een focus op de hulpverlenersgeschiedenis en een analyse van de problematiek), met als doel het zo snel mogelijk behandelen van een jeugdige met een effectieve en passende behandeling. Op deze manier zouden bepaalde dingen die uit het omdenken naar voren kwamen, bijvoorbeeld het vijf keer per week aanbieden van therapie, door twee organisaties aangevraagd kunnen worden waardoor deze organisaties samen sterker staan.

3.3.5 Het verschil tussen een gedwongen en een vrijwillig kader

Uit de casusbesprekingen kwam naar voren dat er een verschil is tussen plaatsingen in de jeugdzorg plus in een vrijwillig kader of in een gedwongen kader. Bij een vrijwillig kader, zonder beschermingsmaatregel, bleek dat de plaatsing soms niet werd verlengd als de machtiging afloopt, omdat de ouders en/of de jeugdige niet verder wilden, terwijl dit wel wenselijk was. Ook werd er bij een vrijwillig kader vaker afgezien van de afgesproken ambulante hulpverlening bij de terugkeer naar huis van de jeugdige. De gedragsdeskundigen geven aan dat er in een vrijwillig kader heel veel gevraagd wordt van ouders en van de relatie tussen ouders en de jeugdige:

Gesloten jeugdzorgplaatsing is lastig in vrijwillig kader. Je vraagt dan heel veel van ouders. Het is prettiger om te kunnen zeggen 'deze mevrouw die er ook wat van mag vinden die wil het wel'. Die afwijzing van je kunt nu niet thuis wonen doet veel.

4. Conclusie en aanbevelingen

4.1 Conclusie

Voor dit onderzoek zijn 12 casussen in kaart gebracht. Uit deze 12 casussen komt naar voren dat er een discrepantie bestaat tussen de uitgangspunten en ambities voor jeugdhulp met verblijf zoals geformuleerd door de bovenregionaal samenwerkende Utrechtse regio's en de uitkomsten van dit onderzoek.

Factoren die van invloed zijn op het plaatsen van jeugdigen in de jeugdzorgplus zijn:

- Het laat in beeld komen van gezinnen bij de jeugdhulpverlening
- Het beperkt in kaart brengen van de verklarende factoren in het gezin en in het netwerk
- Het kiezen voor de lichtst mogelijke hulpverleningsvariant in het voortraject

Factoren die van invloed zijn op de trajecten van jeugdigen in de jeugdzorg plus en een kwalitatief goede doorstroom zijn:

- Het ontbreken van een probleemsamenhang en de hulpverleningsgeschiedenis. Het was vaak niet duidelijk waarom het gaat zoals het gaat, wat factoren zijn die het probleemgedrag kunnen verklaren of factoren die het gedrag van de jeugdige in stand houden.
- Het verkennen van de hulpvraag en het bieden van bewezen effectieve behandelingen
- Vraaggericht werken
- De mate van continuïteit in het traject
 - Het ontbreken van een geïntegreerd aanbod
 - De samenwerking rondom de cliënt tussen de jeugdzorg plus en andere instanties (UMC, GGZ, lokale team, rechterlijke macht en politie)
- De verslaglegging
- Het verschil tussen gedwongen versus vrijwillige plaatsingen

4.2 Aanbevelingen

Wanneer wij de uitgangspunten en ambities van de bovenregionaal samenwerkende Utrechtse regio's vergelijken met de uitkomsten van dit onderzoek, komen wij tot aanbevelingen op individueel niveau, organisatie niveau en gemeente niveau.

Individueel niveau

- Het is van belang dat er samen met ouders en jeugdigen een haarscherpe probleemanalyse en hulpverlenersgeschiedenis analyse wordt gemaakt (zowel in voortraject als tijdens de plaatsing in de jeugdzorg plus) en dat er bewezen effectieve behandelingen worden ingezet.
- Het uitgangspunt daarbij zou moeten zijn: 'Doen wat nodig is, niet wat mogelijk is'.
- Een systemische blik: de focus moet niet alleen op de ouders of het kind liggen, maar op het hele netwerk tegelijkertijd.

Het maken van een goede probleemanalyse en hulpverleningsgeschiedenis zal bijdragen aan het perspectief van jeugdigen. Dit kan ook bijdragen aan het maken van een onderscheid tussen wonen en zorg. Ook zal dit ervoor zorgen dat jeugdigen eerder op de beste plek terecht komen en de behandeling krijgen die zij nodig hebben zodat verblijf als hulpverleningsvariant zo kort mogelijk wordt ingezet.

Een systemische blik kan eraan bijdragen dat ieder kind zo snel mogelijk een perspectief heeft, dat meer jeugdigen opgroeien in een gezinsomgeving in hun eigen plek of buurt. Daarnaast kan dit voorkomen dat jeugdigen geïsoleerd raken en blijven ouders waar mogelijk aan zet.

Organisatieniveau

- Een integrale aanpak tussen verschillende partijen, waarbij goede afspraken gemaakt worden over de rollen en verantwoordelijkheden die daarbij horen.
- Zodra er een plaatsing is in de jeugdzorg plus een gesprek tussen Samen Veilig Midden Nederland en Intermetzo waarbij de informatie van beide partijen naast elkaar gelegd wordt en bekeken wordt welke informatie ontbreekt en wat nog verzameld moet worden.
- Het bepalen van een gezamenlijke visie op de jeugdzorg plus tussen Samen Veilig Midden Nederland, de gemeenten en Intermetzo

Een integrale aanpak kan ervoor zorgen dat jongeren niet steeds op verschillende plekken terecht komen maar dat het verblijf perspectief biedend en zo stabiel mogelijk is en dat de zorg de jeugdige volgt in plaats van andersom. Daarnaast kan een dergelijke aanpak ervoor zorgen dat de sociale

basis, buurtteams en specialistische hulp in de buurt goed verbonden zijn met het verblijf en dat er een doorgaande zorglijn is tot aan zelfstandigheid.

Gemeente niveau

Het is van belang dat organisaties gefaciliteerd worden door de gemeente om bovenstaande punten uit te kunnen voeren. Aanbevelingen op gemeente niveau zijn daarom:

- Het faciliteren van de mogelijkheid om meerdere voorzieningen gelijktijdig in te zetten. zoals bijvoorbeeld het kunnen inzetten van een gezinsfact bij de start van de opname in de jeugdzorg plus.
- Het faciliteren van meer mogelijkheden in de samenwerking/integrale ketenaanpak tussen ketenpartners door:
 - het mogelijk maken dat bepaalde ketenpartners (zoals verslavingszorg) intern bij de jeugdzorgplus de behandeling aan kunnen bieden.
 - het creëren van één plek is waar psychiatrie, verslaving en gedragsproblematiek gezamenlijk behandeld kunnen worden
 - het faciliteren van het verkrijgen van de benodigde beschikkingen voor het juiste product door het verkorten van de wachttijd en het minder stroef laten verlopen van dit proces (op dit moment kost het veel moeite om de juiste beschikking te krijgen)
 - het beschikbaar stellen van geschikte vervolgplekken

5. Discussie en aanbevelingen voor verder onderzoek

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

Dit is een kwalitatief onderzoek. Hoewel de onderzoeksresultaten herkend werden door de gedragsdeskundigen en overeenkomen met eerder onderzoek gedaan door het Lectoraat Klantenperspectief in Ondersteuning en Zorg, is het de vraag in welke mate deze 12 casussen representatief zijn voor de jeugdzorg plus in de Utrechtse regio's. Zo is bijvoorbeeld de verdeling man/vrouw geen representatieve afspiegeling van de populatie in de jeugdzorg plus. De ervaring van de betrokken gedragsdeskundigen is dat deze verdeling erg fluctueert. Daarnaast zijn de 12 casussen van dit onderzoek geselecteerd op diversiteit (wel of geen licht verstandelijke beperking, wel of geen voortraject, verschillende perspectieven) zodat zij een afspiegeling zouden vormen van de diversiteit in de jeugdzorg plus populatie. Wij weten niet hoe vaak ieder type casus voorkomt in de praktijk, waardoor wij niet weten in welke mate deze resultaten generaliseerbaar zijn.

Daarnaast is dit een dossieronderzoek. Hoewel wij ook een aantal recente casussen hebben onderzocht, spelen een aantal casussen zich af in het verleden. Een aantal uitkomsten van dit onderzoek zijn al in een eerder stadium gesignaleerd door de deelnemende organisaties en al aangekaart. Zo is er nu een zorgtafel slachtoffers mensenhandel (om de samenwerking tussen de politie en de jeugdzorgplus te bevorderen), zijn SAVE en Intermetzo eerder samen betrokken bij individuele, met name ingewikkelde, casuïstiek en vinden er casusbesprekingen plaats waar standaard ook het lokaal team uitgenodigd wordt. Tot slot wordt er op dit moment gewerkt aan een pilotplan tussen SVMN en Intermetzo om met elkaar in een vroeg stadium te bekijken welke alternatieven er zijn voor een jeugdzorg plus plaatsing en zal worden gemonitord hoe deze trajecten verlopen.

Hoewel wij op meerdere punten dataverzadiging hebben bereikt, blijven een aantal zaken nog onderbelicht. Vaak bestonden de dossiers uit veel losse documenten die allemaal apart geopend moesten worden in het digitale dossier en ontbrak over bepaalde perioden uit het leven van de jeugdigen informatie, met name als het ging om hulpverlening geboden door sociale wijkteams of hulpverlening in een vrijwillig kader. Daarnaast focust een persoonlijk dossier zich altijd op één persoon, het is daarom logisch dat bepaalde informatie over de sociale omgeving en andere zaken niet altijd meegenomen wordt (het is geen familiedossier). Hierbij wordt waarschijnlijk een keuze gemaakt, o.a. gebaseerd op wet- en regelgeving, wat wel en wat niet gerapporteerd wordt, waarbij

gefocust wordt op de jongere. Ook waren de gedragsdeskundigen van Samen Veilig Midden Nederland zelf niet betrokken bij de casussen, dit kan van invloed geweest zijn op de dataverzameling.

Tijdens dit onderzoek konden hierdoor een aantal zaken niet teruggevonden worden, zoals informatie over het netwerk of informatie over de ambulante hulpverlening die is ingezet en wat het resultaat van deze hulpverlening was. Dit betekent niet dat het netwerk niet verkend is of dat er geen ambulante interventies zijn ingezet, maar dat dit onbekend is. Dit vormde niet alleen een belemmering bij dit onderzoek, maar kan ook de hulpverlening hinderen. Hulpverleners kunnen informatie over wat effectief was of wat juist geen effect heeft gehad ook niet terugvinden, dit maakt het maken van keuzes over het vervolgtraject lastig.

Een aanbeveling voor verder onderzoek is om naast dossieronderzoek ook andere betrokken professionals uit het voorveld uit te nodigen om deel te nemen aan de casusbesprekingen. Daarnaast zou het waardevol kunnen zijn om ook bij deze organisaties het dossier op te vragen en om interviews te houden met jeugdigen en hun ouders om tot een completer beeld te komen van de levensloop van een jeugdige.

Tijdens dit project zijn er maximaal vier zeer diverse casussen besproken per gedragsdeskundige van Intermetzo. Daarnaast zijn er 12 casussen in totaal besproken. Samen Veilig Midden Nederland en Intermetzo zijn beide grote organisaties in een grote regio. Voor het opdoen van een maximale leerervaringen en het daadwerkelijk in de praktijk brengen van deze leerervaringen is het wellicht van belang dat er meer dossiers worden besproken en dan met name meer dossiers per gedragsdeskundige zodat bepaalde leerervaringen duidelijker, meer onderbouwd, naar voren kunnen komen en er een plan van aanpak geformuleerd kan worden om hiermee aan de slag te gaan in de praktijk.

6. Referenties

1. Faas, M. (2004). Visie op de jeugdzorg. Bewust, betrokken en betrouwbaar: het visiedocument van de zorgaanbieders in de jeugdhulpverlening.
2. Vereniging van Nederlandse Gemeenten (2016). www.waarstaatjegemeente.nl.
3. Movisie. (2015). Transitie Jeugdzorg: een overzicht. https://www.movisie.nl/artikel/transitie-jeugdzorgoverzicht?gclid=EAlalQobChMIyeO8gZqz1QIV55XtCh3D9wBAEAAYASAAEgKcKPD_BwE
4. Transitie Autoriteit Jeugd (2017). *Zorgen voor de jeugd. Derde jaarrapportage*.
5. Péladeau N. QDA miner. Qualitative data analysis software user's guide. *Montreal: Provalis Research 2004*
6. Gale NK, Heath G, Cameron E, et al. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC medical research methodology* 2013;13(1):117.