

Zorgprogrammering in de praktijk

**Eerste rapportage 'monitoring veldprojecten jeugdzorg'
Uitgevoerd in opdracht van de Landelijke Projectgroep Zorgprogrammering**

Amsterdam, 27 september 1999

Agnes van Burik

Zorgprogrammering in de praktijk

**Eerste rapportage 'monitoring veldprojecten jeugdzorg'
Uitgevoerd in opdracht van de Landelijke Projectgroep Zorgprogrammering**

Amsterdam, 27 september 1999

Agnes van Burik

Inhoudsopgave

	Voorwoord	3
1	Inleiding	5
2	Het Spoor	7
3	Jeugdige Delinquenten met Stoornissen (JDS)	12
4	Tussen Wal en Schip	17
5	Intersectorale Zorgprogrammering Jeugdzorg Flevoland	21
6	Zorgprogrammering Zeeland	26
7	Intersectoraal veldproject preventieve en curatieve gezinsgerichte begeleiding en ondersteuning	30
8	Een samenhangend hulpaanbod bij ernstig probleemgedrag van jonge kinderen uit multi-probleemgezinnen	34
9	Zorgprogrammering 'Baby's en peuters en hun ouders met psychosociale en/of psychiatrische problematiek'	39
10	Op weg naar zorgprogramma's	43
11	Overzicht stand van zaken veldprojecten	46
Bijlage	Overzicht kernpartners veldprojecten	54

Voorwoord

In dit rapport wordt de voortgang beschreven van de negen veldprojecten zorgprogrammering die eind 1998 van start zijn gegaan. Deze voortgangsrapportage is opgesteld door het onderzoeksbureau Van Dijk, Van Soomeren en partners (DSP) in opdracht van de landelijke Projectgroep Zorgprogrammering.

De Projectgroep Zorgprogrammering is van mening dat deze eerste voortgangsrapportage een helder overzicht geeft van de stand van zaken in de veldprojecten. Per project wordt verslag gedaan van de belangrijkste bevindingen. Daarbij zijn de knelpunten waar de veldprojecten in hun ontwikkeling tegen aan zijn gelopen goed in kaart gebracht. Dat de oplossingen voor deze knelpunten divers zijn, komt eveneens in de rapportage tot uitdrukking.

De voortgangsrapportage stelt de Projectgroep Zorgprogrammering in staat tussentijds de balans op te maken. Zo kan de Projectgroep de activiteiten voor het komende jaar beter afstemmen op de behoefte van de veldprojecten en de ervaring die in de praktijk is opgedaan.

Op grond van de voortgangsrapportage wil de projectgroep specifieke aandacht besteden aan een aantal aspecten van het proces van zorgprogrammering. Het gaat hier om de volgende aspecten.

- 1 De ontwikkeling van zorgprogramma's is een arbeidsintensief proces, dat met horten en stoten verloopt en wordt gekenmerkt door verschillende stijlen en werkwijzen.

Een van de constatering in de voortgangsrapportage is dat die veldprojecten die werkenderwijs (bottom-up) een zorgprogramma ontwikkelen, relatief veel tijd kwijt zijn in vergelijking met veldprojecten die een top-down benadering hebben gekozen. Uit de praktijk van de veldprojecten blijkt voorts, dat een brede start van onderaf met een ruime doelgroep en een groot aantal modules na verloop van tijd toch afgeperkt en omgebogen moet worden naar een meer specialistisch programma. Deze constatering is voor de Projectgroep van groot belang, omdat hiermee het ontwikkelingstraject meer gestuurd en ondersteund kan worden.

Een ander punt van aandacht voor de Projectgroep is de projectperiode. Aangezien de ontwikkeling meer tijd vraagt dan vooraf was voorzien, en de projectperiode beperkt is, komt de implementatie van programma's bij een aantal veldprojecten in het gedrang. De Projectgroep beziet welke oplossingen hier mogelijk zijn.

- 2 In de voortgangsrapportage wordt gesignaleerd dat de modularisering van het aanbod een essentiële fase is in de ontwikkeling van zorgprogramma's. Voor een aantal veldprojecten is dit een moeilijk onderwerp. Het uiteen leggen van het aanbod in modules raakt de inhoud en samenhang van de hulp, alsmede de organisatie en financiering daarvan. Uitgaande van het doel van zorgprogrammering, namelijk inhoudelijke en organisatorische samenhang creëren voor een homogene doelgroep, is het essentieel als eerste stap de elementen waaruit een zorgprogramma is samengesteld, te beschrijven. Daaraan kan vervolgens de financiering gekoppeld worden. De volgende stap is de organisatorische invulling: keuze voor modularisering van het gehele aanbod of een gedeelte daarvan, de verantwoordelijkheidstoedeling, personele consequenties, en dergelijke.

De Projectgroep zal in ieder geval de beschrijving van het aanbod in modules actief oppakken en extra ondersteuning bieden aan de veldprojecten die dat nodig hebben. Bekeken wordt nog of de Databank een faciliterende rol hierbij kan spelen.

- 3 In de voortgangsrapportage wordt herhaaldelijk gesignaleerd dat veldprojecten belemmerd worden in hun ontwikkeling en implementatie door knelpunten van organisatorische en bestuurlijke aard. Daardoor hapert het ontwikkelingstraject. Om de veldprojecten op dit vlak gericht te ondersteunen, stelt de Projectgroep voor onderzoek te laten verrichten naar de organisatorische en bestuurlijke inbedding van zorgprogrammering.

In opdracht van de Projectgroep is reeds een eerste aanzet gegeven voor een financieringssysteem, die gebruikt zou kunnen worden voor zorgprogrammering in de jeugdzorg. Het ligt in de bedoeling van de Projectgroep deze systematiek verder te laten ontwikkelen.

- 4 De Projectgroep beoordeelt het als positief, dat de drie (kern)sectoren van de jeugdzorg bij een groot aantal veldprojecten zorgprogrammering betrokken zijn. Dat neemt niet weg dat er verschillen zijn in visie ten aanzien van behandeling en hulpverlening die in de praktijk tot knelpunten in de intersectorale samenwerking bij zorgprogrammering kunnen leiden.

Bovengenoemde verschillen in visie en inzet liggen ook ten grondslag aan de relatie met de Toegang tot de jeugdzorg. Het door de Projectgroep geformuleerde standpunt dat de instroom van zorgprogrammering moet voldoen aan de systeemeisen van de Toegang blijft nadrukkelijk een punt van zorg, zolang de vormgeving van de Toegang in de betreffende regio's nog niet is uitgekristalliseerd. De nieuwe wetgeving voor de jeugdzorg, op dit moment in voorbereiding, zal hier meer duidelijkheid moeten bieden.

- 5 Uit de voortgangsrapportage komt naar voren dat een aantal begrippen om nadere explicitering vraagt. Gewezen wordt onder andere op de spanning die zou bestaan tussen specialistische programma's enerzijds en vraaggericht werken anderzijds. Naar het oordeel van de Projectgroep zijn specialistische programma's geen doel op zich, maar een middel om de hulp aan een cliënt gemakkelijker samen te stellen en te laten verlopen. Dit moet leiden tot een meer vraaggerichte zorg.

Verwezen wordt hier naar de notitie Raakvlakken van de Projectgroep Zorgprogrammering, waarin de samenhang tussen zorgprogrammering en onderdelen van het kwaliteitsbeleid beschreven zijn.

- 6 Een beschrijving van de voortgang met betrekking tot de specifieke thema's is in deze voortgangsrapportage nog achterwege gelaten. Een groot aantal veldprojecten is immers nog druk bezig met het ontwikkelen van zorgprogramma's en nog niet toegekomen aan de uitwerking van de specifieke thema's. Het is de bedoeling dat de specifieke thema's later nadrukkelijk aan de orde komen.

Tom van Yperen
Christiane Vermunt
Carline Carati

1 Inleiding

De Projectgroep Zorgprogrammering Jeugdzorg, die op 1 oktober 1997 voor een periode van drie jaar is ingesteld, heeft tot taak gekregen de ontwikkeling van zorgprogramma's in de jeugdzorg te faciliteren en ondersteunen. De aandacht is daarbij met name gericht op zorgprogrammering ten behoeve van de moeilijkste groepen, de groepen met meervoudige problematiek.

Door middel van een aantal geselecteerde veldprojecten moeten de mogelijkheden en beperkingen van het werken met modules en zorgprogramma's binnen de jeugdzorg in beeld gebracht worden. Het gaat in totaal om 11 veldprojecten, verspreid over het land. De eerste tranche van negen projecten is eind 1998 van start gegaan. De tweede tranche van twee projecten volgde in de zomer 1999. De veldprojectperiode loopt maximaal tot 1 september 2000.

De landelijke Projectgroep Zorgprogrammering heeft Van Dijk, Van Soomeren en Partners (DSP) gevraagd om de ontwikkelingen in de veldprojecten te monitoren. Daartoe worden de volgende activiteiten uitgevoerd.

- Het ondersteunen van de projecten bij het schrijven van tussentijdse rapportages. In deze rapportages dienen de projecten te rapporteren over de voortgang van hun project. Zij doen dit aan de hand van de algemene en specifieke thema's die door de Projectgroep zijn geformuleerd.
- Het schrijven van eigen rapportages waarin de ervaringen van de veldprojecten worden gebundeld en eigen bevindingen worden beschreven.
- Het ondersteunen van de veldprojecten bij het thema resultaatmeting. In dit verband heeft DSP onder andere richtlijnen ontwikkeld om op een relatief eenvoudige manier resultaten van het zorgprogramma te meten.

In deze eerste DSP-voortgangsrapportage wordt de stand van zaken in de negen veldprojecten van de eerste tranche beschreven.

De rapportage heeft betrekking op de periode oktober 1998 tot en met mei 1999. Op het moment van verschijnen is de rapportage dus feitelijk al achterhaald. De veldprojecten zijn alweer enkele maanden verder met het ontwikkelen en uitvoeren van hun zorgprogramma's.

De lezer dient zich verder te realiseren dat de projecten niet allemaal in dezelfde maand zijn gestart. De meeste projecten gingen in november of december van start; één project pas in februari 1999.

De periode dat de veldprojecten aan het werk zijn, ligt dus tussen de 4 en 7 maanden.

Deze voortgangsrapportage is gebaseerd op de eigen rapportages van de veldprojecten, aantekeningen van gesprekken met projectcoördinatoren en notulen van vergaderingen. De laatste twee bronnen alleen voor zover beschikbaar; dat verschilde per project.

In deze eerste rapportage zijn alle negen veldprojecten vrij gedetailleerd beschreven. We hebben ons daarbij beperkt tot de basiskennmerken zoals:

- doelgroep, doelstelling en gemeenschappelijke hulpvraag;
- de vorm en inhoud van het zorgprogramma (modules, type zorgprogramma, samenhang tussen modules)
- de projectstructuur (betrokkenheid sectoren, wijze van organisatie)
- de wijze van instroom in het zorgprogramma (relatie met de Toegang)
- ervaringen met de uitvoering van het zorgprogramma.

Elk veldproject heeft enkele specifieke thema's toegewezen gekregen. Bij de ontwikkeling en uitvoering van een zorgprogramma dienen de veldprojecten extra aandacht te besteden aan de hen toegewezen thema's. Voorbeelden van specifieke thema's zijn: het voorkomen van uitval, het ontwikkelen van een model voor resultaatmeting, het leggen van een verbinding met aanpalende sectoren.

Het beschrijven van de voortgang met betrekking tot de specifieke thema's is om twee redenen achterwege gelaten in deze eerste rapportage. In de eerste plaats waren we bevreesd dat deze uitbreiding ten koste zou gaan van de helderheid van de beschrijvingen van de veldprojecten; anders gezegd: we vreesden dat je door de bomen het bos niet meer zou zien. In de tweede plaats verkeert de uitwerking van de specifieke thema's veelal nog in een voorbereidende fase. Meestal gaat het om thema's die pas bij de uitvoering van de zorgprogramma's tot leven komen. Bij het schrijven van deze voortgangsrapportage verkeerde pas één veldproject in de operationele fase.

De rapportage beperkt zich dus tot het kernproces van ontwikkelen en uitvoeren van zorgprogrammering. Daarbij wordt onder zorgprogrammering het volgende verstaan: een zorgprogramma is een aantal gespecificeerde en samenhangende afspraken en coördinerende activiteiten, resulterend in een doelgerichte en planmatige inzet van twee of meer modules ten behoeve van een gespecificeerde doelgroep (zie Definitie van Kernbegrippen; landelijke Projectgroep Zorgprogrammering).

In de rapportage worden alle veldprojecten afzonderlijk beschreven (hoofdstuk 2 tot en met 10). In een afsluitend hoofdstuk (hoofdstuk 11) wordt een totaaloverzicht gegeven, enkele conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan.

In de bijlage worden, per veldproject, de namen van de instellingen genoemd die als kernpartners betrokken zijn bij de zorgprogramma's.

2 Het Spoor

Regio Zuid Holland Noord

Inleiding

Het project wordt gesubsidieerd door de provincie Zuid Holland en het Ministerie van Justitie. Het Spoor is geselecteerd als veldproject door de Projectgroep Zorgprogrammering in het kader van de kennisvermeerdering met betrekking tot zorgprogrammering. Het project ontvangt geen financiële ondersteuning als veldproject.

De ontwikkeling van dit zorgprogramma is reeds in november 1997 van start gegaan. De eerste jongeren (circa 10 in aantal) zijn in november 1998, dus een jaar later, ingestroomd. Vanaf april 1999 kunnen maximaal 22 jongeren tegelijkertijd aan het programma deelnemen.

Doelgroep en doelstelling

Het zorgprogramma is bedoeld voor jongens die, in het kader van voorlopige hechtenis of jeugddetentie, geplaatst zijn in Teylingereind, een gesloten justitiële inrichting van jeugdigen. Het gaat om jongeren die woonachtig zijn of zich gaan vestigen in het arrondissement den Haag.

Het Spoor beoogt gefaseerde zorg op maat te bieden gericht op optimale terugkeer en participatie in de samenleving. Aanleiding voor de ontwikkeling van het zorgprogramma is de gebrekkige aansluiting tussen het aanbod van jeugdzorgvoorzieningen en het programma van de jeugdinrichting.

Het zorgprogramma heeft twee hoofddoelen:

- Vermindering van de kans op recidive bij de jongere.
- Het realiseren van een intersectoraal zorgaanbod voor de doelgroep waardoor continuïteit in een vraaggericht, helder hulpaanbod ontstaat.

Hulpvraag

Veel jongeren zijn al eerder in aanraking geweest met politie, justitie en jeugdhulpverlening. Er lijkt in toenemende mate sprake van ernstige psychosociale stoornissen en van gecompliceerde meervoudige problematiek. De hulpvragen hebben betrekking op het verkrijgen dan wel behouden van een stabiele woonsituatie, toeleiding naar onderwijs of werk, het opbouwen dan wel versterken van het sociale netwerk. Het ontbreekt de jongens veelal aan de benodigde sociale vaardigheden en aan een adequate toepassing van deze vaardigheden. Verder zijn er hulpvragen specifiek gericht op verslavingsproblemen en behandeling van (ernstige) gedragsstoornissen.

Een meerderheid van de populatie in Teylingereind is van allochtone (met name Marokkaanse) afkomst. Transculturele aspecten spelen echter geen bepalende rol in de vormgeving van de modules. Vooralsnog wordt er geen specifieke invulling gegeven aan de begeleiding van allochtone jongeren.

De inhoud van het zorgprogramma

Het Spoor bestaat voorlopig uit een beperkt aantal modules, te weten:

- begeleiding door coach
- extra diagnostiek
- verblijf en training in cursushuis
- kamertraining 'plus'
- dagbesteding (onderwijs en arbeidstoeleiding)
- directieve thuisbehandeling.

De modules worden uitgevoerd door de reclassering, de justitiële inrichting en de jeugdhulpverlening. In de meeste modules is sprake van een gecombineerde inzet van professionele werkers.

De module directieve thuisbehandeling is nog in voorbereiding. Door de negatieve beeldvorming over de doelgroep is het tot nog toe niet gelukt om een geschikt pand te vinden voor het cursushuis. Daarom kan deze module nog niet worden uitgevoerd. Het programma bevat dus vier operationele modules.

Het zorgprogramma heeft één vaste module; de andere modules zijn optioneel. De modules kunnen na of naast elkaar worden uitgevoerd. De module 'begeleiding door de coach' vormt de vaste module en tevens een centrale spelfunctie. De coach vervult een regisserende en begeleidende rol.

Het individuele zorgplan vormt de (inhoudelijke) leidraad voor de gang door het zorgprogramma. In dit instrument zijn de te behalen doelen, termijnen en einddoel geformuleerd.

Elke zes weken worden de doelen geëvalueerd door coach, mentor module en jongere aan de hand van een opgestelde competentie- en netwerkanalyse en informatie aan de coach.

Het is de bedoeling dat het zorgprogramma zes maanden beslaat. Na deze zes maanden vindt een eindevaluatie plaats. Daarna is er nog een afbouwfase van drie maanden die wordt afgesloten met een follow up gesprek. In deze afbouwfase rondt de coach de begeleiding af en verzorgt zo nodig een goede overdracht naar de reguliere hulpverlening.

Ten behoeve van het zorgprogramma is het bestaande aanbod enerzijds aangepast en anderzijds uitgebreid. De methodiek van de module 'begeleiding door de coach' is ontwikkeld en het instrumentarium voor de coach is vastgelegd in het individuele zorgplan (het zogenaamde spoorboekje). Het zorgprogramma is in november 1998 gestart met een basistraining competentie- en vraaggericht werken die door alle betrokkenen (van directie tot en met uitvoerend niveau) is gevolgd.

De instroom

Zodra een jongere uit het arrondissement Den Haag in Teylingereind wordt geplaatst, wordt bekeken of hij baat heeft bij begeleiding door een coach en wordt hem het aanbod van het zorgprogramma gedaan. Bij een voorlopige hechtenis maakt de coach een voorstel tot schorsing van de voorlopige hechtenis dat aan de Raadkamer wordt voorgelegd. Het zorgprogramma wordt (binnen justitieel kader) uitgevoerd:

- bij schorsing van de voorlopige hechtenis onder bijzondere voorwaarden;
- tijdens de zogenaamde detentiefasering (de periode voorafgaand aan het einde van de jeugddetentie).

Als het voorstel voor schorsing van de voorlopige hechtenis niet wordt gehonoreerd, vindt vooruitlopend op deelname aan het programma, alvast een minder intensieve vorm van begeleiding door de coach plaats.

Op dit moment vindt de indicatiestelling dus plaats door de voorzieningen die het zorgprogramma aanbieden. Er wordt toegewerkt naar een situatie waarin instroom plaatsvindt én op grond van indicatie en zorgtoewijzing door Bureau Jeugdzorg én op grond van indicatie door de voorzieningen die het programma aanbieden.

De organisatie van het project

Het project wordt uitgevoerd door drie instellingen: de justitiële jeugdinrichting en twee jeugdzorginstellingen. Via deze jeugdzorginstellingen zijn de jeugdhulpverlening, de jeugdbescherming en de jeugdreclasering bij het project betrokken. Er worden pogingen gedaan om de incidentele samenwerking met de GGZ (kinder- en jeugdpsychiatrie) structureel te maken. Hiermee komt specifieke psychiatrische behandeling en begeleiding beschikbaar.

Er is in ieder geval voorlopig gekozen voor een organisatiestructuur met een **gezamenlijke** verantwoordelijkheid en aansturing door de drie partnerinstellingen.

Het directorium bestaande uit de drie directeuren is gezamenlijk verantwoordelijk. Afspraken over personele en financiële inzet van elke partner, de budgethouder, procedure bij geschillen en over de begroting van het totale zorgprogramma zijn in een samenwerkingsovereenkomst vastgelegd. De dagelijkse leiding en begeleiding van de coaches vindt plaats door het kernteam bestaande uit drie leden (leidinggevend van de drie instellingen).

Een groep van drie interne ontwikkelaars (gedragsdeskundigen van de drie instellingen) is verantwoordelijk voor de inhoudelijke en methodische ontwikkeling en afstemming van het project.

Positieve ervaringen en knelpunten

Het concept van gezamenlijke verantwoordelijkheid en gezamenlijk aansturing is weliswaar omslachtig maar blijkt in de praktijk wel goed te werken. Hiermee kan de intersectorale benadering waargemaakt worden. Knelpunten worden gezamenlijk opgepakt en niet teruggeschoven naar de eerst verantwoordelijke partner.

Afspraken over portefeuilleverdeling binnen het kernteam zijn schriftelijk vastgelegd. In de praktijk is het echter nog steeds verleidelijk om zaken die het zorgprogramma betreffen met de coach/ interne ontwikkelaar/ kernteamlid werkzaam binnen de eigen instelling, te bespreken in plaats van met de daartoe aangewezen persoon. Hierdoor kan gemakkelijk onduidelijkheid en tegenstrijdigheid in communicatie ontstaan over zaken die het zorgprogramma betreffen. Dit blijft dus een punt van aandacht.

Op basis van de ervaring die tot nog toe is opgedaan met de uitvoering van het zorgprogramma, hebben betrokkenen een aantal succesfactoren voor het project genoemd.

- de heldere doelgroepomschrijving;
- de bereidheid van directie en middenmanagement om 'de kar te trekken' en de gezamenlijke aansturing van het project;
- de aanwezigheid van financiële middelen en de ondersteuning vanuit de provincie;
- de aanwezigheid van een externe adviseur;
- een klein aantal betrokken kernpartners;
- het in de praktijk ontwikkelen van het project.

Daarnaast wordt een aantal knelpunten genoemd.

- de moeilijke opgave om huisvesting te vinden voor uitvoering van modules (cursushuis, KTC) voor deze doelgroep;
- het ontbreken van instellingsoverstijgende regelgeving inzake zeggenschap en financiering; binnen de muren van de afzonderlijke instellingen kan het zorgprogramma niet geregeld worden;
- het feit dat het om verschillende sectoren gaat maakt de aansturing van het project extra gecompliceerd.

De laatste twee punten worden toegelicht aan de hand van een voorbeeld. Door de invoering van zorgprogrammering ontstaat aansturing langs twee verschillende lijnen die tegenstrijdige eisen aan de medewerkers kunnen stellen: de managementlijn binnen de eigen instelling én de aansturing op doelgroepniveau vanuit het zorgprogramma. Bij voorbeeld: de coaches vervullen een centrale spilfunctie binnen het zorgprogramma. Bij de ontwikkeling van het zorgprogramma is een specifieke methodiek voor de begeleiding door de coaches ontwikkeld. Deze coaches zijn werkzaam binnen de jeugdreclassering en maken dus ook deel uit van teams met teamleiders. Als werkers binnen de jeugdreclassering zijn ze gebonden aan een protocolaire werkwijze. De methodiek van het zorgprogramma kan dus niet teveel afwijken van de (protocolaire) werkwijze van de individuele instellingen.

Als de coaches van de methodische lijn binnen het zorgprogramma afwijken dan kan dat aan de leiding van hun organisatie duidelijk gemaakt worden maar uiteindelijk heeft men daar vanuit het zorgprogramma geen vat op. Feitelijk komt het erop neer dat de uitvoering van het zorgprogramma afhankelijk is van de loyaliteit en goedwillendheid van het management. Dit geldt bijvoorbeeld ook ten aanzien van het beschikbaar stellen van plaatsen.

In het spanningsveld tussen aansturing vanuit de eigen instelling en aansturing vanuit het zorgprogramma vervult het midden-management een centrale rol. Wanneer het middenkader geschoold is om vernieuwend te denken en over de eigen kaders heen te kijken dan is er veel mogelijk volgens betrokkenen. Bijvoorbeeld: het schrijven van rapportages voor de rechtbank is een verantwoordelijkheid van de jeugdreclassering die men niet uit handen kan geven. Binnen het zorgprogramma heeft men dit opgelost door af te spreken dat de rapportage formeel getoetst wordt door een leidinggevende binnen de jeugdreclassering.

Specifieke kenmerken veldproject

- Dit veldproject heeft de meest uitgebreide ervaring met de uitvoering van een zorgprogramma.
- Binnen dit zorgprogramma worden vier operationele modules aangeboden door twee sectoren (justitiële instellingen en jeugdhulpverlening). Gezamenlijke aansturing door de kernpartners blijkt een goede benadering om sectoroverstijgend te werken.
- De ervaring met de uitvoering van het zorgprogramma heeft duidelijk gemaakt dat er knelpunten optreden op het niveau van de aansturing en de zeggenschap en op praktisch niveau (huisvesting voor een doelgroep met een negatief imago).
- De regiefunctie waarmee afstemming en samenhang in de combinatie van het aanbod moet worden gerealiseerd, wordt vervuld door de coaches. Daarbij werkt ondersteunend dat alle betrokkenen vooraf een basistraining competentie- en vraaggericht werken hebben gevolgd.
- Ingrediënten voor de ontwikkeling van een zorgprogramma zijn verder: een klein aantal kernpartners, een heldere doelgroepomschrijving en het in de praktijk ontwikkelen van een zorgprogramma.

- De instroom naar het zorgprogramma verloopt via een justitiële weg; de indicatiestelling gebeurt door de instelling die het zorgprogramma aanbiedt. Er is (nog) geen relatie gelegd naar Bureau Jeugdzorg en er wordt (nog) niet voldaan aan de systeemeisen van de Toegang.
- Bij de uitvoering van het zorgprogramma wordt expliciet aandacht besteed aan de hulpvraag van de individuele jongere. Het past echter minder goed binnen de benadering een zorgprogramma werkenderwijs te ontwikkelen, om vooraf een uitgebreide, systematische analyse van de hulpvraag van de doelgroep te maken.

3 Jeugdige Delinquenten met Stoornissen (JDS)

Regio Haaglanden

Inleiding

In maart 1998 is ondersteuning van een extern bureau ingeroepen om de ontwikkeling van het zorgprogramma JDS nieuw leven in te blazen. Het ontwikkelingsproces was reeds in 1997 gestart maar is inmiddels gestagneerd.

De nieuwe impuls heeft ertoe geleid dat in oktober 1998 een samenwerkingsovereenkomst werd getekend. De feitelijke instroom van cliënten kon in december 1998 van start gaan.

Het JDS is niet vanuit een bepaald concept over zorgprogrammering maar vanuit een pragmatische benadering ontwikkeld. Er wordt gewerkt met een ontwikkelmodel: het eerste jaar wordt beschouwd als 'opbouwjaar' waarin allerlei praktische problemen die zich aandienen, opgelost moeten worden. Bij een positieve evaluatie wordt gekeken naar continuering en uitbreiding. Er zijn zes participerende instellingen. Hiermee zijn de kinder- en jeugdpsychiatrie, de jeugdbescherming en jeugdreclassering, de raad voor de kinderbescherming, de RIAGG en de jeugdhulpverlening bij de uitvoering van het zorgprogramma betrokken.

Doelgroep en doelstelling

Uit onderzoek (Doreleijers, 1995) blijkt dat het merendeel van de jeugdigen die aan de kinderrechter worden voorgeleid, kampt met (ernstige) psychische en/ of psychiatrische problemen. De hulp voor en bemoeienis met deze groep bevindt zich dus bij uitstek op het grensvlak van verschillende sectoren: jeugdpsychiatrie, jeugdstrafrecht, jeugdbescherming, jeugdhulpverlening, speciaal onderwijs en zorg voor zwakbegaafden. Door onvoldoende samenhang tussen deze circuits valt een aantal jongeren door de mazen van het maatschappelijk vangnet.

Tegen deze achtergrond is het initiatief ontstaan voor de ontwikkeling van een intersectoraal zorgprogramma. Daarbij gaat het niet om het ontwikkelen van nieuw aanbod maar om het verbeteren van de afstemming tussen instanties die bij de doelgroep betrokken zijn.

De doelstelling van het zorgprogramma is drieledig:

- tijdig onderkennen van de aanwezigheid van ernstige psycho-sociale en/of psychiatrische stoornissen;
- tijdig aanbieden van een passend zorgaanbod aan de doelgroep waarbij niet de sector maar de hulpvraag bepalend is voor het aanbod; via het zorgprogramma moet in principe het totale hulpaanbod van de participerende instellingen beschikbaar zijn;
- voorkomen dat de doelgroep tussen de mazen van het net valt door het hulpverleningstraject te blijven volgen en lacunes in het aanbod te signaleren.

De doelgroep is als volgt omschreven: geverbaliseerde jongeren van 12 tot 18 jaar met ernstige psycho-sociale stoornissen woonachtig in het stadsgeest Haaglanden.

Het programma richt zich op alle deeldoelgroepen die binnen de eerste fase van de strafrechtelijke procedure, dus tot de zittingsfase, kunnen worden onderscheiden: vanaf de groep die na het opmaken van een proces-verbaal weer naar huis wordt gezonden tot en met de groep waarbij sprake is van schorsing van de voorlopige hechtenis.

Hulpvraag

De stoornissen van de jongeren zijn van dien aard dat de jongeren thuis, op school en/of vrije tijd disfunctioneren, zodanig dat het leed veroorzaakt bij de jeugdigen zelf en/of hun omgeving. Kenmerkend is verder dat de stoornissen een interfererende invloed hebben op de ontwikkeling van de jeugdigen.

Als algemene hulpvraag is geformuleerd dat de jongere hulp nodig heeft bij:

- het leren omgaan met psycho-sociale problemen en psychische problematiek;
- het leren van vaardigheden gericht op vergroting van de sociale competentie.

Er is niet uitgegaan van een wezenlijk verschil in hulpvraag tussen jongens en meisjes. Er is tot nog toe geen verschil waargenomen in de hulpvraag tussen de verschillende etnische groepen, waardoor er ook geen sprake is van een verschil in hulpaanbod.

De inhoud van het zorgprogramma

In principe staat het totale zorgaanbod van de participerende instellingen ter beschikking. In eerste instantie werd alleen gewerkt met een indeling naar functies zoals forensische dagbehandeling, ambulante begeleiding etc.

Inmiddels is een start gemaakt met het beschrijven van het aanbod in modules. Het komend half jaar worden tien kernmodules beschreven waaronder de modules: Specialistische Diagnostiek, Zorgtoewijzing, Forensische Psychiatrische Deeltijdbehandeling, Anger Control Training, Systeemtherapie, Daghulp en Sociale Vaardigheidstraining.

Het JDS is een generalistisch programma; er worden geen vaste (combinaties van) modules aangeboden. Er kan sprake zijn van vrijwillige hulpverlening en van niet-vrijwillige hulpverlening.

Er worden nog geen activiteiten ondernomen om de inhoudelijke samenhang tussen de modules te bevorderen dan wel een overkoepelende behandeling te ontwikkelen.

De instroom

In de periode dat het JDS werd ontwikkeld was er in het stadsgewest nog geen Bureau Jeugdzorg. Daarom werd voor de eerste fase van het JDS een overgangsregeling afgesproken waarin de instroom voor het zorgprogramma via de bestaande instellingen wordt georganiseerd.

In de loop van 1999 moeten vier Regionale Diagnostiek Teams gereed zijn; hierin wordt de bestaande reguliere diagnostische capaciteit ten behoeve van de Bureaus Jeugdzorg gebundeld. In het najaar zal er meer duidelijkheid komen over de specifieke positionering van de forensische diagnostiek: de diagnostiek die in opdracht van een justitiële instantie wordt uitgevoerd.

Jongeren die aangehouden worden voor een strafrechtelijk feit krijgen te maken met de raad en/of de jeugdreclassering.

Als een raadsmedewerker of een medewerker van de jeugdreclassering en/of jeugdbescherming van mening is dat een nader onderzoek naar mogelijke stoornissen noodzakelijk is dan wordt dat intern besproken. De teamleider of interne gedragsdeskundige neemt contact op met de programma-coördinator van het JDS. Sinds kort kan ook de rechter-commissaris een jongere aanmelden.

Aanvankelijk was het idee dat het diagnostiekteam zou nagaan of een jongere een potentiële JDS-cliënt is. In de praktijk blijkt deze vraag echter al door de programma-coördinator beantwoord te kunnen worden. Aanmelding voor het JDS gebeurt dus bij de programma-coördinator.

In de periode december 1998 - juni 1999 zijn in totaal 27 jongeren aangemeld voor het zorgprogramma. Hiervan zijn er 13 geaccepteerd en met de uitgebreide onderzoeksfase binnen het zorgprogramma gestart. Uiteindelijk hebben 8 jongeren een zorgtraject toegewezen gekregen.

Organisatie en werkwijze

De directeuren van de zes partnersinstellingen vormen tezamen de stuurgroep van het JDS. In deze stuurgroep vindt uiteindelijke besluitvorming plaats over inhoud, organisatie en voortgang van het JDS. Een kerngroep bestaande uit twee leden van de stuurgroep, fungeert als dagelijks bestuur. Er is een inhoudelijk programma-coördinator aangesteld die een spilfunctie binnen het zorgprogramma vervult. Hij is verantwoordelijk voor de aansturing van de teams (het diagnostiekteam en het zorgtoewijzingsteam). Het diagnostiekteam bestaat uit diagnostici van de participerende instellingen en is dus intersectoraal van samenstelling. Bij het verrichten van het forensisch diagnostisch onderzoek zijn de leden van het diagnostiekteam gebonden aan richtlijnen van het Ministerie van Justitie. Op grond van de resultaten van de verschillende deelonderzoeken wordt een algemene diagnose geformuleerd en een indicatie voor de benodigde hulp gesteld. Daarbij wordt gepoogd om een bandbreedte aan te geven van meest wenselijke tot minimaal noodzakelijke hulp. Het zorgtoewijzingsteam bepaalt, binnen de aangegeven bandbreedte, het feitelijke hulpaanbod. De indicatiestelling wordt in het zorgtoewijzingsteam niet getoetst. Er zijn afspraken gemaakt met het Centraal Orgaan Zorgtoewijzing Haaglanden over afstemming als de indicatiestelling (deels) geïndiceerde jeugdhulpverlening betreft.

Per cliënt wordt bepaald wie het casemanagement op zich neemt. Dit is mede afhankelijk van het soort verwijzing en de bestaande contacten met het cliëntensysteem. Bij geïndiceerde jeugdhulpverlening vervult de plaatsende instantie deze rol.

De casemanager volgt de cliënt door het uitgezette hulptraject. Hij/ zij is aanspreekpunt voor de aanbieders van zorg en informeert, ondersteunt en motiveert de cliënt.

Op dit moment worden nog geen gestandaardiseerde hulpverleningsplannen opgesteld.

Ervaren knelpunten van de afgelopen vijf maanden

Vanaf het begin was er sprake van stagnatie in de aanmelding. Deze werd veroorzaakt door onbekendheid met en verkeerde beeldvorming over het JDS bij de aanmelders. Een misverstand was bij voorbeeld dat het JDS werd gezien als een taakstraf.

Verder blijkt het van groot belang dat de rechterlijke macht en dat het openbaar ministerie bekend zijn met het JDS en vertrouwen hebben in de diagnostiek van het JDS. In de praktijk kwam het voor dat jongeren die reeds bij het JDS waren aangemeld en geaccepteerd, soms alsnog door justitie werden doorverwezen naar een extern onderzoeksbureau voor forensische diagnostiek. Dit wordt door de projectcoördinator toegeschreven aan koudwatervrees en onbekendheid bij justitie over wat het JDS inhoudt.

De afgelopen maanden is veel tijd en energie geïnvesteerd in het oplossen van stagnaties in de aanmeldingenstroom.

Daarbij is gebleken dat werkbezoeken aan de uitvoerend werkers van de betreffende instellingen uiteindelijk het meeste effect sorteren.

Uitvoering van het project maakte duidelijk dat, bij lopende strafrechtelijke procedures vaak snel gereageerd moet worden op aanmeldingen. Dit in verband met raadkamerzittingen en/of verzoeken tot schorsing van de voorlopige hechtenis. Het bleek daarom noodzakelijk om de bereikbaarheid van de programmacoördinator voor overleg over potentiële cliënten, uit te breiden tot vijf dagen per week.

Op personeelsgebied speelde/ speelt een aantal knelpunten.

- Er is behoefte aan uitbreiding van het aantal beschikbare uren voor administratieve ondersteuning van het project (van 4 naar 8 uur).
- Er is veelvuldig sprake (geweest) van personele wisseling in de teams. Hierdoor komt de samenwerking, de continuïteit en de kwaliteit van het werk (eenduidigheid van taal e.d.) onder druk te staan.
- Alle leden van het diagnostiekteam maken melding van een structureel tekort aan uren.
- De tijdsinvestering die van de (inhoudelijk) programmacoördinator gevraagd wordt voor de uitvoering van het project, blijkt veel groter dan verwacht. Hierdoor komt de inhoudelijke ontwikkeling van het project onder druk te staan. Taken die extra tijd vragen zijn: de voorlichting over het JDS, het schrijven van gemeenschappelijke eindrapporten en het oplossen van knelpunten rond de personele bezetting van de twee teams.

Specifieke kenmerken veldproject

- Het JDS is niet opgezet vanuit een bepaald concept over zorgprogrammering maar vanuit de behoefte om de afstemming tussen sectoren te verbeteren. Het aanbod binnen het JDS is instellingoverstijgend of beter gezegd het combineert het aanbod uit meerdere instellingen en meerdere sectoren.
- Strikt genomen gaat het niet om een generalistisch zorgprogramma maar om een clustering van aanbod rondom een bepaalde doelgroep. De feitelijke beschrijving van het aanbod in modules moet nog plaatsvinden. De samenhang tussen het aanbod, het einddoel van het programma en de gerichtheid op de hulpvraag zijn nog weinig uitgewerkt.
- Registratie van de geïndiceerde hulp/hulptrajecten kan duidelijk maken of er trajecten zijn aan te wijzen die vaker voorkomen en die als specialistisch programma zijn aan te merken.
- Een specifiek kenmerk van het project is verder dat de gespecialiseerde diagnostiek en de zorgtoewijzing een essentieel onderdeel vormen van het zorgprogramma. Bij deze positionering spelen ook de wensen en richtlijnen van het Ministerie van Justitie een rol. De bestaande constructie komt vooralsnog niet overeen met de systeemeisen van de Toegang.

- Een belangrijke meerwaarde van het project is gelegen in de samenwerking tussen justitie enerzijds en GGZ/ jeugdhulpverlening anderzijds ten behoeve van de doelgroep. Op dit punt kan het project een voorbeeldfunctie vervullen.
- De ontwikkeling van het project heeft reeds duidelijk gemaakt dat er veel geïnvesteerd moet worden om de verkokering tussen deze sectoren te overbruggen. Dit was/ is met name aan de orde bij de instroom in het project. Illustratief voor het verkokerde denken is het feit dat het JDS als taakstraf werd gezien.

▪

4 Tussen Wal en Schip

Provincie Zuid Holland, stadsgewest Haaglanden en stadsregio Rotterdam

Inleiding

In 1997 is het idee ontstaan om een zorgprogramma te ontwikkelen voor jongeren met gedragsproblemen en beperkte verstandelijke vermogens. Bij de ontwikkeling en uitvoering van dit idee waren naast de drie kernsectoren onder andere ook de LVG-sector en de SPD betrokken. Dit heeft geresulteerd in een overzicht van 16 modules. In de praktijk bleek de ontwikkelde brede programma-opzet echter niet uitvoerbaar. De organisatie en aansturing van een dergelijke brede opzet vormde een groot probleem. Een belangrijk knelpunt was gelegen in het feit dat de sectoren verschillende gebiedsgrenzen hanteren.

De werkwijze is vervolgens ingrijpend bijgesteld. Er werd gekozen voor een uitvoeringstraject waarbij kleinschalig wordt gestart en vervolgens op basis van praktijkervaring de concrete inhoud van het programma, de omschrijving van de doelgroepen en de feitelijke hulpverleningstrajecten verder worden ontwikkeld.

De volgende sectoren zijn als kernpartners betrokken bij de ontwikkeling van het zorgprogramma: jeugdhulpverlening, jeugdbescherming, SPD, LVG-instellingen. Samenwerking wordt/ is gezocht met de kinder- en jeugdpsychiatrie en het speciaal onderwijs.

Doelgroep en doelstelling

Het zorgprogramma is bedoeld voor jongeren tussen de 10 en 18 jaar met gedragsproblemen en beperkte verstandelijke vermogens (IQ:70-95), die niet of moeilijk plaatsbaar zijn binnen het stelsel van huidige voorzieningen. De jongeren zijn te vinden binnen het speciaal onderwijs, de LVG-sector, en de (ambulante) jeugdhulpverlening.

Deze doelgroep dreigt tussen de LGV-sector en de jeugdhulpverlening in te vallen. Het bestaande hulpverleningsaanbod is onvoldoende toegesneden op de individuele problematiek en bestaat uit op zichzelf staande hulpverleningsonderdelen.

Doelstelling van het project is het realiseren van een aanbod voor deze doelgroep door het ontwikkelen van specifieke modules en het aanbrengen van samenhang tussen het aanbod vanuit jeugdhulpverlening, de LVG-sector, onderwijs, dagbesteding en nazorg.

Werkwijze en stand van zaken

Het grootste knelpunt in het huidige aanbod voor de doelgroep was het ontbreken van voldoende residentieel aanbod. Er is daarom gestart met het ombouwen van een leefgroep binnen de Martha Stichting (locatie Rijnhove), een specialistische jeugdhulpverleningsinstelling.

Per 1 september 1998 is deze nieuwe behandelgroep van start gegaan met een capaciteit voor 14 jongeren op jaarbasis (alleen jongens). Inmiddels is ook een uitgebreide beschrijving gemaakt van deze module 'residentiële behandeling'.

In het verleden was de residentiële hulpverlening aan deze doelgroep vaak gericht op (h)erkenning en inzicht in het ontstaan van de problematiek. Bij het huidige aanbod ligt de nadruk op een gedragstherapeutische benadering en is de relatie met de jongere meer hulpverleningsgericht.

De module 'residentiële behandeling' is snel vol geraakt; in februari 1999 bestond een wachtlijst van 15 jongeren. De behandeling duurt 12 tot 16 maanden en is mede afhankelijk van de mogelijkheden van vervolghulp in de regio. Er wordt gewerkt aan een tweede leefgroep die in de loop van 1999 van start zou kunnen gaan.

De behandelgroep wordt als startsituatie beschouwd voor de ontwikkeling van het zorgprogramma. Bij de verdere ontwikkeling is als volgt te werk gegaan:

- er is een overzicht gemaakt van het regionale aanbod vóór, tijdens en na plaatsing op Rijnhove;
- er is een beschrijving gemaakt van de jongeren die op Rijnhove verblijven en van de jongeren die op de wachtlijst staan.

Dit heeft geresulteerd in een beschrijving van (mogelijke) modules binnen de driedeling: ambulante (voor)traject, residentiële hulpverlening en natraject. In dit traject zijn (verschillende vormen van) residentiële, ambulante en onderwijs-modules opgenomen. Dit traject is te beschouwen als een deelprogramma binnen de oorspronkelijke brede programma-opzet. Het bevat geen vaste combinatie(s) van modules; het gaat dus om een generalistisch zorgprogramma.

Het beschreven zorgprogramma-traject is getoetst aan de hand van gesprekken met instellingen die (op onderdelen) hun bijdrage moeten gaan leveren aan het zorgprogramma.

Op basis van de analyse van de wachtlijst en de actuele plaatsingen is besloten dat de ambulante module 'gezinsbegeleiding' vervolgens als eerste ontwikkeld moet worden. Jongeren staan vaak lang op de wachtlijst en ontvangen in die tijd geen enkele vorm van begeleiding. Er is behoefte aan een voortraject waarvan ambulante gezinsbegeleiding een onderdeel vormt. Voor de uitwerking van deze module is een werkgroep ingesteld van staf-medewerkers en uitvoerders van twee instellingen voor jeugdhulpverlening en een instelling voor gehandicaptenzorg/SPD. Deze werkgroep beschrijft welke doelgroep in aanmerking komt voor deze module en maakt een beschrijving van de module. Het is de bedoeling dat deze tweede module in oktober a.s. gaat starten.

Een andere module die ontwikkeld gaat worden is de module 'besloten opvang' voor de doelgroep. In een beperkt aantal gevallen is doorplaatsing naar een zwaardere vorm van hulpverlening (in verband met zeer ernstige gedragsproblematiek) noodzakelijk. Deze achtervang moet een structureel onderdeel worden van het zorgprogramma. Het kan dienen als een vervolg op de plaatsing binnen Rijnhove of als een soort Time-out. Het is dus meer dan een losstaande doorplaatsingsmogelijkheid. Dit betekent dat er ook methodisch op elkaar afgestemd moet worden.

In de rapportage van het veldproject wordt als voordeel van de praktijkgestuurde werkwijze genoemd de directe bruikbaarheid voor en effecten op de praktijk. Een nadeel is dat de werkwijze zeer bewerkelijk is en dus veel tijd vraagt.

De hulpvragen en programmadoelen

In het werkdocument over het zorgprogramma dat in juni 1998 werd uitgebracht is een uitgebreide beschrijving van de doelgroep opgenomen. Deze beschrijving is gebaseerd op een onderzoek onder zorgtoewijzingsteams, een dossieronderzoek bij Bureau Jeugdzorg en gesprekken in het directeurenoverleg. In dit document wordt een uitgebreid profiel geschetst van de doelgroep. De hulpvragen van de doelgroep liggen op de volgende aandachtsvelden:

- psychosociale ondersteuning (individueel);
- pedagogische ondersteuning (contextueel);
- praktische ondersteuning in de dagelijkse gang van zaken;
- opvang en behandeling;
- educatie, scholing en arbeidstoeleiding;
- zelfstandigheidstraining.

Als doelen van het programma zijn geformuleerd:

- verhoging competentie;
- leren positief omgaan met relaties;
- gezin sterker maken en inzetten als supportsysteem voor de jeugdige;
- zinvolle dagbesteding weten te organiseren;
- integratie in de samenleving.

Met de keuze voor een praktijkgestuurde ontwikkeling van het zorgprogramma is tevens gekozen voor de invalshoek van vraaggericht werken. Het zorgprogramma wordt ontwikkeld vanuit de bestaande casuïstiek.

De organisatie

In het programma is gekozen voor het aannemen van verschillende (tijdelijke) projectleiders met een helder afgebakende taak. Er is voor deze opzet gekozen vanuit de gedachte dat het uitvoeren van verschillende fasen/deelonderwerpen verschillende vaardigheden vraagt.

De kernpartners hebben een maandelijks directeurenoverleg ingesteld waarin de voortgang van het project wordt bewaakt en de randvoorwaarden worden aangegeven. De inhoudelijke uitwerking van het zorgprogramma vindt plaats in werkgroepen waarin inhoudelijk medewerkers en stafmedewerkers zijn vertegenwoordigd.

Ten behoeve van de residentiële modules is een coördinator/ zorgmanager aangesteld. Deze functionaris is verantwoordelijk voor de praktische uitwerking van de residentiële modules, geeft op cliëntniveau leiding aan het primaire proces en zet de hulpverleningslijn uit. Financiering hiervan vindt plaats vanuit de eigen instelling.

Instream en voortgangsbewaking

De toelating tot de operationele module van het zorgprogramma vindt plaats op basis van indicatiestelling en zorgtoewijzing door Bureau Jeugdzorg. De casemanager van Bureau Jeugdzorg is, in samenwerking met de hulpverleningscoördinator van de voorziening die de operationele module aanbiedt, verantwoordelijk voor de voortgang van de cliënt door de module.

Er wordt nog bekeken hoe de instroom vanuit de Toegang en het programma/ casemanagement geregeld worden als er meerdere modules operationeel zijn. Op dit moment wordt er binnen het directeurenoverleg van uitgegaan dat er niet gestreefd moet worden naar één programmacoördinator voor het totale traject. Dat wordt niet uitvoerbaar geacht.

Een knelpunt dat nog opgelost moet worden is het feit dat de instroom binnen de LVG-sector en binnen de JHV-sector verschillend is geregeld. Dit kan tot problemen leiden zoals het na een intake-procedure afwijzen van een jeugdige door het ene circuit en het vervolgens eveneens afwijzen van de jeugdige in het andere circuit. Een oplossing zou zijn om een formeel belissingsmoment te creëren op een kruispunt van de twee circuits. Op dit kruispunt zou de keuze voor 'tussen Wal en Schip' gemaakt kunnen worden.

Specifieke kenmerken veldproject

- Net als binnen andere projecten die al enkele jaren geleden in gang zijn gezet, wordt het zorgprogramma vanuit de praktijk ontwikkeld.
- Via deze praktijkgestuurde benadering wordt op een bepaalde manier invulling gegeven aan het begrip vraaggericht werken: er wordt steeds gekeken waar het grootste knelpunt ligt.
- In het rijtje kernpartners ontbreekt de GGZ-jeugd; de LVG-sector en de SPD zijn wel vertegenwoordigd.
- Uit de schriftelijke stukken blijkt dat er veel kennis is verzameld over de doelgroep en het bestaande aanbod voor de doelgroep. Inmiddels is er één module operationeel. In deze module is sprake van nieuw ontwikkeld aanbod afgestemd op de doelgroep.
- In oktober zal naar verwachting een belangrijke stap voorwaarts gezet worden om te komen tot een (operationeel) zorgprogramma. Naast de residentiële JHV-module komt er dan een ambulante module van de LVG/SPD. Dan moeten ook de eerste stappen gezet worden om de modules inhoudelijk en organisatorisch aan elkaar te koppelen.
- Het is op dit moment nog onduidelijk hoe de relatie tussen het zorgprogramma en de Toegang eruit komt te zien.
- Het project heeft een bovenregionaal uitvoeringsgebied ofwel het overstijgt de provinciale/ grootstedelijke indeling. Onduidelijk is of de knelpunten die voortkomen uit het feit dat verschillende sectoren verschillende gebiedsgrenzen hanteren, opnieuw een rol gaan spelen.

5 Intersectorale Zorgprogrammering Jeugdzorg Flevoland

Inleiding

Het Project Intersectorale Zorgprogrammering heeft als doel dat instellingen gezamenlijk het totale zorgaanbod voor de doelgroep (waarvoor nu ook reeds iedere instelling (gedeelten van) zorg biedt) programmeren. In het kader van het veldproject is in eerste instantie gekozen voor de doelgroep 'AD(H)D'. Het veldproject is officieel gestart in november 1998.

Via de (6) kernpartners zijn de jeugdhulpverlening, de Jeugd GGZ, Bureau Jeugdzorg en het Speciaal onderwijs betrokken bij het veldproject. Verder wordt een groot aantal sectoren/ instellingen op onderdelen betrokken bij de zorgprogrammering waaronder voogdij-instelling, raad voor de kinderscherming, huisartsen, algemene ziekenhuizen, peuterspeelzalen, KDV's, GGD, thuiszorg, voortgezet- en basisonderwijs.

Doelgroepen en hulpvragen

ADHD staat sterk in de publieke belangstelling, mede hierdoor wordt de diagnose ADHD soms oneigenlijk en ongefundeerd gesteld. Er is daarom reeds in het beginstadium gekozen voor een uitbreiding van de doelgroep waarmee men de totale range aan problematiek, van licht tot zwaar, kon bestrijken en een sluitende samenhangende aanpak kon worden ontwikkeld.

Dit leidde tot de volgende doelgroepomschrijving: kinderen en jeugdigen met zeer druk gedrag en ander aan AD(H)D gerelateerd gedrag tot en met kinderen met ADHD (eventueel in combinatie met andere (psychiatrische) problematiek). Met deze uitbreiding diende ook de eerste lijn in de programmering betrokken te worden.

Voordelen van deze brede benadering zijn:

- er kan vroegtijdige signalering van AD(H)D plaatsvinden;
- onnodige doorverwijzing naar de (geïndiceerde) jeugdzorg wordt voorkomen;
- er komt een specifiek aanbod beschikbaar voor verschillende doelgroepen (van kinderen met zeer druk gedrag tot kinderen met ADHD);
- het totale aanbod kan onderling goed worden afgestemd.

Concreet betekent dit dat vier zorgprogramma's zijn/worden ontwikkeld. Elk zorgprogramma bevat standaardmodules en optionele modules. De standaardmodules zijn afgestemd op de gemeenschappelijke hulpvraag, de optionele modules moeten antwoord bieden op de individuele hulpvraag. De voorlopige beschrijvingen van doelgroep en hulpvragen worden per programma kort omschreven.

Zorgprogramma 1

De doelgroep bestaat uit cliëntsystemen met een lichte hulpvraag betreffende druk gedrag. Het kind is onrustig en/of heeft moeite zich te concentreren. De problematiek is waarschijnlijk tijdelijk van aard en doet zich alleen in bepaalde situaties voor. De ouders (of ander betrokkenen) hebben behoefte aan informatie, advies en geruststelling. Doel van het programma is de problematiek hanteerbaar te maken. Eventueel volgt doorverwijzing wanneer behoefte blijkt te bestaan aan meer/ intensievere begeleiding of de problematiek zwaarder blijkt te zijn dan aanvankelijk was ingeschat.

Het Steunpunt Opvoeding speelt een belangrijke rol in dit zorgprogramma. De regie (dus de beoordeling van het gewenste zorgaanbod en de afstemming van de uitvoering) ligt in eerste instantie bij de ouders zelf. De school, de schoolbegeleidingsdienst, huisarts of het Steunpunt Opvoeding kunnen zo nodig ondersteuning bieden.

Zorgprogramma 2

De problematiek is in wezen dezelfde als bij ZP1 maar ernstiger en/ of de ouders hebben minder draagkracht. Er zijn vragen naar informatie, begeleiding van ouders/ het gezin bij het weer opbouwen van positieve omgang en communicatie, begeleiding van het kind en eventueel het tweede milieu (onder andere school). Deze vragen die met een licht aanbod kunnen worden beantwoord kunnen ook worden gesteld door cliëntsystemen met voldoende draagkracht waarbij de diagnose AD(H)D is gesteld. Het gaat dan vaak wel om een minder ernstige mate van AD(H)D.

ZP 2 biedt vrij toegankelijke ambulante zorg. Enkele geïndiceerde intensieve ambulante modules zijn optioneel. De regievoering voor ZP2 ligt bij Bureau Jeugdzorg (in overleg met de ouders). Eventueel volgt doorverwijzing naar ZP3 of ZP4.

Zorgprogramma 3

Er is sprake van AD(H)D, de problematiek is dermate ernstig dat langer durende en/of intensieve zorg nodig is. Er zijn vragen naar hulp bij het aanleren van specifieke opvoedingsvaardigheden en bij verbeteren van het gezinsfunctioneren. Daarnaast zijn er vragen naar behandeling van het kind gericht op verbetering van het functioneren op verschillende ontwikkelingsgebieden. Algemene doelen van het zorgprogramma zijn: acceptatie en begrip bij de ouders, jongere en het tweede milieu m.b.t. de stoornis en (weer) op gang brengen van een positieve ontwikkeling bij het kind. Naast modules uit de jeugdhulpverlening kunnen modules uit de GGZ worden ingezet.

ZP3 is toegankelijk via het Indicatie Bureau. De regievoering zal komen te liggen bij de jeugdhulpverleningsinstellingen. Eventueel volgt doorverwijzing naar ZP4.

Zorgprogramma 4

De mate van ADHD is ernstig. Vaak is er tevens sprake van ernstige gedragsproblemen of PDD-NOS. De hulpvragen variëren afhankelijk van de draagkracht van het gezin. Er zijn vaak vragen naar rust in het gezin, hulp bij het aanleren van specifieke opvoedingsvaardigheden en bij verbetering van het gezinsfunctioneren. Daarnaast is er een vraag naar intensieve behandeling van het kind en voorkoming van escalatie en verergering van de problematiek.

Algemene doelen van het zorgprogramma zijn ernstiger problematiek voorkomen en een positieve ontwikkeling van het kind (weer) op gang brengen. Naast modules uit de GGZ kan bij voorbeeld een module dag- of dag- en nachtbehandeling van de jeugdhulpverlening worden ingezet.

ZP4 is toegankelijk via het Indicatie Bureau, maar ook direct via de huisarts, de kinderarts en andere medisch specialisten. De regievoering zal bij de GGZ komen te liggen.

De relatie tot de toegang

Binnen Bureau Jeugdzorg en het Indicatie Bureau zijn de jeugdhulpverlening, de GGZ-jeugd en de jeugdbescherming vertegenwoordigd. Het indicatiebureau fungeert als onafhankelijk toewijzingsorgaan voor de jeugdhulpverlening en de GGZ-jeugd. Het is verantwoordelijk voor de indicatie en de zorgtoewijzing.

Het Indicatie Bureau toetst de indicatiestellingen procedureel en inhoudelijk. Op dit moment wordt door een werkgroep de basis- en aanvullende diagnostiek binnen en voor Bureau Jeugdzorg beschreven. In deze werkgroep participeren alle jeugdzorgpartners in de provincie. Overeenstemming over de eisen waar basisdiagnostiek aan voldoet levert een waarborg dat aanvullende diagnostiek kan voortbouwen op de resultaten van het basisdiagnostisch onderzoek. Er zullen (capaciteits)afspraken worden gemaakt over de uitvoering van aanvullende diagnostiek door de jeugdzorginstellingen in het kader van de indicatiestelling. Op korte termijn bestaan er echter nog geen plannen om aanvullende diagnostiek onder te brengen bij Bureau jeugdzorg. Het veldproject zal zich conformeren aan de situatie in de regio.

De zorgtoewijzing naar de zorgprogramma's zal waarschijnlijk plaatsvinden op het niveau van het zorgprogramma. Dit betekent dat het cliëntensysteem in ieder geval de standaardmodules van het geïndiceerde zorgprogramma krijgt toegewezen. Daarnaast kan het Indicatie Bureau een advies uitbrengen over mogelijke optionele modules. Het Indicatie Bureau indiceert ook altijd de setting, oftewel de basismodules dag- of dag-en nachtbehandeling.

Er bestaat ook een alternatieve route van instroom in de GGZ (-jeugd). De huisarts kan het cliëntensysteem ook direct doorverwijzen naar de GGZ. Bij doorverwijzing via Bureau Jeugdzorg naar de GGZ wordt altijd de huisarts geïnformeerd.

De instroom in de zorgprogramma's vindt plaats conform het provinciale model. In de eerste rapportage van het veldproject is de instroom gedetailleerd beschreven. Kort gezegd ziet deze er als volgt uit.

Zorgprogramma 1

Het cliëntensysteem kan via de school, de huisarts, de kinderopvang, de wijkverpleegkundige of Bureau Jeugdzorg (Steunpunt Opvoeding) instromen in ZP1. Indien nodig vindt (op verwijzing van de huisarts) aanvullend onderzoek plaats door een medisch specialist om somatische problematiek uit te sluiten.

Zorgprogramma 2

Dit programma is toegankelijk via Bureau Jeugdzorg. Aan de voordeur wordt basisdiagnostiek gepleegd. Zo nodig wordt aanvullende diagnostiek gepleegd onder regie van Bureau Jeugdzorg. Hieruit kan eventueel een doorverwijzing naar ZP3 volgen.

ZP2 biedt vrij toegankelijke ambulante zorg. Er wordt nog onderzocht op welke wijze de optionele modules (die wel geïndiceerd zijn) kunnen worden toegewezen.

Zorgprogramma 3

ZP3 is toegankelijk via het Indicatiebureau. De cliënt stroomt in via ZP2 (op basis van aanvullende diagnostiek) of via een verwijzing vanuit de jeugdbescherming. De zorg wordt op basis van het indicatie-advies vanuit Bureau Jeugdzorg of de jeugdbescherming toegewezen door het Indicatie Bureau. Binnen het ZP wordt vervolgens behandelingsdiagnostiek gepleegd.

Zorgprogramma 4

Dit programma is langs verschillende wegen toegankelijk:

- via Bureau Jeugdzorg (op basis van screeningsgegevens (ZP1) of basisdiagnostiek);
- via het Indicatie Bureau;
- via ZP2 of ZP3 (hierover moeten nog concrete afspraken worden gemaakt);
- via de huisarts, de kinderarts en andere medisch specialisten.

Omdat de regie van dit ZP bij de GGZ ligt, wordt bij doorverwijzing vanuit Bureau Jeugdzorg/ het Indicatie Bureau altijd de huisarts geïnformeerd. In ZP4 wordt na aanmelding een eigen onderzoek- en adviesmodule ingezet in het kader van de beoordeling van de indicatiestelling en behandelingsdiagnostiek.

Vraaggericht werken

De algemene doelstelling van het Project Intersectorale Zorgprogrammering suggereert dat de aandacht primair gericht is op het programmeren van het bestaande aanbod. Bij de ontwikkeling van het veldproject is echter uitgebreid en systematisch aandacht besteed aan de analyse van de hulpvraag. Hiervoor zijn de volgende bronnen gebruikt:

- literatuur over (de behandeling van) AD(H)D;
- publicaties van Stichting Balans (de cliëntorganisatie);
- ervaringen van hulpverleners;
- documenten waaronder cliëntdossiers;
- contacten met diverse instellingen/ organisaties die voor de doelgroep actief zijn (naast Balans zijn dat instellingen die een specifiek aanbod ontwikkeld hebben voor de doelgroep).

De analyse heeft geleid tot een beschrijving van de huidige, gebruikelijke indicatiestellingen en tot concrete beschrijvingen van hulpvragen van de verschillende betrokkenen (ouders, kind en tweede milieu) op de onderscheiden terreinen, te weten informatie, erkenning/ begrip, ondersteuning en advisering.

In de rapportage van het veldproject wordt gesteld dat de beschrijvingen van de hulpvragen een cruciale rol spelen bij de invulling van de zorgprogramma's. Bij de beschrijvingen van de verschillende zorgprogramma's worden de hulpvragen expliciet genoemd en er wordt steeds een koppeling gemaakt tussen hulpvragen en modules.

In het kader van de analyse van de hulpvraag is ook uitgezocht of er verschillen zijn tussen jongens en meisjes. Op basis van literatuuronderzoek wordt geconcludeerd dat er wel aanwijzingen maar geen harde bewijzen zijn voor verschillen in uitingsvormen van de stoornis AD(H)D tussen jongens en meisjes. Een en ander wordt meegenomen in de ontwikkeling van het hulpaanbod en in de deskundigheidsbevordering van signaleerders en verwijzers.

Er wordt ook een verschil verwacht in hulpvraag tussen autochtone en allochtone cliënten. Hier zijn echter geen onderzoeksgegevens over gevonden. Deze (subjectieve) verwachting zal nader worden getoetst in een gesprek met medewerkers van Bureau Jeugdzorg.

Bij de uitwerking van de zorgprogramma's zal ook rekening worden gehouden met leeftijdsverschillen. Wellicht blijken er hiaten in het bestaande aanbod voor een of meer leeftijdsgroepen te bestaan waarvoor in de toekomst oplossingen gezocht moeten worden.

De cliëntparticipatie zal verder vorm krijgen door het voorstel van de vier zorgprogramma's voor te leggen aan het cliëntenplatform van de provincie Flevoland, aan de Stichting Balans en aan de cliëntenraden van de participerende instellingen.

Tenslotte blijft er ook bij de uitvoering van de zorgprogramma's aandacht voor (ontwikkeling van) de hulpvraag. Men wil een nauwkeurige registratie bijhouden van hulpvragen en ingezette modules. Hiermee moet inzicht worden verkregen in de afstemming van het aanbod op de hulpvraag. Dit levert noodzakelijke informatie op voor eventuele aanpassing en verdere ontwikkeling van de zorgprogramma's.

Werkwijze en stand van zaken

Er is een projectmedewerker aangesteld voor 18 uur per week. Zij is verantwoordelijk voor de uitvoering van het veldproject; ze wordt begeleid door een extern adviseur (voor twee tot drie dagdelen per maand).

Voorstellen voor invulling van het veldproject en inhoudelijke stukken (zoals analyse hulpvraag) zijn steeds besproken en goedgekeurd door een stuurgroep. In deze stuurgroep zitten vertegenwoordigers van de zes belangrijkste participerende instellingen (de kernpartners) op managementniveau. Zij zijn gemandateerd om te spreken namens de instellingen en zijn verantwoordelijk voor de implementatie van aspecten van het zorgprogramma in de eigen instelling.

In mei 1999 (dus 6 maanden na de officiële start) is de stand van zaken als volgt. Eind mei was een groep vertegenwoordigers van verschillende sectoren bezig om de grote lijnen van de zorgprogrammering rondom AD(H)D op papier te zetten.

De projectmedewerker is bezig met het beschrijven van de zorgprogramma's. Voor de definitieve uitwerking van de zorgprogramma's zijn/ worden werkgroepen met directe hulpverleners en behandelaars ingesteld. ZP1 wordt reeds besproken binnen de betrokken instellingen en er wordt geïnventariseerd welke voorwaarden voor implementatie nog moeten worden gerealiseerd (deskundigheidsbevordering, voorlichting).

Specifieke kenmerken veldproject

- Bij de ontwikkeling van dit veldproject ligt veel nadruk op de werkzaamheden van de projectmedewerker; Zij voert (met ondersteuning van een extern adviseur) het inhoudelijke ontwikkelingswerk uit; de stuurgroep becommentarieert schriftelijke stukken. Werkgroepen (met inhoudelijk deskundigen) verzorgen de concrete uitwerking.
- Er is sprake van een doelgroepuitbreiding in plaats van een afperking die bij sommige andere veldprojecten heeft plaatsgevonden; aansluitend hierop worden vier verschillende zorgprogramma's ontwikkeld die in elkaars verlengde liggen.
- Door de doelgroepuitbreiding en de brede range aan problematiek die men met de zorgprogramma's wil bestrijken is een groot aantal instellingen betrokken bij de zorgprogrammering.
- De invulling en vormgeving van de zorgprogramma's is goed doordacht en tot in detail uitgewerkt met name wat betreft de analyse van de hulpvraag en de onderlinge samenhang van de verschillende zorgprogramma's. Dit project vormt daardoor het prototype van zorgprogrammering voor een doelgroep die vanaf de tekentafel is ontwikkeld. Dit in tegenstelling tot sommige andere zorgprogramma's (bij voorbeeld 'Tussen Wal en Schip') die (kleinschalig) werkenderwijs ontstaan.
- Wat precies de invloed is van de expliciete beschrijving van de hulpvragen op de inhoud van de zorgprogramma's zal in de nabije toekomst nog moeten blijken.
- Ervaring met andere projecten heeft laten zien dat er bij de uitvoering van een zorgprogramma met name knelpunten ontstaan rond aansturing, zeggenschap en een intersectorale benadering. De grote vraag is dan ook in hoeverre het lukt om het ontwikkelde plan met zoveel verschillende betrokken partijen in de praktijk tot uitvoering te brengen.

6 Zorgprogrammering Zeeland

Provincie Zeeland

Inleiding

In november 1998 zijn betrokkenen gestart met de uitwerking van het projectvoorstel 'Veldproject Zorgprogrammering Zeeland'. Middels het veldproject wil men één zorgprogramma ontwikkelen en uittesten. Dit zorgprogramma fungeert als pilot om vragen rondom zorgprogrammering te beantwoorden. Deze pilot moet een intersectoraal antwoord bieden op een categorie hulpvragen die op dit moment in Zeeland onvoldoende beantwoord kan worden.

In het projectvoorstel is de doelgroep als volgt omschreven: "Pubers in de leeftijd van 13 tot en met 16 jaar met meervoudige complexe problematiek onder andere op de volgende terreinen: school, gezag, ernstig gestoorde gezinsrelaties, in aanraking komen met justitie, acting out gedrag, risico van drugsgebruik'.

De projectstructuur

Het zorgprogramma wordt ontwikkeld en uitgevoerd door vier kernpartners (instellingen) . Via deze instellingen zijn de jeugdhulpverlening, de GGZ-jeugd, de jeugdbescherming\ jeugdreclassering en het maatschappelijk werk (als Toegangsinstelling van Bureau Jeugdzorg) vertegenwoordigd.

Een **stuurgroep** (directies van de vier instellingen (kernpartners) en de provincie) stuurt op hoofdlijnen en stelt vast. Een **projectgroep** (inhoudelijk deskundigen en projectleider) ontwikkelt op inhoud en vergadert in de ontwikkelingsfase een maal per twee weken.

Er is een externe projectleider aangesteld (werkzaam bij het provinciaal samenwerkingsverband jeugdhulpverlening) voor 8 uur per week met een coördinerende taak.

Het ontwikkelingsproces

De projectgroep heeft bij het ontwikkelen van het zorgprogramma de volgende weg bewandeld.

De doelgroepkenmerken zijn nader vastgesteld en er is een screeningsinstrument ontwikkeld om te bepalen welke jongeren die bij Bureau Jeugdzorg binnenkomen binnen de doelgroep vallen.

Vervolgens is een overzicht gemaakt van problemen die de inhoudelijk deskundigen vaak bij de doelgroep tegenkomen én van beschikbare modules. Dit leverde een lijst van 15 modules op.

Daarna ontstond discussie over wat een zorgprogramma nu eigenlijk is. Een deel van de groep was van mening dat een zorgprogramma best uit 15 modules kan bestaan. Per cliënt kan dan een combinatie van modules aangeboden worden. Via dit maatwerk kan het uitgangspunt van vraaggericht werken gerealiseerd kan worden.

Anderzijds bestond de opvatting dat de modules binnen een zorgprogramma meer onderlinge samenhang moeten hebben. Een zorgprogramma zou gericht moeten zijn op een afgebakende doelgroep met eenzelfde hulpvraag waarvoor als kern drie of vier vaste modules ingezet kunnen worden.

Na advies ingewonnen te hebben van de landelijke Projectgroep, is voor de laatste opvatting gekozen. De oorspronkelijke doelgroep is wat betreft leeftijd en probleemgebieden afgebakend en als volgt geformuleerd.

Doelgroepomschrijving: pubers van 13 en 14 jaar met een combinatie van de volgende kenmerken/ problemen: ernstige gezinsproblemen, (dreigende) uitval uit school, contacten (gehad) met politie en justitie, problematische omgang met leeftijdgenoten/ negatieve identificatie

Op advies van de landelijke Projectgroep is expliciet aandacht besteed aan de formulering van de hulpvraag. Daarbij is een onderverdeling gemaakt tussen de hulpvragen van de jongere, de hulpvragen van de ouders en de hulpvragen die de hulpverleners bij de doelgroep vaststellen. Het vaststellen van de hulpvraag vanuit dit meervoudig perspectief is gebeurd op basis van de ervaring van de inhoudelijke deskundigen. Uitgaande van de hulpvraag zijn vaste en facultatieve modules vastgesteld. Binnen de stuurgroep zijn afspraken gemaakt over de inzet van modules. Er wordt nog bezien of er een samenwerkingsovereenkomst afgesloten moet worden tussen de kernpartners, voor de uitvoering van het zorgprogramma. De eerder ontwikkelde screeningslijst is opnieuw aangepast en vervolgens onder andere uitgezet bij instellingen die de Toegang vormen. Deze lijst wordt vanaf 1 mei 1999 door de intakekers gehanteerd.

Deze eerste ontwikkelingsfase heeft ongeveer 5 maanden in beslag genomen. Vanaf eind april kwam de organisatorische en logistieke opbouw van het programma aan de orde. Inventarisatie van bestaande modellen bracht weinig duidelijkheid. De algemene indruk was dat bestaande voorbeelden nogal complex waren. Op basis van het traject dat de cliënt doorloopt binnen het zorgprogramma is vooralsnog gekozen voor een indeling in drie functies: programma-hoofd, modulevertegenwoordiger en casemanager. Per functie zijn taken omschreven.

Doelen zorgprogramma

Doelomschrijving is gebaseerd op de omschrijving van de hulpvragen en luidt voorlopig¹ als volgt:

- houding en gedrag van de ouders en de jeugdige ten opzichte van elkaar zijn verbeterd;
- gevoelens, perceptie en cognities van de ouders ten opzichte van de jeugdige en de opvoeding zijn verbeterd;
- de jeugdige gaat weer op een goede en perspectiefvolle wijze naar school;
- de jeugdige kan sociaal vaardig omgaan met leeftijdgenoten, de ouders en andere leeftijdgenoten;
- de jeugdige heeft afgerekend met zijn crimineel gedrag;
- de jeugdige heeft een perspectiefvol sociaal netwerk opgebouwd;
- de zelfcontrole van de jeugdige is toegenomen;
- de jeugdige vult op een zinvolle wijze zijn vrije tijd in.

De inhoud van het zorgprogramma

Het zorgprogramma bevat de volgende kernmodules:

- intensieve gezinsbegeleiding (jHV);
- terugleiding naar onderwijs (speciaal onderwijs: ZMOK);

Noot 1 De doelen zijn nog niet definitief vastgesteld door de projectgroep.

- empowerment training bestaande uit sociale vaardigheden, zelfcontrole, opbouw netwerk en invulling vrije tijd (jhv/ jeugdbescherming).

Als facultatieve modules zijn aangewezen:

- (residentiële) crisisplaatsing als tijdelijke time out (jhv);
- behandeling/ therapie (GGZ-jeugd).

Het speciaal onderwijs is leverancier van een van de standaardmodules. Hiervoor zal een samenwerkingsovereenkomst worden opgesteld. De meerwaarde van samenwerking met deze aanpalende sector is dat hiermee een breder scala aan hulp kan worden ingezet. Een knelpunt dat voorzien wordt is het feit dat de school een eigen toelatingsbeleid hanteert. Het is moeilijk voor de school om plaatsen open te houden omdat de feitelijke instroom niet is te voorzien.

Voor het beantwoorden van de hulpvraag 'afrekenen met crimineel gedrag' zijn een taakstraf en een Haltafdoening passende trajecten. Deze trajecten kunnen echter niet als module vanuit het zorgprogramma ingezet worden. Inzet van de afdeling strafzaken van de Raad ten behoeve van een taakstraf gebeurt door een uitspraak van het OM/de rechter. Halt wordt ingeschakeld via de politie. Beide trajecten zijn dus niet vanuit het zorgprogramma aan te sturen. De bijdragen van Raad (taakstraf) en Halt worden daarom beschouwd als trajecten die parallel kunnen lopen met het zorgprogramma. Er zijn dan ook afspraken gemaakt over onderlinge afstemming. De praktijk zal moeten uitwijzen of dit werkt.

De instroom

De belangrijkste vindplaatsen voor het zorgprogramma vormen de lokale voorzieningen voor algemeen maatschappelijk werk in Zeeland. Zij zijn ook verankerd in andere lokale vindplaatsen (de sociaal medische teams op alle scholen voor voortgezet onderwijs en de 11 buurtnetwerken). Ook hebben ze korte lijnen naar voorzieningen als jeugd- en jongerenwerk en politie. Het algemeen maatschappelijk werk fungeert samen met de GGZ-instelling als toegangsinstelling voor Bureau jeugdzorg. De intakekaders van deze instellingen bepalen op basis van de screeningslijst of een jongere in principe binnen de criteria van het zorgprogramma valt. Als dat zo is dan wordt de screeningslijst samen met andere intakegegevens doorgeleid naar het indicatie- en zorgtoewijzingsorgaan van Bureau Jeugdzorg.

Verder kunnen ook de raad en de jeugdbescherming op basis van de screeningslijst een jongere inbrengen in het indicatie- en zorgtoewijzingsorgaan. Een jeugdige kan zowel vanuit een vrijwillig kader, vanuit een kinderbe-schermingskader als vanuit een strafrechtelijk kader in het zorgprogramma instromen. De laatste is bij voorbeeld het geval als de raad de kinderrechter adviseert om plaatsing in het zorgprogramma op te leggen.

Indicatiestelling en de diagnostiek die daarvoor nodig is, zal plaats vinden binnen de Toegang (Bureau Jeugdzorg). Naar verwachting vindt de toewijzing plaats op het niveau van het zorgprogramma. Dat betekent dat de standaardmodules worden toegewezen. De volgorde van de standaardmodules en de eventuele facultatieve modules worden in het individuele behandelingsplan vastgelegd. De (aanvullende) diagnostiek die nodig is voor het opstellen van het individuele behandelingsplan vindt ook binnen het zorgprogramma plaats.

Uitvoering zorgprogramma

Het is de bedoeling dat het zorgprogramma per 1 september 1999 operationeel is. Binnen de totale veldprojectperiode betekent dat een operationele fase van 6 of 7 maanden. In deze operationele fase kunnen maximaal 10 jongeren instromen. Er is voor dit beperkte aantal gekozen om de jongeren intensief te kunnen begeleiden en de beoogde doelbereiking goed te kunnen meten.

De casemanager van Bureau Jeugdzorg is verantwoordelijk voor de voortgang van de cliënt door het programma.

Zaken als voortgangsbewaking, afronding en betrokkenheid van de cliënt bij de voortgang en afronding moeten nog nader worden uitgewerkt.

Specifieke kenmerken veldproject

- In Zeeland heeft men in een relatief korte periode een concrete opzet van een zorgprogramma ontwikkeld. Daarbij is men pragmatisch te werk gegaan.
- Na afperking van de oorspronkelijke doelgroep kon op basis van homogeniteit in hulpvragen een specialistisch zorgprogramma ontwikkeld worden met drie vaste modules en twee facultatieve modules.
- De organisatie van de uitvoering zal vooral in de operationele fase (van circa 6 maanden) concreet gestalte krijgen. Deze fase wordt als proefperiode beschouwd; er is gekozen voor een beperkte instroom in de proefperiode (maximaal 10 jongeren).
- De drie sectoren (jhv, jeugdbescherming en GGZ-jeugd) zijn als kernpartners betrokken bij het zorgprogramma.
- Het veldproject kan specifieke informatie opleveren over de samenwerking met een aanpalende sector (het onderwijs) als leverancier van een standaardmodule.
- Een specifiek kenmerk is ook dat jongeren vanuit een vrijwillig, een onvrijwillig-en vanuit een strafrechtelijk kader kunnen instromen. De praktijk moet uitwijzen of dit laatste ook gebeurt. Ervaringen binnen het veldproject 'JDS' hebben duidelijk gemaakt dat instroom vanuit een strafrechtelijk kader in de praktijk lastig te realiseren is.
- De instroom in het zorgprogramma verloopt conform het provinciale model. Dat betekent dat mw-instellingen en de GGZ-instelling als toegangsinstellingen fungeren en dat de concrete invulling van het zorgprogramma in het zorgprogramma zelf plaatsvindt evenals de eventuele diagnostiek die daar voor nodig is.

7 Intersectoraal veldproject preventieve en curatieve gezinsgerichte begeleiding en ondersteuning

Provincie Drenthe

Inleiding

In het projectplan is de doelstelling van dit veldproject als volgt geformuleerd: het realiseren van twee intersectorale samenhangende zorgprogramma's voor respectievelijk mishandelde kinderen en hun ouders en voor gezinnen waarin (een der) ouders met psychiatrische problematiek kampt (zogenaamde KOPP-gezinnen), zodanig dat het aanbod te schakelen of te stapelen is op basis van de individuele hulpvraag en het individuele behandelplan.

Met deze doelstelling werd gekozen voor het ontwikkelen van een generalistisch programma (een verzameling van modules waaruit op individueel niveau wordt geselecteerd) voor twee brede doelgroepen.

In november 1998 is men gestart met het uitwerken van het projectplan. Bij het schrijven van de eerste voortgangsrapportage werd duidelijk dat het een bijzonder lastige opgave is om de gekozen brede benadering concreet vorm te geven wat betreft inhoud, instroom en inbedding binnen het geheel aan bestaande voorzieningen. Op advies van de landelijke projectgroep is daarom besloten de doelgroepen in eerste instantie af te perken door het formuleren van deeldoelgroepen.

De deeldoelgroepen

De eerste deeldoelgroep is als volgt omschreven.

- Kinderen met zichtbare (ernstige) gedrags-, sociale en emotionele problemen in gezinnen waar (een van) de ouders (kampt) kampen met psychiatrische problematiek en in behandeling is bij de GGZ; leeftijdsgroep 8 -12 jaar; regio Emmen.

Bij de afperking is vooral gekeken naar het realiseren van gunstige condities voor de uitvoering van het zorgprogramma zoals: 8 tot 12 jaar is een leeftijdsgroep waar Jeugdzorg Drenthe relatief veel grip op heeft; in de regio Emmen wordt de Toegang in september a.s operationeel.

De tweede deeldoelgroep is de volgende.

- Kinderen waarbij sprake is van mishandeling in het gezin; leeftijdsgroep tot 4 jaar; regio Emmen.

Argumenten voor de gekozen leeftijdsgroep zijn:

- uit onderzoek blijkt dat het ruim 40% van alle meldingen van lichamelijke verwaarlozing en/of mishandeling betrekking heeft op deze leeftijdsgroep;
- de jongste kinderen zijn het meest afhankelijk van het eigen milieu.

Het betreft een gezinsgericht programma dus het gaat niet alleen om het mishandelde kind maar ook om broertjes en zusjes. De te kiezen modules zijn echter primair gericht op de situatie van de groep 0 tot 4 jarigen. Mishandeling komt vaak voort uit een gebrek aan steun van vooral de moeders. Het zorgprogramma is daarom in eerste instantie op hen gericht.

In beide deeldoelgroepen gaat het om kinderen die zelf al problemen hebben. Uiteindelijk gaat het in de totale doelgroep van de zorgprogramma's ook om kinderen die nog geen problemen hebben maar wel een vergroot risico lopen (de preventieve deeldoelgroep).

Probleemanalyse en hulpvraag

ZP1: op dit moment is er nog onvoldoende aandacht voor de invloed van psychiatrische problematiek op het functioneren als ouder en de mogelijke gevolgen van deze problematiek voor de kinderen. De gebruikelijke hulpvragen in de eerste deeldoelgroep uiten zich vooral in 'gedrag' van de kinderen en niet zozeer in verzoeken om hulp wegens een sterke loyaliteit ten opzichte van hun zieke ouders(s). De hulpvragen van de kinderen zijn daarom afgeleid van zorgen van professionals om zichtbaar afwijkend gedrag van de kinderen. De kenmerken van dit afwijkend gedrag zijn in de rapportage van het veldproject nader omschreven.

ZP2: de gezinnen uit de tweede doelgroep hebben nogal eens de neiging om consultatiebureaus/ hulpverlening e.d te mijden. Dat betekent dat er onvoldoende adequate (gezinsgerichte) indicatiestelling plaatsvindt anders dan de constatering dat de kinderen in noodgevallen uit huis geplaatst moeten worden.

De gebruikelijke hulpvragen in de tweede deeldoelgroep zijn gebaseerd op zorgen van professionals om: zichtbaar lichamelijk letsel (zoals kneuzingen, brandwonden) ernstig afwijkend gedrag van de kinderen en opvallende verschijnselen als niet gedijen/ niet groeien, veel huilen, recidiverende ziekten (voortkomend uit een gebrek aan hygiëne), herhaald optreden van ongevallen en traag herstel van ziekten.

De projectstructuur

Er zijn drie instellingen als kernpartner betrokken bij het zorgprogramma:

- Jeugdzorg Drenthe (MFO: jeugdhulpverlening, jeugdbescherming, jeugd-reclassering);
- GGZ-Drenthe;
- Raad voor de Kinderbescherming.

Er is een projectgroep ingesteld die verantwoordelijk is voor de ontwikkeling van de twee zorgprogramma's. Deze projectgroep houdt zich bezig met de uitwerking van de twee zorgprogramma's tot en met het vaststellen van de benodigde modules.

In de projectgroep (8 leden) zijn de drie instellingen (veelal met staf/ preventiefunctiefunctionarissen) en de WOJD²vertegenwoordigd.

Aansturing vindt plaats vanuit de WOJD: de WOJD heeft de voorzitter van de projectgroep aangewezen. Zij rapporteert periodiek terug aan de WOJD. De coördinator WOJD is lid van de projectgroep en fungeert als schakel tussen de projectgroep en het bestuur van de WOJD.

Voor de concrete uitwerking van de zorgprogramma's zijn/ worden twee werkgroepen ingesteld. Hierin zijn de sectoren/afdelingen vertegenwoordigd die een of meer modules leveren.

Noot 2 Binnen de WOJD (Werkmaatschappij Ontwikkeling Jeugdzorg Drenthe) werken jeugdzorgorganisaties samen aan het realiseren van veranderingstrajecten in de jeugdzorg.

Een projectcoördinator (gedetacheerd bij de WOJD vanuit de GGZ-Drenthe) is verantwoordelijk voor de inhoudelijke voortgang en externe rapportage. Zij heeft de verantwoordelijkheid voor de twee werkgroepen gedelegeerd naar de voorzitters van de werkgroepen (respectievelijk de GGZ-Drenthe (ZP1) en het AMK (ZP2)).

Verder bewaakt de voorzitter van de projectgroep het tijdpad en de planuitvoering. De coördinator WOJD bewaakt de globale lijn.

De instroom en voortgangsbewaking

Instroom in ZP1 vindt plaats via de GGZ-hulpverlener die met de ouder werkt. Aanmelding verloopt via de Toegang en kan plaatsvinden in elke fase van het hulpverleningsproces aan de ouder. Via de ontwikkelde beslisboom van de Toegang wordt de aanmelding gescreend en de urgentie bepaald. Eventuele (aanvullende) diagnostiek vindt plaats binnen de Toegang via de beslisboom. De toewijzing gebeurt door het zorgtoewijzingsorgaan en vindt plaats op module niveau. Het zorgprogramma omvat minimaal één kindgerichte en één gezinsgerichte module.

Na de toewijzing wordt een casemanager vanuit de Toegang toegewezen voor het gehele zorgtraject. Het is de bedoeling dat deze onpartijdige casemanager kan onderhandelen met de hulpverlener van de ouders en de hulpverlener van het kind. De interne coördinatie van de uitvoering berust bij de voorzitter van de KOPP-werkgroep. Zij ziet erop toe dat in alle situaties een casemanager wordt toegewezen en dat er een aanbod tot stand komt binnen het zorgprogramma.

Het AMK fungeert als vindplaats voor ZP2. Er worden afspraken gemaakt over het inschakelen van een Toegangswerker als zorgmanager voor de hulpverlening. Het verdere traject van diagnostiek, indicatiestelling en zorgtoewijzing loopt onder verantwoordelijkheid van deze zorgmanager via de beslisboom van de Toegang. Ook hier geldt dat toewijzing op module-niveau plaatsvindt.

Over de organisatie van de programma-uitvoering van dit zorgprogramma moeten nog nadere afspraken worden gemaakt.

Werkwijze en inhoud zorgprogramma's

Alle voor de totale doelgroep beschikbare en binnenkort beschikbare modules zijn verzameld. Dit heeft twee 'legobakken' vol modules opgeleverd. De 'legobak' voor het deeldoelgroep van het KOPP-programma bestaat uit 19 modules. Deze zijn als volgt in te delen.

- Preventieve kindgerichte kernmodules gericht op 'ontwikkelingstaken' (totaal 2 modules) ;
- Curatieve kindgerichte kernmodules gericht op 'ontwikkelingstaken' (totaal 2 modules);
- Preventieve gezinsgerichte kernmodules gericht op 'ouderschapstaken' (totaal 3 modules);
- Curatieve gezinsgerichte kernmodules gericht op 'ouderschapstaken' (totaal 12 modules).

Deze modules worden uitgevoerd door de jeugdhulpverlening en GGZ. Zoals eerder gezegd bevat het zorgprogramma per cliënt in ieder geval één gezinsgerichte module en één kindgerichte module. De verdere invulling van het zorgprogramma en de volgorde van toegekende modules liggen niet vast.

Casusbesprekingen en praktijkervaringen moeten duidelijk maken of bepaalde combinaties van modules vaak voorkomen en wellicht vast gekoppeld moeten worden.

Over de tweede 'legobak' zijn nog geen gegevens verstrekt door het veldproject.

Vervolgens worden de modules gedetailleerd beschreven en de hulpvraag nader gespecificeerd. Dit gebeurt door per module de leidinggevende te interviewen over de hulpvraag, het klachtenpatroon van een cliëntensysteem bij binnenkomst en wat hiervan nog rest bij afsluiting.

De planning is dat dit stappenplan voor het ZP1 in oktober moet zijn afgerond en voor ZP2 in januari 2000.

Hiermee wordt de eerdere (voorlopige) planning dat de programma's in september a.s. operationeel zouden zijn, bijgesteld. De bijstelling is met name ingrijpend voor ZP2.

Specifieke kenmerken veldproject

- De drie kernsectoren zijn betrokken bij de zorgprogramma's.
- In vergelijking met de andere veldprojecten is de projectstructuur nogal gecompliceerd. De betrokkenheid van het directie-niveau is meer op afstand dan bij de andere veldprojecten. De projectcoördinatie is verdeeld over meerdere personen.
- In het kader van het veldproject zijn de doelgroepen geformuleerd. Voor een van de doelgroepen is een generalistische programma-opzet ontwikkeld. Er zijn in totaal 19 optionele modules; per cliënt wordt een combinatie van modules vastgesteld. Het enige dat op dit moment vastligt is dat er altijd één kindgerichte module en één gezinsgerichte module wordt ingezet.
- Bij de ontwikkeling van het tweede zorgprogramma zal dezelfde weg worden bewandeld als bij het eerste zorgprogramma. De ontwikkeling van dit zorgprogramma bevindt zich echter nog in een beginstadium.
- De Toegang is geregeld conform de systeemeisen van de Toegang.
- Na versmalling van de opzet is de ontwikkeling van de zorgprogramma's in versnelling geraakt. De (voorlopige) tijdsplanning zoals in de profielschets³ vastgelegd, blijkt echter aanzienlijk te zijn bijgesteld. Dit punt behoeft nadere aandacht.

Noot 3 Eind 1998 is van elke veldproject uit de eerste tranche een profielschets gemaakt, hierin zijn de kenmerken van de veldprojecten beschreven. Zie: Profielschets veldprojecten zorgprogrammering jeugdzorg; DSP; Amsterdam, mei 1999.

8 Een samenhangend hulpaanbod bij ernstig probleemgedrag van jonge kinderen uit multi-probleemgezinnen

Provincie Utrecht

Inleiding

In de jaren 1996 en 1997 werd door het Platform Jonge Kind in de provincie Utrecht geconstateerd dat er knelpunten bestaan in het aanbod voor jonge kinderen met ernstig problemen uit multi-probleemgezinnen. De volgende problemen werden genoemd.

- één aanbod (vanuit één instelling/ één sector) is vaak niet voldoende;
- het is moeilijk om het juiste aanbod te bepalen;
- er is veel diagnostiek verricht dat levert echter geen meerwaarde op voor de behandeling;
- er is weinig gerichte samenwerking tussen instellingen;
- het benodigde aanbod is niet volledig beschikbaar in de provincie.

Het projectplan voor een intersectoraal zorgprogramma voor deze doelgroep is in oktober 1998 officieel gehonoreerd. In deze maand is een programma-ontwikkelaar van een extern bureau gestart met de ontwikkeling van het zorgprogramma.

Binnen het zorgprogramma werken 6 instellingen als kernpartners met elkaar samen. Hiermee zijn de drie kernsectoren jeugdhulpverlening, jeugd GGZ en jeugdbescherming betrokken bij het zorgprogramma.

Doelgroep en hulpvragen

De doelgroep is als volgt omschreven: kinderen van 0 tot 7 jaar met ernstig probleemgedrag en behorend tot de zogenaamde multiprobleemgezinnen.

De keuze voor de leeftijdsgroep tot 7 jaar heeft te maken met leeftijdsgrenzen die de betrokken instellingen hanteren. Het gaat echter veelal om ernstige chronische problemen; kinderen en gezinnen zijn dus meestal langdurig op zorg aangewezen. Continuering van de zorg voor kinderen vanaf 7 jaar vormt dan ook een punt van aandacht.

Op basis van een doelgroepanalyse is een gedetailleerde beschrijving gemaakt van de kenmerken van het kind en de kenmerken van het gezin. Wat betreft de omvang van de doelgroep wordt geschat dat er jaarlijks (vanuit de gehele provincie) 25 kinderen nieuw zullen instromen in het zorgprogramma.

De hulpvraag van de ouders is meervoudig. Voorlopig wordt uitgegaan van de volgende omschrijving.

- hulp bij het leren van opvoedingsvaardigheden;
- ontlasting van de situatie thuis;
- hulp bij het doorbreken van ernstige stagnatie in het opvoedproces;
- hulp bij de aanpak van het kind met ernstige gedragsmoeilijkheden.

Doordat het kind zeer jong is de hulpvraag van het kind niet altijd duidelijk. Bij kinderen van deze leeftijd zijn de diverse ontwikkelingsgebieden nog zeer met elkaar verweven.

Dat maakt de omschrijving van de hulpvraag gecompliceerd. Voorlopig wordt uitgegaan van de volgende omschrijving:

- onderzoek naar welke aanpak het meest past bij gedrag en ontwikkeling;
- hulp bij het leren omgaan met regels en structuur;
- hulp bij het leren krijgen van vertrouwen in volwassenen;
- hulp bij het leren hanteren van sociale relaties;
- hulp bij het goed functioneren in een opvoedingssituatie.

Voor de beschrijvingen van de doelgroep en de hulpvraag zijn drie bronnen gebruikt:

- de ervaringen van het Platform Jonge Kind dat sinds 1991 bestaat;
- de ronde langs de instellingen die door de programma-ontwikkelaar is gemaakt;
- discussie in de werkgroep van inhoudelijk deskundigen.

In de rapportage van het veldproject wordt geconstateerd dat de doelgroepomschrijving nog erg breed is en dat de hulpvraag nog nader moet worden uitgediept. Men hoopt, op basis van praktijkervaring en registratie, doelgroep en hulpvraag nader te kunnen aanscherpen.

Doelstelling van het zorgprogramma

Er zijn (behandel)doelen ten aanzien van het kind en (behandel)doelen ten aanzien van het gezin geformuleerd. Op basis hiervan zijn vervolgens de doelen ten aanzien van de organisatie van het aanbod omschreven, te weten:

- vergroten van continuïteit van de hulp en terugdringen van breuken in de hulp;
- realiseren van een samenhangend aanbod;
- waar nodig zullen instellingen gezamenlijk nieuwe methodieken ontwerpen voor de behandeling van kinderen en ouders uit de doelgroep.

Projectstructuur en werkwijze

Er is een **stuurgroep** ingesteld van directeuren of namens de directie gemandateerde personen van de zes instellingen die als kernpartners betrokken zijn bij het zorgprogramma. De stuurgroep is verantwoordelijk voor de organisatie en structuur van het zorgprogramma.

Een werkgroep van **inhoudelijk** deskundigen werkzaam bij de betrokken instellingen, houdt zich bezig met de inhoudelijke invulling en uitwerking van het zorgprogramma. De werkgroep komt eens in de vier weken bijeen.

Er is een externe **programma-ontwikkelaar** aangesteld voor 8 uur per week die een voortrekkersrol vervult bij de ontwikkeling van het programma. Een inhoudelijk **programma-coördinator**, werkzaam bij een van de deelnemende instellingen, heeft een coördinerende rol bij de uitvoering van het zorgprogramma.

Het zorgprogramma wordt ontwikkeld vanuit de visie dat innovatie in de zorg tot stand moet komen via een wederzijds beïnvloeding van theorie en praktijk.

De beschrijvingen van de doelgroep, hulpvraag, doelstellingen, instroom, screening en aanbod fungeren als uitgangssituatie; het programma wordt vervolgens werkenderwijs opgebouwd. Tijdens de tweede werkgroepbijeenkomst is gestart met casuïstiekbesprekingen. Elke deelnemende instelling brengt gedurende de ontwikkelingsperiode een keer een anonieme casus in.

Bekeken wordt of het kind past binnen het zorgprogramma, welke keuzes gemaakt werden in de zorg, wat ontbreekt in het huidige hulpaanbod, wat knelpunten zijn en wat de visie van de hulpverlening op het geheel is. Binnen de werkgroep wordt ook aandacht besteed aan de diagnostiek, de zorgtoewijzing en de omschrijving van modules.

Besloten is dat begin juni ook feitelijk gestart wordt met de invoering van het zorgprogramma. Voor een cliënt(systeem) dat instroomt in het zorgprogramma wordt bekeken welk hulpaanbod aansluit bij de hulpvraag en op welke wijze dit vorm kan krijgen. De gebruikte combinaties van modules zullen worden geregistreerd. Na verloop van tijd kunnen uitspraken gedaan worden over de meest voorkomende combinaties en volgorden van modules.

Er wordt gestart met een experimentele fase van programma-uitvoering (tot april 2000). Structurele implementatie is pas aan de orde als instellingen erin slagen zowel organisatorisch als financieel een deel van hun aanbod los te weken en als module in te zetten. Dit is mede afhankelijk van de provinciale mogelijkheden krachtens de subsidieverordening en op langere termijn van de wijze waarop module-financiering zal plaatsvinden.

Het werkenderwijs ontwikkelen van het zorgprogramma heeft als voordeel dat zaken die ontwikkeld worden direct op bruikbaarheid en haalbaarheid kunnen worden getoetst. Een dergelijke benadering sluit het beste aan bij de mogelijkheden en speelruimte van de deelnemende instellingen. Een nadeel is dat vaste kaders die als houvast kunnen fungeren voor de ontwikkeling van het zorgprogramma, ontbreken.

Instroom in het zorgprogramma

Instroom in de jeugdzorg in de provincie Utrecht vindt plaats via Bureau Jeugdzorg. Er is daarnaast echter ook een directe instroom in de RIAGG-jeugd en via de RIAGG naar de kinder- en jeugdpsychiatrie.

Binnen Bureau Jeugdzorg wordt gewerkt met screeningsteams. Een screeningsteam bestaat uit medewerkers van BJZ én RIAGG. Het screeningsteam bepaalt in welke sector de aanmelding past. De betreffende sector regelt vervolgens de afhandeling van de aanmelding.

Aanmeldingen voor het zorgprogramma (vanuit de jeugdhulpverlening, de jeugdbescherming en de GGZ) lopen via het zorgtoewijzingsorgaan (ZTO) van Bureau Jeugdzorg. Dit betreft momenteel alleen de aanmeldingen voor de modules die vanuit de jeugdhulpverlening en de jeugdbescherming ingezet worden. Er worden afspraken gemaakt over de manier waarop verwijzing naar de GGZ-modules plaats gaat vinden.

Over de instroom via het ZTO kan voorlopig het volgende worden gezegd.

- De werkgroep heeft een aantal criteria voor instroom in het zorgprogramma geformuleerd. Deze opzet wordt in de praktijk getoetst op bruikbaarheid en volledigheid. Voorlopig wordt ervan uitgegaan dat bij het kind sprake moet zijn van problemen op 5 van de 6 onderscheiden probleemgebieden.
- De screening dient door gekwalificeerde deskundigen van BJZ te gebeuren.
- Bij een aanmelding voor het zorgprogramma kan een zogenaamde basislijst (een checklist) gehanteerd worden om te kijken of alle benodigde informatie aanwezig is. Eventuele indicatiediagnostiek kan uitgevoerd worden door het Regionaal Diagnostiek Team. Uitgangspunt is dat diagnostiek niet overgedaan wordt.

- Het ZTO wijst toe aan het zorgprogramma. Het zorgprogramma kent een programma-team (van inhoudelijk deskundigen met verschillende achtergronden onder voorzitterschap van de programma-coördinator)⁴. Het programma-team maakt een voorstel voor schakeling van modules. Dit voorstel wordt ter fiattering voorgelegd aan het ZTO.

Bij de uit te voeren diagnostiek wordt een onderscheid gemaakt tussen indicatiediagnostiek en procesdiagnostiek. Indicatiediagnostiek is noodzakelijk voor het stellen van een indicatie en het formuleren van een zorgaanbod. Deze diagnostiek kan verricht worden door het Regionaal Diagnostiek Team. Procesdiagnostiek is diagnostiek die noodzakelijk is voor de voortgang van de hulpverlening. Deze diagnostiek wordt door de behandelende instellingen uitgevoerd of bij derden aangevraagd. Naarmate kinderen jonger zijn en de diagnose onduidelijk is zal meer procesdiagnostiek nodig zijn. Dit punt wordt in de ontwikkeling van het zorgprogramma verder uitgewerkt.

Programmastructuur en programma-uitvoering

Er is een overzicht gemaakt van reeds beschikbare modules. Dit overzicht bevat 28 modules onderscheiden naar vier categorieën: ambulante, dagbehandeling, dag- en nachthulp en overige. Dit hulpaanbod wordt geleverd door de jeugdhulpverlening en de GGZ.

Deze modules worden nader beschreven volgens het stramien dat ontwikkeld is door het NIZW. Dat is al gedeeltelijk gebeurd.

Er zal met betrokken uitvoerende instellingen gesproken worden over deelname aan de uitvoering van het zorgprogramma. Aan de hand van de lijst van geïnventariseerde modules wordt nagegaan welke modules vanuit een instelling kunnen worden ingezet en wat de gevolgen/ consequenties zijn voor de instelling. Voorkomen dient te worden dat instellingen in onbalans raken door participatie in dit of andere zorgprogramma's.

In de stuurgroep is geconstateerd dat deelname aan het zorgprogramma vergaande consequentie heeft voor de instellingen. De functies die een instelling te bieden heeft worden in het kader van het zorgprogramma niet meer (integraal) ingezet. Dat betekent dat onderdelen van het aanbod ten behoeve van de inzet in het zorgprogramma, moeten worden afgesplitst. Hierdoor kunnen bestaande teams verbrokkeld raken en kan deskundigheid verloren gaan. Het management van een organisatie moet daarom een aantal vraagstukken oplossen:

- wat betekent het inzetten van stukjes aanbod (modules) voor de organisatie?
- hoe moet met wachtlijsten worden omgegaan?
- wat doet de organisatie met de rest van het aanbod?

In de stuurgroep is afgesproken dat met de provincie (als regisseur) de betrokken instellingen en financiers gesproken moet worden over het met voorrang behandelen van jonge kinderen binnen het zorgprogramma. Verder zijn voor de duur van experimentele fase afspraken gemaakt over de aansturing van het zorgprogramma, met name over de relatie tussen de (inhoudelijk) programma-coördinator en de behandelcoördinator van een voorziening. Dat blijkt een lastig onderwerp te zijn. Het betekent namelijk dat gesproken moet worden over het delegeren van verantwoordelijkheden aan een functionaris (de programma-coördinator) die boven de partijen staat.

Noot 4 Voorlopig fungeert de werkgroep van interne deskundigen als programma-team.

Voor de projectperiode zijn de volgende afspraken gemaakt:

- de programma-coördinator is verantwoordelijk voor het tot stand brengen van een op maat gesneden zorgaanbod;
- de behandelcoördinatoren binnen de instellingen zijn verantwoordelijk voor het aanleveren en de kwaliteit van de door hen te leveren modules.

Analoog aan deze opzet wordt overwogen om twee soorten behandelplan-besprekingen in te voeren: op programma-niveau en op instellingsniveau. Tijdens de behandelplan-bespreking op programmaniveau zijn de programma-coördinator, de behandelingscoördinatoren en de plaatser aanwezig. Er moet nog nader bekeken of het zinvol en uitvoerbaar is om ook uitvoerd werkers bij deze bespreking te betrekken. Om de diverse modules op elkaar aan te laten sluiten worden afspraken gemaakt over doelen, termijnen en aanpak. Deze afspraken worden in een behandelplan vastgelegd. In de behandelplan-bespreking binnen de instelling wordt dit behandelplan nader ingekleurd op individueel- en module-niveau.

Specifieke kenmerken veldproject

- De drie sectoren (jeugdhulpverlening, jeugdbescherming en GGZ-jeugd) zijn betrokken bij het zorgprogramma. Er zijn modules beschikbaar vanuit de jeugdhulpverlening en GGZ-jeugd.
- Instroom in het zorgprogramma vindt plaats conform het provinciale model. Dat betekent dat er na aanmelding binnen Bureau Jeugdzorg toeleiding plaatsvindt ofwel naar de jeugdhulpverlening ofwel naar de GGZ-jeugd. Over de verwijzing naar de GGZ-modules worden daarom aparte afspraken gemaakt.
- Net als binnen de Zuidhollandse projecten wordt het zorgprogramma werkenderwijs ontwikkeld. Bij de uitwerking van het zorgprogramma komen echter van het begin af aan gebruik maken van het kader (definitie kernbegrippen, richtlijnen veldprojecten) dat door de Landelijke Projectgroep is ontwikkeld. Dat was bij de ontwikkeling van de Zuidhollandse projecten nog niet voorhanden. Dit veldproject kan dus informatie opleveren over de aanpak: aldoende ontwikkelen mét gebruikmaking van een beschikbaar theoretisch kader.
- Bij de uitvoering van het zorgprogramma wordt gestart met: een brede doelgroepomschrijving, een algemene hulpvraagomschrijving en een generalistisch programma (van 28 in te zetten modules). Aldoende wordt nagegaan of er veelvoorkomende combinaties van modules ingezet worden bij bepaalde subdoelgroepen.

9 Zorgprogramma 'Baby's en peuters en hun ouders met psychosociale en/of psychiatrische problematiek'

Regio Noord-Limburg, subregio Venlo

Inleiding

De Stichting Zorgcircuits is de overkoepelende organisatie van de Mutsaersstichting (MKD, MKT, Boddaert, Kinder en Jeugdpsychiatrie) en de RIAGG Noord Limburg.

Deze stichting wil cliëntgerichte zorg gaan leveren via circuitvorming. Een circuit is gedefinieerd als een bundeling van mensen en middelen ten behoeve van de hulpverlening aan cliënten uit een bepaalde doelgroep. Een circuit bevat de relevante zorgaanbieders en programma's rond een bepaalde doelgroep. Meestal ontstaan circuits rond hulpvragers van eenzelfde leeftijdscategorie; maar het kunnen ook cliënten met eenzelfde problematiek zijn.

De bedoeling is dat uiteindelijk het gehele aanbod van de Stichting Zorgcircuits wordt omgezet in vraaggerichte zorgprogramma's. Om dit te realiseren is in 1998 de Projectgroep Circuitvorming Jeugdeenheden ingesteld.

In eerste instantie worden twee zorgprogramma's ontwikkeld waaronder het programma 'baby's en peuters en hun ouders met psychosociale en/of psychiatrische problematiek'. In december 1998 is dit zorgprogramma formeel als veldproject gehonoreerd.

Een subwerkgroep 'Baby's, peuters en hun ouders' is verantwoordelijk voor de totstandkoming van het zorgprogramma. Reeds in 1996 is gestart met het ontwikkelen van het programma.

Doelgroep en hulpvragen

Het zorgprogramma is bedoeld voor zeer jonge kinderen (0 tot 4 jaar) en hun ouders die te maken hebben met complexe (psychosociale en/of psychiatrische) problematiek. Er zal altijd sprake moeten zijn van een combinatie van:

- kindproblemen (lichamelijk, sociaal emotioneel, mentaal)
- ouder/gezinsproblemen (ontoereikende pedagogische vaardigheden, gezinsdynamische problemen, psychische problemen bij ouders)
- problemen in de ouder-kindrelatie.

In de rapportage van het veldproject zijn de hulpvragen van de doelgroep in twee onderdelen opgesplitst.

- 1 Ouders hebben zorgen over de ontwikkeling van hun kind. Deze zorgen kunnen betrekking hebben op:
 - achterstanden/ problemen op lichamelijk gebied (bijv. motorische ontwikkeling, cara-kinderen, kinderen met epilepsie etc);
 - problemen met eten, slapen, zindelijkheid;
 - achterstanden op mentaal gebied;
 - achterstanden op sociaal emotioneel gebied.
- 2 Ouders weten geen raad met het gedragsmatig moeilijke kind. Vaak gehoorde problemen zijn onder andere: veel huilen, zich niet laten troosten, niet luisteren, zich niet kunnen bezighouden.

Doelstelling en inhoud zorgprogramma

Met dit zorgprogramma wil men een geïntegreerd zorgaanbod voor de doelgroep realiseren waarbij het herstel/ op gang brengen van de ouder-kindrelatie centraal staat.

Het zorgprogramma moet voorzien in een (geconstateerde) groeiende behoefte aan een flexibele inzet van hulpverleningsmogelijkheden voor de allerjongste kinderen.

De samenstelling van het zorgprogramma is tot stand gekomen op basis van dossieronderzoek, literatuuronderzoek en een behoeftepeiling onder potentiële verwijzers. Het programma bestaat uit zes onderdelen:

- observatie en indicerende diagnostiek
- versterking pedagogisch handelen in thuissituatie
- thematische oudergroepen
- ouderbegeleiding.
- versterking ouder-kindrelatie
- stimulatie ontwikkeling kind (ook in thuissituatie).

Er zijn beschrijvingen gemaakt van de onderdelen maar deze zijn nog erg algemeen. Eenzelfde onderdeel kan op dit moment door verschillende afdelingen/instellingen worden uitgevoerd. Elk onderdeel kan aldus zowel door de jeugdhulpverlening als de GGZ geleverd worden.

In de zomermaanden zal het totale zorgprogramma herschreven worden volgens 'de definitie van kernbegrippen' van de landelijke Projectgroep en het stramien voor module/ programmabeschrijving van het NIZW.

Het zorgprogramma heeft een generalistisch karakter. Dat wil zeggen dat er nog geen vaste combinaties van in te zetten modules zijn aan te geven. Er zullen deeldoelgroepen onderscheiden worden met elk een nader gespecificeerde gemeenschappelijke hulpvraag en programmadoelstelling. In de praktijk zal worden nagegaan of per deeldoelgroep een vaste combinatie van modules wordt aangeboden.

Het zorgaanbod van het zorgprogramma is altijd vrijwillig. Ouders kunnen echter door een derde instantie verplicht worden om zorg vanuit het zorgprogramma te accepteren. De hulpverleners zullen dan trachten om met de ouders een samenwerkingsrelatie op te bouwen. Als dit niet lukt dan zal terugverwezen moeten worden naar de instantie die de verplichting heeft opgelegd.

De instroom en uitvoering

Half januari 1997 is het Diagnostiek en Indicatie Centrum voor kinderen en jeugdigen in Noord en Midden-Limburg (DIC) van start gegaan. Het DIC is een samenwerkingsverband van zes instellingen op het gebied van jeugdhulpverlening, jeugdbescherming en GGZ-jeugd. Het vormt de centrale toegang tot de geïndiceerde jeugdzorg in de regio.

Het zorgprogramma valt onder de geïndiceerde zorg. Instroom vindt dus plaats via een indicatie van het DIC. De consultatie-bureaus, peuterspeelzalen, kinderdagverblijven, huisartsen en kinderartsen worden genoemd als vindplaatsen van de doelgroep. Er zal afstemming plaatsvinden met de verwijzers over zaken als: het moment van aanmelding en de wijze van omgaan met de ouders tijdens de aanmeldingsfase.

Verwijzing gebeurt altijd via het DIC. Betrokken verwijzers worden, als ouders daartoe toestemming geven, betrokken bij het vaststellen van het zorgaanbod en de periodieke evaluatie.

Diagnostiek vindt niet alleen plaats binnen de Toegang. Bij jonge kinderen is het proces van diagnostiek vaak ingewikkeld door verstrengeling van de verschillende ontwikkelingsgebieden. Daarom wordt op basis van een werkhypothese een proefbehandeling gestart. Gaandeweg moet blijken of de werkhypothese als diagnose kan gelden of bijstelling behoeft. Het zorgprogramma bevat daarom een module 'observatie en indicerende diagnostiek'.

De toewijzing vindt plaats naar het 'generalistische' zorgprogramma.

De Stichting Zorgcircuits is vooralsnog van mening dat zorgtoewijzing op het niveau van het zorgprogramma, dus nadrukkelijk niet op het niveau van de modules, de meeste garantie biedt op een cliëntgericht aanbod.

In de visie van de stichting moet een zorgprogramma starten met een aantal kernmodules (de minimale varianten) en wordt gaandeweg bepaald welke specifieke modules (plusvarianten) zijn aangewezen. Binnen elk zorgprogramma moet aldus een aantal toegestane combinaties van kernmodules te onderscheiden zijn en daarbovenop (later) nog specifieke modules.

Op basis van de informatie van het DIC stelt een kernteam van deskundigen uit de verschillende sectoren een behandelplan op. Dit wordt als voorstel voorgelegd aan de ouders. Aanvullingen en veranderingen die door ouders worden voorgesteld, worden zoveel mogelijk opgenomen in het behandelplan. Als de professionele inbreng en wensen van de ouders niet met elkaar overeen komen, wordt onderhandeld over het zorgaanbod. Als de onderhandeling niet tot een verantwoorde oplossing leidt, dan wordt terugverwezen naar het DIC.

Na de start van het behandelplan vinden reguliere evaluatie en voortgangsbesprekingen plaats.

Projectstructuur

Er zijn drie instellingen/ afdelingen behorend tot de Stichting Zorgcircuits als kernpartner betrokken bij het zorgprogramma, te weten:

- een kinderpsychiatrisch ziekenhuis;
- een MKD (jhv)
- een RIAGG.

Het zorgprogramma wordt dus uitgevoerd door de GGZ en de jeugdhulpverlening.

Het zorgprogramma is ontwikkeld door een werkgroep van inhoudelijk deskundigen van verschillende disciplines (onder andere kinderpsychiater, maatschappelijk werker, groepsleider).

De voorzitter van de werkgroep is tevens vice-voorzitter van de werkgroep 'Circuitsvorming Jeugdeenheden Stichting Zorgcircuits'. Deze werkgroep is verantwoordelijk voor de algehele coördinatie van het veldproject en legt op haar beurt verantwoording af aan de directie van de stichting.

Als voordeel van gekozen werkwijze wordt genoemd dat een groot draagvlak is ontstaan binnen de verschillende eenheden van zorg.

Het heeft wel veel tijd en energie gekost om via deelname vanuit verschillende eenheden (ieder met een eigen cultuur, terminologie en visie) en met werkgroepdeelnemers met verschillende status, tot een gezamenlijk programma te komen. Het is met name lastig gebleken om de benodigde informatie los te krijgen uit de betrokken eenheden. Dit heeft te maken met gebondenheid aan reguliere productie(afspraken), bezuinigingen, reorganisatie e.d.

Samenwerking aanpalende sectoren

Op dit moment wordt onderzocht of samenwerking mogelijk is met de (licht) verstandelijk en lichamelijk gehandicaptenzorg. Daarbij gaat het om het inzetten van procesdiagnostiek voor kinderen waarbij de diagnose niet vastgesteld kon worden door het DIC.

Een dergelijke samenwerking leidt tot bundeling van kennis/ expertise rond het jonge kind en geeft overzicht en duidelijkheid aan ouders en verwijzers.

De directie van de Stichting Zorgcircuits heeft aangegeven dat de contacten die reeds bestaan vanuit het MKD met het speciaal onderwijs en het basis-onderwijs, beter benut moeten worden in het zorgprogramma.

Specifieke kenmerken veldproject

- Het zorgprogramma wordt ontwikkeld door twee van de drie jeugdsectoren: de jeugdhulpverlening en de GGZ-jeugd. De jeugdbescherming is niet betrokken bij het zorgprogramma. Verbreding van het programma wordt nagestreefd door samenwerking met aanpalende sectoren.
- Het zorgprogramma wordt ontwikkeld en uitgevoerd door verschillende eenheden die tot één overkoepelende organisatie behoren. Toch is het een moeizaam proces geweest om tot een gemeenschappelijk (globaal) programma te komen.
- De ontwikkeling van het zorgprogramma is nog niet afgerond. Aanscherping van doel, inhoud en identiteit van de modules moet nog plaatsvinden. Ook de programmastructuur en de aansturing van het programma moeten nog ontwikkeld worden. Gezien de einddatum van de veldprojectperiode (te weten mei 2000) moet er dus in beperkte tijd nog veel werk verzet worden.
- Op dit moment is nog niet duidelijk wanneer gestart gaat worden met de feitelijke instroom van cliënten. Het opstellen van een concrete tijdsplanning is echter wel van belang gezien de beperkte looptijd van het veldproject.
- Op dit moment heeft het programma een generalistisch karakter, dat wil zeggen dat er nog geen vaste combinaties van modules zijn aan te geven. Tijdens de uitvoering van het programma zal worden nagegaan of het mogelijk is om de invulling van het programma meer vast te leggen.
- De relatie tot de Toegang is niet geheel conform de systeemeisen geregeld. Toewijzing vindt plaats op het niveau van het generalistische programma. Men streeft naar een situatie waarin toewijzing plaatsvindt naar een zorgprogramma met een beperkt aantal standaardcombinaties van kernmodules en één of meer later te bepalen specifieke modules. Verder vindt in het zorgprogramma observatie en indicerende diagnostiek plaats.

10 Op weg naar zorgprogramma's

Regio's: Noordoost-Brabant en Zuidoost-Brabant

Inleiding

Het projectplan 'Op weg naar zorgprogramma's' is in oktober 1998 formeel goedgekeurd als basis voor het veldproject. Vervolgens is gestart met het aantrekken van een projectcoördinator. Dit heeft langer geduurd dan gedacht; pas in februari 1999 is de projectcoördinator die van buitenaf werd aangetrokken, met haar werkzaamheden gestart. Op dat moment is ook de uitwerking van het projectplan gestart.

In april 1999 heeft de projectcoördinator haar eerste voortgangsrapportage geschreven. Deze rapportage vormde de basis voor dit hoofdstuk.

Binnen dit veldproject werken de drie kernsectoren van de jeugdzorg (jeugdhulpverlening, GGZ-jeugd en jeugdbescherming) samen. Er worden twee zorgprogramma's ontwikkeld.

Doelstelling en visie

Het primaire doel van het veldproject is ervaring, kennis en kunde op te doen met de ontwikkeling en implementatie van zorgprogrammering. De opgedane kennis en kunde zal op een overdraagbare wijze worden vastgelegd in een eind-rapport ten behoeve van verdere implementatie.

De twee RSJ-besturen hebben een gemeenschappelijke visie ten aanzien van zorgprogrammering geformuleerd. Zorgprogramma wordt gezien als een instrument dat mogelijkheden biedt voor kwaliteitsverbetering van de geïndiceerde jeugdzorg omdat:

- de hulpvraag het uitgangspunt is;
- het hulpaanbod niet gebonden is aan één instelling/ sector;
- het in het programma beschreven aanbod bestaat uit een samenhangende keten van functies/ activiteiten die - beter dan nu - te evalueren is.

Doelgroepen

Er worden twee zorgprogramma's ontwikkeld voor de volgende doelgroepen:

- jongeren (12+) met autisme en aan autisme verwante stoornissen;
- jongeren (12+) die vanwege verslavingsproblemen uit de jeugdzorg vallen dan wel er vanwege de contra-indicatie 'verslaafd' geen gebruik van kunnen maken.

Deze laatste doelgroepomschrijving moet nog verder worden afgeperkt.

De specifieke doelstelling van de beide zorgprogramma's moet nog worden vastgesteld. Wel is al duidelijk dat de nadruk binnen het eerste zorgprogramma ligt op de woon- en leefsituatie van de doelgroep.

In de projectgroep rond verslavingsproblematiek is de GGZ-jeugd nog niet aanwezig, uiteraard wel de verslavingszorg. De deelname van de GGZ-jeugd hangt af van de precieze afbakening van de doelgroep. Vooral nog zijn jongeren met psychiatrische stoornissen en verslavingsproblematiek niet in de doelgroep opgenomen.

Instroom

De doorverwijzing naar zorgprogramma's zal plaats vinden via de Zorgtoewijzingscommissie van Bureau Jeugdzorg. Alleen bij ernstige psychiatrische problemen vindt de instroom vermoedelijk niet via Bureau Jeugdzorg plaats. Er is wellicht wel sprake van een toetsing achteraf. In het najaar wordt de relatie met de Toegang nader uitgewerkt.

Op dit moment is ook nog niet duidelijk of de toewijzing naar het zorgprogramma plaatsvindt op programma-niveau of op module-niveau.

Werkwijze en tijdsplanning

Er is een directie-overleg ingesteld dat belast is met de uitvoerende verantwoordelijkheid van het project. Voor de (inhoudelijke) ontwikkeling van de zorgprogramma's zijn twee projectgroepen geformeerd. Hieraan neemt een aantal inhoudelijke deskundigen deel, afkomstig uit de participerende instellingen. Verder zijn enkele cliëntenorganisaties vertegenwoordigd.

De projectgroepen worden bij hun werkzaamheden ondersteund door de projectcoördinator.

Bij de ontwikkeling van de zorgprogramma's wordt gewerkt langs verschillende lijnen.

- De projectgroepen brengen de hulpvraag van de doelgroepen in kaart en beschrijven op basis van de hulpvraaganalyse het gewenste aanbod.
- Het directie-overleg bepaalt vervolgens in hoeverre het gewenste aanbod in de praktijk te realiseren is en welke bijdrage door welke instelling te leveren is.
- Vervolgens is de vraag aan de orde welke programma-structuur ontwikkeld moet worden en welke samenwerkingscontracten moeten worden afgesloten. Hiervoor wordt wellicht weer een nieuwe werkgroep samengesteld.

In het najaar van 1999 moet de ontwikkelfase zijn afgerond. Er wordt vervolgens expliciet aandacht besteed aan de voorbereiding van de feitelijke implementatie van de zorgprogramma's.

Men is zich er sterk van bewust dat de uitvoering van de zorgprogramma's gedragen zal moeten worden door het midden management en de uitvoerend werkers. Er zal daarom expliciet aandacht besteed worden aan de voorbereiding en toerusting van deze groepen. Men heeft externe deskundigen (Collegio) gevraagd om mee te denken over de vraag hoe deze voorbereiding en toerusting het beste gestalte kan krijgen. Concrete plannen die reeds worden uitgewerkt, zijn:

- het samenstellen van een gemakkelijk leesbare brochure voor het werkveld waarin wordt beschreven wat zorgprogrammering inhoudt;
- het organiseren van een conferentie in oktober waarin informatie over de zorgprogramma's wordt gegeven en het innovatieproces op gang wordt gebracht.

Het is de bedoeling dat de zorgprogramma's begin 2000 tot uitvoering worden gebracht en dat de programma's dan onderdeel gaan uitmaken van de geïndiceerde jeugdzorg.

Specifieke kenmerken veldproject

- Ontwikkeling van de zorgprogramma's (vraaganalyse, doelgroepomschrijving, aanbodanalyse, beschrijving zorgprogramma's en modules) bevindt zich nog in het beginstadium.
- Er wordt gewerkt vanuit een duidelijke visie over mogelijkheden en voorwaarden van zorgprogrammering.
- Deze visie is terug te vinden in de concrete aanpak bij de ontwikkeling van de zorgprogramma's: er wordt gewerkt langs twee verschillende lijnen: een vraaggerichte lijn (die door uitvoerden medewerkers en cliënten wordt uitgewerkt) en een aanbodgerichte lijn (die door directies wordt uitgewerkt).
- Reeds in de voorbereidende fase wordt nadrukkelijk aandacht besteed aan de voorbereiding van het midden-management en de uitvoerend werkers op de concrete uitvoering van de zorgprogramma's.
- Er kan nog weinig gezegd worden over knelpunten die zich voor (kunnen) gaan doen.

11 Overzicht stand van zaken veldprojecten

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de stand van zaken. Vooraf dient te worden herhaald dat de peildatum van de rapportage mei 1999 was. De projecten waren toen veelal 4 tot 7 maanden bezig en inmiddels zijn ze al weer verder dan in deze rapportage is aangegeven.

In dit en de voorafgaande hoofdstukken worden de begrippen specialistisch en generalistisch zorgprogramma gebruikt. Deze begrippen vragen om enige verduidelijking. Een pure vorm van een specialistisch programma is een programma met een beperkt aantal vaste modules die altijd en in vaste combinatie worden ingezet voor een specifieke doelgroep. Een dergelijke opzet zijn we (nog) niet tegen gekomen in de veldprojecten.

Voorlopig (op basis van de ervaringen binnen enkele veldprojecten) gaan we alleen uit van een onderscheid in aantallen en soort modules.

- In de praktijk blijkt een specialistisch programma een programma te zijn met een beperkt aantal modules. Binnen de veldprojecten gaat het tot nog toe om maximaal 6 modules waaronder minstens één vaste module. De doelgroepomschrijving is specifiek (Zeeland, Het Spoor, Flevoland).
- In enkele projecten (Utrecht, Drenthe) zijn programma's ontwikkeld die als generalistisch worden getypeerd. Dat zijn programma's met meer dan 15 (optionele) modules. In Utrecht zijn deze modules optioneel beschikbaar voor een brede doelgroep; in Drenthe voor een afgeperkte deeldoelgroep (van KOPP-gezinnen).

Stand van zaken

Men heeft zich in de startperiode vooral bezig gehouden met voorbereidende activiteiten, zoals doelgroepomschrijving, formuleren programmadoelen, expliciteren hulpvraag, vastleggen relatie tot de Toegang, beschrijving aanbod in modules en/of uitbouwen vanuit één module. Onderstaand volgt een overzicht van de stand van zaken.

Schema 1 Overzicht stand van zaken

Veldproject	Stand van zaken
Het Spoor	Operationeel specialistisch ZP
JDS	Clustering aanbod (operationeel)
Tussen Wal en Schip	1 Operationele module, 2 modules in ontwikkeling
Flevoland	4 specialistische ZP's in onderlinge samenhang beschreven
Zeeland	Specialistisch ZP ontwikkeld. Operationeel per 1/9/99
Drenthe	2 ZP's in ontwikkeling modules worden beschreven
Utrecht	Generalistisch programma. Operationeel per 1/6/99 om verfijning te bewerkstelligen.
Brabant	2 ZP's nog in ontwikkeling
Venlo	1 ZP nog in ontwikkeling. Opdeling aanbod in modules en beschrijving modules moeten nog plaatsvinden.

Uitgaande van het criterium dat de projecten voor de opdracht staan om een zorgprogramma (zoals gedefinieerd in de 'Definitie van Kernbegrippen') te ontwikkelen, kunnen de projecten als volgt worden ingedeeld.

- Drie veldprojecten verkeren nog in een voorbereidende fase. Modules moeten nog worden beschreven, afspraken over organisatorische en inhoudelijke samenhang moeten nog worden gemaakt (Drenthe, Brabant, Venlo);
- Twee projecten hebben wel een operationeel aanbod maar dat kan nog niet beschouwd worden als een zorgprogramma. Er zijn nog te weinig modules beschikbaar of de modulebeschrijvingen ontbreken nog. Organisatorische en inhoudelijke samenhang moeten nog uitgewerkt worden. (JDS en Tussen Wal en Schip).
- Drie veldprojecten hebben hun zorgprogramma's zodanig beschreven dat (binnenkort) gestart kan worden met (experimentele) uitvoering (Utrecht, Flevoland en Zeeland).
- Eén veldproject heeft een operationeel zorgprogramma (het Spoor).

Het ontwikkeltraject

Bij de ontwikkeling van de zorgprogramma's worden verschillende wegen bewandeld. Een brede insteek (met een ruim omschreven doelgroep vaak ook een groot aantal (optionele) modules en soms ook een groot aantal factoren) is vanachter de tekentafel maar tot op zekere hoogte te ontwikkelen. De meeste projecten zijn breed gestart (Tussen Wal en Schip, Zeeland, Drenthe, Utrecht, Brabant en Venlo).

Op het moment dat het ontwikkelingsproces haperde zijn verschillende keuzen gemaakt:

- Aferperken van de doelgroep waardoor meer homogeniteit in de hulpvraag ontstaat, de vindplaats van de doelgroep duidelijker wordt en het aantal modules beperkt wordt. Dit betekende ofwel een aferperking van het generalistische programma (Drenthe) ofwel een ombuiging van een generalistisch programma naar een specialistisch programma (Zeeland).
- Werkenderwijs verder gaan en aldoende zicht krijgen op eventuele deel-doelgroepen en bijbehorende kernmodules waardoor een of meer specialistische programma's kunnen ontstaan (Utrecht, Venlo).
- Het ontwikkelingsproces stop zetten en vanaf de andere kant beginnen: met één module starten en vervolgens uitbouwen (Tussen Wal en Schip).

Van de overige projecten (het Spoor, JDS, Flevoland en Brabant) hebben er twee helder omschreven doelgroepen en zorgprogramma's (het Spoor en Flevoland). Brabant is later gestart dan de andere projecten; welke weg hier bewandeld wordt was bij het schrijven van deze rapportage nog niet aan te geven. Het JDS heeft op dit moment een clustering van aanbod. De vraag naar eventuele aanscherping van de doelgroep of het formuleren van deel-doelgroepen is pas aan de orde als de omslag gemaakt is van clustering van aanbod naar zorgprogrammering.

Of alle veldprojecten uitkomen op specialistische programma's en hoe specialistisch die programma's dan zullen zijn, valt op dit moment nog niet te zeggen.

Op dit moment kunnen ook nog geen uitspraken gedaan worden over voor- en nadelen van verschillende wegen die bewandeld worden om tot het feitelijke programma te komen. Wel lijkt het werkenderwijs ontwikkelen een weg te zijn die relatief veel tijd vraagt. Dit staat op gespannen voet met de beperkte veldprojectperiode.

De uiteindelijke beoordeling van een werkwijze moet echter plaatsvinden op basis van het resultaat dat bereikt wordt, te weten: het neerzetten van een inhoudelijk en organisatorisch samenhangend zorgprogramma.

Beschrijving modules

Het beschrijven van het aanbod in modules (expliciteren van hulpvraag, aanbod en doelstelling) vormt een essentiële stap bij de ontwikkeling van een zorgprogramma. Modules vormen de bouwstenen van een zorgprogramma en dragen bij tot het ontwikkelen van eenheid van taal. Als modulebeschrijvingen te algemeen zijn dan kan ook de onderlinge inhoudelijke samenhang tussen de modules en de relatie met het overkoepelende programmadoel niet helder worden aangegeven. Een aantal veldprojecten (JDS, Venlo, Brabant) moest voor de zomervakantie nog starten met het maken van modulebeschrijvingen. Het ondersteunen van de veldprojecten bij het maken van de modulebeschrijvingen is ons inziens een punt dat specifieke aandacht behoeft van de landelijke Projectgroep. Ook de landelijke databank van het NIZW zou, ons inziens, in dit proces een meer actieve rol toebedeeld moeten krijgen.

Modularisering aanbod

Het aanbod van de instellingen is nog niet modulair georganiseerd. Sommige instellingen (bijv. in Flevoland) zijn hiermee al wel ver gevorderd. Ook het denken in modules is veelal nog weinig ontwikkeld. De ontwikkeling van de zorgprogramma's kan dus niet gebaseerd worden op gemodulariseerd aanbod. Het is de vraag of je eigenlijk wel een zorgprogramma kunt ontwikkelen als betrokken instellingen nog niet modulair werken en denken. In ieder geval geeft het ontbreken van gemodulariseerd aanbod een duidelijke verzwarende van de opdracht waar de veldprojecten en de landelijke Projectgroep voor staan.

Door dit manco komt waarschijnlijk een nadruk te liggen op de organisatorische en financiële aspecten van de zorgprogramma's. De vraagstelling daarbij is: hoe maak je stukjes aanbod vrij en inzetbaar uit het totale aanbod van instellingen en hoe regel je dan de inzet van personeel en middelen?

Er is nog geen onderzoek dat zich specifiek richt op dit organisatorische vraagstuk dat buiten de onderzoekopdracht van DSP valt. Het is ons inziens van groot belang dat hier specifieke deskundigheid op wordt ingezet.

Aandacht voor inhoudelijke en methodische samenhang

De vraag naar de inhoudelijke en methodische afstemming van de modules lijkt enigszins op de achtergrond te raken. Het gevaar bestaat dat de veldprojecten zich concentreren op organisatorische vraagstukken en problemen waardoor gemeenschappelijkheid in behandelvisie en benadering van cliënten een onderbelicht onderwerp blijft. Dit is natuurlijk ook een lastig onderwerp maar het lijkt ons van essentieel belang naar cliënten toe. Dat geldt des te meer voor het type cliënten waar het hier omgaat (de complexe doelgroepen): duidelijkheid en eenduidigheid zijn juist voor deze kinderen, jongeren en gezinnen heel belangrijk. Tot nog toe lijkt een minderheid van de projecten (het Spoor, Utrecht en Tussen Wal en Schip) daar expliciet aandacht aan te besteden. Sommige projecten beschouwen het realiseren van inhoudelijke samenhang een punt van aandacht dat na de organisatorische samenhang aan de orde zal worden gesteld.

Ons inziens behoeft het onderwerp inhoudelijke samenhang in de komende maanden expliciete aandacht. In de modulebeschrijvingen wordt expliciet gevraagd naar de behandelvisie die ten grondslag ligt aan de uitvoering van de module. Deze beschrijvingen van de behandelvisie kunnen als uitgangspunt gebruikt worden bij het op gang brengen van een interne discussie over inhoudelijke samenhang in het programma.

De vormgeving van de zorgprogramma's

Een aantal projecten heeft zich al heel nadrukkelijk bezig gehouden met de vraag hoe tot een samenhangende inzet van modules te komen (zoals Utrecht, Zeeland, het Spoor). Pas vanaf het moment dat dit soort inhoudelijke en organisatorische afspraken aan de orde komen is feitelijk sprake van het ontwikkelen van een zorgprogramma (zie definitie zorgprogramma⁵). Er zijn twee verschillende modellen te schetsen voor het opzetten van een samenhangende structuur: de aanpak van het Spoor versus de aanpak van het veldproject Utrecht.

Bij het Spoor heeft men gekozen voor een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Er bestaat een vergaande gezamenlijke regie van het programma en een gezamenlijk gedeelde behandelvisie. Dit model krijgt als volgt gestalte:

- er is een vaste coach die met een speciaal ontwikkelde instrumentarium (het spoorboekje) de inhoudelijke lijn door de modules heen verzorgt;
- vanuit de kernpartners zijn driemanschappen gevormd voor de organisatorische en inhoudelijke aansturing van het zorgprogramma;
- bij de uitvoering van een module worden professionele werkers uit verschillende instellingen ingezet.

In Utrecht is gekozen voor een geschakelde verantwoordelijkheid⁶. Iedere instelling blijft verantwoordelijkheid voor zijn eigen taken en men doet dit naar eigen inzicht, eer en geweten. Daarnaast moet men wel beseffen dat men een schakel in een keten is: het eigen aanbod is geen doel op zich maar maakt deel uit van een breder traject dat de cliënt doorloopt. In dit tweede model blijft de instellingsverantwoordelijkheid nadrukkelijk overeind.

In Utrecht heeft men expliciet als programmadoelstelling om inhoudelijke samenhang in het aanbod te creëren. Dit veldproject kan dus informatie op leveren over de vraag wat de mogelijkheden en beperkingen zijn van het creëren van inhoudelijke samenhang binnen het model van geschakelde verantwoordelijkheid.

Inzet verschillende sectoren

In 5 van de 9 veldprojecten zijn alle drie de jeugdzorgsectoren (jeugdhulpverlening, justitie⁷ en GGZ-jeugd) via de kernpartners betrokken bij de zorgprogrammaring (JDS, Zeeland, Drenthe, Utrecht en Brabant). In twee projecten (Het Spoor en Tussen Wal en Schip) ontbreekt de GGZ-jeugd; eveneens in twee projecten (Flevoland en Venlo) ontbreekt justitie. Verder wordt in een aantal veldprojecten samengewerkt met aanpalende sectoren.

Noot 5 Definitie: 'Een zorgprogramma is een aantal gespecificeerde en samenhangende afspraken en coördinerende activiteiten, resulterend in een doelgerichte en planmatige inzet van twee of meer modules ten behoeve van een gespecificeerde doelgroep' (zie definitie kernbegrippen).

Noot 6 Het begrip geschakelde verantwoordelijkheid is ontleend aan de ketenbenadering van Schuyt die spreekt van geschakelde of ketenverantwoordelijkheid. Het gaat dan over de aansluiting tussen maatschappelijke organisaties als onderwijs en arbeidsvoorziening.

Noot 7 Te weten jeugdbescherming en/of jeugdreclassering en/of justitiële behandeling.

Bijvoorbeeld: in Zeeland levert het speciaal onderwijs een module en de LVG sector en de SPD zullen een gezamenlijke module leveren voor 'Tussen Wal en Schip'.

De samenwerking tussen de verschillende sectoren bij het ontwikkelen van de zorgprogramma's verloopt goed. In enkele projectverslagen wordt expliciet vermeld dat de samenwerking tussen verschillende sectoren tot een verbreding van kennis en perspectief leidt. Er worden nauwelijks knelpunten genoemd. Men dient zich daarbij wel te realiseren dat daar vaak een jarenlang proces van naar elkaar toe groeien aan vooraf is gegaan.

Vanuit het Spoor wordt wel melding gemaakt van het feit dat de aansturing van het zorgprogramma die toch al lastig is, extra bemoeilijkt wordt door de deelname van verschillende sectoren. Elke sector heeft namelijk eigen protocollen waarin regels en afspraken zijn vastgelegd over de werkwijze die gevolgd moet worden. Elke sector heeft ook zijn eigen registratiesystemen.

Samenwerking bij het ontwikkelen van het zorgprogramma betekent niet altijd dat de kernsectoren ook alle drie daadwerkelijk modules leveren of zullen gaan leveren. Uitvoering door jeugdhulpverlening en GGZ-jeugd komt het meeste voor. Dat justitie minder vaak modules levert heeft te maken met het feit dat de taken van de jeugdbescherming het karakter hebben van casemanagement. Het verscheidenheid in modules die de jeugdbescherming kan leveren is dus beperkt. De stand van zaken is als volgt.

- In twee projecten participeren alle drie sectoren in de uitvoering van het zorgprogramma/ het intersectorale aanbod (JDS en Zeeland).
- In vier projecten leveren de jeugdhulpverlening en de GGZ-jeugd modules (Venlo, Utrecht, Flevoland en Drenthe).
- In één project leveren de jeugdhulpverlening en justitie modules (het Spoor).
- In één project levert alleen de jeugdhulpverlening als kernsector modules (Tussen Wal en Schip); eveneens in één project is nog onbekend welke kernsectoren modules leveren (Brabant).

Vraaggericht werken

Er worden veel verschillende invalshoeken gekozen door de projecten om aan te geven dat men vraaggericht werkt. Bijvoorbeeld Tussen Wal en Schip werkt vraaggericht omdat bij de uitbouw van de modules steeds gekeken wordt waar in de praktijk het grootste knelpunt ligt. In Venlo werkt men vraaggericht omdat de individuele cliënt nadrukkelijk betrokken wordt bij het formuleren van het behandelingsplan en de uitvoering van het hulpverlenings-traject. De veldprojecten laten hiermee zien op welke wijze invulling gegeven kan worden aan het begrip vraaggericht werken bij de ontwikkeling en uitvoering van zorgprogrammering. Vaak gaat het echter om invullingen die niet specifiek zijn voor zorgprogrammering.

Verondersteld wordt dat zorgprogrammering hét instrument bij uitstek is om het vraaggericht werken binnen de jeugdzorg vorm en inhoud te geven. Om aan het einde van de veldprojectperiode ook daadwerkelijk aan te kunnen geven dat deze veronderstelling klopt, zal echter nog het nodige werk verricht moeten worden. Naar de mening van DSP zal de landelijke Projectgroep concreter moeten aangeven waarom en op welke wijze zorgprogrammering verondersteld wordt te leiden tot een vraaggerichte invulling van de jeugdzorg. Vervolgens kan dan duidelijker worden aangegeven welke informatie de veldprojecten zouden moeten opleveren en hoe de ervaringen van de veldprojecten moeten worden geordend.

Op basis van de beschikbare informatie kan over de relatie vraaggericht werken en zorgprogrammering op dit moment het volgende worden gezegd.

- 1 Een punt van verwarring dat uit verschillende projectverslagen naar voren kwam is het volgende: het aanbieden van een op maat gesneden combinatie van modules per cliënt lijkt de beste manier om vraaggericht te werken voor de individuele cliënt; waarom zou je uitgaande van het criterium vraaggerichtheid, dan een specialistisch zorgprogramma ontwikkelen?
- 2 De landelijke Projectgroep heeft als voorwaarde aan de veldprojecten gesteld dat er binnen de vraaggerichte benadering specifieke aandacht besteed moet worden aan het betrekken van cliëntenorganisaties bij het zorgprogramma. De veldprojecten worden bij het betrekken van cliëntenorganisaties beperkt door het gegeven dat lang niet voor alle doelgroepen specifieke cliëntenorganisaties bestaan. Als deze organisaties er wel zijn dan worden ze ook op enigerlei wijze betrokken bij het zorgprogramma. In 5 van de 9 veldprojecten zijn cliëntenorganisaties niet of nog niet betrokken bij de ontwikkeling van het zorgprogramma. In de overige vier projecten gebeurde dat wel.
 - In Drenthe zijn de eerste contacten gelegd met het cliëntenplatform Drenthe.
 - In Zeeland is de vertegenwoordiger van de organisaties NVP en Ypsilon die ook als zodanig zitting heeft in de Stuurgroep Regiovisie, betrokken bij de vormgeving van het zorgprogramma.
 - In Flevoland is de Stichting Balans betrokken geweest bij de analyse van de hulpvraag; de opzet van de zorgprogramma's zal worden voorgelegd aan het cliëntenplatform van de provincie, de cliëntenraden van de instellingen en aan de Stichting Balans.
 - In Brabant nemen de cliëntenraad GGz-Eindhoven en de Nederlandse Vereniging van autisten (NVA) deel aan de projectgroep die de hulpvraag en het aanbod voor de doelgroep 'jongeren met autisme en aan autisme verwante stoornissen' in kaart brengt.
- 3 De landelijke Projectgroep heeft eveneens als voorwaarde gesteld dat er binnen de vraaggerichte benadering specifieke aandacht besteed moet worden aan transculturele en seksespecifieke aspecten van hulpverlening. Alleen in Flevoland is/ wordt hier nadrukkelijk aandacht aan besteed. Binnen het Spoor en binnen JDS is een groot deel van de doelgroep van allochtone afkomst. Toch lijkt een specifieke methodiek aansluitend bij de etnische achtergrond van de jongeren geen belangrijk onderwerp in het kader van de zorgprogrammering.
- 4 In enkele projecten heeft de ontwikkeling van een zorgprogramma geleid tot nieuw aanbod of nieuwe methodieken (het Spoor en Tussen Wal en Schip).
- 5 In de meeste projecten is aandacht besteed aan het formuleren van de hulpvraag vanuit het perspectief van de cliënt. De resultaten zijn heel divers. In sommige zorgprogramma's zijn hele concrete formuleringen van vragen om hulp opgenomen (Flevoland, Zeeland); vaker echter gaat het nog om een formulering waar de diagnose sterk in doorklinkt (Venlo) of komt men tot de conclusie dat de hulpvraag van de cliënt alleen afgeleid kan worden uit de zorgen van de professionals (Drenthe). Wat precies de meerwaarde is van het expliciet formuleren van de hulpvraag blijft nog onduidelijk. Expliciete formuleringen van de hulpvraag hebben nog niet geleid tot de constatering dat er gaten of juist overlap in het aanbod bestaan. Ook de invloed van het betrekken van de cliënten op het formuleren van de hulpvraag valt nog niet aan te geven. In Flevoland is de hulpvraag heel nadrukkelijk als uitgangspunt gekozen voor het zorgprogramma. Met name van dit veldproject kan dus verwacht worden dat de meerwaarde van deze benadering kan worden aangegeven.

Relatie met de Toegang

Bij de ontwikkeling van de zorgprogramma's is veel aandacht besteed aan de aanmelding, diagnostiek, indicatiestelling en toewijzing. Door de projectgroep is als algemeen basiscriterium geformuleerd dat de instroom in het zorgprogramma moet voldoen aan de systeemeisen van de Toegang. Er kan worden geconcludeerd dat de relatie met de Toegang wordt bepaald door het vigerende provinciale model; dus niet de instellingen bepalen of het zorgprogramma voldoet aan de systeemeisen van de Toegang maar de feitelijke organisatie van de Toegang in de betreffende provincie. De stand van zaken is weergegeven in het volgende overzicht.

Schema 2 Instroom in zorgprogramma's

Project	Instroom via BJ	Niveau van Toewijzing	Diagnostiek alleen binnen BJ
Het Spoor	nee	n.v.t.	nee
JDS	nog niet: overgangsregeling	n.v.t.	forensische diagnostiek binnen ZP
Tussen Wal en Schip	nog niet bekend	nog niet bekend	nog niet bekend
Flevoland	via BJ en directe doorverwijzing huisarts naar GGZ	Zorgprogramma: toewijzing standaard modules en setting	nee
Zeeland	AMW fungeert als toegangsinstelling voor BJ	Zorgprogramma: toewijzing standaard modules	nee
Drenthe	ja	module niveau	ja
Utrecht	via BJ en directe instroom in GGZ	generalistisch programma: ZTO fiatteert voorstel schakeling modules	nee
Venlo	ja	zorgprogramma met enkele toegestane combinaties van kernmodules	nee
Brabant	vermoedelijk via BJ	nog niet bekend	nog niet bekend

Uit het overzicht kan het volgende worden geconcludeerd.

- In vier veldprojecten verloopt de instroom (vermoedelijk) alleen via BJ; in twee veldprojecten bestaan ook alternatieve routes naar de GGZ-modules; in de drie resterende projecten verloopt de instroom via de justieële jeugdinrichting, via de betrokken instellingen of is de wijze van instroom nog niet bekend.
- Alleen in Drenthe vindt toewijzing op moduleniveau plaats; in Utrecht wordt een voorstel tot schakeling van modules ter fiatting aan het ZTO voorgelegd; in drie projecten wordt alleen toegewezen naar de standaardmodules, dus niet naar de optionele modules. In de overige projecten is een en ander nog niet bekend of niet van toepassing.
- Alleen in Drenthe vindt alle diagnostiek plaats binnen BJ; in zes projecten vindt (aanvullende) diagnostiek plaats binnen het zorgprogramma. In twee projecten is de plaats van de (aanvullende) diagnostiek nog niet bekend.

Algemene conclusie

In deze rapportage is de ontwikkeling van de stand van zaken in algemene zin beschreven. Taakstellingen als het uitvoeren van een resultaatmeting en het invullen van specifieke thema's (zoals nazorg, samenwerking met aanpalende sectoren ed.) zijn buiten beschouwing gelaten. Wanneer we ook deze extra opdrachten in ons oordeel betrekken, dan luidt onze algemene conclusie dat het ontwikkelen en daadwerkelijk (experimenteel) uitvoeren van een zorgprogramma binnen de gestelde veldprojectperiode (van maximaal 20 maanden) een zware en complexe opdracht is voor de veldprojecten. Het is een ontwikkelingstaak waarbij ook eerst nog in de voorwaarden-scheppende sfeer (beschrijving van- en denken in modules) veel werk moet worden verzet.

DSP onderschrijft het besluit van de landelijke Projectgroep om meer ondersteuning op locatie te bieden aan de veldprojecten. Met name de projecten die in het najaar van 1998 als veldproject zijn gestart en in het voorjaar 1999 nog in een voorbereidende fase verkeerden (te weten Drenthe en Venlo) behoeven ons inziens stimulerende ondersteuning.

Met de projecten die nog in een voorstadium verkeren, die dus nog geen zorgprogramma hebben maar een clustering van aanbod of nog pas één module (JDS en Tussen Wal en Schip), dient nader besproken te worden hoe de landelijke Projectgroep hen het beste kan ondersteunen. Deze twee projecten nemen een bijzondere positie in binnen de eerste tranche van veldprojecten. In beide projecten is men al langere tijd bezig met programmering van zorg. In beide projecten is dan ook inmiddels veel kennis en ervaring aanwezig over het proces om tot een intersectorale clustering van aanbod of een zorgprogramma te komen. Beide projecten hebben ook prestaties neergezet: in het JDS is samenwerking tot stand gekomen tussen justitie en jeugdhulpverlening/ GGZ-jeugd; Tussen Wal en Schip heeft een nieuw aanbod ontwikkeld voor een complexe doelgroep waar voorheen geen passend aanbod voor beschikbaar was. Uitgaande van de definitie van een zorgprogramma zoals omschreven in de notitie 'Definitie van Kernbegrippen', hebben beide projecten echter nog geen zorgprogramma ontwikkeld. Beide projecten hanteren een open planning. DSP is van mening dat enerzijds meer gebruik zou moeten worden gemaakt van de kennis en ervaring die reeds binnen deze projecten aanwezig is. Anderzijds dienen deze projecten zo concreet mogelijk aan te geven wanneer naar verwachting sprake is van een operationeel zorgprogramma (volgens de definitie van kernbegrippen) opdat de vragen die ze hebben meegekregen met betrekking tot de basiscriteria en de specifieke thema's ook daadwerkelijk tijdens de veldprojectperiode beantwoord kunnen worden.

Feitelijk geldt voor alle projecten die nu reeds of binnenkort operationeel zijn dat zij een voorbeeldfunctie kunnen vervullen, dat wil zeggen dat zij kennis en ervaring kunnen aanleveren waar de andere projecten hun voordeel mee kunnen doen. Dat geldt met name voor de wijze waarop zij de inhoudelijke en organisatorische samenhang van hun zorgprogramma's vorm geven. Er zou nadrukkelijker naar manieren gezocht moeten worden om deze kennis en ervaring toegankelijk te maken en te verspreiden.

Bijlage 1 Overzicht kernpartners veldprojecten

1 Veldproject Het Spoor

- Stichting Frentrop Teylingereind (justitiële jeugdinrichting)
- Stichting de Mare (jeugdhulpverlening)
- Stichting Jeugdzorg Den Haag/ Zuid-Holland Noord (jeugdhulpverlening/ jeugdbescherming)

2 Veldproject JDS

- Stichting de Jutter (kinder- en jeugdpsychiatrie)
- Stichting Jeugdzorg Den Haag/ Zuid-Holland Noord (jeugdhulpverlening/ jeugdbescherming)
- Raad voor de Kinderbescherming
- Parnassia (RIAGG's Haaglanden)
- RIJ (jeugdhulpverlening)
- De Ark (jeugdhulpverlening)

3 Veldproject Tussen Wal en Schip

- Martha-Stichting: locatie Rijnhove (jeugdhulpverlening)
- Stichting Flexus (jeugdhulpverlening)
- Stichting Cunera (LVG-instelling)
- Stichting Maasstad (LVG-instelling)
- Stichting Jeugdzorg Rotterdam/ Zuid-Holland Zuid (jeugdhulpverlening/ jeugdbescherming)
- R'go (gehandicaptenzorg/ SPD).

4 Veldproject Flevoland

- Stichting Boschhuis (jeugdhulpverlening)
- APZ Veldwijk divisie de Rietshorst (KJP)
- RIAGG Lelystad e.o.
- Stichting Jeugdhulpverlening Flevoland (jeugdhulpverlening)
- Bureau Jeugdzorg Flevoland
- ZMOK-school de Anger, LZK-school Dr. Herman Bekiuschool en Stichting Gewoon Anders te Almere.

5 Veldproject Zeeland

- Stichting Emergis (RIAGG-jeugd, RIBW en KJP)
- De instellingen voor maatschappelijk werk
- Stichting Jeugdzorg Zeeland (jeugdhulpverlening/ jeugdbescherming)
- Stichting AZZ (jeugdhulpverlening).

6 Veldproject Drenthe

- Jeugdzorg Drenthe (jeugdhulpverlening/ jeugdbescherming)
- GGZ-Drenthe
- Raad voor de Kinderbescherming.

7 Veldproject Utrecht

- Trajectum (jeugdhulpverlening)
- UJL (jeugdhulpverlening)
- De Rading (jeugdhulpverlening)
- Bureau Jeugdzorg Utrecht
- Fornhese (KJP)
- RIAGG Stad Utrecht en RIAGG Westelijk Utrecht.

- 8 Veldproject Noord Limburg (Venlo)**
- Mutsaers-stichting (MKD en KJP)
 - RIAGG Noord Limburg

9 Veldproject Noordoost Brabant en Zuidoost Brabant

ZP1: autisme en aanverwante stoornissen

- Stichting Maashorst locatie kinderkuis Reek (jeugdhulpverlening)
- Stichting Jeugdzorg Noordoost Brabant (jeugdhulpverlening)
- Stichting Oosterpoort, locatie Ravenstein (jeugdhulpverlening)
- Stichting Frentop/ de Widdonck (jeugdhulpverlening)
- Stichting de Boerderij, leefgroep voor volwassen autisten
- NVA: Nederlandse Vereniging van Autisten
- Cliëntenraad GGZ-Eindhoven
- Samenwerkingsverband Autisme Zuidoost
- Stuurgroep Ensemble.

ZP2: verslavingsproblematiek

- Stichting Jeugdzorg Zuidoost Brabant (jeugdhulpverlening)
- BJ-Brabant locatie Vreekwijk (jeugdhulpverlening)
- Stichting Oosterpoort locatie de Vliert (jeugdhulpverlening)
- Novadic (verslavingszorg)
- Stichting Troje (jeugdhulpverlening).