

Zorgprogrammering in de praktijk

Eindrapportage 'monitoring veldprojecten jeugdzorg'
Uitgevoerd in opdracht van de Landelijke Projectgroep Zorgprogrammering

Amsterdam, september 2000

Agnes van Burik
Lea Grubben

Inhoud

1	Inleiding	7
2	Het Spoor	9
2.1	Inleiding	9
2.2	Doelgroep, doelstelling en hulpvraag	9
2.3	De deelname van instellingen en sectoren	9
2.4	Organisatie en werkwijze van het veldproject	10
2.5	Beschrijving van het zorgprogramma	10
2.6	De instroom	11
2.7	Ervaringen met de uitvoering van het zorgprogramma	11
2.8	Knelpunten	12
2.9	Ervaringen met de specifieke thema's	14
2.10	Conclusies DSP	15
3	Jeugdige Delinquenten met Stoornissen	17
3.1	Inleiding	17
3.2	Doelgroep, doelstelling en hulpvraag	17
3.3	De deelname van instellingen en sectoren	18
3.4	Organisatie en werkwijze van het veldproject	18
3.5	Beschrijving van het zorgprogramma	18
3.6	De instroom	19
3.7	Ervaringen met de uitvoering van het zorgprogramma	20
3.8	Knelpunten	21
3.9	Ervaringen met de specifieke thema's	22
3.10	Conclusies DSP	22
4	Tussen Wal en Schip	25
4.1	Inleiding	25
4.2	Doelgroep, doelstelling en hulpvraag	25
4.3	De deelname van instellingen en sectoren	26
4.4	Organisatie en werkwijze van het veldproject	26
4.5	Beschrijving van het zorgprogramma	26
4.6	De instroom	27
4.7	Ervaringen met de uitvoering van het zorgprogramma	28
4.8	Knelpunten	28
4.9	Conclusies DSP	30
5	Intersectorale Zorgprogrammering Jeugdzorg Flevoland	33
5.1	Inleiding	33
5.2	Doelgroep, doelstelling en hulpvraag	33
5.3	De deelname van instellingen en sectoren	34
5.4	Organisatie en werkwijze van het veldproject	35
5.5	Beschrijving van de zorgprogramma's	36
5.5.1	Algemene kenmerken	36
5.5.2	Globale beschrijving van de afzonderlijke zorgprogramma's	37
5.5.3	De organisatie van de zorgprogramma's	40
5.6	De instroom en de systeemeisen van de Toegang	40
5.7	Stand van zaken ontwikkeling en uitvoering zorgprogramma's	41
5.8	Knelpunten	42
5.9	Ervaringen met de specifieke thema's	42
5.10	Conclusies DSP	43

6	Zorgprogrammering Zeeland	45
6.1	Inleiding	45
6.2	Doelgroep, doelstelling en hulpvraag	45
6.3	De deelname van instellingen en sectoren	45
6.4	Organisatie en werkwijze van het veldproject	46
6.5	Beschrijving van het zorgprogramma	46
6.5.1	De inhoud van het zorgprogramma	46
6.5.2	De organisatie van het zorgprogramma	47
6.6	De instroom	48
6.7	Ervaringen met de uitvoering van het zorgprogramma	48
6.8	Knelpunten	49
6.9	Ervaringen met de specifieke thema's	50
6.10	Conclusies DSP	51
7	Intersectoraal veldproject preventieve en curatieve gezinsgerichte begeleiding en ondersteuning	53
7.1	Inleiding	53
7.2	Doelgroep, doelstelling en hulpvraag	53
7.3	De deelname van instellingen en sectoren	54
7.4	Organisatie en werkwijze van het veldproject	55
7.4.1	De opzet van een projectstructuur	55
7.4.2	Werkwijze KOPP-zorgprogramma	55
7.4.3	Werkwijze zorgprogramma Kindermishandeling	56
7.5	Beschrijving van de zorgprogramma's	56
7.6	De instroom	57
7.7	Ervaringen met het ontwikkelen van de zorgprogramma's	57
7.8	Ervaringen met de specifieke thema's	58
7.9	Conclusies DSP	58
8	Een samenhangend hulpaanbod bij ernstig probleemgedrag van jonge kinderen uit multi-probleemgezinnen	61
8.1	Inleiding	61
8.2	Doelgroep, doelstelling en hulpvraag	61
8.3	De deelname van instellingen en sectoren	62
8.4	Organisatie en werkwijze van het veldproject	62
8.5	Beschrijving van het zorgprogramma	63
8.5.1	De inhoud van het zorgprogramma	63
8.5.2	De organisatie van het zorgprogramma	64
8.6	De instroom	64
8.7	Ervaringen met de uitvoering van het zorgprogramma	65
8.8	Knelpunten	67
8.9	Ervaringen met de specifieke thema's	67
8.10	Conclusies DSP	68
9	Zorgprogramma 'Baby's en peuters en hun ouders met psychosociale en/of psychiatrische problematiek'	71
9.1	Inleiding	71
9.2	Doelgroep, doelstelling en hulpvraag	71
9.3	De deelname van instellingen en sectoren	72
9.4	Organisatie en werkwijze van het veldproject	72
9.5	Beschrijving van het zorgprogramma	72
9.5.1	De inhoud van het zorgprogramma	72
9.5.2	De organisatie van het zorgprogramma	73
9.6	De instroom	74
9.7	Ervaringen met het ontwikkelen van het zorgprogramma	74
9.8	De circuitvorming	75
9.9	Ervaringen met specifieke thema's	76
9.10	Conclusies DSP	76

10	Op weg naar zorgprogramma's	79
10.1	Inleiding	79
10.2	Doelgroep, doelstelling en hulpvraag	79
10.3	De deelname van instellingen en sectoren	80
10.4	Organisatie en werkwijze van het veldproject	81
10.5	Beschrijving van de zorgprogramma's	81
10.5.1	De inhoud van de zorgprogramma's	81
10.5.2	De organisatie van de uitvoering	82
10.6	De instroom	82
10.7	Ervaringen met het ontwikkelen van zorgprogramma's	83
10.8	Knelpunten	84
10.9	Conclusies DSP	85
11	Zorg en onderwijs voor kinderen met PDD-NOS	87
11.1	Inleiding	87
11.2	Doelgroep, doelstelling en hulpvraag	87
11.3	De deelname van instellingen en sectoren	87
11.4	Organisatie en werkwijze van het veldproject	88
11.5	Beschrijving van de zorgprogramma's	88
11.6	De instroom	89
11.7	Ervaringen met het ontwikkelen van de zorgprogramma's	89
11.8	Knelpunten	90
11.9	Ervaringen met specifieke thema's	91
11.10	Conclusies DSP	91
12	Marokkaanse jeugdigen in het speciaal basisonderwijs in Den Haag	93
12.1	Inleiding	93
12.2	Doelgroep, doelstelling en hulpvraag	93
12.3	De deelname van instellingen en sectoren	94
12.4	Organisatie en werkwijze van het veldproject	94
12.4.1	De organisatie	94
12.4.2	De werkwijze	95
12.5	Beschrijving van het zorgprogramma	97
12.6	De instroom	97
12.7	Ervaringen met het ontwikkelen van het zorgprogramma	97
12.8	Knelpunten	98
12.9	Ervaringen met specifieke thema's	99
12.10	Conclusies DSP	99

1 Inleiding

De landelijke Projectgroep Zorgprogrammering Jeugdzorg, die in het najaar van 1997 voor een periode van drie jaar werd ingesteld, kreeg als taak om de ontwikkeling van zorgprogramma's in de jeugdzorg te stimuleren. Een belangrijk onderdeel van de werkzaamheden van de Projectgroep betrof de selectie en ondersteuning van 11 zogenaamde veldprojecten. Via deze veldprojecten moest kennis en ervaring beschikbaar komen over de mogelijkheden en beperkingen van het werken met modules en zorgprogramma's binnen de jeugdzorg. De Projectgroep heeft deze doelstelling nader gespecificeerd door een aantal algemene, voor alle projecten geldende thema's en een aantal specifieke, projectgebonden thema's te benoemen. De veldprojecten dienden bij de ontwikkeling van zorgprogramma's nadrukkelijk aandacht te besteden aan de algemene thema's en aan de specifieke thema's die ze toegewezen hadden gekregen.

Eind 1998 / begin 1999 is de eerste tranche van 9 veldprojecten van start gegaan¹; een half jaar later volgde de tweede tranche van 2 veldprojecten. De veldprojectperiode eindigt in juli 2000; de veldprojecten hebben dus respectievelijk anderhalf jaar (eerste tranche) en één jaar (tweede tranche) de tijd gekregen om ervaring op te doen met het ontwikkelen en het uitvoeren van zorgprogramma's in de jeugdzorg.

De landelijke Projectgroep Zorgprogrammering heeft Van Dijk, Van Soomeren en Partners (DSP) gevraagd om de ontwikkelingen in de veldprojecten te monitoren. Concreet betekent dit dat de kennis en ervaringen die binnen de veldprojecten werden opgedaan, moesten worden beschreven, geordend en geëvalueerd. Dit onderzoek had een tweeledige functie:

- de landelijke Projectgroep van relevante informatie voorzien bij het schrijven van haar eindadvies;
- de veldprojecten ondersteunen bij de ontwikkeling en uitvoering van de zorgprogramma's.

In het kader van deze monitoring heeft DSP de volgende activiteiten uitgevoerd:

- De projectleiders ondersteunen bij het schrijven van hun tussentijdse rapportage over de voortgang van het project. Zij moesten dit doen aan de hand van de algemene en specifieke thema's die door de Projectgroep zijn geformuleerd.
- Het schrijven van rapportages waarin de ervaringen van de veldprojecten uitgebreid zijn beschreven en geëvalueerd.
- De projectleiders ondersteunen bij het thema resultaatmeting. DSP heeft in samenwerking met de landelijke Projectgroep richtlijnen ontwikkeld om op een eenvoudige manier resultaten van het zorgprogramma te beschrijven (Notitie: Richtlijnen resultaatmeting veldprojecten; Amsterdam DSP; mei 1999). Verder heeft DSP de veldprojecten ondersteund bij een verdere uitwerking van de resultaatmeting.

Op basis van de eigen rapportages van de veldprojecten, heeft DSP in het najaar van 1999 een eerste tussenstand opgemaakt. Per project is de stand van zaken beschreven (Zorgprogrammering in de praktijk; Amsterdam DSP; september 1999).

Noot 1 Een aantal van deze projecten was reeds van start gegaan op initiatief van instellingen of provincie, anderen zijn pas begonnen op het moment dat zij als veldproject werden uitgekozen.

In februari 2000 is opnieuw een tussenstand opgemaakt. Hiervoor zijn alle projectleiders (en vaak ook andere centrale functionarissen binnen een veldproject) door DSP geïnterviewd. Dit heeft geresulteerd in een interne rapportage die alleen verspreid is onder de leden van de landelijke Projectgroep en de medewerkers van de veldprojecten.

Het eindadvies van de landelijke Projectgroep zal in het najaar 2000 worden uitgebracht. Tegelijkertijd verschijnt dan het eindrapport van DSP (Evaluatie veldprojecten zorgprogrammering jeugdzorg: Eindrapport; Utrecht NIZW). In dit eindrapport is alle ervaring en kennis die binnen de veldprojecten is opgedaan, gebundeld en geëvalueerd.

Het voor u liggende rapport is het tweede eindrapport dat door DSP is uitgebracht in het kader van de gestelde onderzoeksopdracht. In dit rapport worden de ervaringen met zorgprogrammering in de jeugdzorg gedetailleerder en per project beschreven. De projectevaluaties zijn gebaseerd op reeds eerder verzameld materiaal (eigen projectrapportages van de veldprojecten en de interviewronde in februari 2000) en op aanvullend materiaal (een laatste interviewronde in mei 2000). Elk veldproject wordt in een afzonderlijk hoofdstuk beschreven en geëvalueerd.

Het rapport laat vooral zien dat de veldprojecten zeer uiteenlopende wegen hebben bewandeld bij de uitvoering van hun opzet om tot een zorgprogramma te komen. Het rapport laat ook zien welke hindernissen men tegenkwam, hoe deze werden overwonnen en welke resultaten werden bereikt. Wij hopen dat instellingen die op dit moment bezig zijn of in de toekomst gaan starten met zorgprogrammering, met deze verzamelde informatie hun voordeel kunnen doen.

2 Het Spoor

Regio Zuid-Holland Noord

2.1 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; het ontvangt echter als enige 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.

2.2 Doelgroep, doelstelling en hulpvraag

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. De jongeren zijn vaak 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 en 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.

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.

2.3 De deelname van instellingen en sectoren

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. Het is mogelijk om jongeren geplaatst te krijgen in de Jutter (Kinder- en Jeugd Psychiatrie). Structurele deelname van de GGZ aan het zorgprogramma is echter nog niet aan de orde. Eerst moeten andere problemen opgelost worden (zie onder knelpunten).

2.4 Organisatie en werkwijze van het veldproject

Het directorium bestaande uit de drie directeuren is gezamenlijk verantwoordelijk. Afspraken over personele en financiële inzet van elke partner, de budgethouder, de procedure bij geschillen en over de begroting van het totale zorgprogramma zijn, in een samenwerkingsovereenkomst vastgelegd.

Er werd voorlopig gekozen voor een *gezamenlijke* aansturing van het zorgprogramma door de drie partnerinstellingen. De dagelijkse leiding en begeleiding van de coaches was dus in handen van het zogeheten kernteam bestaande uit drie leden (leidinggevers 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.

De constructie van gezamenlijke aansturing van het zorgprogramma had duidelijke voordelen maar was altijd als tijdelijk bedoeld en is op een gegeven moment veranderd.

- Een van de kernteamleden is programmaleider geworden: hij is eindverantwoordelijk voor het gehele zorgprogramma en operationeel leidinggevende van de module-uitvoerders. Naast de operationeel leidinggevende is er een formeel leidinggevende (werkzaam binnen de betreffende instelling).
- Het kernteam fungeert als klankbord voor de programmaleider.

Het evenwicht binnen het kernteam is met deze nieuwe constructie enigszins verstoord: 1 persoon wordt veel actiever dan de rest; hij wordt operationeel leidinggevende van de coaches terwijl deze in dienst zijn bij een andere instelling (St. Jeugdzorg). Zie ook paragraaf 2.8.

2.5 Beschrijving 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 (KTC) 'plus'.
- Dagbesteding (onderwijs en arbeidstoeleiding).
- Directieve thuisbehandeling.

De modules worden uitgevoerd door de reclassering, de justitiële inrichting en de jeugdhulpverlening. Door de negatieve beeldvorming over de doelgroep is het nog steeds niet gelukt om een geschikt pand te vinden voor het cursushuis. Daarom kan deze module nog niet worden uitgevoerd.

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 spilfunctie. De coach vervult een regisserende en begeleidende rol.

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

Er wordt gewerkt vanuit de methodiek competentie- en vraaggericht werken/ het competentiemodel. Daarin wordt uitgegaan van 7 leefgebieden. Er wordt een competentie-analyse gemaakt door de coach en aan de jongere wordt gevraagd wat hij wil leren. Vervolgens is het de bedoeling dat modules worden ingezet op competentietekorten, bijv.: leren op tijd naar bed te gaan/ op tijd op te staan. Dit moet leiden tot een gestructureerde inzet van modules waarbij de hulpverlener van de module werkt aan het uitbreiden

van de vaardigheden. Alle hulpverleners werken vanuit dezelfde methodiek en met hetzelfde instrument (het Spoorboekje). Bijv. het daghulpcentrum krijgt bepaalde vragen uitbesteed; men mag daar ook zelf wel wat aan toevoegen (eigen inbreng) maar de coach blijft bepalen van de inhoud van de zorg.

Elke zes weken worden de doelen geëvalueerd door coach, mentor van een 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 afbouw-fase 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.

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.

2.6 De instroom

De huidige praktijk van instroom van de deeldoelgroep *voorlopig gehechte jongeren* is de volgende:

- 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.
- De opnemende voorziening fungeert als verwijzer.
- De coach maakt in samenspraak met de jongere een zorgplan, de coach bepaalt dus hoe het zorgprogramma voor de jongere eruit kan zien.
- Dat plan gaat (als voorstel tot schorsing van de voorlopige hechtenis) naar de rechter; deze bepaalt onder welke voorwaarden de voorlopige hechtenis kan worden opgeschort (een voorwaarde kan bijv. zijn controle dat jongere geen drugs gebruikt).
- Dit traject moet onder grote tijdsdruk plaatsvinden; er is dus geen tijd voor een p.o. (persoonlijkheidsonderzoek).
- De reclassering heeft plaatsingsbevoegdheid en kan dus als casemanager fungeren.

Bureau Jeugdzorg (BJZ) moet accoord gaan met de toewijzing van de hulp/ het zorgprogramma. De instroomprocedure voldoet feitelijk niet aan de voorwaarden die Bureau Jeugdzorg stelt. Volgens de programmaleider is niemand gebaat met een veto vanuit Bureau Jeugdzorg voor zorgtoewijzing aan deze doelgroep. Het is een doelgroep die voor veel maatschappelijke onrust zorgt en langs andere wegen moeilijk te bereiken is door de jeugdhulpverlening.

De tweede deeldoelgroep van het Spoor zijn *de jongeren die uit detentie komen en de jongeren die in het kader van een PIJ maatregel in Teylingereind waren geplaatst*. Ook voor deze deeldoelgroep geldt dat de rechter beslist dat de jongere in plaats van de laatste fase van detentie/ behandeling deel kan nemen aan het zorgprogramma. In deze situatie bestaat minder tijdsdruk en kan de beslissing tot instroom in het zorgprogramma dus meer gefundeerd worden genomen. Dit levert dus minder problemen op voor Bureau Jeugdzorg.

2.7 Ervaringen met de uitvoering van het zorgprogramma

Tijdens de veldprojectperiode is gebleken dat de modules onvoldoende worden gebruikt: het KTC (kamertraining) begint te lopen maar wordt als een op zichzelf staande module benut dus niet als onderdeel van het zorg-

programma. Alleen de module coach wordt gebruikt. De jongeren van het Spoor krijgen dus alleen begeleiding van de coach. Meestal wonen deze jongeren thuis. Het daghulpcentrum en de directieve thuisbehandeling worden onvoldoende benut. Er werden maximaal 2 plekken gevuld in de module directieve thuisbehandeling.

Er zijn verschillende verklaringen voor de ontstane situatie:

- de geringe instroom;
- de module coach is nog steeds niet goed van de grond gekomen;
- de modules zijn nog niet goed genoeg beschreven; het aanbod is dus nog niet transparant genoeg gemaakt; de programmaleider wil hier de komende tijd wel aandacht aan gaan besteden;
- er moet een betere selectie komen van welke jongens wel en welke niet in aanmerking komen voor het zorgprogramma; de juiste doelgroep wordt niet aangeboord: dit is de groep die behoefte heeft aan meerdere modules. De programmaleider is ervan overtuigd dat deze groep er wel is. Er moet bewuster naar gezocht worden. De coaches zouden moeten kijken of de jongere in aanmerking komt voor het zorgprogramma. Omdat er te weinig coaches zijn komen de aanmeldingen nu van de behandelaars van Teylingereind.

De programmaleider heeft een half jaar gekregen om duidelijk te maken of het project door moet gaan. Een eventuele verlenging van nog een half jaar is mogelijk. Criteria voor de beslissing wel/ niet doorgaan moet hij zelf ontwikkelen. Deze zullen bijv. zijn: de doelgroep moet goed in beeld gebracht zijn; de modules moeten gebruikt worden.

2.8 Knelpunten

De potentiële doelgroep is kleiner geworden

Instroom vindt plaats vanuit Teylingereind. De populatie van Teylingereind is veranderd. Ooit (bij de ontwikkeling van het project) is sprake geweest van een uitstroom van 400 jongeren per jaar. Nu ligt dat op nog geen 80 waarvan 16 uit het arrondissement Den Haag.

Teylingereind had een totale capaciteit van 72 opvangplaatsen. Dat is veranderd in 48 opvangplaatsen en 24 behandelplaatsen. Eénderde van de totale capaciteit is dus gereserveerd voor 'behandeling' (jongeren die via een PIJ-maatregel in Teylingereind zijn geplaatst). Deze jongeren verblijven langer in de inrichting dan de groep die er voor straf zit. De 'PIJ-jongeren' vallen sinds kort ook binnen de doelgroep van het zorgprogramma. Teylingereind blijft bij deze groep echter verantwoordelijk voor de behandeling van de jongere.

Doordat het aantal opvangplaatsen is verminderd is ook het aantal voorlopig gehechte jongeren afgenomen; bovendien blijkt deze groep zwaarder dan gedacht.

Een knelpunt wat betreft de doelgroep is dat bij jongeren met een OTS de module coach eigenlijk niet kan worden ingezet omdat dat stapeling van zorg zou betekenen. Dit knelpunt wordt min of meer omzeild door creatief om te gaan met eigen middelen.

De uitvoering van de module coach

Er zijn diverse personele wisselingen geweest binnen de module coach. Het gevolg was dat er meestal maar één coach was die maximaal 8 jongeren in zijn caseload kan hebben. (NB Er is budget voor aanstelling van 4 coaches). De programmaleider gaat analyseren wat het eigenlijke probleem is. Is het pech? Is de module/ functie te ingewikkeld? Krijgen de coaches niet voldoende ondersteuning?

Er kan reeds een aantal zaken geconstateerd worden.

- Het is een solistische functie: de coach werkt tussen instellingen in, hij of zij hoort niet echt ergens bij.
- De coaches werken in een heel klein team.
- Wat betreft ervaring in het omgaan met de doelgroep is iemand uit de jeugdbescherming (gezinsvoogdij-instelling) te prefereren. Wat betreft ervaring met rapportage naar de rechtbank is iemand uit de reclassering te prefereren. Feitelijk zou je dus iemand moeten hebben met ervaring in beide sectoren; iemand met een dergelijk profiel is moeilijk te vinden.
- De coaches werken in een experimentele setting. Dat betekent dat er nog niet zoveel structuur is terwijl men daar wel behoefte aan heeft.
- De coaches worden door 3 verschillende instellingen gevraagd om dingen te doen; iedereen wil dus wat van ze, daar moet je mee om kunnen gaan.
- Het is een nieuwe manier van werken, met name de regisserende rol binnen het zorgprogramma komt nog niet uit de verf.

Er is nog onvoldoende aandacht voor de etniciteit van de jongeren

Er wordt gewerkt vanuit een universele methodiek. Volgens de programma-leider is het echter wel nodig om meer aandacht te schenken aan de factor etniciteit. Van belang is dat er allochtone werkers worden aangesteld. Verder zou met name de werkwijze in de module directieve thuisbehandeling meer afgestemd moeten worden op het feit dat het om allochtone gezinnen gaat.

De regionale instroom en indeling

De modules van de jeugdhulpverlening zijn bedoeld voor jongeren uit de Rijn/Duin en Bollenstreek; dat is de regio die Bureau Jeugdzorg bestrijkt en waar

Stichting de Mare voor werkt. Er is inmiddels overeenstemming bereikt met de provincie dat de arrondissementsgrenzen en de regionale hulpverleningsgrenzen samenvallen (terwijl de arrondissementsgrenzen feitelijk iets ruimer zijn). Dus alle jongeren uit het arrondissement komen in aanmerking voor jeugdhulpverleningsmodules.

Plaatsingen van jongeren in justitiële behandelinrichtingen zijn heel willekeurig. Er wordt gewoon gekeken: waar is plek? Binnen Teylingereind zitten dus ook jongeren afkomstig uit andere arrondissementen. Ook voor deze jongeren zou het zorgprogramma geschikt kunnen zijn. Bovendien zijn er ook jongeren in andere inrichtingen die graag een nieuw leven op willen bouwen ver van hun thuissituatie. De regiogrenzen van Bureau Jeugdzorg vormen echter een belangrijke beperking voor instroom in het zorgprogramma.

Het vinden van huisvesting voor de uitvoering van modules

Vanaf de start van het zorgprogramma zijn er problemen geweest met het vinden van huisvesting. Het was de bedoeling dat het KTC (kamertraining) naar de stad (Leiden) zou verhuizen. Het cursushuis zou dan in het vrijkomende pand kunnen. Het vinden van een pand in de stad voor een groep van 10 jongens is nog steeds niet gelukt. Het loopt steeds vast op vergunningen en bezwaarschriften.

De aansturing van een module door twee instellingen

In de praktijk blijkt dat de aansturing van een module door twee instellingen problemen geeft. De programmaleider (van Stichting de Mare) heeft de operationele verantwoordelijkheid, bepaalt dus wat er moet gebeuren en hoe dat moet gebeuren. Hij heeft echter geen hiërarchische verantwoordelijkheid, voert dus geen functioneringsgesprekken en geen salarisonderhandeling. Dat gebeurt door Stichting Jeugdzorg.

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.

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 bijv. 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. Bijv. 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 leidinggeven-

de binnen de jeugdreclassering.

2.9 Ervaringen met de specifieke thema's

De inzet van jeugdhulpverlening in onvrijwillig kader

Geheel onvrijwillig is het zorgprogramma niet want de jongere heeft er zelf voor gekozen. Hij moet zich echter wel aan bepaalde voorwaarden houden anders vervalt de hulp. Deze voorwaarden zijn door de rechter gesteld of door Teylingereind (bij PIJ-maatregel). Volgens de programmaleider werkt deze constructie beter dan wanneer je wacht met aanbieden van het zorgprogramma tot jongeren weer vrij zijn: 'dan zijn ze niet meer gemotiveerd maar willen alleen nog maar naar huis/ vrij zijn'.

Hulpverleners van een module moeten naast hulpverleners dus ook controleren of een jongere zich aan de gestelde voorwaarden houdt en samenwerken met de reclassering. Daar moeten goede afspraken over gemaakt worden. Overigens is in de meeste modules geen sprake van een mix van jongeren (wel en niet vrijwillig geplaatst). Het KTC en het cursushuis zijn alleen bedoeld voor het Spoor. Dit is nieuw aanbod, medewerkers zijn specifiek getraind voor deze doelgroep. Bij het daghulpcentrum en de directe thuisbehandeling zijn plaatsen ingekocht voor het Spoor. Met name voor het daghulpcentrum geldt dat er naast Spoor-jongeren ook jongeren zitten die vrijwillig geplaatst zijn. Er bestonden wel weerstanden tegen het combineren van beide groepen, met name bij ouders. In de praktijk blijken er tot nog toe geen problemen te zijn; de feitelijke ervaringen zijn echter nog maar beperkt.

2.10 Conclusies DSP

Een zorgprogramma is bedoeld voor een complexe doelgroep met een gemeenschappelijke hulpvraag. De gemeenschappelijke hulpvraag van de doelgroep dient met het zorgprogramma te worden beantwoord. Kenmerkend voor een zorgprogramma is dus dat het altijd gebaseerd is op de hulpvraag. De ontwikkeling van het Spoor is destijds gebaseerd op een globale beschrijving van de doelgroep; er is geen analyse van de hulpvraag gemaakt. Dit kan mede een verklaring zijn voor het feit dat de uitvoering van het zorgprogramma is gestagneerd.

Anderhalf jaar nadat de eerste jongeren zijn ingestroomd wordt alleen de module coach gebruikt. Men is op zoek naar de doelgroep die past binnen het zorgprogramma. Een belangrijke vraag bij de analyse van de huidige problemen is: sluit het programma wel aan bij de hulpvraag van de doelgroep? Uit onderzoek uitgevoerd door DSP naar de strafbeleving van allochtone jongeren², blijkt dat deze doelgroep grote behoefte heeft aan contact met één vertrouwenspersoon en grote moeite heeft met contacten met verschillende hulpverleners (uit verschillende modules). De module coach voorziet in deze behoefte. Dit zou een verklaring kunnen zijn van het feit dat alleen de module coach benut wordt.

Het zorgprogramma heeft enkele bijzondere en aantrekkelijke kenmerken. Het is het enige programma dat de bestaande organisatie van de zorg doorbreekt: niet de instellingen en de afdelingen maar de programmaleider en de coaches bepalen de inhoud van de zorg en de aansturing van de werkers. De programmaleider is eindverantwoordelijk voor het zorgprogramma en operationeel leidinggevende van de modules die door twee jeugdhulpverleningsinstellingen worden geleverd. De coach maakt in samenspraak met de jongere een zorgplan voor de jongere. Hij/ zij voert de regie over de uitvoering van het plan en bepaalt in samenspraak met de module-uitvoerders welke hulpvragen binnen welke modules moeten worden beantwoord. De medewerkers van het Spoor hebben dus eigen bevoegdheden en verantwoordelijkheden toegekend gekregen van de verantwoordelijke instellingen. Een en ander is gebaseerd op het feit dat er gewerkt wordt vanuit een gemeenschappelijke methodiek en een instrument (het Spoorboekje) dat door coaches en module-uitvoerders wordt gebruikt. Het is jammer dat het programma zich in de praktijk niet heeft kunnen bewijzen. Het idee verdient ons inziens verdere uitwerking en navolging.

Uit de ervaringen van het Spoor kan een aantal factoren afgeleid worden die als faalfactoren of bedreigende factoren zijn te beschouwen voor het opzetten van zorgprogramma's.

- Afhankelijkheid van één toeleverende instelling wat betreft instroom van cliënten maakt een programma (te) kwetsbaar.
- Het implementeren van een nieuwe, nog niet bestaande functie kost meer tijd dan men verwacht.
- Het programma mag niet afhankelijk zijn van een of twee functionarissen die niet of nauwelijks vervangbaar zijn en de essentie van het programma bepalen (de coaches). Dat betekent dus feitelijk dat een (innovatief) zorgprogramma niet te kleinschalig van start moet gaan.
- Een zorgprogramma binnen de jeugdzorg, bedoeld voor jongeren die via justitiële instellingen instromen krijgt met grote knelpunten te maken wat betreft indicatiestelling en toewijzing van zorg. De voorwaarden van zorgtoewijzing door de rechter zijn van geheel andere aard dan de voorwaarden van zorgtoewijzing door Bureau Jeugdzorg. Het is onmogelijk om aan beide soorten voorwaarden tegelijkertijd te voldoen.

Noot 2 Klooster E. e.a. Allochtonen en Strafbeleving; Ministerie van Justitie Directie Preventie, Jeugd en Sanktiebeleid; Den Haag 1999.

- Een zorgprogramma binnen de jeugdzorg bedoeld voor delinquente jongeren (met instroom via justitiële instellingen) heeft een grote kans op een te kleine instroom. Justitiële instellingen nemen jongeren uit het hele land op; jeugdzorg mag alleen geleverd worden aan jongeren die woonachtig zijn in een bepaalde regio. De regiogrenzen blokkeren dus de instroom van de potentiële doelgroep in het programma dat specifiek voor hen is ontwikkeld.

3 Jeugdige Delinquenten met Stoornissen (JDS)

Regio Haaglanden

3.1 Inleiding

In oktober 1998 werd een samenwerkingsovereenkomst getekend voor de uitvoering van het veldproject Jeugdige Delinquenten met Stoornissen (JDS). De feitelijke instroom van cliënten kon in december 1998 van start gaan.

Het JDS is niet opgezet vanuit een bepaald concept over zorgprogrammering maar vanuit de behoefte om de afstemming te verbeteren tussen instanties die bij deze doelgroep betrokken zijn. Toen het JDS van start ging bestond er ook landelijk nog geen duidelijk idee over het concept zorgprogrammering. Dat heeft pas de laatste anderhalf jaar concrete vorm en inhoud gekregen. Toen werd ook duidelijk dat het JDS geen zorgprogramma is zoals omschreven door de landelijke Projectgroep.

3.2 Doelgroep, doelstelling en hulpvraag

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'.

De doelstelling van het JDS is driedelig:

- 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; in principe moet 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 stadsge-west Haaglanden. Het programma richt zich op alle deeldoelgroepen die binnen de eerste fase van de strafrechtelijke procedure 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.

De stoornissen van de jongeren zijn van dien aard dat de jongeren thuis, op school en/of in hun vrije tijd disfunctioneren, zodanig dat het leed veroorzaakt bij de jeugdigen zelf en/of hun omgeving.

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.

De hulpvraag van de jongeren zelf is moeilijk te achterhalen; een hulpvraag als 'ik wil uit huis en zelfstandig gaan wonen' wordt nog wel door (autochtone) jongeren geuit. Wanneer er geen dwingend karakter is, blijkt het helemaal moeilijk om jongeren uit de doelgroep te werven voor de hulpverlening.

De meeste jongeren zijn van allochtone herkomst, de etniciteit is gemengd. Het is duidelijk dat er nog veel moet gebeuren om het hulpaanbod daarop aan te passen, met name wat betreft de inzet van allochtone werkers.

3.3 De deelname van instellingen en sectoren

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.

3.4 Organisatie en werkwijze van het veldproject

De directeurs 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 programmacoördinator aangesteld die een spilfunctie binnen het zorgprogramma vervult. Hij is verantwoordelijk voor de aansturing van de teams (het diagnostiekteam en het zorgtoewijzingsteam).

3.5 Beschrijving van het zorgprogramma

Het veldproject is primair gericht op diagnostiek en zorgtoewijzing. Hiervoor is een diagnostiekteam en een zorgtoewijzingsteam samengesteld. 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.

Het zorgtoewijzingsteam moet er ook zorg voor dragen dat de toegewezen hulp wordt uitgevoerd. Binnen de GGZ is dat goed uitvoerbaar, hier regelt men zelf intern de zorg. Het lid van het zorgtoewijzingsteam gaat zelf bij alle gedragsdeskundigen langs om te vragen wie de jongere in therapie wil nemen. Voor wat betreft de geïndiceerde jeugdhulpverlening zijn afspraken gemaakt met het Centraal Orgaan Zorgtoewijzing Haaglanden (COZH); een medewerker van het COZH neemt deel aan de besprekingen van het zorgtoewijzingsteam.

Er is sprake van traditionele diagnostiek en traditionele zorgtoewijzing: therapie, ofwel ambulant ofwel residentieel. Er wordt geen aanbod gecombineerd of nieuw te ontwikkelen aanbod geïndiceerd. Overigens wordt door het diagnostiekteam niet alleen diagnostiek gepleegd in het kader van het JDS maar ook (voor de jeugdbescherming) om te bepalen of een jongere het beste naar internaat A, B of C kan of om een jongere 'beter te leren kennen'.

Zowel voor de GGZ als de jeugdhulpverlening geldt dat de casemanager ervoor moet zorgen dat de toegewezen hulp ook daadwerkelijk wordt geleverd. Per cliënt wordt bepaald wie het casemanagement op zich neemt. Dat is mede afhankelijk van het soort verwijzing en de bestaande contacten met het cliëntsysteem. Bij geïndiceerde jeugdhulpverlening vervult de plaatsende instantie deze rol.

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

3.6 De instroom

Jongeren die aangehouden worden voor een strafrechtelijk feit krijgen te maken met de Raad voor de Kinderbescherming 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, binnen de eigen organisatie, besproken. De team-leider of interne gedragsdeskundige neemt contact op met de programmacoördinator van het JDS. Sinds kort kan ook de rechter een jongere aanmelden.

De raad is verreweg de grootste toeleverende instelling; raadsmedewerkers weten goed in te schatten of hulpverlening bij jongeren met voorlopige hechtenis nog haalbaar is/ af te dwingen is bij de rechter. De rechter vraagt altijd eerst om advies en bepaalt op basis van het verkregen advies of het hulpverlening en/of straf moet worden.

De rechter is (als aanmelder) toegevoegd onder de voorwaarde dat de parketsecretaris overleg heeft met de raad. De raad is daarmee formeel plaatsende instantie geworden, de rechter blijft opdrachtgever. Overleg met de raad heeft als voordeel dat zij een breder perspectief hanteren. Meestal vult de raad de vraagstelling aan en worden ook de psycho-sociale omstandigheden van de jongere in het onderzoek betrokken.

In de periode half januari 1999 - 1 februari 2000 zijn er in totaal 30 jongeren aangemeld voor het JDS; hiervan zijn er 25 in de diagnostische fase gekomen.

De programmacoördinator heeft onderzocht of de potentiële doelgroep van het JDS wordt bereikt. Navraag bij de raad heeft duidelijk gemaakt dat ongeveer 90% van de potentiële doelgroep naar het JDS gaat; slechts ongeveer 10% gaat naar externe onderzoeksbureaus. Daar zijn dan altijd specifieke redenen voor.

Het aantal aanmeldingen voor het JDS ligt wel lager dan op basis van het onderzoek van Doreleijers was ingeschat. Vermoedelijk heeft dat te maken met het feit dat de cijfers van Doreleijers betrekking hadden op het hele arrondissement Den Haag terwijl het stadsgewest ongeveer de helft van het arrondissement beslaat.

3.7 Ervaringen met de uitvoering van het zorgprogramma

De uitvoering van het JDS wordt door de programmacoördinator als volgt gewaardeerd:

- De instroom is goed op pijl.
- De diagnostiek loopt goed, de toewijzing matig.
- Het uitvoeren van de forensische diagnostiek gaat sneller; er zijn praktisch geen wachttijden meer (bij de externe bureaus vaak wel).
- De kwaliteit van de rapportages is verbeterd, de ervaring en expertise binnen het diagnostiekteam is toegenomen.
- De lijnen tussen de sectoren zijn korter geworden (men weet elkaar gemakkelijker te vinden); daarmee is ook de samenwerking tussen GGZ en Justitie verbeterd.
- De uitvoering van de hulp die is toegewezen behoeft verbetering; er zijn lange wachttijden en veel jongeren haken voortijdig af.

Bij de opzet van het JDS is uitgegaan van de idee dat het bestaande aanbod toereikend is voor de doelgroep; het moest alleen beschikbaar komen voor de doelgroep en beter op elkaar afgestemd worden. Ervaring met de doelgroep binnen het JDS heeft nieuwe inzichten opgeleverd over vraaggericht werken en de ontoereikendheid van het bestaande aanbod.

- De jeugdhulpverlening is niet voldoende toegerust om te werken met jongeren met psychiatrische problematiek. Illustratief was het feit dat een contra-indicatie in een van de modulebeschrijvingen was 'de aanwezigheid van psychiatrische problematiek'; Binnen de jeugdhulpverlening zijn wel jongeren met stoornissen te vinden, er wordt echter weinig mee/voor gedaan; het aanbod is te statisch, sluit niet aan bij de behoefte van deze groep.
- De GGZ (uitgezonderd het Palmhuis (de Jutter)) is niet ingesteld op gedragsgestoorde jongeren: jongeren moeten zelf gemotiveerd zijn om te komen; een groep 'anger control' binnen de GGZ krijg je niet vol met jongeren uit de doelgroep, zo is gebleken, omdat de deelname op vrijwillige basis is.

Je bent er dus niet door bestaand aanbod uit verschillende sectoren te koppelen: het gaat ook om verandering van houding en deskundigheidsbevordering van werkers binnen betrokken instellingen.

De programmacoördinator denkt aan het opzetten van een forensisch team binnen bijv. Parnassia (een grote GGZ-instelling in de regio). Het heeft namelijk geen zin om alle werkers binnen de GGZ-instelling te scholen aangezien de doelgroep maar klein is.

De toekomst van het JDS is onzeker door de komst van de pilots forensische diagnostiek. De diagnostiek van het JDS gaat vermoedelijk op in de te starten pilot. Daarmee is de kern van het JDS elders ondergebracht. Het directorium heeft de programmacoördinator gevraagd om (met twee leden van het zorgtoewijzingsteam en eventueel een externe deskundige) een kader aan te geven om alsnog een zorgprogramma te ontwikkelen voor deze doelgroep. Bij de ontwikkeling van dit zorgprogramma wordt uitgegaan van de vraag wat er nodig is/ gevraagd wordt door de doelgroep. Er zal gekeken worden naar overlap in bestaand aanbod: er zijn bijv. 2 observatiegroepen. Instellingen die nu weinig aanbod leveren zullen zich vermoedelijk afvragen of het voor hen wel de moeite waard is om mee te doen. Mogelijkheid is: alleen een optionele module leveren. Er is al een start gemaakt met het beschrijven van het aanbod in modules. Daarbij gaat het om modules als: Specialistische Diagnostiek, Zorgtoewijzing, Forensische Psychiatrische Deeltijdbehandeling, Anger Control Training, Systeemtherapie, Daghulp en Sociale Vaardigheidstraining.

3.8 Knelpunten

Stagnatie in de aanmelding

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 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.

Er 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. In de tweede helft van de veldprojectperiode is het aantal aanmeldingen toegenomen.

Beschikbaarheid van JDS-medewerkers

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 ook een aantal knelpunten:

- 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.

Het casemanagement

De casemanager moet ervoor zorgen dat de hulp die wordt toegewezen ook daadwerkelijk wordt geleverd. Er zijn verschillende knelpunten die ertoe leiden dat er lang niet altijd een casemanager beschikbaar is:

- De partnerinstellingen gaan ervan uit dat de raad het casemanagement op zich neemt als zij (de raad) de aanvrager is van een onderzoek. De raad ziet dat anders. De afspraken die hierover tussen de partnerinstellingen zijn gemaakt, zijn (nog steeds) onduidelijk.
- Het kan zijn dat de rechter een OTS-maatregel oplegt. Het totale traject van aanvraag, uitspraak en uitvoering van een OTS-maatregel kan soms wel 6 tot 8 maanden in beslag. Voor de jongere betekent dat dan een wachttijd van 6 tot 8 maanden voor hij een gezinsvoogd/casemanager heeft.
- Zolang de maatregel 'hulp en steun jeugdreclassering' niet is uitgesproken door de rechter in het kader van de bijzondere voorwaarden is de raad verantwoordelijk voor de regie. Er ontstaat dan een vacuüm van enkele maanden in de invulling van het casemanagement. Binnen de raad en tussen de raad en de jeugdreclassering bestaat namelijk geen overeenstemming over het tijdstip van inschakeling van jeugdreclassering.

De positie van de programmacoördinator

De programmacoördinator heeft binnen het JDS een te zwakke positie; hij heeft enige invloed maar geen bevoegdheden binnen de instellingen. Hij krijgt te weinig ondersteuning vanuit het management. Bovendien is de afstand tussen management en middenkader te groot. De programmacoördinator is van mening dat dit soort instellingsoverstijgende projecten alleen maar goed blijft lopen zolang er geen knelpunten ontstaan. Het oplossen van knelpunten is alleen mogelijk als de coördinator bepaalde bevoegdheden krijgt.

De omvang van het werkgebied van het JDS

De jeugdhulpverlening bepaalt de omvang van het werkgebied van het JDS. Dit is de kleinste eenheid. De justitiële instanties (raad en rechtbank) hebben een groter werkgebied. Verruiming van het werkgebied zou inhouden dat de jeugdhulpverlening bereid moet zijn om ook hulp te bieden aan jongeren van buiten de jeugdhulpverleningsregio. Een verzoek indienen om verruiming van de jeugdhulpverleningsregio wordt nog niet overwogen. Hier zijn echter wel argumenten voor te geven: een zorgprogramma voor een relatief kleine doelgroep/ beperkte instroom is kwetsbaar omdat de in te zetten personeelssterkte beperkt is; ziekte en dergelijke vormen daardoor snel een bedreiging voor de ontwikkeling/ uitvoering van het programma. Dit geldt des te meer bij specifieke doelgroepen zoals de doelgroep van het JDS die specifieke deskundigheid vragen; ervanging kan dan niet of nauwelijks geregeld worden.

3.9 Ervaringen met de specifieke thema's

Het inzetten van vrijwillige hulp in niet-vrijwillig kader

Binnen het JDS heeft men de ervaring dat de jeugdhulpverlening gemakkelijker rapporteert aan de jeugdreclasseerder en aan de rechter dan de GGZ; dat geldt overigens niet voor het Palmhuis (een Kinder- en Jeugdpsychiatrische afdeling) dat specifiek bedoeld is voor gedragsgestoorde jongeren; daar begint zich al een cultuur te ontwikkelen waar rapportage aan Justitie als onderdeel van het werk wordt beschouwd. In het resterende deel van de GGZ heerst nog de cultuur dat hulpverlening onafhankelijk moet zijn. Als de GGZ forensische diagnostiek zal gaan uitvoeren (denk aan de pilotprojecten) dan zal dat wel moeten veranderen.

3.10 Conclusies DSP

Het JDS is alleen gericht op diagnostiek en zorgtoewijzing, het is dus geen zorgprogramma. De doelstelling van het JDS was: tijdig onderkennen van problematiek, tijdig aanbieden van passend zorgaanbod, hulpverleningstraject blijven volgen en lacunes in aanbod signaleren. De eerste twee onderdelen van de doelstelling heeft men (gedeeltelijk) gerealiseerd via de vorming van een diagnostiekteam en een zorgtoewijzingsteam, de derde doelstelling is (nog) niet van de grond gekomen.

Met de tweede en derde doelstelling werd de suggestie gewekt dat een zorgprogramma zou worden ontwikkeld. De analyse van de gemeenschappelijke hulpvraag van de doelgroep en de inhoud en organisatie van de toegewezen zorg zijn in dit project echter buiten beschouwing gebleven. Er is uitgegaan van twee veronderstellingen.

- 1 De bestaande zorg van jeugdhulpverlening en GGZ is toereikend maar niet of moeilijk beschikbaar voor de doelgroep.
- 2 Door goede diagnostiek en zorgtoewijzing waarbij leden van het zorgtoewijzingsteam er zelf voor zorgen dat hulp die vanuit hun eigen instelling moet worden ingezet, ook geleverd wordt, komt de bestaande hulp

vanzelf beschikbaar voor de doelgroep.

Beide veronderstellingen bleken niet te kloppen. Een groot deel van de GGZ is niet ingesteld op gedragsgestoorde jongeren en de jeugdhulpverlening is niet voldoende toegerust om jongeren met psychiatrische problemen te helpen. Het project toont ook aan dat er verschillende obstakels zijn die ervoor zorgen dat hulp die door de rechter is opgelegd niet tot uitvoering wordt gebracht. Er zijn twee grote knelpunten: de lange wachttijd voordat een jongere een gezinsvoogd heeft en het ontbreken van casemanagement in bepaalde situaties.

Jongeren die via Justitie met de jeugdzorg in aanraking komen lijken dus minder kansen te hebben om gebruik te kunnen maken van de jeugdzorg zolang het casemanagement niet goed is geregeld. Instroom via de Toegang (Bureau Jeugdzorg) biedt een oplossing voorzover het casemanagement voor de jongeren daarmee geregeld is. Problemen in de tijdsduur voordat een jongere een gezinsvoogd heeft, worden daarmee niet opgelost.

Het JDS laat ook zien dat ondersteuning van het management en een groot draagvlak binnen de betrokken instellingen noodzakelijke voorwaarden zijn voor het welslagen van een intersectoraal project/zorgprogramma. Het is niet zeker of deze voorwaarden ook voldoende waren geweest om knelpunten binnen het JDS op te lossen. Wellicht moet de programmacoördinator zelf ook de macht en de mogelijkheden hebben om knelpunten aan te pakken en is het niet voldoende om terug te kunnen vallen op de directeurs van instellingen.

Door de ervaringen wijzer geworden, wordt alsnog overwogen om een zorgprogramma voor de doelgroep te ontwikkelen. Hierbij zal dan wel worden uitgegaan van de kennis die inmiddels is opgedaan over de hulpvraag van de doelgroep. De gesignaleerde knelpunten bij de daadwerkelijke realisering van de zorg zijn hiermee niet vanzelf opgelost. Bijv. de positionering van forensische diagnostiek ten opzichte van Bureau Jeugdzorg zal eerst goed geregeld moeten zijn; hiermee kan een deel van de knelpunten wellicht worden opgelost.

4 Tussen Wal en Schip

Provincie Zuid-Holland, stadsgewest Haaglanden en stadsregio Rotterdam

4.1 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 (licht verstandelijk gehandicapten) en de SPD (sociaal pedagogische dienst) 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 verschillende 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 deeldoelgroepen en de feitelijke hulpverleningstrajecten verder worden ontwikkeld.

4.2 Doelgroep, doelstelling en hulpvraag

Het zorgprogramma is bedoeld voor jeugdigen 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 jeugdigen zijn te vinden binnen het speciaal onderwijs, de LVG-sector, en de (ambulante) jeugdhulpverlening.

Deze doelgroep dreigt tussen de LVG-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.

In het werkdocument over het zorgprogramma dat in juni 1998 werd uitgebracht, wordt een gedetailleerd profiel geschetst van de doelgroep. De beschrijving is gebaseerd op een onderzoek onder zorgtoewijzingsteams, een dossieronderzoek bij Bureau Jeugdzorg en gesprekken in het directieurenoverleg. 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.

4.3 De deelname van instellingen en sectoren

De volgende sectoren zijn als kernpartners betrokken bij de ontwikkeling van het zorgprogramma: jeugdhulpverlening, jeugdbescherming, SPD, LVG-instellingen. In het rijtje kernpartners ontbreekt de GGZ-jeugd.

4.4 Organisatie en werkwijze van het veldproject

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

Drie instellingen: Rijnhove, R'go (gehandicaptenzorg/ SPD) en St. Jeugdzorg Zuid-Holland Zuid hebben onderlinge formatie-afspraken gemaakt voor ontwikkeling en uitvoering van de ambulante module. De drie instellingen leveren elk één medewerker voor de uitvoering. De behandelcoördinator van de residentiële module (van Rijnhove) is betrokken bij de ontwikkeling. St. Jeugdzorg levert een behandelcoördinator (voor de ontwikkeling en inhoudelijke aansturing) en een teamleider voor de coördinatie van de uitvoering. Binnen de ambulante module werden dus verschillende deskundigheden van verschillende instellingen gebundeld. De verantwoordelijkheid voor de inhoudelijke aansturing en voor de coördinatie van de uitvoering werd neergelegd bij de instelling met de deskundigheid op het gebied van intensieve gezinsbegeleiding (St. Jeugdzorg).

4.5 Beschrijving van het zorgprogramma

Het grootste knelpunt in het huidige aanbod voor de doelgroep was het ontbreken van voldoende residentieel aanbod voor deze doelgroep. 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).

De residentiële module heeft betrekking op de basisaanpak van de leefgroep. Voor de ontwikkeling van de basismethodiek is een ortho-pedagogisch adviesbureau ingeschakeld. Er is een uitgebreide methodiekbeschrijving gemaakt.

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 behandelgroep is als startsituatie beschouwd voor de ontwikkeling van het zorgprogramma. Daarbij 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: ambulant (voor)traject, residentiële hulpverlening en natraject. Op basis van de analyse van de wachtlijst en de actuele plaatsingen werd besloten dat de ambulante module 'gezinsbegeleiding' vervolgens als eerste ontwikkeld moest worden. Er is om twee redenen voor deze module gekozen.

- De inhoudelijke visie dat ouders actiever bij de hulp betrokken moeten worden teneinde te bevorderen dat kinderen zoveel mogelijk thuis kunnen wonen.
- De lange wachttijd voor de residentiële module; er zou een voortraject moeten komen waarvan de ambulante module een onderdeel vormt.

De (ontwikkeling van de) ambulante module werd dus nadrukkelijk gekoppeld aan de residentiële module.

Voor de uitwerking van de module 'gezinsbegeleiding' werd een werkgroep ingesteld van stafmedewerkers en uitvoerders van twee instellingen voor jeugdhulpverlening en één instelling voor gehandicaptenzorg/SPD. Deze werkgroep beschrijft welke doelgroep in aanmerking komt voor deze module en maakt een beschrijving van de module.

De basis voor deze tweede module is het model van de intensieve gezinsbegeleiding (IG) zoals dat binnen de ambulante jeugdhulpverlening wordt toegepast. Deze methodiek is gebaseerd op de principes van competentiegericht en vraaggericht werken. De bestaande methodiek wordt aangepast voor de doelgroep (jongeren met gedragsproblemen en beperkte verstandelijke vermogens). De methodiek van de module is feitelijk een soort vermenging van de IG-methodiek en de methodiek van de residentiële module. De bestaande IG-methodiek dient bijv. te worden aangepast wat betreft het gebruik van visualisatietechnieken, toepassing van het principe van 'herhaling', etc.

Er wordt vanuit Rijnhove intensief samengewerkt met ouders, ook tijdens het residentiële verblijf. In het voortraject van de residentiële module vindt plaatsingsbegeleiding plaats. Er zijn dan ook al contacten met het gezin in het kader van motivering en samenwerking en gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de plaatsing. Er is dus inmiddels binnen Rijnhove al veel ervaring opgedaan met de doelgroep (kinderen en ouders) waar de ambulante module haar voordeel mee kon doen.

4.6 De instroom

De toelating tot de operationele residentiële module van het zorgprogramma vindt plaats op basis van diagnostiek, indicatiestelling en zorgtoewijzing door Bureau Jeugdzorg. Soms vindt aanvullend onderzoek plaats binnen de module. 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.

De afstemming tussen instroom via de SPD en instroom via Bureau Jeugdzorg bleek simpeler dan gedacht. De SPD heeft namelijk nu ook al een link met Bureau Jeugdzorg wat betreft instroom.

4.7 Ervaringen met de uitvoering van het zorgprogramma

Er zijn inmiddels twee leefgroepen voor de doelgroep: de Kraal (voor 14 - 17 jaar) en de Kajuit (voor 11 tot 14 jaar). Beide groepen zijn alleen voor jongens. De totale capaciteit (voortraject, leefgroepen en natraject) is 24 jongens. De periode van verblijf in de residentiële module is in principe één jaar.

Het is de bedoeling dat de methodiek voor de module 'gezinsbegeleiding' werkenderwijs ontwikkeld wordt: de medewerker van St. Jeugdzorg start met een 'gewoon' IG-gezin en doorloopt met hen de eerste fase (informatiefase); vervolgens wordt dezelfde fase doorlopen in het 'LVG-gezin' etc. Aldus wordt werkenderwijs de methodiek en de ervaring van de medewerker van St. Jeugdzorg in het werken met de doelgroep, ontwikkeld. Door personele problemen (vacatures, vakanties) werd de instroom van cliënten in de ambulante module echter vertraagd.

In maart 2000 werd in het directieoverleg vastgesteld dat de ontwikkeling van de ambulante module te weinig resultaat opleverde. Er werden verschillende knelpunten geconstateerd in de samenwerking tussen de betrokken instellingen (zie paragraaf 4.8). Er is toen besloten om de ontwikkeling van de ambulante module onder verantwoordelijkheid van Rijnhove (de Martha Stichting) te brengen. De clustermanager krijgt een half jaar de tijd om de methodiek te ontwikkelen. R'go en St. Jeugdzorg gaan op detacheringbasis participeren in de uitvoering. De nieuwe constructie zal op 1 augustus 2000 van start gaan.

De ambulante module zal in eerste instantie bedoeld zijn om de uithuisplaatsing te ondersteunen. In een later stadium is het de bedoeling dat de ambulante module wordt ingezet om de uithuisplaatsing te voorkomen.

Het veldproject 'Tussen Wal en Schip' is het meest duidelijke voorbeeld van de werkwijze om aldoende een zorgprogramma te ontwikkelen. Via deze praktijkgestuurde benadering wordt concrete invulling gegeven aan het begrip vraaggericht werken: er wordt steeds gekeken waar het grootste knelpunt ligt. Een nadeel blijkt te zijn dat de werkwijze zeer complex is en veel tijd vraagt. Tijdsplanningen moesten ingrijpend bijgesteld worden. In dit veldproject worden feitelijk twee vernieuwingsprocessen tegelijkertijd uitgevoerd: niet alleen zorgprogrammering maar ook nieuwe methodiekontwikkeling. Met name op dit laatste vlak zijn resultaten geboekt. De uitwaaiereffecten zijn echter ook belangrijk. Het belangrijkste uitwaaiereffect van het project is gelegen in het feit dat er uitwisseling en samenwerking is ontstaan tussen de jeugdhulpverlening en de zorg voor licht verstandelijk gehandicapten.

Een volgende stap in de verdere invulling van het zorgprogramma is gericht op het onderwijs. Dat zal meer moet worden toegespitst op de doelgroep. Alle kinderen van de residentiële module gaan naar de Parkschool (interne school). Noodzakelijke bijstellingen zijn: het onderwijs moet meer gericht zijn op ontwikkeling van vaardigheden voor arbeidstoeleiding/ beroepsperspectief en minder op ontwikkeling van kennis. Verder moet de functie 'coach' worden ingesteld; een coach kan bijv. meegaan bij overgang naar een andere school. De Parkschool zal voor dit veranderingsproces zelf expertise inhuren.

4.8 Knelpunten

Inhoudelijke knelpunten

De opzet van de ambulante module is in de periode februari 1999 tot september 1999 inhoudelijk uitgewerkt door een werkgroep van functionaris-

sen uit de drie instellingen. Bij het werkenderwijs verder-ontwikkelen van de ambulante module komen verschillen in visies aan het daglicht. Betrokken partijen blijken het moeilijk met elkaar eens te kunnen worden over een aantal zaken:

- Betrokkenen van St. Jeugdzorg zijn van mening dat de ambulante module de kans moet krijgen zich zelfstandig te ontwikkelen dus meer losgekoppeld van de residentiële module. Pas dan kan de vraag beantwoord worden 'wat kan je wel en wat je niet kan waarmaken met de IG-methode voor deze doelgroep'.
- Binnen St. Jeugdzorg is men ook van mening dat de doelgroep van de ambulante module niet identiek is aan de doelgroep van de residentiële module: de ambulante module stelt andere/ hogere eisen aan de doelgroep: Ouders moeten te activeren zijn en hulpverleningsdoelen moeten samen met de ouders worden opgesteld.
- Binnen Rijnhove vindt ook gezinsbegeleiding plaats. Residentiële opname en gezinsbegeleiding (al dan niet intensief) zijn, vanuit Rijnhove bekeken, dus sterk met elkaar verweven en niet goed te scheiden. Je hebt elkaar voortdurend nodig om zaken goed af te stemmen en op één lijn te blijven naar het gezin toe. Er moet dus zoveel onderling overleg en afstemming zijn, dat de vraag rijst of dit wel te realiseren is als de uitvoering van de twee modules niet binnen één organisatie zijn ondergebracht: contactlegging tussen werkers wordt dan heel lastig.
- Een ander groot nadeel van de constructie van twee aparte modules ingezet vanuit verschillende organisaties is gelegen in het feit dat het gezin met meer hulpverleners te maken krijgt: dus niet alleen met de werkers en de behandelcoördinator van de residentiële module maar ook met de IG-begeleider en de behandelcoördinator van de ambulante module. Deze doelgroep (van gezinnen met ouders die vaak ook beperkte verstandelijke vermogens hebben) vraagt echter bij uitstek om overzichtelijkheid en duidelijkheid.

De organisatie van de uitvoering

- Het samenwerken van mensen werkzaam op verschillende locaties (te weten Alphen aan de Rijn, Rotterdam en Dordrecht) vormt een knelpunt. Afspraken voor vergaderingen zijn moeilijker te regelen met werkers uit verschillende instellingen; gezamenlijke ontwikkeling en het reizen naar de plaats van afspraak (steeds op verschillende locaties) kosten extra tijd.
- Er moeten afspraken gemaakt worden over zaken als: waar worden dossiers bewaard, wat registreer je in welk systeem, welke klachtenregeling is van toepassing. Wat zijn bevoegdheden/ grenzen van mogelijkheden voor de uitvoerend coördinator om werkers uit andere instellingen aan te sturen. Omdat er werkers uit verschillende instellingen werkzaam zijn binnen de ambulante module moet al dit soort zaken apart geregeld worden.
- De regio-indelingen sluiten niet op elkaar aan: Rijnhove is een bovenregionale voorziening; St. Jeugdzorg krijgt haar instroom via Bureau Jeugdzorg dat een kleiner gebied bestrijkt. Voor een beperkte periode zijn afspraken gemaakt.

De positie van de projectleider

De opeenvolging van verschillende projectleiders is als negatief ervaren. Nieuwkomers moeten steeds opnieuw ingewerkt worden. Dit soort klussen vraagt om een vaste projectleider met managementkwaliteiten die overzicht heeft en vanuit bredere kaders kan opereert. Het moet dus een zwaar gekwalificeerd persoon zijn.

Wellicht mede door de opeenvolging van verschillende projectleiders is de rol van de projectleider niet goed uitgewerkt. Er bestaan verschillende verwachtingen van de taak en verantwoordelijkheid van de projectleider.

4.9 Conclusies DSP

Het achterliggende idee van zorgprogrammering binnen de jeugdzorg is dat complexe doelgroepen (met een gemeenschappelijke hulpvraag) niet voldoende geholpen kunnen worden met hulp uit één instelling en zelfs niet met hulp uit één sector. Via een zorgprogramma dient daarom hulp (modules) uit verschillende instellingen en verschillende sectoren aan elkaar gekoppeld te worden. Vanuit dit principe is men in 'Tussen Wal en Schip' aan de slag gegaan. Daarbij heeft men twee innovatieprocessen in gang gezet: naast zorgprogrammering ook nieuwe methodieken ontwikkelen voor de gekozen doelgroep. 'Tussen Wal en Schip' is daardoor wat betreft tijdsduur en kenmerken van het ontwikkelingsproces niet te vergelijken met andere zorgprogramma's die geheel of gedeeltelijk vanaf de tekentafel en op basis van bestaand aanbod ontwikkeld zijn.

We hebben wel sterk de indruk gekregen dat het ontwikkelingsproces traag verloopt: planningen die bij de landelijke Projectgroep Zorgprogrammering zijn ingediend, zijn niet gehaald en sommige fasen, bijv. de periode van een half jaar die uitgetrokken was voor uitwerking van de opzet van de ambulante module, hebben weinig zichtbare resultaten opgeleverd.

De ontwikkeling tot zorgprogramma verloopt niet zonder problemen. Inmiddels zijn inhoudelijke en organisatorische knelpunten aangepakt. Gebleken is dat het bijzonder lastig is om een zorgprogramma te ontwikkelen vanuit een constructie van gezamenlijke verantwoordelijkheid. De uitwerking is nu onder verantwoordelijkheid/ regie van één instelling (Rijnhove) gebracht. De inbreng van de specifieke deskundigheid van andere instellingen is geregeld via detachering. De praktijk moet uitwijzen of deze constructie wel goed werkt.

Het ontwikkelingsproces heeft wel een aantal leerzame ervaringen opgeleverd:

1 *De risico's van de gekozen werkwijze: vanuit de kleinste eenheid (een module) uitbouwen naar groot (meerdere modules)*

Er moet een zeker evenwicht zijn en blijven in de participatie van betrokken partijen (instellingen) bij de ontwikkeling van een zorgprogramma. De residentiële module is eerst volledig uitgewerkt door één instelling en vervolgens als uitgangspunt gebruikt voor de ontwikkeling van volgende modules. De residentiële module is daarmee sterk bepalend voor de instroom, inhoud en positionering van de volgende module. Tegelijkertijd werd de verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling van de tweede (ambulante) module bij een andere instelling gelegd. Deze constructie biedt weinig ruimte aan de mensen die verantwoordelijk zijn voor de ontwikkeling en uitvoering van de ambulante module. Aldus ontstaat een situatie waarbij van verschillende kanten 'getrokken' wordt aan de ambulante module. Dit trekt een zware wissel op de toch al kwetsbare samenwerking tussen instellingen.

2 *Het nut van een breder kader en van goede modulebeschrijvingen bij het ontwikkelen van een zorgprogramma*

Wanneer we het verloop van het ontwikkelingsproces van het zorgprogramma overzien dan rijst de vraag: had men het probleem van de afstemming tussen Intensieve Gezinsbegeleiding als 'externe' module en de gezinsbegeleiding die vanuit Rijnhove zelf geleverd wordt, niet eerder kunnen voorzien?

Door te kiezen voor twee innovatieprocessen (zorgprogrammering en methodiekontwikkeling) is een complex veranderingsproces in gang gezet. Dat vraagt bij uitstek om een planmatige aanpak binnen een conceptioneel kader. Wij hebben de indruk dat er onvoldoende gebruik is

gemaakt van het kader van definities en kenmerken van zorgprogrammering dat door de landelijke Projectgroep Zorgprogrammering is ontwikkeld. Men lijkt te veel te zijn opgegaan in het werkenderwijs ontwikkelen. Met name goede modulebeschrijvingen hadden problemen wellicht eerder aan het daglicht gebracht. Wanneer het aanbod van Rijnhove in modules was ontrafeld en beschreven dan was eerder naar voren gekomen dat residentieel verblijf en gezinsbegeleiding onderling sterk met elkaar verweven zijn en wellicht zelfs niet als aparte modules zijn te onderscheiden. Dan was ook eerder duidelijk geworden dat problemen konden worden verwacht als de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de module IG enerzijds en de (module) gezinsbegeleiding van Rijnhove anderzijds bij twee verschillende instellingen wordt ondergebracht.

- 3 *Soms kan beter gekozen worden voor uitbreiding van het eigen hulp-aanbod in plaats van koppeling van aanbod uit verschillende instellingen*
Door aanbod van verschillende instellingen/ sectoren te koppelen wordt de kennis en kundigheid die in de regio aanwezig is gebundeld en ingezet ten behoeve van een (complexe) doelgroep. Er zijn echter ook nadelen verbonden aan deze benadering. De organisatie van de zorg wordt ingewikkelder en moet goed op elkaar afgestemd zijn. Voorkomen moet worden dat hulpverleners tegenstrijdige adviezen geven; iedereen moet dus zijn eigen specialisme kunnen houden en er moet geen overlap in de uitvoering zijn.

Cliënten krijgen te maken met meerdere instellingen en dus met meerdere werkers. Dit hoeft niet erg te zijn zolang het niet betekent dat de cliënt tegen elke hulpverlener opnieuw zijn verhaal moet vertellen. Het is echter onvoldoende bekend hoe juist de (complexe) doelgroepen waar zorgprogrammering voor bedoeld is dit waarderen. Het zou kunnen zijn dat sommige groepen (bijv. allochtone jongeren/ gezinnen en jongeren/ ouders met beperkte verstandelijke vermogens) meer gebaat zijn met één vaste vertrouwenspersoon of met één instelling die hen zoveel mogelijk bij alle problemen ondersteunt. Uit sommige veldprojecten komen directe of indirecte signalen die in die richting wijzen. Dit aspect behoeft expliciete aandacht in de hulpvraaganalyse die altijd moet worden uitgevoerd bij de ontwikkeling van een zorgprogramma. Ook is het ons inziens van belang dat nader onderzocht wordt hoe cliënten die ervaring hebben met zorgprogrammering hier tegenaan kijken.

5 Intersectorale Zorgprogrammering Jeugdzorg Flevoland

Provincie Flevoland

5.1 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 gekozen om te starten met de doelgroep 'AD(H)D'. Er zijn 4 zorgprogramma's ontwikkeld; hiermee wordt het hele spectrum van AD(H)D problematiek bestreken: van druk gedrag tot ernstige stoornis.

ZP1 en ZP2 hebben als doelgroep cliënten met enkelvoudige problematiek waarvoor kortdurende hulp voldoende wordt geacht. ZP4 richt zich op een specifieke doelgroep, namelijk ernstige psychiatrische problematiek eventueel in combinatie met andere problematiek. De grote groep cliënten die hiertussen zit is de doelgroep van ZP3.

De feitelijke omschrijving van de vier doelgroepen en hun onderlinge afbakening is gemaakt op basis van 3 variabelen: hulpvraag, aard en ernst van de problematiek en draagkracht van de ouders.

5.2 Doelgroep, doelstelling en hulpvraag

AD(H)D staat sterk in de publieke belangstelling, mede hierdoor wordt de diagnose AD(H)D 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. De doelgroep omvat aldus de totale range van kinderen en jeugdigen met (zeer) druk gedrag en ander aan AD(H)D gerelateerd gedrag tot en met kinderen met AD(H)D (eventueel in combinatie met andere (psychiatrische) problematiek).

Met deze brede benadering wil men bereiken dat de zorg zo vroeg mogelijk en in zo licht mogelijke vorm op de juiste plaats komt. Voordelen van de 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 AD(H)D);
- het totale aanbod kan onderling goed worden afgestemd.

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, advisering, en behandeling.

De cliëntenparticipatie krijgt vorm 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. Balans heeft gedurende het gehele project overleg gevoerd met de projectleider over tussentijdse stand van zaken en de richting die het project opgaat.

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.

5.3 De deelname van instellingen en sectoren

Via de kernpartners zijn de jeugdhulpverlening (JHV), de GGZ, de jeugdbescherming, Bureau Jeugdzorg en het speciaal onderwijs (SO) betrokken bij het veldproject. Een groot aantal sectoren/ instellingen is op onderdelen betrokken bij de zorgprogrammering waaronder huisartsen, algemene ziekenhuizen, peuterspeelzalen, kinderdagverblijven, GGD, thuiszorg, voortgezet- en basisonderwijs.

JHV (2 grote instellingen) en GGZ (Kinder- en Jeugdpsychiatrie en één van de twee GGZ-instellingen in Flevoland) zijn van het begin af aan betrokken geweest bij de ontwikkeling van het project. De tweede GGZ-instelling wilde in eerste instantie niet meedoen. Toen het programma vorm en inhoud begon te krijgen bleek dat men zich toch wel in de opzet kon vinden. De opbouw van de zorgprogramma's, het onderscheid in deeldoelgroepen en de invulling van de regievoering zijn daarbij doorslaggevend geweest.

Het veldproject heeft ertoe bijgedragen dat de twee GGZ-instellingen intensiever met elkaar zijn gaan samenwerken. Beide instellingen trekken gezamenlijk op bij de uitvoering van Bureau Jeugdzorg en het scholingstraject voor huisartsen.

De jeugdbescherming is om drie redenen niet vanaf het begin betrokken geweest:

- Uitgangspunt is dat zorgprogramma's met uitvoerende zorginstellingen worden ontwikkeld, de voogdij-instelling is geen uitvoerende zorginstelling.
- De behoefte om de stuurgroep niet te groot te maken.
- De opzet om de programmering eerst uit te voeren voor de hulp in vrijwillig kader. De uitwerking voor het gedwongen kader wordt in tweede instantie opgepakt.

Een andere mogelijkheid zou zijn geweest de jeugdbescherming wel van het begin af aan te betrekken, aangezien de gezinsvoogden te beschouwen zijn als vertegenwoordigers van hun cliënten (de zorgvragers) en zij kunnen daarom goed aangeven hoe toegankelijke zorg eruit moet zien. Voor beide invalshoeken is iets te zeggen.

Inmiddels is de voogdij-instelling (Stichting Jeugd en Gezin) ook vertegenwoordigd in de stuurgroep.

5.4 Organisatie en werkwijze van het veldproject

Er is een projectleider 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 de analyse van de hulpvraag) zijn steeds besproken en goedgekeurd door een stuurgroep. In deze stuurgroep zitten vertegenwoordigers van de zes belangrijkste participerende instellingen (de kernpartners) op management-niveau. Zij zijn gemandateerd om te spreken namens de instellingen en zijn verantwoordelijk voor de implementatie van aspecten van het zorgprogramma in de eigen instelling.

Anders dan in de andere veldprojecten is niet gewerkt met inhoudelijke ontwikkelgroepen. De programmabeschrijvingen zijn gemaakt door de projectleider (met ondersteuning van een externe adviseur). Dit is gebeurd in nauwe wisselwerking met de stuurgroep. Via de stuurgroep (van mensen die gemandateerd zijn om namens de instelling te spreken) zijn conceptteksten langs de instellingen gegaan met het verzoek om reactie en aanvullende informatie. Op deze wijze is de projectleider voorzien van informatie en feedback benodigd voor het beschrijven van de zorgprogramma's. De modulebeschrijvingen worden/ zijn door de instellingen zelf geschreven.

De meeste modulebeschrijvingen moeten nog gemaakt worden. De GGZ-instellingen hebben aangegeven zelf hun eigen modulebeschrijvingen te willen maken. De projectleider gaat (zo nodig) vervolgens met de instellingen in gesprek over bijstellingen en aanvullingen in het kader van kwaliteitsbewaking en inhoudelijke continuïteit. Modulebeschrijvingen van het aanbod van instellingen uit aanpalende sectoren zullen kort en bondig zijn en worden in samenspraak tussen projectleider en instellingen gemaakt. Voor alle instellingen geldt dat de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor het maken van de modulebeschrijvingen bij de instellingen zelf ligt.

De gekozen werkwijze heeft enkele opvallende kenmerken:

- Het ontwikkelingstraject is in gang gezet door een externe inhoudelijk deskundige die een duidelijke visie heeft op zorgprogrammering, strategisch inzicht heeft en het werkveld goed kent.
- De positie van de projectleider, die zelf werkzaam is bij een van de instellingen die als kernpartner fungeren, is gaandeweg steeds belangrijker geworden.
- Er is gekozen voor een insteek op managementniveau, te weten de stuurgroep met strategische belangen.

Deze werkwijze werd noodzakelijk geacht omdat dit het eerste intersectorale zorgprogrammeringstraject in de provincie was. Volgens de projectleider is de weg nu vrijgemaakt voor andere zorgprogramma's.

5.5 Beschrijving van de zorgprogramma's

5.5.1 Algemene kenmerken

De programmabeschrijvingen zijn gemaakt vanuit een samenhangend geheel van visies en uitgangspunten.

- Het uitgangspunt dat op basis van goede informatie ouders (en jongere) zoveel mogelijk zelf moeten kunnen bepalen welke zorg geboden dient te

worden.

- Het uitgangspunt dat jeugdigen van 12 tot 18 jaar zoveel mogelijk rechtstreeks worden aangesproken; met 16 tot 18 jarigen wordt overlegd over de betrokkenheid van de ouders³.
- Het uitgangspunt dat de huisarts een inschatting kan maken van de aard en ernst van de problematiek en de draagkracht van de ouders.
- Een expliciete visie op het ontstaan van en de opbouw van de problematiek.
- Een expliciete visie op de rol van de GGZ binnen het totale programma.

Er zijn uitgebreide programmabeschrijvingen gemaakt volgens een vast stramien. Hiermee zijn de hulpvraag, de doelgroepkenmerken, het zorgaanbod, de instroom, de fasering van activiteiten en procedures binnen een zorgprogramma en de randvoorwaarden (o.a. wat betreft kwaliteitseisen professionele werkers) uitgebreid beschreven.

In elke programmabeschrijving is de positie van de cliënt expliciet beschreven. Aangegeven wordt op welke wijze de cliënt betrokken wordt op belangrijke momenten binnen de zorgprogramma's. De cliëntenroute door de Toegang sluit grotendeels aan bij wat in de werkwijze van Bureau Jeugdzorg is vastgelegd. Ook de terugkoppeling naar de ouders op belangrijke momenten, is ideaaltypisch beschreven. Evaluatie moet uitwijzen of dit in de praktijk haalbaar is.

De hulpvraaggerichtheid zal ook in de cliëntencontacten naar voren moeten komen. Dat gaat niet vanzelf. Via interne deskundigheidsbevordering zal hier expliciet aandacht aan moeten worden besteed.

Elk van de in totaal vier zorgprogramma's bevat standaardmodules en optionele modules.

De standaardmodules zijn afgestemd op de gemeenschappelijke hulpvraag, de optionele modules moeten antwoord bieden op de individuele hulpvraag. Het maatwerk per cliënt wordt dus geleverd door de optionele modules. Hoe zwaarder de doelgroep hoe meer standaardmodules in het zorgprogramma zijn opgenomen.

ZP1 en ZP2 hebben respectievelijk geen en één standaardmodule en een groot aantal optionele modules en dus een generalistisch karakter. Meestal zullen een of twee modules voor de hulpvrager volstaan. De keus is aan de cliënt/ ouders en de behandelaar welke module zij functioneel achten. ZP3 en ZP4 hebben respectievelijk 2 en 5 standaardmodules en ook een groot aantal optionele modules. Telkens is er standaardaanbod gericht op het kind/ de jeugdige, de ouders en het tweede milieu. Afhankelijk van de individuele situatie wordt een passende module ingezet. Door het aantal standaardmodules hebben deze zorgprogramma's een meer specialistisch karakter.

Alle zorgprogramma's bevatten 4 soorten modules, te weten: onderzoek/ screening/ diagnostiek, oudergericht aanbod, aanbod jeugdige en aanbod aan tweede milieu. Bij alle zorgprogramma's leveren ook aanpalende instellingen zoals speciaal onderwijs (kernpartner), het AMW, Balans en de schoolbegeleidingsdienst, modules.

Binnen elk zorgprogramma is een uitsplitsing gemaakt naar 3 leeftijdsgroepen: 0 tot 6 jaar, 6 tot 12 jaar en 12 tot 18 jaar. Per leeftijdsgroep verschilt de samenstelling van de modules. Zo zijn er voor de jongere kinderen vooral modules gericht op ouders. Voor de oudere kinderen ligt het accent vooral op behandeling van het kind (in combinatie met een vorm van ouderbegeleiding).

Noot 3 Er wordt aangesloten bij hetgeen in wettelijke kaders is vastgelegd.

De programmabeschrijvingen zijn nog op een essentieel punt onvolledig: de keuze van modules en de interne samenhang tussen modules is nog weinig uitgewerkt. Ook de relatie tussen de hulpvraag en de modules, dus tussen vraag en aanbod, is nog niet expliciet uitgewerkt.

Het ontwikkelen van de zorgprogramma's heeft er (nog) niet toe geleid dat overlap in bestaand aanbod werd geschrapt en nieuw nog te ontwikkelen aanbod is beschreven. Primaire doelstelling van het veldproject was het bestaande aanbod onderling te integreren, dus de bestaande fragmentatie in het aanbod op te heffen. Het schrappen van overlap en het toevoegen van ontbrekend aanbod komen daarna pas aan de orde. Het programmeren van zorg moet als een doorlopend proces gezien worden dat steeds bewaakt wordt en in samenwerking met de provincie wordt uitgevoerd.

5.5.2 Globale beschrijving van de afzonderlijke zorgprogramma's

De voorfase

Er is een voorfase beschreven voorafgaand aan de zorgprogramma's. Deze voorfase ziet er als volgt uit. Ouders, leerkrachten, kinderopvang, reeds aanwezige hulpverleners etc. signaleren problematiek; als redenen van druk gedrag of aandachtsproblemen nog onduidelijk zijn dan kan het volgende worden gedaan:

- ouders en/of leerkrachten krijgen eenvoudige handreikingen om gedrag kind te beïnvloeden;
- ouders, leerkrachten etc. observeren het kind om effecten van de aanpak vast te stellen.

Een en ander betekent dat er aanbod deskundigheidsbevordering nodig is voor de voorfase. Hiervoor zijn al diverse initiatieven in gang gezet (o.a. vanuit koepels kinderopvang).

Invulling ZP1

ZP1 bestaat uit twee onderdelen: de eerste screening en het feitelijke zorgaanbod.

De eerste screening: doelgroep van het eerste deel van ZP1 is de gehele groep cliënten met vragen en klachten over druk gedrag en/ of aandachts/ concentratieproblemen. Deskundigheidsbevordering vanuit de GGZ is voorwaarde om eerstelijnsartsen een adequate eerste inschatting en doorverwijzing te laten doen. Met behulp van een checklist kan de groep worden geselecteerd waarvoor het aanbod van ZP1 (tweede onderdeel) toereikend is. De overigen worden doorverwezen naar ZP2 (tevens toeleiding tot ZP3) of ZP4. De huisarts heeft tevens telefonische consultatiemogelijkheid bij de GGZ om vermoedens omtrent noodzaak doorverwijzing naar ZP4 te bespreken.

De eerste screening omvat 3 modules: screening/ voorlichting/ info-materiaal (standaard) en lichamelijk onderzoek en medisch specialistisch onderzoek (optioneel).

Het tweede onderdeel bevat het feitelijke zorgaanbod. Dit bestaat uit: oudergericht aanbod (onder andere individueel pedagogische adviezen en ondersteuning, video-interactie begeleiding, oudercursussen e.d.), aanbod gericht op de jeugdige (informatie en advies) en aanbod gericht op het tweede milieu: kinderopvang, school e.d.

Alle 14 modules zijn optioneel. Vaak zal maar van een module gebruik worden gemaakt. Er komt een folder voor ouders over de verschillende modules binnen ZP1.

Er wordt gebruik gemaakt van een planformulier dat als rode draad binnen het zorgprogramma fungeert. Hierop worden hulpvragen, doelen, in te zetten modules, afspraken en evaluaties vastgelegd. Basis van dit zorgpro-

gramma is de vervolgspraak met de huisarts die altijd na een vaste termijn plaatsvindt. Hierin wordt besproken of doelstellingen bereikt zijn en verdere zorg nodig is.

De regie ligt bij de ouders. Zij kiezen de optionele module(s), maken zelf afspraken e.d. en zijn zelf verantwoordelijk voor het bijeenbrengen van resultaten van onderzoek en overleg. Als ouders moeite hebben met de regie, kan ondersteuning geboden worden door disciplines als wijkverpleegkundige, AMW, School Maatschappelijk Werk, of jeugdarts.

Invulling ZP2

Het aanbod van ZP2 betreft vrij toegankelijke laagdrempelige hulp gericht op versterking van het oplossend vermogen van betrokkenen en tweede milieu. ZP2 bevat 1 vast onderdeel: individuele ouderbegeleiding. Verder bevat het zorgprogramma 15 optionele modules⁴. Voorbeelden van deze modules zijn: gezinsbegeleiding, sociale vaardigheidstraining jeugdige en ondersteuning contact school.

Naar aanleiding van basisdiagnostiek wordt samen met het cliëntsysteem een totaalbeeld geschetst (incl. hulpvraag). De resultaten worden ingebracht in het indicatieoverleg; dit leidt tot een voorlopige hypothese en indicatieadvies over standaard- en optionele modules. Het advies wordt met de cliënt besproken (door de hulpverlener van Bureau Jeugdzorg) waarna de cliënt besluit over de voortgang.

Er wordt een procesmatig hulpverlener aangesteld die de regievoering op zich neemt; hij/zij maakt een concreet hulpverleningsplan dat in casuïstiek-overleg (met alle betrokkenen) wordt besproken. Externe instanties (AMW, school, schoolbegeleidingsdienst) indien betrokken, worden met toestemming van de cliënt geïnformeerd over behandelplan en cliëntsysteem.

Er moet een vast behandelcontact zijn: dit kan ofwel de hulpverlener van Bureau Jeugdzorg zijn ofwel de hulpverlener die de standaardmodule uitvoert.

Periodieke evaluatie vindt plaats na afronding van een module. ZP2 duurt in principe 6 tot 9 maanden. Het individuele aanbod bestaat uit twee of drie modules. Als er meer zorg nodig is is een zwaarder zorgprogramma geïndiceerd.

Invulling ZP3

Dit zorgprogramma is bedoeld voor beantwoording van hulpvragen van kinderen en ouders van kinderen met AD(H)D of ernstige aan AD(H)D gerelateerde problematiek; het accent ligt bij de vraag naar de behandeling van de jeugdige.

Het zorgprogramma bevat 4 vaste onderdelen:

- behandel diagnostiek (1 standaardmodule);
- kindgericht aanbod, diverse mogelijkheden (individueel of groepsaanbod);
- individuele ouderbegeleiding (2 standaardmodules en 2 optionele modules);
- ouder(groeps)training (3 optionele modules, dus 3 varianten).

Daarnaast zijn er 20 optionele modules⁵. Voorbeelden hiervan zijn: medicatie, Video Home Training, lotgenotencontact (ouderaanbod), verblijf/specifiek opvoeden (kindaanbod), en structureren omgeving onderwijs (tweede milieu). De meeste modules worden geleverd door de jeugdhulpverlening; de GGZ levert de modules consultatie, korte diagnostiek, medicatie, en eventueel een behandelmodule (zoals AD(H)D kindergroep, gedrags therapie of Sociale Vaardigheidstraining).

Noot 4 Inmiddels heeft men dit aantal weten terug te brengen doordat men de doelgroepen op basis van hun hulpvragen scherper heeft weten af te bakenen.

Noot 5 Inmiddels is het aantal optionele modules teruggebracht, net als in het tweede zorgprogramma.

Het Indicatiebureau beslist over de inzet van een behandelmodule en dus de standaardmodules en geeft aan of en zo ja welke optionele modules gewenst zijn. Binnen de afgesproken bandbreedte kunnen betrokken instellingen zelf beslissen over de daadwerkelijke inzet van optionele modules. De plaatser of casemanager meldt het zorgtoewijzingsbesluit aan bij de regievoerende instelling; de instelling die de meeste modules levert fungeert als regievoerder en levert dus de programmacoördinator. De cliënt wordt toegewezen aan de programmacoördinator (gedragswetenschapper). Deze vormt een vast team met de maatschappelijk werker. De maatschappelijk werker begeleidt de cliënt gedurende de loop van het programma en fungeert als aanspreekpunt.

Wanneer er modules van andere instellingen zijn geïndiceerd dan zorgt de programmacoördinator ervoor dat de instelling wordt geïnformeerd en de uitvoering voor zijn rekening (jeugdhulpverlening) of in overweging (GGZ) neemt. Er worden gemiddeld eens per maand voortgangsbesprekingen gehouden. Om de 6 maanden is er een kinderbespreking. Andere behandelaren en hulpverleners uit dezelfde instelling leveren indien nodig een schriftelijke bijdrage aan de besprekingen. De maatschappelijk werker nodigt de casemanager uit voor de kinderbespreking en doet verslag aan de ouders. Zonodig worden ook behandelaren of vertegenwoordigers van andere instellingen (bijv. de school) uitgenodigd voor de kinderbespreking.

Invulling ZP4

Dit zorgprogramma is bedoeld voor hulpvragen van kinderen en ouders van kinderen met een ernstige mate van AD(H)D, eventueel gecombineerd met andere psychiatrische problematiek en/of een complexe opvoedingssituatie. Het aanbod bestaat in ieder geval uit zeer uitgebreide psychiatrische diagnostiek, medicatie, intensieve begeleiding en behandeling van het kind/jeugdige, intensieve ouderbegeleiding en intensieve samenwerking met en ondersteuning van het tweede milieu.

Het zorgprogramma omvat 6 vaste onderdelen:

- behandel diagnostiek (1 standaardmodule);
- individuele ouderbegeleiding (1 standaardmodule en 2 optionele modules);
- oudertraining (groep) (1 standaardmodule);
- medicatie (1 standaardmodule);
- (cognitieve) gedragstherapie (kindaanbod voor kinderen ouder dan 6 jaar) (1 standaardmodule);
- ondersteuning en advies (tweede milieu) (1 standaardmodule).

Naast de 6 vaste onderdelen zijn er 12 optionele modules⁶. De meeste modules worden geleverd door de GGZ; de jeugdhulpverlening levert eventueel enkele ambulante modules.

ZP4 is toegankelijk via Bureau Jeugdzorg, de huisarts of een medisch specialist. Aanmelding betekent aanmelding bij het GGZ-loket. Op basis van de resultaten van de diagnostiekmodule adviseert de kinder- en jeugdpsychiater over het inzetten van ZP4.

De regie binnen dit zorgprogramma ligt bij de GGZ (de kinder- en jeugdpsychiater). Het overwegen van de inzet van een andere module uit een andere instelling gebeurt onder verantwoordelijkheid van de regievoerder. Een eventuele plaatsing binnen een andere instelling naast de dagbehandeling van de GGZ wordt toegewezen door het Indicatiebureau.

Voor zover aan de orde, wordt het speciaal onderwijs betrokken bij de diagnostiekbespreking. Daarna vindt een gesprek plaats met ouders (en kind); zij beslissen over de behandeling die wordt ingezet.

Na de diagnostiek wordt een behandelplan gemaakt. Dit wordt aan de ouders voorgelegd. Er is binnen de GGZ één aanspreekpunt voor de cliënt.

Noot 6 Net als in de zorgprogramma's 2 en 3 is ook hier het aantal optionele modules inmiddels teruggebracht.

Wanneer er deeltijd dagbehandeling wordt ingezet duren de behandelperiodes steeds ongeveer 6 weken en eindigen met evaluatie/bijstelling. Bij een ambulant aanbod wordt na 3 maanden en vervolgens steeds na 6 maanden geëvalueerd.

Bij de halfjaarlijkse behandelbesprekingen zijn indien nodig de coördinatoren van de betrokken instellingen aanwezig. Over de rapportage van de uitvoering van de verschillende modules worden schriftelijke afspraken gemaakt. Bij afronding van een module wordt altijd schriftelijke gerapporteerd aan de regievoerder.

5.5.3 De organisatie van de zorgprogramma's

Voor elk zorgprogramma is aangegeven bij wie de regievoering ligt. De instelling die de meeste modules levert binnen een zorgprogramma wordt hiermee belast. Bij ZP1 doen de ouders het zelf.

De regievoerende instelling levert de zorgcoördinator en is verantwoordelijk voor:

- Opstellen individueel behandelplan en zorgen voor uitvoering en onderlinge afstemming.
- Inzetten van optionele modules al dan niet in overleg met de casemanager.
- Coördinatie van de uitvoering van modules.
- Vast behandelcontact voor de cliënt.

De casemanager (geïndiceerde zorg) begeleidt de cliënt in het toeleidings-traject. Tijdens de uitvoering van het zorgprogramma volgt en bewaakt de casemanager op afstand (bewaking van herindicatie en bandbreedte van optionele modules).

De regievoering gaat een instelling waarschijnlijk extra tijd kosten maar het totale programma levert ook weer tijdswinst op aangezien een deel van de behandeling onder de regievoering van een andere instelling valt.

5.6 De instroom en de systeemeisen van de Toegang

Instroom in ZP2, ZP3 en ZP4 verloopt via Bureau Jeugdzorg. Verder is er een directe instroom mogelijk via de huisarts (en andere medisch specialisten) naar ZP4.

De basisdiagnostiek voor instroom in ZP2, ZP3 en ZP4 wordt uitgevoerd door Bureau Jeugdzorg. Daarnaast zijn er ook diagnostiekmodules opgenomen in de zorgprogramma's die uitgevoerd worden door de instellingen zelf:

- Een korte GGZ-module is beschikbaar als aanvullende diagnostiek binnen ZP2 en ZP3. Deze module wordt aangevraagd wanneer er een vermoeden van AD(H)D is.
- Behandel diagnostiek van jeugdhulpverlening vormt een standaardmodule binnen ZP3.
- Het volledig diagnostiek onderzoek (onderzoek en adviesmodule van de GGZ) vormt een standaardmodule binnen ZP4. Over afstemming van dit onderzoek met eerder uitgevoerd diagnostisch onderzoek worden momenteel afspraken gemaakt.

Het zorgprogramma, en dus de standaardmodules, worden geïndiceerd door Bureau Jeugdzorg. Het Indicatiebureau (ZTO) wijst het programma toe. Deze zorgtoewijzing vanuit Bureau Jeugdzorg heeft alleen betrekking op de jeugdhulpverlening. De GGZ-instellingen beslissen zelf over de inzet van modules. In het kader van de zorgprogrammering voor deze doelgroep zullen bepaalde capaciteitsafspraken met de GGZ-instellingen moeten worden gemaakt.

Voor de optionele (geïndiceerde) jeugdhulpverlening-modules zullen bepaalde bandbreedtes worden afgesproken met Bureau Jeugdzorg; daarbij gaat het dus om afspraken over de speelruimte die regievoerende instellingen hebben bij het inzetten van optionele modules. Binnen de afgesproken bandbreedte kunnen instellingen die een module moeten leveren zelf (in overleg met ouders en casemanager) bepalen of men een module geschikt vindt voor een cliënt. Wanneer de intensiteit van de hulp zwaarder wordt (dat wil zeggen inzet van een verblijfsmodule) moet men altijd terug naar het Indicatiebureau.

5.7 Stand van zaken ontwikkeling en uitvoering zorgprogramma's

Inhoud en kwaliteit van de programmabeschrijvingen worden in het veld zeer positief gewaardeerd. In de praktijk moet echter nog blijken of er voldoende draagvlak is voor een goede uitvoering, dus of de visie wordt onderschreven, het behandelaanbod beschikbaar komt en de organisatorische vormgeving uitvoerbaar is. De huidige stand van zaken is als volgt:

- De GGZ is gestart met een grootschalig deskundigheidsbevorderings-traject. Hiervoor heeft VWS subsidie beschikbaar gesteld. De subsidie is bedoeld voor huisartsen en andere eerstelijnsfunctionarissen. Bureau Jeugdzorg had ook graag van het aanbod gebruik willen maken. Onlangs is besloten dat deskundigheidsbevordering van Bureau Jeugdzorg gefinancierd zal worden ofwel met projectgelden ofwel uit eigen middelen.
- Binnen de GGZ is men intern het aanbod van ZP4 aan het uitwerken.
- ZP1 is als pilot van start gegaan in Almere. De pilot wordt uitgevoerd door acht huisartsen, AMW, Ouder- en Kindzorg en pedagogisch spreekuurhouders. De huisartsen hebben een scholingstraject van twee dagen gevolgd en 2 uur voorlichting over het totale aanbod van zorgprogramma's. De consultatie vanuit de GGZ is operationeel. Eind oktober 2000 wordt de pilot geëvalueerd. Daarna wordt het schooltraject eraan gekoppeld.
- ZP2 zal rond de zomer van start gaan.
- Bureau Jeugdzorg heeft aangegeven pas te willen meedoen als het deskundigheidsbevorderingstraject is uitgevoerd. Het plan is om enkele medewerkers van Bureau Jeugdzorg nog voor de zomer te scholen zodat ZP2 toch op vrij korte termijn van start kan gaan.
- ZP3 is helemaal uitgewerkt, inclusief de modules. Stichting Jeugdhulpverlening Flevoland start dit jaar een eigen project zorgprogrammering en zal vanaf dan in de programma's 2, 3 en 4 gaan meedoen.

De provincie staat positief tegenover continuering; er zijn echter nog geen concrete afspraken gemaakt over continuering van het project. Het ziet ernaar uit de projectleider haar werkzaamheden wel kan continueren. Voor hoeveel uur per week zij beschikbaar zal blijven is onduidelijk. Inmiddels is wel duidelijk dat de stuurgroep zal blijven bestaan. Deze zal zich gaan bezighouden met het programmeren van de zorg gericht op bestrijding van kindermishandeling en tevens toezicht blijven houden op de verdere ontwikkeling en implementatie van het AD(H)D-programma in Flevoland.

De projectleider noemt een drietal zaken die zij belangrijk acht voor het implementatieproces:

- Alle instellingen vooraf goed informeren.
- Bijscholing voor de professionele werkers.
- Het werkelijk beschikbaar komen van de module kortdurende diagnostiek van de GGZ.
- Het gedetailleerd uitwerken van de organisatie- en overlegstructuur.

5.8 Knelpunten

- Men wil graag (snelle) beschikbaarheid van een klein deeltje geïndiceerde zorg (intensieve ouderbegeleiding) binnen ZP2 dat verder uit vrij toegankelijke zorg bestaat. Probleem is de snelle beschikbaarheid. Formeel betekent dit dat de indicatiecommissie moet toewijzen. Er wordt nog bekeken of alleen een indicatieoverleg voldoende is. Probleem is ook dat er een casemanager moet komen en daarvoor bestaat een wachtlijst.
- Bureau Jeugdzorg is druk bezig met het bureau goed op te starten. Dat wil zeggen met zaken als het bepalen van de cliëntroute, de capaciteitsuitbreiding en het werven van personeel; men is dus nog sterk intern gericht.
- Binnen de instellingen leeft het idee dat men capaciteit moet gaan leveren aan andere instellingen/ sectoren. Ook is men bang de eigen autonomie kwijt te raken omdat anderen kunnen voorschrijven wat men wel en niet moet doen. Het wordt steeds duidelijker dat doelgroepen van de oorspronkelijke instellingen elkaar (deels) overlappen: "Dat is nog even wennen..."
- Een van de twee instellingen voor jeugdhulpverlening (Stichting Jeugdzorg Flevoland) gaat modulariseren. Op zich is dat een goede zaak, maar op korte termijn komen waarschijnlijk geen modulebeschrijvingen beschikbaar van hun aanbod (voor de doelgroep van 12 tot 18 jaar).
- De GGZ heeft een capaciteitsprobleem en daardoor de behoefte om zich te concentreren op de typische GGZ-doelgroepen. Zij mogen per jaar een genormeerd aantal verrichtingen uitvoeren en willen dat liever inzetten voor hun eigen doelgroepen; de doelgroep van ZP3 behoort daar niet toe.
- Als de GGZ plaatser is voor de jeugdhulpverlening dan wordt zij ook casemanager. Casemanagement kost meer tijd en regelwerk dan de oorspronkelijke plaatsersfunctie. De GGZ wil niet dat dure en professionele behandelaars worden ingezet voor deze nieuwe functie, die in het kader van de jeugdhulpverlening is ontstaan. Uitbreiding naar de jeugdhulpverlening kost te veel tijd en regelwerk. Datzelfde knelpunt speelt ook als het gaat om de regievoering van de GGZ over inzet jeugdhulpverlening-modules (in ZP4). Inmiddels zijn hierover onderlinge afspraken gemaakt.

5.9 Ervaringen met de specifieke thema's

Deelname speciaal onderwijs als kernpartner buiten de jeugdzorg

Het speciaal onderwijs is als kernpartner betrokken bij het veldproject. Er is veel overlap in doelgroep: AD(H)D geeft veel problemen op school. De deelname van het speciaal onderwijs kwam pas goed uit de verf toen bleek dat beleidsontwikkelingen

binnen het onderwijsveld (ontwikkeling regionaal expertisecentrum: REC) goed aansloten bij zorgprogrammering. Het opzetten van REC's impliceert kort gezegd dat een bundeling van scholen in het speciaal onderwijs ondersteunend gaat werken naar het regulier onderwijs. Aanwezige deskundigheid wordt overgedragen via info-overdracht, ambulante begeleiding e.d. Zowel in het kader van het REC als vanuit de zorgprogramma's is het van belang dat het speciaal onderwijs het eigen beschikbare aanbod gaat beschrijven. Binnen het speciaal onderwijs gaat men nu inventariseren welke onderdelen van het aanbod voor de doelgroep AD(H)D beschikbaar is. Dat aanbod wordt beschreven.

Doel is dat zichtbaar wordt welk aanbod een kind dat instroomt in een zorgprogramma al binnen speciaal onderwijs krijgt. Hierdoor is afstemming mogelijk en wordt overlap voorkomen. Dat is een taak van de regievoerder. Beperking is dat toewijzing van een speciaal onderwijs module gebeurt via een eigen indicatiecommissie.

Resultaatmeting

Wat betreft de resultaatmeting zijn tijdens de looptijd van het project wel globale plannen beschreven. Een concreet model is echter nog niet uitgewerkt. Er zijn al wel registratieformulieren ontworpen die in eerste instantie voor ZP1 en later ook voor de andere zorgprogramma's gebruikt zullen worden; hiermee wordt het primair proces op cliëntniveau vastgelegd. Het is ook de bedoeling dat onder cliënten een satisfactiemeting wordt gehouden.

5.10 Conclusies DSP

Het Project Intersectorale Zorgprogrammering in de provincie Flevoland heeft als doel dat instellingen gezamenlijk het totale zorgaanbod voor de doelgroep (waarvoor men nu ook reeds (gedeelten van) zorg biedt) programmeren. Men heeft dit middels het veldproject concreet gestalte gegeven voor de brede doelgroep: 'van druk gedrag tot AD(H)D'. Zorgprogrammering blijft in Flevoland dus niet beperkt tot de doelgroepen met complexe problemen waarvoor koppeling van aanbod uit verschillende instellingen/ sectoren noodzakelijk wordt geacht. Flevoland heeft (net als het Limburgse veldproject) de insteek gekozen om het totale zorgaanbod van instellingen voor doelgroepen te programmeren. Deze benadering heeft een bepaald type programma's opgeleverd:

- Er zijn (kwalitatief hoogwaardige) programma's beschreven waarmee alle beschikbare hulp voor de totale doelgroep in onderlinge samenhang is beschreven.
- Het totale hulptraject is beschreven vanuit eenzelfde overkoepelende visie. Per programma is een gezamenlijke hulpvraag geformuleerd, een programmadoel gespecificeerd en de organisatie van de instroom en uitvoering gedetailleerd beschreven.
- De programma's blijven niet beperkt tot de jeugdzorg; een groot aantal sectoren / instellingen is op onderdelen betrokken: ofwel omdat men zelf een actieve bijdrage levert, ofwel omdat men vanuit een zorgprogramma ondersteuning krijgt aangeboden, ofwel omdat afstemming tussen zorgprogramma en aanbod van de aanpalende sector voor de doelgroep aan de orde is.
- Met name ZP1 en ZP2 hebben een generalistisch karakter. De hulpvraag van deze deeldoelgroepen is relatief licht en wordt beantwoord met maximaal 1 standaardmodule en een groot aantal optionele modules⁷. Hiermee is het totale bestaande aanbod voor deze deeldoelgroepen geprogrammeerd.
- Hoe complexer de doelgroep hoe specialistischer het programma: ZP3 heeft 4 standaardmodules, ZP4 heeft 6 standaardmodules. Ook deze zorgprogramma's hebben echter een groot aantal optionele modules⁸. Gezien de bredere doelstelling van het project is dat begrijpelijk omdat ook voor deze deeldoelgroepen de totale zorg geprogrammeerd moest worden.
- Op basis van de kwaliteit en de gekozen opzet van de programma's is het gelukt om een integratie van de zorg van de GGZ en de jeugdhulpverlening tot stand te brengen. Dat is een resultaat van het veldproject en een verbetering voor de cliënt. Een zwakke schakel in het geheel blijft het feit dat de GGZ buiten de toewijzing van het Indicatie Bureau blijft en een eigen instroom heeft via de huisartsen en de medisch specialisten, conform het landelijk protocol. De selectie en inzet van GGZ-modules blijft daarmee afhankelijk van interne besluitvorming binnen de GGZ en capaciteitsafspraken tussen GGZ en jeugdhulpverlening. Maar dat valt

Noot 7 Inmiddels minder, zie voetnoot paragraaf 5.5.2.

Noot 8 Dit aantal is inmiddels teruggebracht, zie ook voetnoot paragraaf 5.5.2.

buiten de opdracht en mogelijkheden van het veldproject.

- Er is gewerkt vanuit het (impliciete) uitgangspunt dat het bestaande aanbod (van jeugdhulpverlening en GGZ) toereikend is voor de doelgroep. De vraag of de gezamenlijke hulpvraag van de deeldoelgroepen met het bestaande aanbod beantwoord kon worden is (nog) niet expliciet aan de orde gesteld. Gewenst ontbrekend aanbod zal nog benoemd moeten worden. Wat betreft het aangeven van overlap in bestaand aanbod ligt dat veel lastiger. Dat is in geen van de veldprojecten gebeurd. Het is ook zeer de vraag of je van het management van verschillende instellingen kan verwachten dat ze gezamenlijk met elkaar gaan overleggen over wie welk aanbod voor een doelgroep wel kan schrappen. De provincie zal hierbij een actieve rol moeten vervullen. De gecreëerde transparantie in het aanbod en de resultaten van evaluatie-onderzoek (met name satisfactie-onderzoek onder cliënten) bieden daarvoor concrete handvatten.
- De hulpvraaggerichtheid krijgt gestalte in de sterke positionering van de cliënt binnen de programma's. Met name ZP1 en ZP2 (geen geïndiceerde (jeugd)zorg) bieden ruimte om de cliënt een sterke positie te geven. ZP3 en ZP4 zijn mede gebonden aan bestaande procedures binnen Bureau Jeugdzorg en uitvoerende instellingen van jeugdhulpverlening en GGZ.
- De hulpvraaggerichtheid krijgt ook gestalte in de randvoorwaarden (kwaliteitseisen die aan medewerkers worden gesteld). In het verlengde hiervan ligt de opvatting van de projectleider dat instellingen zelf cursussen klantgericht werken zouden kunnen gaan organiseren en dat satisfactie-onderzoek standaard onderdeel van de evaluatie moet worden.

Eindconclusie

Het veldproject laat ons inziens 'op voorbeeldige wijze' zien hoe intersectorale programmering van zorg voor een brede doelgroep vorm gegeven kan worden. Het project verdient vanwege de hoge kwaliteit dan ook continuering en een landelijke uitstraling. De programmabeschrijvingen kunnen een voorbeeldfunctie vervullen.

De brede opzet en het grote aantal actoren maken het project compleet maar tegelijkertijd ook kwetsbaar. Door in samenwerking met de instellingen en op basis van de beschreven programma's protocollen te maken, kan het draagvlak onder instellingen worden vergroot en helder worden gemaakt wat van welke instelling, op welk moment, in welk programma, wordt verwacht.

6 Zorgprogrammering Zeeland

Provincie Zeeland

6.1 Inleiding

Het Provinciaal Samenwerkingsverband Jeugdhulpverlening Zeeland heeft begin 1998 besloten zorgprogrammering te gaan invullen. Het projectvoorstel, dat in 1998 bij de landelijke Projectgroep Zorgprogrammering is ingediend, is gericht op de ontwikkeling van een intersectoraal zorgprogramma voor pubers in de leeftijd van 13 tot en met 16 jaar met meervoudige complexe problematiek. Deze categorie hulpvragen kan momenteel in Zeeland onvoldoende beantwoord worden.

Men beoogt met het veldproject items rond zorgprogrammering helder te krijgen. In die zin fungeert het veldproject als pilot voor de bredere invoering van zorgprogrammering in Zeeland.

6.2 Doelgroep, doelstelling en hulpvraag

Bij de uitwerking van het zorgprogramma is besloten om de doelgroep nader af te bakenen wat betreft leeftijd en probleemgebieden. De doelgroepomschrijving luidt als volgt: 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.

Er 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 deskundigen (zie paragraaf 6.4, de projectgroep).

De doelen van het zorgprogramma zijn gebaseerd op de omschrijving van de hulpvragen en luiden 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 en ouders;
- 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.

6.3 De deelname van instellingen en sectoren

Het zorgprogramma is ontwikkeld en uitgevoerd door vijf kernpartners (instellingen). Via deze instellingen zijn de jeugdhulpverlening, de GGZ-jeugd, de jeugdbescherming/jeugdreclassering, het algemeen maatschappelijk werk en het speciaal onderwijs vertegenwoordigd.

Vier kernpartner-instellingen leveren modules voor het zorgprogramma. De vijfde kernpartner, het Algemeen Maatschappelijk Werk, is betrokken als Toegangsinstelling van Bureau Jeugdzorg.

6.4 Organisatie en werkwijze van het veldproject

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

Een *stuurgroep* (directies van de vier instellingen (kernpartners) die modules leveren 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.

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 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 benadering gekozen. De oorspronkelijke doelgroep is afgebakend wat betreft leeftijd en probleemgebieden.

Binnen de stuurgroep zijn afspraken gemaakt over de inzet van modules.

De eerder ontwikkelde screeningslijst is opnieuw aangepast en vervolgens onder andere uitgezet bij instellingen die de Toegang vormen. Deze lijst is reeds vanaf mei 1999 door de intakepersoneel gehanteerd.

Deze eerste ontwikkelingsfase heeft ongeveer 5 maanden in beslag genomen. Daarna 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.

6.5 Beschrijving van het zorgprogramma

6.5.1 De inhoud van het zorgprogramma

Het intersectorale zorgprogramma '13- en 14 jarigen op de rails' is in september 1999 gereed gekomen. Uitgaande van de hulpvraag zijn standaardmodules en optionele modules vastgesteld. Het zorgprogramma bestaat uit aanvullende diagnostiek, twee standaardmodules (intensieve gezinsbehandeling, en sterker maken) en drie optionele modules (crisisopvang, agressie-regulatietraining en onderwijs). De standaardmodule 'sterker maken' kent

twee varianten en de optionele module 'crisisopvang' is in drie varianten beschikbaar.

Er is vooraf niet 'geoefend' op basis van bestaande casuïstiek. Voorlopig staat de volgorde waarin modules ingezet worden dan ook niet vast, maar zal deze per cliënt worden bepaald. Meerdere modules kunnen tegelijkertijd doorlopen worden.

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 voor de Kinderbescherming 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.

Het zorgprogramma en de modules zijn beschreven volgens het stramien van de eerste handleidingen van het NIZW. De beschrijvingen van het Zeeuwse programma zijn echter summier. Zo wordt bij elke module de visie omschreven in termen van 'systeemtheorie', 'leertheorie' e.d. Of hiermee een gemeenschappelijke visie ten grondslag ligt aan het zorgprogramma, en welke dat is, wordt niet duidelijk.

De projectleider beaamt dat de ontwikkeling van een gezamenlijke visie een vrij impliciet proces is geweest. Een lid van de projectgroep heeft het taakvaardigheidsmodel uitgeschreven en dat is besproken in de projectgroep. De visie van dit model is vervolgens als uitgangspunt voor het zorgprogramma opgenomen.

6.5.2 De organisatie van de zorgprogramma's

In de operationele fase ziet de organisatie van het zorgprogramma er als volgt uit:

- een programmahoofd (unithoofd van de afdeling jeugdbescherming, Stichting Jeugdzorg);
- zorgprogramma-casemanagers (medewerkers van de afdeling vrijwillig-ambulant van de Stichting Jeugdzorg);
- modulevertegenwoordigers (medewerkers van de uitvoerende organisaties die modules leveren).

Men onderscheidt twee typen casemanagement: het overall-casemanagement voor eventuele andere hulp naast en na het zorgprogramma, en het zorgprogramma-casemanagement dat betrekking heeft op de coördinatie van de zorg die de cliënt ontvangt binnen het zorgprogramma.

Er zijn drie zorgprogramma-casemanagers aangesteld (vanuit de afdeling vrijwillig-ambulant van de Stichting Jeugdzorg). Deze drie zorgprogramma-managers worden ook zoveel mogelijk de overall-casemanager en blijven dan gedurende het gehele zorgtraject betrokken bij dezelfde cliënt.

In het geval dat de cliënt al gebruik maakt van het aanbod van de Stichting Jeugdzorg (afdeling jeugdbescherming of afdeling vrijwillig-ambulant) en er in dit kader al een overall-casemanager is, neemt de overall-casemanager ook het zorgprogramma-casemanagement op zich, ook al is hij/zij niet een van de drie aangewezen zorgprogramma-casemanagers.

In de taakomschrijving van het programmahoofd is aangegeven dat modulevertegenwoordigers, casemanagers en programmahoofd periodiek rond de tafel zouden zitten. De praktijk werkt echter anders. Het programmahoofd

ziet zijn rol meer op afstand. Hij heeft regelmatig overleg met de casemanagers. Deze verzorgen de communicatie met de modulevertegenwoordigers. Het programmahoofd functioneert als regisseur op afstand en wordt pas actief als de casemanager het niet meer redt.

6.6 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.

De 'voor deur' van Bureau Jeugdzorg wordt ingevuld door de instellingen voor Algemeen Maatschappelijk Werk en (specifiek voor de geïndiceerde verwijzers, zoals huisartsen en kinderartsen) de GGZ (Ithaka). De intakekaders van deze instellingen bepalen op basis van een screeningslijst of een jongere in principe binnen de criteria van het zorgprogramma valt. Als dat zo is wordt de screeningslijst samen met andere intakegegevens doorgeleid naar het indicatie- en zorgtoewijzingsorgaan, het NJZ-team⁹. Het NJZ-team indiceert en wijst toe aan het zorgprogramma. 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 kinderschermingskader als vanuit een strafrechtelijk kader in het zorgprogramma instromen. Dit laatste is bij voorbeeld het geval als de raad de kinderrechter adviseert om plaatsing in het zorgprogramma op te leggen.

De cliënt wordt dan aangemeld bij het programmahoofd en er wordt een zorgprogramma-casemanager toegewezen. In een eerste gesprek met de cliënt maakt deze casemanager een afspraak voor de diagnostiek. Het betreft diagnostiek die nodig is voor het opstellen van het individuele behandelingsplan¹⁰. Op basis van deze diagnostiek zetten het programmahoofd, de diagnosticus en de zorgprogramma-casemanager gezamenlijk een behandelplan uit. Hierin wordt aangegeven welke modules in welke volgorde moeten worden ingezet. Alle stappen die worden gezet worden met de cliënt doorgesproken.

6.7 Ervaringen met de uitvoering van het zorgprogramma

Het zorgprogramma '13- en 14-jarigen op de rails' was in september 1999 gereed. Op 1 oktober is de operationele fase gestart. Afsproken is om in eerste instantie 10 cliënten te laten instromen in het zorgprogramma. Er is voor dit beperkte aantal gekozen om de jongeren intensief te kunnen begeleiden en de beoogde doelbereiking goed te kunnen meten. Op basis van de ervaringen die met deze groep worden opgedaan zal besloten worden of het zorgprogramma structureel onderdeel wordt van het Zeeuwse hulpaanbod.

Noot 9 NJZ = Netwerkorganisatie Jeugdzorg Zeeland.

Noot 10 Bureau Jeugdzorg is in Zeeland 'smal' opgezet. Dat betekent dat de diagnostiek die nodig is voor het opstellen van het behandelplan niet binnen Bureau Jeugdzorg kan plaatsvinden. Ithaka is de instelling die de aanvullende diagnostiek i.h.k.v. het zorgprogramma voor haar rekening neemt.

Na 2 maanden waren er 10 aanmeldingen binnen. Hiervan vielen er 4 reeds in het voortraject weer af: 3 jongeren wegens gebrek aan motivatie en 1 jongere wegens verhuizing naar een andere regio. In de maanden daarna zijn er geen nieuwe aanmeldingen meer geweest. Bij navraag in de Toegang bleek dat dit vooral te maken heeft met de eisen die aan de motivatie van de jongere worden gesteld. Er zijn nog 5 jongeren geweest die wel aan de screeningslijst voldeden. Het ontbrak hen echter aan de benodigde motivatie.

Verwacht wordt dat de 6 cliënten in het najaar van 2000 zullen uitstromen. Door middel van resultaatmeting zal nagegaan worden of de behandeldoelen in voldoende mate bereikt zijn.

Gedurende de proefperiode blijven de projectgroep en de stuurgroep aan¹¹. Zij zullen tijdens deze operationele fase een meer begeleidende en evaluerende taak hebben. Een knelpunt dat men nu voorziet betreft de wachtlijsten bij de standaardmodule 'intensieve gezinsbehandeling'. Als er een wachttijd is heeft dit consequenties voor de volgorde van de in te zetten modules: moet je dan afwachten of doorgaan met andere modules? Er is een tussentijdse rapportage opgesteld door de projectleider over de projectperiode september 1998 - april 2000¹². In het najaar 2000, als de operationele fase is afgesloten, zal nog een eindrapportage worden uitgebracht.

De projectgroep heeft aangegeven dat de intersectorale samenwerking een groot winstpunt is. Eind juni is de einddatum van het project. Wanneer dan ook gestopt wordt met de instroom dan moet in het najaar de samenwerking opnieuw op gang gebracht worden en dat vindt men zonde. Vanuit de projectgroep is nu het voorstel gedaan om de instroom gewoon door te laten gaan in het kader van de reguliere hulp. Dit vraagt weinig qua tijd en inzet. Het programmahoofd is maar 1,5 uur per week kwijt aan zijn werkzaamheden, verder kost het de diagnosticus nog wat tijd, de inzet van de casemanager/ overall-casemanager is regulier.

6.8 Knelpunten

Er is een aantal problemen gerezen die de ontwikkeling en start van het zorgprogramma hebben bemoeilijkt. Deze problemen hangen niet per definitie samen met het zorgprogramma '13- en 14-jarigen op de rails' en men zou er bij de ontwikkeling van andere zorgprogramma's lering uit kunnen trekken.

De projectstructuur

Nadat de projectgroep medio 1999 een programmastructuur had bedacht, bleek dat er onvoldoende rekening was gehouden met de vraag hoe de programmastuctuur zich verhoudt tot de organisatiestructuur van de betrokken instellingen. Pas toen in september 1999 de functie van programmahoofd werd ingevuld, in de persoon van een unithoofd van Stichting Jeugdzorg, kwam dit knelpunt aan het licht. Dit leidde onder andere tot discussie over de vraag aan wie het programmahoofd, de modulevertegenwoordigers en de casemanagers van het zorgprogramma verantwoording moeten afleggen. Terwijl het zorgprogramma in september 1999 inhoudelijk klaar was voor instroom, is tot januari 2000 gediscussieerd over de programmastructuur, met name de positionering van de casemanagers. Dit type problemen

Noot 11 De projectleider blijft tot het einde van de proefperiode betrokken vanuit zijn functie als secretaris van het provinciaal samenwerkingsverband dat dit veldproject geïnitieerd heeft.
Noot 12 'Rapportage veldproject zorgprogrammering Zeeland': 13/14 jarigen op de rails; provinciaal samenwerkingsverband jeugdhulpverlening Zeeland; Middelburg, juni 2000.

kan mogelijk ondervangen worden als ook personen uit het middenmanagement betrokken worden bij de ontwikkelgroep van zorgprogramma's.

Externe belemmeringen

De standaardmodule 'intensieve gezinsbehandeling' maakt onderdeel uit van een landelijke pilot en moet dan ook aan een aantal eisen voldoen. Een van deze eisen botst met de opzet van zorgprogramma. Het betreft één van de diagnostische instrumenten, de CBCL, die ook deel uitmaakt van het diagnostiepakket zoals dat door Ithaka, bij aanvang van het zorgprogramma, wordt afgenomen. Omdat dubbeling niet gewenst is heeft men besloten de CBCL niet meer af te nemen na aanmelding bij het zorgprogramma.

Modularisering

In Zeeland is nog geen sprake van modularisering van bestaand aanbod, waardoor veel tijd moest worden besteed aan het (leren) beschrijven van modules.

Aantal casemanagers

Binnen het zorgprogramma had men geopteerd voor een beperkt aantal zorgprogramma-casemanagers (3 vaste personen). Er blijken er nu 7 te zijn: de 3 vaste casemanagers en 4 casemanagers vanuit de jeugdbescherming. Binnen het zorgprogramma had men graag gezien dat de gezinsvoogd als overall casemanager op de achtergrond aanwezig was en dat een van de vaste zorgprogramma-casemanagers voor de jongere als casemanager binnen het zorgprogramma zou fungeren. Dat is niet haalbaar gebleken. Nadeel van de huidige constructie is dat aansturing door het programma-hoofd veel lastiger is en dat instructie over KWIS (resultaatmeting) bijv. steeds opnieuw moet gebeuren.

Positie programmahoofd

Het programmahoofd heeft in wezen een zwakke positie (valt buiten de hiërarchische lijnorganisatie). Hij/zij opereert op basis van deskundigheid en toegekend vertrouwen. Hij/zij is verantwoording schuldig aan de stuurgroep. Deze moet dus blijven bestaan ook na afloop van de projectperiode.

6.9 Ervaringen met de specifieke thema's

Relatie met aanpalende sectoren

De directeur van de school voor speciaal onderwijs zit in de projectgroep. De ervaringen zijn positief. Oorspronkelijk was de idee dat het speciaal onderwijs een standaardmodule zou leveren. Het kan echter voorkomen dat de cliënt binnen zijn/haar huidige school kan blijven en dat de onderwijsmodule dus niet ingezet hoeft te worden. Een andere mogelijkheid is dat de cliënt weliswaar binnen zijn/haar huidige school blijft, maar dat deze school ondersteuning vraagt vanuit het speciaal onderwijs en dat het speciaal onderwijs een consultatieve rol vervult. Pas als een school niet verder kan met de cliënt is de onderwijsmodule van het speciaal onderwijs geïndiceerd.

Nazorg

Feitelijk ligt de verantwoordelijkheid voor het nazorg-traject bij de overall-casemanager. Blijft de cliënt na beëindiging van het zorgprogramma binnen de jeugdzorg dan is daarmee de nazorg geregeld. Wordt na deelname aan het zorgprogramma het zorgtraject beëindigd omdat er geen hulp meer nodig is, dan neemt de overall-casemanager na 3 en na 6 maanden contact op met de cliënt om te bespreken hoe het gaat. Is de cliënt in het kader van het zorgprogramma geplaatst op de school voor speciaal onderwijs, dan is deze verantwoordelijk voor de nazorg. De overall-casemanager neemt dan ook contact op met de school.

Niet-vrijwillige hulpverlening

Als de inzet van het zorgprogramma niet-vrijwillig is, zullen zich wellicht bepaalde knelpunten voordoen. Hierover zal in het najaar 2000 worden gerapporteerd (4 van de 6 cliënten die daadwerkelijk gestart zijn met het zorgprogramma, zijn ingestroomd vanuit de jeugdbescherming).

De resultaatmeting

De resultaatmeting wordt opgezet volgens de richtlijnen zoals die zijn opgesteld door DSP en de landelijke Projectgroep Zorgprogrammering:

- Op instellingsniveau zijn vragenlijsten uitgezet (nulmeting) en dit zal na afloop van de proefperiode herhaald worden.
- Op cliëntniveau zullen gegevens worden verzameld vanuit KWIS, en op basis van een vragenlijst voor ouders en jongere.

6.10 Conclusies DSP

Met het zorgprogramma '13 en 14 jarigen op de rails', wil men voorzien in een leemte in het bestaande hulpaanbod in Zeeland. Met twee standaard-modules en drie optionele modules, die vanuit de verschillende kernsectoren geleverd worden, kan het beschouwd worden als een specialistisch zorgprogramma.

Het Zeeuwse zorgprogramma is in een betrekkelijk korte tijd ontwikkeld. Vervolgens is een noodzakelijke proefperiode ingelast om het zorgprogramma dat 'vanachter de tekentafel' is ontwikkeld in de praktijk uit te testen. Dit blijkt een goede werkwijze te zijn om een zorgprogramma te ontwikkelen. Een pluspunt van dit zorgprogramma is ook dat men een resultaatmeting uitvoert waarmee kan worden nagegaan of de programmadoelen worden gerealiseerd.

De beschrijving van het zorgprogramma en van de modules is op verschillende punten nog summier. De achterliggende visie en de vertaling van hulpvraag naar hulpaanbod e.d. zullen nader geëxpliciteerd moeten worden om inzicht te bieden in de kwaliteit van het zorgprogramma. De ervaring laat reeds zien dat het moeilijk is om hulpvraaggericht te werken vanuit bestaand aanbod. Het zorgprogramma lijkt geen antwoord te kunnen bieden op motivatieproblemen bij de cliënt.

De projectgroep bestaat uit een klein aantal inhoudelijk deskundigen. Zij hebben op basis van hun kennis en ervaring inzicht in de doelgroep, hun hulpvragen en het potentiële aanbod, maar kunnen niet altijd de organisatorische consequenties van de gekozen programmastructuur overzien. Het midden-management dient daarom tijdig betrokken te worden bij de ontwikkeling van zorgprogramma's.

De programmastructuur met een programmahoofd, zorgprogramma-case-managers en modulevertegenwoordigers blijkt tot nog toe in de praktijk goed te werken zonder dat dit veel extra tijd aan overleg vraagt. De structuur past echter niet binnen de bestaande instellingsstructuren en is daarom kwetsbaar. De reguliere instellingen die het programmahoofd, de casemanagers en de modulevertegenwoordigers leveren, doen dat op basis van een onderlinge afspraak met de projectgroep. Zodra de uitvoering van het zorgprogramma tot interne knelpunten leidt binnen een instelling, kan de positie van deze zorgprogramma-medewerkers en daarmee de uitvoering van het programma in gevaar komen.

7 Intersectoraal veldproject preventieve en curatieve gezinsgerichte begeleiding en ondersteuning

Provincie Drenthe

7.1 Inleiding

In de provincie Drenthe wordt gestreefd naar modularisering van het totale jeugdzorgaanbod. Dit proces gaat expliciet gepaard met de ombouw van residentiële naar ambulante hulp. Op basis van geconstateerde hiaten in de zorg en de gewenste ontwikkeling van intersectorale samenhangende zorgprogramma's, heeft de Werkmaatschappij Ontwikkeling Jeugdzorg Drenthe (WOJD)¹³ een zestal doelgroepen voor zorgprogramma's gedefinieerd. Twee doelgroepen zijn uitgekozen om nader uitgewerkt te worden in het kader van het veldproject zorgprogrammering.

7.2 Doelgroep, doelstelling en hulpvraag

In het projectplan is de doelstelling van het veldproject als volgt geformuleerd: het realiseren van twee intersectorale samenhangende zorgprogramma's voor twee verschillende doelgroepen. Deze zijn:

- KOPP-gezinnen (gezinnen waarin (een der) ouders met psychiatrische problematiek kampt);
- mishandelde kinderen en hun ouders.

Middels de te ontwikkelen zorgprogramma's moet het aanbod geschakeld of gestapeld kunnen worden op basis van de individuele hulpvraag en het individuele behandelplan.

Met deze doelstelling werd gekozen voor generalistische programma's (te weten een verzameling van modules waaruit op individueel niveau wordt geselecteerd) voor brede doelgroepen (van lichte tot ernstige/ meervoudige problematiek).

In het voorjaar van 1999 werd duidelijk dat het een bijzonder lastige opgave is om de gekozen brede benadering concreet vorm en inhoud te geven en in te bedden binnen het geheel aan bestaande voorzieningen. Op advies van de landelijke Projectgroep Zorgprogrammering is daarom besloten het ontwikkelproces in eerste instantie af te perken door het formuleren van deel-doelgroepen.

De twee deeldoelgroepen zijn als volgt omschreven:

- Kinderen met zichtbare (ernstige) gedrags-, sociale en emotionele problemen in gezinnen waar (één van) de ouders (kampt) kampen met psychiatrische problematiek en in behandeling (is) zijn bij de GGZ; leeftijdsgroep 8 tot 12 jaar; regio Emmen.
- Kinderen waarbij sprake is van (dreigende) lichamelijke verwaarlozing en/of mishandeling in het gezin; leeftijdsgroep 0 tot 4 jaar; regio Emmen en Hoogeveen.

Bij de afperking van de eerste deeldoelgroep 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

Noot 13 Dit provinciaal samenwerkingsverband van Drentse jeugdzorginstellingen richt zich op het initiëren, coördineren en besturen van ontwikkelings- en veranderingstrajecten in de jeugdzorg voor de provincie Drenthe. De WOJD speelt dan ook een belangrijke rol in de modularisering van het zorgaanbod en de ontwikkeling van zorgprogramma's in Drenthe.

veel grip op heeft; in de regio Emmen is de Toegang naar verwachting in oktober 1999 operationeel.

Argumenten voor de gekozen leeftijdsafperking bij de tweede deeldoelgroep zijn:

- uit onderzoek blijkt dat 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 thuis-milieu.

De regionale inperking is voornamelijk ingegeven door de in die regio's functionerende brede netwerken kindermishandeling (KIM-teams); verder verschillen de twee regio's wat betreft beschikbaar aanbod.

Over de hulpvraag van de twee doelgroepen is het volgende vastgelegd.

- Op dit moment is er nog onvoldoende aandacht voor de invloed van psychiatische 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 rechtstreekse 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 door de medewerkers van het veldproject nader omschreven.
- 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.

7.3 De deelname van instellingen en sectoren

De volgende instellingen zijn als kernpartners betrokken bij de ontwikkeling van de twee zorgprogramma's: Jeugdzorg Drenthe (MFO jeugdhulpverlening, jeugdbescherming, jeugdreclassering), GGZ-Drenthe, en de Raad voor de Kinderbescherming.

In het KOPP-programma wordt samengewerkt met speciaal onderwijs en thuiszorg.

Rond kindermishandeling functioneren in de Drentse regio's zogenaamde KIM-teams. De KIM-teams in Emmen en Hoogeveen zijn benaderd om als klankbordgroep te functioneren bij de ontwikkeling van het zorgprogramma Kindermishandeling (zie ook paragraaf 7.4). Het KIM-team Emmen is ten behoeve van het te ontwikkelen zorgprogramma uitgebreid met de volgende aanbieders: het welzijnswerk (verschillende sectoren), Humanitas (Home-start) en ziekenhuis Emmen. Het KIM-team Hoogeveen was al breed samengesteld maar is nog uitgebreid met: ziekenhuis, kinderopvang en vertegenwoordiger van buurtnetwerken. De Toegang was al vertegenwoordigd bij het KIM-team Hoogeveen, en is nu ook in het KIM-team Emmen vertegenwoordigd. Deze verbrede KIM-teams vormen een belangrijke verbinding tussen de jeugdzorg en lokale en regionale voorzieningen.

7.4 Organisatie en werkwijze van het veldproject

7.4.1 De opzet van een projectstructuur

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 kernpartners (veelal met staf/ preventiefunctionarissen) en de WOJD vertegenwoordigd. Aansturing vindt plaats vanuit de WOJD: de WOJD heeft de voorzitter van de projectgroep aangewezen. Zij rapporteert periodiek terug aan de WOJD. De staffunctionaris WOJD is lid van de projectgroep en fungeert als schakel tussen de projectgroep en het bestuur van de WOJD.

Een projectleider (gedetacheerd bij de WOJD vanuit de GGZ-Drenthe) is verantwoordelijk voor de aansturing van de projectgroep en vervult een voortrekkersrol bij de inhoudelijke ontwikkeling van de zorgprogramma's. De aanstelling van de projectleider is in de tweede helft van de veldprojectperiode uitgebreid van 8 naar 16 uur per week.

Zoals bij elk jeugdzorg-project in Drenthe is een directeur van een van de WOJD-instellingen portefeuillehouder van het veldproject zorgprogrammering. Sinds de zomer van 1999 is de portefeuillehouder actiever betrokken bij de ontwikkelingen. Zijn inzet is noodzakelijk om bij de betrokken instellingen draagvlak te creëren op managementniveau.

Het plan was verder om naast de projectgroep twee zgn. 'uitvoeringsgroepen' op te starten. Deze uitvoeringsgroepen, met daarin een vertegenwoordiging van de sectoren/afdelingen die een of meer modules leveren, zouden zich, onder leiding van twee programmacoördinatoren, richten op de concrete uitwerking van de zorgprogramma's KOPP en Kindermishandeling (zie verder paragraaf 7.4.2 en 7.4.3). Deze programmacoördinatoren zijn tevens verantwoordelijk voor de daadwerkelijke totstandkoming van het zorgaanbod aan het cliëntsysteem.

In de zomer van 1999 is een medewerker aangesteld die de modulebeschrijvingen maakt voor beide zorgprogramma's. De projectgroep had in eerste instantie gedacht dat zij het redigeren en coördineren van modulebeschrijvingen zelf zouden aanpakken. Aangezien het een tijdrovende taak bleek te zijn, waar de verschillende leveranciers van modules begeleiding bij behoeven, heeft de projectgroep er uiteindelijk voor gekozen iemand aan te nemen voor deze specifieke taak.

7.4.2 Werkwijze KOPP-zorgprogramma

De (beoogde) programmacoördinator van KOPP participeerde al sinds de start van het veldproject in de projectgroep. In het voorjaar van 1999 is een tiental personen gevraagd om de beoogde uitvoeringsgroep te vormen. Verder zijn in de zomer van 1999 twee onafhankelijke deskundigen benaderd die, samen met de programmacoördinator en de medewerker die verantwoordelijk is voor de modulebeschrijvingen, een casuïstiekgroep vormen. De casuïstiekgroep heeft een tiental oude/bestaande anonieme casussen geanalyseerd en op grond van die analyse aangegeven welk hulpaanbod wenselijk zou zijn. Op basis van deze input beoordeelt de projectgroep welke modules onderdeel moeten uitmaken van het KOPP-zorgprogramma. Daarmee krijgt de uitvoeringsgroep van het KOPP-programma eigenlijk meer een klankbord-functie, en men spreekt verder dan ook van de klankbordgroep. De programmacoördinator is de schakel tussen de projectgroep en deze klankbordgroep.

7.4.3 Werkwijze zorgprogramma Kindermishandeling

In navolging van de ervaringen in het KOPP-traject werd besloten voor de ontwikkeling van het zorgprogramma Kindermishandeling dezelfde structuur te hanteren:

- de projectgroep kiest de gewenste modules;
- op basis van casuïstiek;
- met inbreng van een klankbordgroep.

Voor het zorgprogramma Kindermishandeling was pas in de zomer van 1999 een programmacoördinator beschikbaar. Oorspronkelijk was het de bedoeling dat een medewerker van de Raad voor de Kinderbescherming als zodanig zou gaan fungeren. Door onderbezetting bij de raad bleek dat echter niet uitvoerbaar. In juni 1999 heeft de projectleider van het veldproject de teamleider van het AMK Drenthe benaderd voor deelname aan de projectgroep en als programmacoördinator voor het zorgprogramma Kindermishandeling. De uitgebreide KIM-teams (aangeduid met 'breed overleg') in Emmen en Hoogeveen fungeren sinds november 1999 als klankbordgroep voor de ontwikkeling van het zorgprogramma Kindermishandeling. Zij komen een keer in de drie maanden bijeen. Casuïstiek wordt ingebracht vanuit het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) en vanuit de klankbordgroep. De programmacoördinator, de projectleider en nog een ander lid van de projectgroep vormen samen de casuïstiekgroep. Zij doen een analyse op de casussen van de deeldoelgroep die bij het AMK binnenkomen om het gewenste hulpaanbod in kaart te brengen.

7.5 Beschrijving van de zorgprogramma's

Beide zorgprogramma's zijn gezinsgericht, met als uitgangspunt de hulpvraag van het kind. Het zorgprogramma-aanbod zal daarom altijd moeten bestaan uit in ieder geval één gezinsgerichte module en één kindgerichte module. Begin 1999 zijn alle modules die beschikbaar zijn voor de twee doelgroepen door de projectgroep verzameld. Dit heeft twee 'legobakken' van circa 20 modules opgeleverd.

Vanuit de casusbesprekingen en praktijkervaringen begint het KOPP-programma concrete vorm en inhoud te krijgen. De KOPP-modules zullen worden geleverd door de jeugdhulpverlening, de jeugd-GGZ en de volwassen-GGZ. Het KOPP-programma bestaat uit drie preventieve modules die altijd worden ingezet:

- alle kinderen in de gekozen leeftijdsgroep worden verwezen naar een doe-praatgroep (deze module is te beschouwen als de kernmodule);
- alle kinderen worden door de GGZ-hulpverlener van de ouders voorgelicht (instapmodule);
- met alle ouders wordt gesproken over hun positie als ouder in relatie tot de eigen psychiatrische problematiek (instapmodule).

Verder zijn er drie optionele preventieve modules (KOPP-oudercursus, pedagogische advisering/ondersteuning en preventief huisbezoek). Er zijn in totaal 9 curatieve gezinsgerichte modules beschikbaar gericht op ouders en 7 curatieve kindgerichte orthopedagogische en psychiatrische modules.

De doe-praatgroep fungeert niet alleen als preventieve maar ook als diagnostische instrument. De ervaring wijst uit dat van de 9 kinderen die de doe-praatgroep tot nog toe hebben gevolgd, 8 kinderen (en/of hun ouders) een vervolgadvisie hebben gekregen. Bijzonder kenmerk van de doe-praatgroep is verder dat deze een intersectionaal karakter heeft. De module wordt uitgevoerd door GGZ én Jeugdzorg.

Hoe het KIM-programma van circa 20 modules er concreet uit gaat zien moet nog nader bepaald worden op basis van praktijkervaringen. De casuïstiekbesprekingen hebben al wel relevante informatie opgeleverd (zie paragraaf 7.7).

7.6 De instroom

Instroom in het KOPP-zorgprogramma vindt plaats via de ggz-hulpverlener van de ouder. Aanmelding kan plaatsvinden in elke fase van het hulpverleningsproces van de ouder. In principe gebeurt het echter zoveel mogelijk vanaf het moment dat de ouder in behandeling komt bij de GGZ. In de praktijk zal nog moeten blijken of zorgtoewijzing naar de geïndiceerde zorg kan plaatsvinden op het niveau van modules.

In de zomer van 1999 is een contactpersoon KOPP aangewezen bij de Toegang van Bureau Jeugdzorg Emmen. Afgesproken is dat alle aanmeldingen voor het KOPP-programma bij deze contactpersoon binnenkomen als het cliëntsysteem aan het zorgprogramma wordt toegewezen. De contactpersoon heeft een registrerende en volgende taak; hij/ zij hoeft niet per se zelf de kinderen te zien.

Op het moment dat er via het zorgtoewijzingsorgaan een geïndiceerd aanbod aan de orde is, loopt alles via het casemanagement van Bureau Jeugdzorg. Een belangrijk element is de afstemming met de ggz-hulpverlener die verantwoordelijk is voor het casemanagement rond de hulp aan de ouder. De KOPP-programmacoördinator draagt zorg voor deze afstemming.

In een latere fase is ook voor het KIM-programma de functie van contactpersoon gedefinieerd. Voor beide doelgroepen blijkt een dergelijke functie in de fase voordat het zorgtoewijzingsorgaan in beeld komt, onontbeerlijk. De instroom naar het KIM-zorgprogramma loopt via het AMK. Daarmee is de centrale positie van het AMK, gezien haar deskundigheid inzake kindermishandeling, duidelijk gedefinieerd en onderscheiden van de Toegang tot de Jeugdzorg.

7.7 Ervaringen met het ontwikkelen van de zorgprogramma's

De projectleider heeft in september 1999 voor elk van de twee te ontwikkelen zorgprogramma's een concept-kadernotitie geschreven. In deze notities wordt de basis gelegd voor de programmabeschrijvingen. Er wordt ingegaan op zaken als de legitimering, doelstellingen, doelgroepen, en de organisatie van het te ontwikkelen programma.

De kadernotities zijn gebruikt om betrokken werkers (zoals de leden van de klankbordgroep e.d.) te informeren over het veldproject en de te ontwikkelen zorgprogramma's.

In het najaar van 1999 heeft de casuïstiekgroep van het KOPP-programma op basis van tien casussen een analyse van het gewenste aanbod gemaakt. Verder heeft de medewerker die tot taak heeft om de modules te beschrijven gesprekken gehouden met betrokken leidinggevendenden (over de hulpvraag, het klachtenpatroon van een cliëntsysteem bij binnenkomst e.d.). Op basis van al deze informatie is in januari 2000 het module-aanbod voor het KOPP-programma in concept beschreven.

Voor beide zorgprogramma's is een twintigtal modules beschreven die gebundeld gaan worden in een losbladig moduleboek. Eveneens is voor beide programma's een stroomschema gemaakt. Hierin wordt schematisch weergegeven hoe de (vrij-toegankelijke en geïndiceerde) modules zich tot elkaar verhouden en wat de 'gewenste' gang van de cliënt is door de ver-

schillende modules van de verschillende sectoren.

Omdat de instroom in het KOPP-programma via de volwassenen-GGZ verloopt is, op basis van het KOPP-stroomschema, een beslisboom gemaakt voor de GGZ-hulpverlener. Deze kan op basis van dit instrument bepalen welke stappen gezet moeten worden in geval van KOPP-gezinnen. Een belangrijke investering is geweest om de hulpverleners van de GGZ-instelling op één lijn te krijgen. Deze moeten bewaken dat de aandacht voor het kind (in de preventieve fase van het zorgprogramma) volgens afspraken wordt uitgevoerd. De KOPP-contactpersoon heeft primair een volgende functie.

In november 2000 wordt een werkconferentie KOPP gehouden voor werkers in de verschillende sectoren. Tijdens de werkconferentie wordt het eindrapport van het veldproject aangeboden aan de voorzitter van de WOJD met de vraag naar de mogelijkheden om het zorgprogramma structureel te maken binnen de jeugdzorg in Drenthe.

Het KIM-programma moet zich nog verder uitkristalliseren tot zorgprogramma. De contouren zijn uitgezet en de positie van het AMK ten opzichte van de Toegang is duidelijk vastgelegd. De bevindingen van de casuïstiekgroep zijn:

- er is veel dagopvang nodig die niet veel hoeft te kosten;
 - er is behoefte aan een zorgplusfunctie vanuit de consultatiebureaus;
 - scholing van beroepskrachten is van groot belang.
- De provincie heeft een nieuwe subsidie toegezegd om het zorgprogramma KIM verder uit te bouwen.

7.8 Ervaringen met de specifieke thema's

Nazorg

Het is van belang dat de contactpersoon KOPP na beëindiging van het zorgprogramma-aanbod nog een aantal evaluatiemomenten inbouwt waarin overleg wordt gepleegd met de hulpverleners van de MFE (volwassen-ggz), omdat de follow-up een taak is van de MFE.

Een andere mogelijkheid voor nazorg is gelegen in de preventieve modules. Men spreekt dan over 'preventieve nazorg'. Zo ligt er het idee om een knipkaart Hulp aan Huis aan te bieden die tot een jaar na beëindiging recht geeft op het inschakelen van een hulpverlener.

Verder worden ook de KOPP-gezinnen waarvoor het aanbod van het zorgprogramma niet nodig blijkt te zijn, gevolgd. Na 6 maanden vindt met deze cliënten een herhalingsgesprek plaats.

7.9 Conclusies DSP

Het is de intentie van de overheid dat zorgprogramma's primair gericht moeten zijn op cliënten met ernstige meervoudige problematiek, omdat van deze doelgroep wordt verondersteld dat ze met het aanbod van één instelling of één sector niet goed geholpen kunnen worden.

In de Drentse visie op jeugdzorg neemt preventie een belangrijke plaats in. In de praktijk worden dan ook zorgprogramma's ontwikkeld met een sterk preventieve inslag en bedoeld voor de totale range van problematiek: van licht tot en met ernstig. Het aanbod voor de lichte problematiek kan in principe beperkt blijven tot één preventieve module van niet-geïndiceerde hulp. De centrale preventieve module van het KOPP-zorgprogramma (de doe-praatgroep) is overigens wel intersectoraal van opzet.

Bij de evaluatie van de zorgprogramma's van Flevoland (hoofdstuk 5) is reeds aangegeven dat alleen met een zorgprogramma voor een brede doel-

groep (van licht tot en met ernstig) het principe 'zo vroeg mogelijk, zo licht mogelijk en op de juiste plaats' gerealiseerd kan worden. Dat geldt dus ook voor de zorgprogramma's die in Drenthe ontwikkeld worden/ zijn.

De twee zorgprogramma's die in Drenthe ontwikkeld worden in het kader van de landelijke projectperiode zijn, ondanks de gelijktijdige aanpak door dezelfde projectgroep, toch in zeer verschillende fasen van ontwikkeling. Beide programma's bestaan uit circa 20 preventieve en curatieve modules waarbinnen weer onderscheid wordt gemaakt tussen kindgerichte en gezinsgerichte modules. Alle modules zijn inmiddels beschreven. Het KOPP-programma heeft inmiddels concretere vorm en inhoud gekregen. Dit zorgprogramma heeft twee bijzondere kenmerken, te weten de aansluiting tussen de volwassenen GGZ en de jeugdzorg en de centrale positie van een doe-praatgroep (een intersectorale module). Via deze doe-praatgroep wordt de hulpvraag van het kind nader verkend en krijgt de participatie van de cliënt bij de invulling van de verdere hulp dus concreet gestalte. De wijze waarop het KOPP-programma ontwikkeld is, blijkt goed te werken, met name de aanstelling van een programmacoördinator¹⁴, een medewerker die verantwoordelijk is voor het (eenduidig) beschrijven van de modules, en een groep deskundigen die aan de hand van bestaande casuïstiek het wenselijke aanbod formuleerden. Voldoende overlegmogelijkheden en goede onderlinge afstemming zijn noodzakelijk om het grote aantal mensen dat betrokken is bij de ontwikkeling van het zorgprogramma op één lijn te houden. In Drenthe lijkt men geslaagd te zijn in het realiseren van deze voorwaarde.

Het zorgprogramma voor mishandelde kinderen is volop in ontwikkeling. De vertraging in de opstartfase is grotendeels te wijten aan de keuze van personen in de projectgroep. Continuering van het ontwikkelingsproces is gegarandeerd dankzij een vervolgsubsidie van de provincie.

De inperkingen (naar leeftijdsgroep en uitvoeringsregio), die in het voorjaar van 1999 gemaakt zijn om de ontwikkeling van de zorgprogramma's te versnellen, bleken effectief om het aantal modules hanteerbaar te maken en de relevante regionale instellingen bij de ontwikkeling te kunnen betrekken. Via de stroomschema's hebben de zorgprogramma's inmiddels een duidelijke structuur gekregen. Bij de uitbreiding van de doelgroep naar andere leeftijdsgroepen (en andere regio's) blijven de routing van de cliënt en de stappen die de hulpverleners moeten zetten in principe dezelfde. Verbreding van de leeftijdsrange betekent echter ook dat het aantal modules en het aantal betrokken hulpverleners aanzienlijk zal toenemen. Dat maakt de organisatie en coördinatie van het zorgprogramma waarschijnlijk een stuk gecompliceerder.

Noot 14 In Drenthe heeft de programmacoördinator niet alleen een centrale rol in de uitvoering van het zorgprogramma maar ook in de ontwikkelfase.

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

Provincie Utrecht

8.1 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 ernstige 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.

8.2 Doelgroep, doelstelling en hulpvraag

De algemene doelstelling van het zorgprogramma is als volgt omschreven:

- 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.

Binnen de doelstelling van het zorgprogramma is ook vastgelegd wat er met het programma bereikt moet worden voor de cliënt (kinderen en ouders).

De doelgroep is als volgt omschreven: kinderen met een hechtingsstoornis in de leeftijd van 0 tot 7 jaar en behorend tot de zogenaamde multi-probleemgezinnen. Wat betreft de omvang van de doelgroep wordt geschat dat er jaarlijks (vanuit de gehele provincie) 25 kinderen nieuw zullen instromen in het zorgprogramma.

Doordat het kind zeer jong is, 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. Er 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.

De hulpvraag van de ouders is meervoudig en luidt als volgt:

- 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.

Voor de beschrijvingen van de hulpvraag zijn drie bronnen gebruikt:

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

In de eerste rapportage van het veldproject aan de landelijke Projectgroep (mei 1999) wordt gesteld dat de hulpvraag nog nader moet worden uitgediept. De aandacht voor de hulpvraag is echter op de achtergrond geraakt. Vraaggericht werken vormt geen expliciet aandachtspunt binnen de uitvoering van het zorgprogramma. Het is wel zo dat op het registratieformulier 'voorstel toewijzing modules' de hulpvraag van de ouders moet worden geregistreerd. Dit gebeurt ook bij het formuleren van het behandelplan. Er zijn echter geen plannen om verder iets met deze informatie te doen in het kader van ontwikkeling/ bijstelling van het zorgprogramma.

8.3 De deelname van instellingen en sectoren

Binnen het zorgprogramma werken zes instellingen als kernpartners met elkaar samen. Hiermee zijn de drie kernsectoren (jeugdhulpverlening, GGZ-jeugd en jeugdbescherming) betrokken bij het zorgprogramma. Er zijn modules beschikbaar vanuit de jeugdhulpverlening en GGZ-jeugd. De samenwerking tussen jeugdhulpverlening en GGZ verloopt goed. De RIAGG participeert in de stuurgroep en de werkgroep. Met het AZU/ UMCU zijn verschillende gesprekken gevoerd. De kinderpsychiater is eens per 2 maanden op consultbasis beschikbaar voor werkgroepbijeenkomsten. Het hulpaanbod van de RIAGG is beschreven in het modulenboek (te weten: diagnostiek van het gezin, ouderbegeleiding, creatieve therapie). Onlangs heeft de Kinder- en Jeugdpsychiatrie 5 plaatsen op jaarbasis ter beschikking gesteld voor psychiatrisch diagnostisch onderzoek. Ook de RIAGG heeft toegezegd 5 plaatsen te leveren voor zorg op maat (diagnostiek, ouderbegeleiding of therapie).

8.4 Organisatie en werkwijze van het veldproject

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 (inclusief diagnostiek, zorgtoewijzing en omschrijving van modules). 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 programmacoördinator, werkzaam bij een van de deelnemende instellingen, heeft een coördinerende rol bij de uitvoering van het zorgprogramma.

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

De beschrijvingen van de doelgroep, hulpvraag, doelstellingen, instroom, screening en aanbod fungeerden als uitgangssituatie; het programma is vervolgens werkenderwijs opgebouwd. Tijdens de tweede werkgroepbijeenkomst is gestart met casuïstiekbesprekingen. Bekeken is 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.

Begin juni 1999 is feitelijk gestart met een experimentele fase van programma-uitvoering (tot april 2000). 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 worden geregistreerd.

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.

8.5 Beschrijving van het zorgprogramma

8.5.1 De inhoud van het zorgprogramma

Het zorgprogramma is te omschrijven als een generalistisch programma met in totaal 25 modules. In het moduleboek zijn de modules van het zorgprogramma als volgt ingedeeld:

- ambulant (diagnostiek, begeleiding en therapie);
- vormen van dagbehandeling;
- dag-en nachtzorg (crisisopvang en -observatie, verblijf en verzorging, behandeling).

Het blijkt dat er kernmodules en optionele modules zijn te onderscheiden. Eigenlijk komt men altijd uit op een combinatie van 3 kernmodules, afkomstig uit de categorieën onderdak, dagbesteding en begeleiding. De overige modules zijn te beschouwen als optioneel. Allerlei therapievormen zoals fysiotherapie en speltherapie blijken niet of nauwelijks aan de orde¹⁵. Dit is anders dan verwacht.

Er kan onderscheid gemaakt worden naar kinderen die nog thuis wonen en kinderen die uit huis geplaatst zijn. Wel-thuis wonen leidt tot een andere basisset van modules dan niet-thuis wonen.

Het onderscheiden van deeldoelgroepen met vaste combinaties van kernmodules blijkt tot op heden van weinig nut te zijn. De afspraken die gemaakt moeten worden rond het koppelen van modules verschillen toch van geval tot geval. Het feit dat bepaalde combinaties van kernmodules vaker voorkomen heeft wel als voordeel dat werkers van de betreffende modules goed op elkaar ingespeeld raken.

Instellingen die tot nog toe weinig modules leveren raken niet gedemotiveerd in hun deelname aan programmateambesprekingen; integendeel men wordt juist gemotiveerd om de eigen modules scherper te omschrijven. Dit kan ertoe bijdragen dat, in plaats van de bekende combinaties van hulp, vaker gekozen wordt voor vernieuwende combinaties. Bijv. verblijf op het Medisch Kleuterdagverblijf wordt meestal gecombineerd met ouderbegeleiding door het Medisch Kleuterdagverblijf, dat heeft zeker ook voordelen.

Noot 15 Het aanbod van het medisch kinderdagverblijf is gedeeltelijk gemodulariseerd, dat wil zeggen MKD-verblijf is beschikbaar met én zonder aanvullende modules als fysiotherapie en ouderbegeleiding. Deze aanvullende modules zijn echter niet als 'losse' modules beschikbaar voor 'kinderen van buiten'.

Soms kan ouderbegeleiding vanuit bijv. de RIAGG echter te prefereren zijn. De modulebeschrijvingen moeten dan wel scherper aangeven wat het specifieke karakter is van de verschillende modules ouderbegeleiding. In de laatste periode van de veldproject is expliciet aandacht besteed aan de mogelijkheden om vaker vernieuwende combinaties van modules in te zetten.

8.5.2 De organisatie van het zorgprogramma

De werkgroep van inhoudelijk deskundigen fungeert als programma-team. Zij komen eens per maand bijeen. Ieder leest de dossiers van nieuwe aanmeldingen en er wordt een voorstel voor schakeling van modules gemaakt, dat ter toetsing achteraf wordt voorgelegd aan het zorgtoewijzingsorgaan. De ervaring laat zien dat het steeds om 2 of 3 modules gaat. De instellingen die daadwerkelijk participeren in de uitvoering van het zorgprogramma komen vervolgens bij elkaar voor een bespreking van het algemene behandelplan.

Beide besprekingen worden voorgezeten door de programmacoördinator. Bij de bespreking van het behandelplan zijn behandelcoördinatoren en uitvoerders aanwezig (circa 8 mensen). Elke 3 maanden vindt er een vervolgbespreking plaats.

De programmacoördinator is verantwoordelijk voor het overstijgende behandelplan, de behandelcoördinator voor de uitvoering van de hulp omschreven in de module. De afstand die de programmacoördinator heeft tot de uitvoering is vrij groot. Het feit dat de programmacoördinator zelf werkzaam is binnen een van de betrokken instellingen werkt als voordeel bij een 'positie op afstand'. Voor een programmacoördinator 'van buiten' zou de afstand ten opzichte van de uitvoering wellicht te groot zijn.

De programmacoördinator krijgt inhoudelijke rapportages van de behandelcoördinatoren toegezonden. Hij kan echter geen beoordeling geven van de kwaliteit van de hulp die vanuit de verschillende modules geleverd wordt. Ook voor een leidinggevende binnen een instelling is dat overigens moeilijk.

Er is niet voor gekozen om een aparte functionaris aan te stellen die als vaste aanspreekpersoon voor het gezin fungeert en als rode draad door het programma aanwezig is. De plaatser (gezinsvoogd) vormt de schakel tussen het zorgprogramma en het gezin (biologische ouders). Hij/ zij is aanwezig bij de behandelplanbespreking. Hij/ zij moet de behandelplan en het behandelplan overbrengen naar de cliënt. Wanneer een kind uit huis is geplaatst wordt per geval bekeken welke hulpverlener als vast aanspreekpunt fungeert ten opzichte van de pleegouders/ de residentiële instelling.

8.6 De instroom

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 Bureau Jeugdzorg 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 van Bureau Jeugdzorg. Dit betreft momenteel alleen de aanmeldingen voor de modules die vanuit de jeugdhulpverlening ingezet worden. Er worden af-

spraken gemaakt over de manier waarop verwijzing naar de GGZ-modules plaats gaat vinden.
Het Zorgtoewijzingsorgaan wijst toe op het niveau van het zorgprogramma.

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 meer procesdiagnostiek nodig.

In de eerste periode van 8 maanden zijn 8 kinderen ingestroomd in het zorgprogramma. Van deze 8 kinderen konden er 2 alleen maar instromen door verbreding van de doelgroep. De verwachting was dat de instroom het dubbele zou zijn, dus gemiddeld 2 kinderen per maand.

Wegens de tegenvallende instroom heeft de programma-ontwikkelaar onderzoek gedaan naar de vraag of de screening goed verloopt. Het beeld welk kind wel en welk kind niet in aanmerking komt voor het zorgprogramma blijkt wel helder. Het onderzoek en de daaruit voortvloeiende contacten met Bureau Jeugdzorg hebben echter wel 6 nieuwe aanmeldingen opgeleverd in een periode van 2 maanden tijd. Er waren/zijn dus duidelijk nog aanloopproblemen, de mogelijkheid van doorverwijzing naar het zorgprogramma is nog niet voldoende bij het bekend bij het ZTO.

Wellicht is ook de PR naar de instellingen/ uitvoerders niet intensief genoeg geweest waardoor kinderen die wel in aanmerking komen voor het zorgprogramma niet worden aangemeld. Achterliggende reden voor de beperkte PR was de behoefte om eerst intern het idee goed uit te werken alvorens naar buiten te treden.

8.7 Ervaringen met de uitvoering van het zorgprogramma

Het maken van modulebeschrijvingen is heel belangrijk (geweest) in het ontwikkelingsproces. Het levert stof tot uitwisseling tussen instellingen: je komt beter te weten wat elke instelling doet. Het geeft ook aanleiding tot inhoudelijke discussies bijv. over de naamgeving van de module: waarom noemt de ene instelling een module 'contextuele therapie' en de andere instelling een zelfde soort module 'gezinsbegeleiding'. Het eindresultaat vormt de basis voor de selectie van modules/ het samen te stellen zorgprogramma.

In de beginperiode is veel tijd besteed aan visie-discussies. Bij de gezamenlijke visie-ontwikkeling (theoretische besprekingen) ging het in essentie om de vraag: wanneer kan je hechtingsproblemen nog behandelen, waar ligt de grens en loop je het risico dat je met een behandeling begint die geen kans van slagen meer heeft? Je moet dus een beslissing nemen over de vraag of je nog wel of niet meer investeert in de behandeling van hechtingsproblemen. De deelnemers van de werkgroep verschillen hierover van mening. Dit heeft te maken met de discipline en met het eigen perspectief: werkers in de ambulante sector hebben een veel optimistischer kijk dan werkers in de residentiële sector. De kinderpsychiater heeft overigens onlangs aangegeven dat: 'we eigenlijk niet weten waar de grens ligt'. Vooral bij heel jonge kinderen (2/3 jarigen) is het heel moeilijk om de diagnose 'hechtingsstoornis' vast te stellen.

Hoewel bij visie-besprekingen en casuïstiekbesprekingen is gebleken dat de meningen verschillen, blijkt in de praktijk vaak dat men gezamenlijk geneigd is om 'het toch maar te proberen'. Het is ethisch gezien heel moeilijk om in

een concrete situatie te concluderen dat een bepaalde gedragsstoornis niet meer te behandelen is. Toch zijn de visiediscussies heel belangrijk geweest voor de werkgroep: er was veel behoefte aan en het scherpt de doelgroep aan. De behandelvisie die voortgekomen is uit de visie-discussies is vastgelegd in het eindverslag van het veldproject.

Afspraken over de onderlinge afstemming/ communicatie tussen werkers van verschillende modules worden altijd in het overkoepelende behandelplan vastgelegd. Daarbij gaat het dan om afstemming van aanbod tussen verschillende instellingen waarbij verschillende uitvoerende hulpverleners zijn betrokken. Een pleeggezin bijv. kan met verschillende hulpverleners te maken krijgen, zoals de MKD-begeleider, de pleegzorgwerker en de ouder-kindtherapeut. De programmacoördinator kan als overkoepelend coördinator zorgen voor afstemming tussen de verschillende uitvoerders als dat ondanks de gemaakte afspraken nodig blijkt te zijn. Het contact dat de programmacoördinator heeft met de module-coördinatoren is dus heel belangrijk. Hij/zij dient door hen goed geïnformeerd te worden. Tot nog toe zijn er geen grote meningsverschillen of afstemmingsproblemen geweest. Dat had men niet verwacht.

Volgens betrokkenen heeft het zorgprogramma een aantal winstpunten opgeleverd.

- De gedragswetenschappelijke uitwisseling en openheid waardoor men meer zicht krijgt op elkaars werkwijze.
- De combinatie MKD en pleegzorg (specifiek en goedkoop) kwam ook voor het zorgprogramma al voor, andere combinaties niet, wegens stapeling van hulp. Dat is nu wel mogelijk.
- Louter stapeling van zorg werkt niet goed; er moet ook inhoudelijke afstemming zijn. In het kader van een zorgprogramma zitten meerdere inhoudelijk deskundigen rond de tafel. Voorheen had ieder zijn eigen doel en hulpverleningsplan, alleen op uitvoerend niveau werd afgestemd. Nu vindt afstemming plaats op het niveau van het totale behandelplan. Daarbij is de centrale en gemeenschappelijke vraag: wat heeft het kind/ wat hebben de ouders nodig. Door deze onderlinge afstemming heeft men meer het gevoel samen aan een klus te werken. Anders gezegd; er is minder competentiestrijd met als inzet de vraag 'van wie is dit kind?'.

Er worden ook enkele kritische kanttekeningen geplaatst.

- Modularisering van de zorg en vraaggericht werken zijn nog niet echt van de grond gekomen.
- Zolang een programmacoördinator boven op de bestaande zorg komt wordt de zorg alleen maar duurder; de meerwaarde in toevoeging aan directe zorg moet helder gemaakt worden.
- De positie van de programmacoördinator is niet sterk: instellingen blijven zelf verantwoordelijk voor de inhoudelijke kwaliteit.

Er is een concept samenwerkingsovereenkomst opgesteld voor de komende 3 jaar. De functie programmacoördinatie wordt overeind gehouden. Het eerste jaar wordt deze functie betaald door het samenwerkingsverband van instellingen (SJU), daarna moeten de instellingen dit overnemen. Zo'n samenwerkingsovereenkomst heeft vooral informele zeggingskracht: instellingen kunnen en durven elkaar ook aan te spreken; men wil niet als onbetrouwbare partner te boek staan.

8.8 Knelpunten

Wachtlijsten

Het was de bedoeling om de wachtlijsten te omzeilen; dat is niet gelukt. Met name bij dagbehandeling krijgt men binnen het zorgprogramma geregeld te maken met wachtlijsten van 2 tot 3 maanden. Dat kan betekenen dat ook andere modules niet kunnen starten.

Binnen Bureau Jeugdzorg wordt de discussie over 'wie heeft voorrang en wie kan op de wachtlijst' nog gevoerd. Inmiddels is men het wel met elkaar eens over een classificering: een indeling in 3 categorieën. De vraag blijft echter welk kind in welke categorie wordt geplaatst.

De organisatie van de uitvoering

Over het algemeen verloopt de organisatie van de uitvoering van het zorgprogramma goed. Lastige elementen zijn:

- het plannen van behandelplanbesprekingen; je zit met ongeveer 8 deelnemers afkomstig uit verschillende instellingen om de tafel; het blijkt heel lastig te zijn om een tijdstip te vinden waarop iedereen kan.
- de rol van de plaatser kan lastig zijn; het kan voorkomen dat deze het niet eens is met de invulling van het zorgprogramma. Bij een onder toezichtstelling (OTS) is de plaatser (gezinsvoogd) verantwoordelijk voor zaken als wel/ geen uithuisplaatsing en wel/ geen forensisch psychiatrisch onderzoek. Wanneer programmateam en plaatser het niet met elkaar eens zijn stagneert in de praktijk de hulp. Het idee is geopperd om dit knelpunt te omzeilen door de plaatser ook zorgprogrammacoördinator te laten zijn. Bureau Jeugdzorg was echter van mening dat daarmee een oneigenlijke vermenging van functies zou ontstaan. Als zorgcoördinator ben je ook verantwoordelijk voor de uitvoering van de zorg, dat staat op gespannen voet met de bewakende rol van de plaatser.
- De programmacoördinator is vanwege zijn positie op afstand erg afhankelijk van de info die hij van de verschillende coördinatoren krijgt. Voordeel van deze positie is wel dat hij geen direct betrokken partij is, dus op hoofdlijnen kan denken zonder persoonlijke betrokkenheid. Omdat hij zelf ook werkzaam is bij een van de instellingen heeft hij ook veel goodwill/ krediet bij de anderen.

Modularisering

In het zorgprogramma krijgt men nu nog te maken met het bestaande aanbod dat overigens wel wat scherper in beeld komt door de modulebeschrijvingen. Deze zijn veelal echter nog erg algemeen. Als het totale aanbod van instellingen goed gemodulariseerd zou zijn, dan is het verder ontleed en dus scherper afgebakend; waarschijnlijk is er dan minder overleg nodig over de vraag: wat doe jij en wat doe ik?

Modularisering is een lang traject dat binnen de instellingen moet plaatsvinden. Er is in de praktijk nog weinig van te merken. Het zorgprogramma vormt een apart 'aanhangsel' dat de bestaande organisatie van de zorg niet aantast. Het heeft wel een functie omdat er impulsen tot modularisering van uitgaan.

Modularisering is van groot belang om helder te krijgen wat instellingen in 'hun mandje' hebben. Dit is ook noodzakelijk voor het de zorgtoewijzing.

8.9 Ervaringen met de specifieke thema's

Expliciete aandacht voor nazorg

Nazorg is een lastig begrip aangezien het om een doelgroep gaat die langdurig tot continu zorg nodig heeft. Nazorg in bredere zin, dus als vervolg op deelname aan het zorgprogramma, is wel aan de orde. Dan gaat het om:

- aflopen van modules (bijv. ouder-kind therapie duurt gemiddeld 6

maanden);

- overschrijding van de leeftijdsgrens.

Aflopen van deelname aan het zorgprogramma is nog niet aan de orde geweest en dus, vanuit het principe 'werkenderwijs ontwikkelen', ook nog niet uitgewerkt. Wat betreft de gestelde leeftijdsgrens wordt uitgegaan van het belang van het kind. Concreet betekent dat gewoon wordt doorgegaan met de hulp. Omdat het zo weinig kinderen betreft kan dit ook.

Men is wel van plan hier wat kritischer naar te gaan kijken. Je kunt ook denken aan een begeleide overdracht o.i.d. Het ligt ook aan het succes dat je met het zorgprogramma behaalt. Misschien kan het gezin wel met niet geschakelde hulp verder of zijn er overgangsituaties te bedenken.

De resultaatmeting

In het kader van de resultaatmeting worden, gerelateerd aan de doelstellingen drie soorten gegevens verzameld:

- CBCL-gegevens (voor weergave resultaten van de hulpverlening);
- registratiegegevens (om na te gaan of breuken (in de tijd) in de hulpverlening worden voorkomen);
- casebeschrijvingen (om te illustreren hoe werken vanuit een gezamenlijke visie wordt ingevuld).

8.10 Conclusies DSP

Betrokkenen van het veldproject zijn erin geslaagd om een stabiel functionerend zorgprogramma te ontwikkelen en tot uitvoering te brengen binnen de veldprojectperiode. Ook heeft men het voortbestaan van het zorgprogramma na afloop van de veldprojectperiode (zoveel mogelijk) veilig gesteld. Het zorgprogramma heeft een bijzonder sterk en uniek kenmerk in vergelijking met de andere zorgprogramma's die in de veldprojectperiode ontwikkeld zijn. Er is veel aandacht besteed aan het ontwikkelen van een gezamenlijke inhoudelijke visie. Dit is gebeurd middels inhoudelijke discussies in de werkgroep/ het programmateam en het bespreken van modulebeschrijvingen. In de praktijk wordt er ook daadwerkelijk gewerkt vanuit een gezamenlijke visie omdat er voor elke cliënt een gezamenlijk behandelplan wordt opgesteld. Hiermee wordt bereikt dat het zorgprogramma meer is dan stapeling van zorg; hulp uit verschillende sectoren (jeugdhulpverlening én GGZ) wordt vanuit een gemeenschappelijk behandelplan ingezet.

Het zorgprogramma heeft ook minder sterke kanten. Deze betreffen het vraaggericht werken en de omvang van de instroom. De instroom heeft onlangs wel nieuwe impulsen gekregen; onduidelijk is echter nog of de verwachte instroom van 25 gezinnen per jaar daadwerkelijk wordt gehaald. Er is geen expliciete aandacht voor de vraag of de programmastructuur en het programma-aanbod wel aansluiten bij de gezamenlijke hulpvraag van de doelgroep. De cliënt heeft geen sterke positie binnen het zorgprogramma; er is bewust voor gekozen om geen aparte functionaris aan te stellen als vast contact voor de cliënt gedurende de uitvoering van het zorgprogramma. Dit kan namelijk betekenen dat het gezin met nog meer mensen te maken krijgt. Vooral bij pleeggezinplaatsingen is het aantal betrokken hulpverleners toch al groot.

Als het kind nog thuis woont moet de plaatser (gezinsvoogd) als vaste contactpersoon fungeren. Bij een uithuisplaatsing wordt per geval bekeken wie die taak het best kan vervullen. Er is echter niet vastgelegd wat de taken zijn van de vaste contactpersoon en wat de voorwaarden zijn om die taken goed te kunnen vervullen. In vergelijking met andere veldprojecten is de functie van vaste contactpersoon weinig uitgewerkt.

Ook dit veldproject laat zien dat een zorgprogramma gebaseerd is op gezamenlijke afspraken en het gevoel van loyaliteit en saamhorigheid. Deze moeten het fundament vormen voor het principe van geschakelde verantwoordelijkheid dat in het zorgprogramma wordt toegepast: elke module is zelf verantwoordelijk voor zijn eigen stukje werk maar vormt wel een onderdeel van het grotere geheel. De programmacoördinator heeft geen formele bevoegdheid om de uitvoerend werkers van modules aan te sturen. De zeggingskracht van zijn handelen komt voort uit zijn neutrale, overkoepelende positie en het feit dat hij het vertrouwen van iedereen geniet. Dit vertrouwen is in belangrijke mate gebaseerd op het feit dat hij zelf werkzaam is bij een van de betrokken instellingen en de jeugdzorg dus van binnenuit kent.

De concrete uitvoering van het zorgprogramma heeft duidelijk gemaakt dat binnen het generalistisch programma van 25 modules, kernmodules en optionele modules zijn te onderscheiden. Opmerkelijk is dat betrokkenen geen behoefte hebben om op basis van de te onderscheiden deelgroepen meer specialistische programma's te maken. Men ziet daar niet het nut van in omdat toch altijd voor individuele cliënten individuele afspraken moeten worden gemaakt over de uitvoering van modules.

Het operationele zorgprogramma functioneert naast de bestaande zorg en tast de bestaande organisatie van de zorg niet aan. Er gaat wel een bepaalde impuls vanuit maar geen noodzaak om het bestaande aanbod van instellingen te modulariseren.

Het zorgprogramma is grotendeels gebaseerd op beschrijvingen van het bestaande aanbod die als modulebeschrijvingen fungeren. Deze hebben als nadeel dat ze globaal zijn en dus minder scherp aangeven wat de afgrenzing is tussen verschillende modules wat betreft hulpdoelen, activiteiten e.d. De inhoudelijke en organisatorische afstemming tussen modules kost daardoor meer moeite. Bovendien is bestaand aanbod minder flexibel inzetbaar zolang het niet gemodulariseerd is. De mogelijkheden van invulling van het zorgprogramma zijn dus beperkter.

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

Regio Noord-Limburg (later verbreed naar de regio Midden-Limburg)

9.1 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 (zorgaanbieders) en middelen (programma's) ten behoeve van de hulpverlening aan cliënten uit 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 Werkgroep Circuitvorming Jeugdeenheden ingesteld (zie verder paragraaf 9.8).

In 1996 is men in de Mutsaersstichting begonnen met de ontwikkeling van nieuw aanbod voor baby's, peuters en hun ouders. Dit project vervult binnen de Stichting Zorgcircuits een voorbeeldfunctie voor de ontwikkeling van zorgprogramma's en is in december 1998 formeel als veldproject gehonoreerd.

9.2 Doelgroep, doelstelling en hulpvragen

Het zorgprogramma 'Baby's, peuters en hun ouders met psychosociale problematiek' 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.

Het zorgprogramma is 'nieuw aanbod'. In de regio is geen aanbod voor deze jonge kinderen en hun ouders terwijl dossieronderzoek aantoonde dat er al in een vroeg stadium problemen worden gesignaleerd. Men gaat ervan uit dat eerder starten van diagnostiek en hulpverlening waardevol zou zijn, voor zowel kind als ouders. Onderzoek onder potentiële verwijzers heeft uitgewezen dat er ook daadwerkelijk behoefte is aan zorg voor kinderen van 0 tot 4 jaar en hun ouders.

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.

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.

9.3 De deelname van instellingen en sectoren

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

- een kinderpsychiatrisch ziekenhuis;
- een Medisch Kleuterdagverblijf (jeugdhulpverlening);
- een RIAGG.

Het zorgprogramma wordt dus uitgevoerd door de GGZ en de jeugdhulpverlening. Het zorgprogramma is inmiddels verbreed naar de subregio Midden-Limburg. In die regio werkt de Stichting Zorgcircuits samen met de RIAGG Midden-Limburg. Deze RIAGG neemt sinds het najaar 1998 deel aan de Werkgroep Circuitvorming Jeugdeenheden.

9.4 Organisatie en werkwijze van het veldproject

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". Deze werkgroep is verantwoordelijk voor de algehele coördinatie van het veldproject en legt op haar beurt verantwoording af aan de directie van de stichting.

De projectleider is manager van het Medisch Kleuterdagverblijf en voorzitter van de werkgroep die verantwoordelijk is voor de totstandkoming van het zorgprogramma 'Baby's en peuters'. Tot de zomer van 1999 was zij tevens voorzitter van de Werkgroep Circuitvorming Jeugdeenheden. Inmiddels is deze functie overgenomen door een van de directieleden van de Stichting Zorgcircuits. Deze wijziging was noodzakelijk om de optredende belangenverstrengeling te doorbreken. Daarnaast was het nodig de autoriteit van de Raad van Bestuur in te brengen.

9.5 Beschrijving van het zorgprogramma

9.5.1 De inhoud van het zorgprogramma

In de programmabeschrijving wordt onderscheid gemaakt tussen deeldoelgroepen, hulpvragen en probleemgebieden. Vanuit deze onderverdelingen zijn vijf zogenaamde 'centrale onderdelen' van het zorgprogramma onderscheiden:

- observatie en indicerende diagnostiek;
- interventie als antwoord op een ernstige (dreiging van een) verstoring van de gehechtheidsrelatie;
- interventie gericht op het verstevigen van de pedagogische vaardigheden van de ouder(s);

- interventie gericht op stimulatie van de (soms gestoorde) ontwikkeling van het kind;
- preventieve activiteiten.

Begin 2000 is men tot de conclusie gekomen dat het centraal onderdeel 'observatie en indicerende diagnostiek bij 0 tot 4 jarigen' niet ondergebracht moest worden in het zorgprogramma 'Baby's en peuters' maar dat het een apart zorgprogramma vormt. Als de cliënt in het Diagnostiek en Indicatie Centrum (zie paragraaf 9.6) niet gediagnosticeerd kan worden voor het zorgprogramma 'Baby's en kleuters' dan kan langere- termijndiagnostiek ingezet worden via het zorgprogramma 'Observatie en indicerende diagnostiek'. De vier resterende centrale onderdelen van het zorgprogramma 'Baby's en peuters' zijn te beschouwen als subprogramma's van dit zorgprogramma.

Het zorgprogramma 'Baby's en peuters' kent in totaal 11 modules zoals 'therapeutische leefgroep', 'logopedische therapie' en verschillende vormen van 'ouderbegeleiding'. Het subprogramma 'preventieve activiteiten' heeft 1 module, de overige subprogramma's hebben 5 tot 9 modules. Geen van deze modules wordt standaard ingezet, ook de volgorde ligt niet vast. De 11 modules worden geleverd vanuit drie eenheden van de Stichting Zorgcircuits, te weten het Kinder- en Jeugdpsychiatrisch ziekenhuis, het MKD en de RIAGG Noord-Limburg.

Het is de bedoeling dat de preventieve module ook beschikbaar komt voor ouders op het consultatiebureau.

9.5.2 De organisatie van het zorgprogramma

De Stichting Zorgcircuits beschouwt zorgprogrammering als een veelomvattend concept, omdat het een verscheidenheid aan zaken integreert. Zo biedt zorgprogrammering aanknopingspunten voor cliëntenbeleid, kwaliteitsbeleid, vraaggericht werken, en financiering.

De Werkgroep Circuitvorming Jeugdeenheden gaat in de loop van 2000 een organisatiestructuur kiezen waar het zorgprogramma 'Baby's en peuters' een onderdeel van zal worden. De vraag die in de lopende discussie centraal staat is: stel dat er straks een aanbod is van allemaal zorgprogramma's, hoe organiseer je dat dan? De organisatiestructuur moet ook zodanig flexibel zijn dat adequaat ingespeeld kan worden op veranderende hulpvragen.

De Werkgroep Circuitvorming Jeugdeenheden heeft tot nog toe een drietal opties besproken.

- De eerste is een organisatie naar disciplines (bijv. in vakgroepen, zoals dat ook in Jeugdzorg Groningen gebeurt).
- De tweede mogelijkheid is dat disciplines gekoppeld zijn aan modules en dat aan elk zorgprogramma een (inhoudelijk) zorgprogrammaleider is gekoppeld die module-uitvoerders inhoudelijk aanstuurt. Betreft het een zorgprogramma met veel cliënten dan zou 'onder' de programmaleider een behandleider aangesteld moeten worden. De beheerskant zou ondergebracht kunnen worden bij een zgn. programmamanager.
- Het kan ook zijn dat er gekozen wordt voor zorgprogramma's met daaraan gekoppeld de verschillende disciplines en een programmaleider, en daarnaast een centraal bureau voor het beheer.

Een andere vraag is of financiering zal gaan plaatsvinden op basis van modules of van zorgprogramma's. De Stichting Zorgcircuits zou het liefst zien dat financiering op basis van zorgprogramma's gerealiseerd wordt en dat niet op cliëntniveau overlegd hoeft te worden met de financier. Modulair financiering op cliëntniveau zou het personeels- en accommodatiebeleid te zeer bemoeilijken.

In de Stichting Zorgcircuits staat men sceptisch tegenover de rol van 'casemanager' omdat er een tegenstrijdigheid in zit. Het voor elk cliëntstelsel aanwijzen van een casemanager heeft iets 'bevoogdends' en dat is tegenstrijdig met een vraaggerichte benadering. Een casemanager zou alleen aangesteld mogen worden als een cliëntstelsel daarom vraagt.

9.6 De instroom

De consultatiebureaus, peuterspeelzalen, kinderdagverblijven, huisartsen en kinderartsen worden genoemd als vindplaatsen van de doelgroep. Het is van groot belang dat deze potentiële verwijzers goed geïnformeerd worden over het nieuw ontwikkelde aanbod in de vorm van het zorgprogramma 'Baby's en peuters'. De ontwikkelaars van het zorgprogramma verwachten dat de instroom van met name 0 tot 2-jarigen beperkt zal zijn als er niet wordt voorzien in goede informatie, omdat verwijzers huiverig zijn voor het 'plaatsen' van deze jonge kinderen in jeugdzorginstellingen.

Het zorgprogramma valt onder de geïndiceerde zorg. De toeleiding naar het zorgprogramma zal dan ook plaatsvinden via het Diagnostiek en Indicatie Centrum voor kinderen en jeugdigen in Noord en Midden-Limburg (DIC). Het DIC is een samenwerkingsverband van zes instellingen op het gebied van jeugdhulpverlening, jeugdbescherming en GGZ-jeugd en vormt sinds januari 1997 de centrale toegang tot de geïndiceerde jeugdzorg in de regio. 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 voor een cliëntgericht aanbod. Op basis van de informatie van het DIC stelt een kernteam van deskundigen uit de verschillende sectoren in samenwerking met de ouders een behandelplan op. 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, wordt terugverwezen naar het DIC.

Na de start van het behandelplan vinden reguliere evaluatie en voortgangsbesprekingen plaats waarin de ouders (en de verwijzer) participeren. Dit actief betrekken van ouders is 'nieuw' voor de betrokken hulpverleners.

9.7 Ervaringen met het ontwikkelen van het zorgprogramma

In de beschrijving van het zorgprogramma 'Baby's, peuters en hun ouders', zoals die in het voorjaar van 1999 is gemaakt op basis van de landelijke handleiding, werd uitgegaan van een zorgprogramma met een vijftal onderdelen. Deze onderdelen waren echter nog erg breed. In de daaropvolgende periode heeft de projectleider zich toegelegd op het afbakenen en nader beschrijven van de onderdelen. Zij heeft daarbij steeds overlegd met de betrokken uitvoerders. De vernieuwde handleidingen van de landelijke Projectgroep voor zorgprogramma- en modulebeschrijvingen werden in dit proces als belangrijke steun ervaren.

In december 1999 waren de programmabeschrijving en modulebeschrijvingen gereed. De beschrijvingen zijn in februari 2000 nog een laatste keer besproken in de Werkgroep Circuitvorming Jeugdeenheden en daarna op directieniveau. Vervolgens zijn de beschrijvingen voorgelegd aan de betrokken (uitvoerende) eenheden en de betrokken cliëntenraden van het MKD, de Kinder- en Jeugdpsychiatrie en de RIAGG.

Verwacht wordt dat het zorgprogramma 'Baby's, peuters en hun ouders' in september 2000 operationeel zal zijn in Noord-Limburg. Momenteel wordt nog gewerkt aan een aantal randvoorwaarden, zoals het informeren en raadplegen van de cliëntenraden, het maken van productieafspraken, het

geschikt maken van ruimtes voor de opvang van baby's en peuters, en het ontwikkelen van een geschikt registratiesysteem. Er zal niet eerst een zgn. 'experimenteerperiode' worden aangehouden. Het zorgprogramma zal meteen structureel onderdeel uitmaken van het aanbod. De criteria waaraan men succes gaat toetsen worden op papier gezet.

Het zorgprogramma 'Baby's en peuters' heeft samen met het zorgprogramma 'Observatie en indicerende diagnostiek' een capaciteit van 6 stoelen. Dat betekent dat er zo'n 10 cliëntsystemen gelijktijdig in behandeling kunnen zijn. Het investeren van fte personeel in modules is moeilijk in te schatten voor de ontwikkelaars van het zorgprogramma. Gedurende het eerste jaar dat een zorgprogramma 'draait' zal de tijdsinvestering nauwkeurig geregistreerd worden teneinde zicht te krijgen op de personele inzet. Verder zal men met betrekking tot de uitvoerders aandacht besteden aan deskundigheidsbevordering, teambuilding en goede faciliteiten (management en deskundigheid).

Als voordeel van de 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.

9.8 De circuitvorming

De Werkgroep Circuitvorming Jeugdeenheden richt zich sinds het voorjaar van 1999 op de vraag welke zorgprogramma's ontwikkeld moeten worden. De Werkgroep baseert zich daarbij op gegevens over doelgroepen en geïndiceerde hulpvragen zoals die binnen de verschillende eenheden van de Stichting Zorgcircuits voorkomen. In februari 2000 heeft men in totaal zo'n dertig sectorale en intersectorale zorgprogramma's onderscheiden. Deze inventarisatie duurt nog voort. Er is al gestart met de ontwikkeling van een zorgprogramma voor jeugdigen met ADHD-problematiek en PDD-NOS. Het streven is om eind 2000 alle zorgprogramma's 'op papier' klaar te hebben.

Het overleg van de Werkgroep Circuitvorming Jeugdeenheden is per januari 2000 geïntensiveerd. Behalve de driewekelijkse vergaderingen wordt tweemaandelijks een studiemiddag georganiseerd. Soms worden er 'gasten' uitgenodigd voor deze studiedagen.

De 'route' die gevolgd is bij de ontwikkeling van het zorgprogramma 'Baby's, peuters en hun ouders' zal ook bij de ontwikkeling van volgende zorgprogramma's afgelegd worden:

- De theoretische basis, de praktijkervaringen (evidence-based), en de wijze waarop men in de huidige jeugd-eenheden 'werkt' met de doelgroep, worden in kaart gebracht door een medewerker¹⁶. Op deze informatie zal het te ontwikkelen zorgprogramma voor een belangrijk deel geënt worden (de visie).
- Er wordt (per te ontwikkelen zorgprogramma) een centrale werkgroep gevormd met inhoudelijk deskundigen van de betrokken eenheden, en

Noot 16 Deze medewerkster is pas recent in dienst en is speciaal aangesteld voor deze taak. Voor het zorgprogramma 'Baby's, peuters en hun ouders' is de inventarisatie uitgevoerd door de voorzitter van de centrale werkgroep.

- een manager van een van deze eenheden als voorzitter (deze manager participeert tevens in de Werkgroep Circuitvorming Jeugdeenheden).
- Per module worden vervolgens kleinere sub-werkgroepen gevormd¹⁷.
- De producten en de voortgang van de werkzaamheden van de centrale werkgroep worden steeds besproken in de brede Werkgroep Circuitvorming Jeugdeenheden.
- Ontwikkelde zorgprogramma's worden ter beoordeling voorgelegd aan de directie van de Stichting Zorgcircuits, de betrokken cliëntenraden en het Diagnostiek en Indicatie Centrum.

9.9 Ervaringen met de specifieke thema's

De samenwerking met aanpalende sectoren

Tijdens de veldprojectperiode werd duidelijk dat de instelling voor zorg aan verstandelijke gehandicapten (project 'Integrale vroeghulp') in Noord-Limburg een vraag heeft op het gebied van diagnostiek bij 0 tot 4 jarigen. Op die leeftijd is namelijk moeilijk vast te stellen of er sprake is van een licht verstandelijke handicap of niet. In dit kader heeft de gehandicaptenzorg voorgesteld te willen participeren in het DIC met een onderzoeksarrangement voor deze specifieke doelgroep. De Stichting Zorgcircuits ziet mogelijkheden voor samenwerking in het zorgprogramma 'Observatie en indicerende diagnostiek', omdat de verschillende probleemaspecten (lichamelijk, verstandelijk, en opvoeding-gerelateerd) dan geïntegreerd aangeboden zouden kunnen worden.

In een volgende fase denkt men ook aan inzet van het zorgprogramma 'Observatie en indicerende diagnostiek' voor de doelgroep 'Revalidatie en spraak- en taalstoornissen'.

Nazorg

Nog niet duidelijk is hoe de nazorg gerealiseerd zal worden. Feitelijk betreft het hier een activiteit die kan bestaan uit het verlengen van bepaalde modules. Dit zou kunnen worden vormgegeven in een zgn. 'overdrachts-module' die nog onderdeel uitmaakt van het zorgprogramma. Het moment waarop modules afgerond worden en de nazorg moet starten, wordt bepaald door de vooraf vastgestelde doelen, de vraag of en in hoeverre ze bereikt zijn, en de maximale tijdsduur die voor een module staat aangegeven. Op basis van de huidige praktijk wordt verwacht dat de maximale behandeltime binnen het zorgprogramma 12 maanden zal zijn, en de minimale behandeltime 6 weken (omdat na 6 weken de eerste voortgangsbespreking plaatsvindt). Als een kind de leeftijd van 4 jaar bereikt en de behandeling is nog niet afgerond, dan zal worden terugverwezen naar het DIC.

9.10 Conclusies DSP

Het zorgprogramma 'Baby's en peuters en hun ouders met psychosociale of psychiatrische problematiek' zal naar verwachting in september 2000 operationeel zijn.

Noord-Limburg is het enige veldproject waar het te ontwikkelen zorgprogramma onderdeel uitmaakt van een volledige ombouwoperatie van het bestaande aanbod van de regionale jeugdzorginstellingen naar zorgprogramma's. Het zorgprogramma 'Baby's, peuters en hun ouders' dient als voorbeeld voor de wijze waarop zorgprogramma's ontwikkeld en opgebouwd

Noot 17 In het geval van het zorgprogramma 'Baby's, peuters en hun ouders' was dit vooral een taak van de voorzitter van de centrale werkgroep. Er waren geen subwerkgroepen gevormd omdat het ging om het ontwikkelen van nieuw aanbod. Relevante uitvoerende eenheden werden wel betrokken bij het beschrijven van de modules.

moeten worden.

Men lijkt erin geslaagd te zijn een ontwikkeltraject op te zetten waarin alle eenheden van de organisatie betrokken zijn en over de grenzen van de afzonderlijke instellingen en sectoren heen wordt gegaan. Daarbij moeten we wel opmerken dat het een voordeel is dat deze instellingen en sectoren al ondergebracht zijn in een organisatorische eenheid (Stichting Zorgcircuits) en onder één directie vallen. Een nadeel van deze constructie is gelegen in het feit dat de jeugdhulpverlening slechts in beperkte mate vertegenwoordigd is in het zorgprogramma, namelijk alleen via het MKD. Het intersectorale karakter van het zorgprogramma wordt echter versterkt als de samenwerking met de sector 'licht verstandelijk gehandicapten' concreet gestalte krijgt.

In de komende maanden zal blijken of het ontwikkelingstraject ook voor andere zorgprogramma's werkbaar is, nu men begonnen is met de ontwikkeling van een drietal nieuwe zorgprogramma's.

Het zorgprogramma 'Baby's, peuters en hun ouders' bestaat uit 4 centrale onderdelen die eigenlijk een soort subprogramma's zijn, gekoppeld aan de hulpvraag en de probleemgebieden. 11 modules zijn grotendeels wisselend inzetbaar in de verschillende onderdelen. De volgorde van de in te zetten modules staat niet vast. Het programma heeft dus een generalistisch karakter. Medewerkers van het veldproject spreken echter van een 'specifiek' programma. Zij gaan ervan uit dat een zorgprogramma zoals dit, met een aanbod gericht op een specifieke leeftijdsgroep en niet op een (diagnostisch te onderscheiden) probleemgroep (zoals ADHD en PDD-NOS) nooit 'specialistisch' zal kunnen zijn.

Het veldproject onderscheidt zich in positieve zin van de meeste andere veldprojecten wat betreft de positie van de ouders. Deze nemen een belangrijke plaats in binnen het zorgprogramma. Niet alleen zijn ze in voorkomende gevallen zelf onderwerp van behandeling, ze worden ook expliciet aangesproken als opdrachtgever en als medebehandelaar. Ook in de andere zorgprogramma's die nog ontwikkeld worden in het kader van de circuitvorming, zullen ouders expliciet participeren.

Nog niet duidelijk is hoe de organisatie van het zorgprogramma (functies, taken en bevoegdheden) eruit zal zien. De Stichting Zorgcircuits streeft ernaar het gehele aanbod in vraaggerichte zorgprogramma's om te zetten. De keuze voor een bepaalde programmastructuur heeft dan ook consequenties voor de totale organisatiestructuur. In de loop van dit jaar moet duidelijk worden welke programma- en organisatiestructuur men (ver)kiest.

10 Op weg naar zorgprogramma's

Regio's: Noordoost-Brabant en Zuidoost-Brabant

10.1 Inleiding

In het projectplan 'Op weg naar zorgprogramma's' wordt aangegeven dat twee zorgprogramma's ontwikkeld zullen worden. Dit projectplan werd in oktober 1998 formeel goedgekeurd als basis voor het veldproject. Het aantrekken van een (externe) projectcoördinator heeft vervolgens langer geduurd dan gedacht. Hierdoor is pas in februari 1999 gestart met de uitwerking van het projectplan.

De twee regionaal samenwerkingsverband jeugdhulpverlening-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.

10.2 Doelgroep, doelstelling en hulpvraag

Het primaire doel van het veldproject is ervaring, kennis en kunde op te doen met de ontwikkeling en implementatie van zorgprogrammering. Bij de programma-ontwikkeling ligt daarom de nadruk op (het beschrijven van) het proces en niet op het realiseren van het product. De opgedane kennis en kunde is, ten behoeve van verdere implementatie, beschreven in een eindrapport¹⁸.

De twee zorgprogramma's zijn bedoeld voor de volgende doelgroepen:

- jongeren (12+) met autisme en aan autisme verwante stoornissen (ZP1);
- jongeren (12+) die wegens verslavingsproblemen uit de jeugdzorg vallen dan wel er wegens de contra-indicatie 'verslaafd' geen gebruik van kunnen maken (ZP2).

De doelgroep jeugdige autisten en aan autisme verwante stoornissen is qua leeftijd afgebakend (van 12 tot 25 jaar). Reden voor de keuze van deze doelgroep is:

- op verschillende gebieden wordt aanbod voor deze doelgroep gemist of ontbreekt samenhang in aanbod;
- er wordt van de oudere leeftijdsgroep meer gevraagd, juist voor deze groep is een intersectoraal aanbod van belang.

Jeugdhulpverlening en GGZ-jeugd hebben ieder een eigen aanpak en waarschijnlijk ook hun eigen doelgroep als het gaat om autisme. De kern-autisten komen terecht bij de GGZ en de autisten met gedragsstoornissen bij de jeugdhulpverlening. Met de keuze voor de oudere leeftijdsgroep ligt het accent op de autisten met gedragsstoornissen; autisme wordt bij deze doelgroep vaak pas op latere leeftijd onderkend. Toeleiding naar specifiek aanbod is dus bij de oudere leeftijdsgroep aan de orde.

De omvang van de doelgroep is moeilijk aan te geven. Binnen de weten-

Noot 18 Bettonvil N. Op weg naar zorgprogramma's: eindrapportage; in opdracht van RSJ Noord-Oost-Brabant en Zuidoost Brabant; juni 2000.

schap wordt de prevalentie geschat op 25 tot 30 op de 10.000 jeugdigen. Binnen het circuit kinderen en jeugd van de GGzE (GGZ-Eindhoven) worden per jaar circa 40 jongeren boven de 12 jaar aangemeld met autistische problemen.

In de analyse en beschrijving van de hulpvragen van de doelgroep jeugdigen met autisme is onderscheid gemaakt naar jeugdigen, ouders/systeem en netwerk. In de beschrijving van zorgprogramma voor de jeugdigen met autisme zijn de hulpvragen van de jeugdigen en de ouders/ het systeem als volgt onderverdeeld:

- psycho-educatie;
- acceptatie en verwerking;
- ontwikkelen van vaardigheden;
- zorgcoördinatie.

De doelgroep jeugdige verslaafden (12 tot 23 jaar) is beperkt tot verslaving aan alcohol en/of drugs in combinatie met problemen op verschillende leefgebieden.

Er is een schatting gemaakt van het aantal cliënten (jongeren) binnen de instelling waarbij alcohol/druggebruik negatief interfereert. Dit is gebeurd op basis van de volgende gegevens: het percentage jongeren in de twee regio's, de aanname dat 5% van alle jongeren zware problematiek heeft en de beschikbare registratiegegevens van TROJE (instelling voor jeugdhulpverlening). Men kwam uit op circa 600 jongeren waarbij het druggebruik negatief interfereert en 130 jongeren waarbij de hulpverlening voortijdig is beëindigd in de loop van een jaar.

In de beschrijving van het zorgprogramma voor jeugdigen met middelenmisbruik of afhankelijkheid, wordt met betrekking tot de hulpvraag van de jongere gesteld dat de jongere meestal zelf geen problemen heeft met het middelengebruik. Soms komen jongeren met verkapte hulpvragen die verwijzen naar specifieke problematiek die ten grondslag ligt aan het middelengebruik. Vaak komen de directe hulpvragen vanuit de omgeving van de jongere. Deze hulpvragen worden in de programmabeschrijving nader gespecificeerd.

Er is bewust gekozen voor twee verschillende doelgroepen: een doelgroep waar al veel voor bestaat (ZP1) en een doelgroep waar nog weinig voor bestaat (ZP2). Dit leidt tot verschillende ervaringen en werkwijzen. Voor ZP1 moet bekeken worden hoe kan worden aangesloten bij wat er al is. Voor ZP2 moet worden nagegaan wat, op welke wijze, opgezet kan worden per (sub) regio.

10.3 De deelname van instellingen en sectoren

Binnen dit veldproject werken de drie kernsectoren van de jeugdzorg (jeugdhulpverlening, GGZ-jeugd en jeugdbescherming) samen.

- ZP1 wordt ontwikkeld door jeugdhulpverlening, GGZ, jeugdbescherming, gespecialiseerde zorg voor autisten en cliëntenorganisaties.
- ZP2 wordt ontwikkeld door jeugdhulpverlening, jeugdbescherming, verslavingszorg en in tweede instantie ook de GGZ. Cliënten zijn op enige afstand betrokken.

Partijen zijn vertegenwoordigd in de projectgroepen en het directieoverleg. De GGZ is in een later stadium mee gaan doen met de projectgroep jeugdige verslaafden. Dit in verband met het voorkomen van co-morbiditeit: verslaving in combinatie met bijv. schizofrenie.

Meerwaarde van de samenwerking in de projectgroepen is dat partijen met elkaar in gesprek komen en visies en ideeën uitwisselen.

Het was nadrukkelijk de bedoeling om cliëntenorganisaties te betrekken bij de zorgprogramma's. Bij ZP2 is dat niet gelukt. De cliëntenraad van Novadic kon wegens tijdgebrek niemand leveren. Zij krijgen wel de stukken toegestuurd. In de projectgroep van ZP1 zit een vertegenwoordiger van de cliëntenraad van de GGZ. De inbreng van deze persoon wordt als positief ervaren, met name bij hulpvraaganalyse en het zichtbaar maken van hiaten in het aanbod voor de doelgroep. Een vertegenwoordiger van de NVA (Nederlandse Vereniging voor Autisten) krijgt de stukken toegestuurd.

10.4 Organisatie en werkwijze van het veldproject

Voor de inhoudelijke uitwerking van de zorgprogramma's zijn twee projectgroepen (van inhoudelijk deskundigen) geformeerd. Deze komen eens per maand bijeen. Er is een directieoverleg ingesteld dat inhoud becommentarieert, oplossingen aanreikt bij problemen en eindverantwoordelijk is. Er wordt dus gewerkt langs twee lijnen: beschrijving van gewenst aanbod (projectgroep) versus haalbare uitvoering/ samenwerkingscontracten en programmastructuur (directie-overleg).

De leden van de projectgroepen opereren, gezien de aard van hun taakstelling, als inhoudelijk deskundigen en niet als vertegenwoordigers van hun instelling.

De projectgroepen worden bij hun werkzaamheden ondersteund door de projectcoördinator. Zij informeert tevens het directieoverleg over de voortgang en de resultaten van het project, bewaakt de samenhang binnen het totale traject en zorgt voor samenhang en samenwerking met de landelijke Projectgroep Zorgprogrammering.

Tijdens de uitvoering van het project zijn twee werkgroepen samengesteld. Een werkgroep, bestaande uit vertegenwoordigers uit het directie-overleg, heeft zich beziggehouden met de organisatorische en financiële voorwaarden. Een werkgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van de Bureaus Jeugdzorg en de St. Jeugdzorg (jeugdbescherming), heeft zich beziggehouden met de functies indicatie en casemanagement.

10.5 Beschrijving van de zorgprogramma's

10.5.1 De inhoud van de zorgprogramma's

De inzet is om zorgprogramma's te maken waarbij per cliënt de juiste combinatie van modules wordt gekozen. Uitgaande van de analyse van de hulpvraag zijn bestaande en gewenste modules in de zorgprogramma's opgenomen.

- ZP1 kent 28 modules waarvan er 10 zijn beschreven.
- ZP2 kent 19 modules waarvan er 11 geheel of gedeeltelijk zijn beschreven.

ZP1 betreft voornamelijk bestaand aanbod. De modules van ZP1 zijn geordend in kind-modules, oudermodules, en modules deskundigheidsbevordering voor uitvoerend werkers binnen het netwerk (onderwijs, arbeid, dagbesteding).

Er is onder andere overlap in modules ouderbegeleiding geconstateerd. Er wordt nader onderzocht of op het oog gelijke modules toch niet van elkaar verschillen.

De modules van ZP2 zijn geordend van licht naar intensief aanbod: preventie, educatie, begeleiding en behandeling. Ook bij ZP2 is voornamelijk bestaand aanbod beschreven. Voorbereidingen voor een nieuw te ontwikkelen module 'klinische detoxificatie' zijn in gang gezet.

10.5.2 De organisatie van de uitvoering

Een werkgroep van drie vertegenwoordigers uit het directie-overleg heeft een voorstel gemaakt voor de organisatie en financiering van de zorgprogramma's. Er wordt onderscheid gemaakt tussen programmacoördinator en casemanager.

Programmacoördinator/ hoofd

Functie op doelgroep/ zorgprogrammaniveau. Taken: zorgen dat het zorgprogramma goed loopt, modules aansluiten en afgesproken aanbod geleverd wordt. Verdere ontwikkeling van het zorgprogramma stimuleren en zonodig deskundigheidsbevordering organiseren (voor deze functie is subsidieverzoek ingediend bij de provincie). Deze functie zou bij voorkeur gekoppeld moeten zijn aan of nabij Bureau Jeugdzorg. Hij/ zij fungeert ook als aanspreekpunt voor de werkers die de modules binnen het zorgprogramma uitvoeren.

De programmacoördinator heeft een scharnierfunctie tussen Bureau Jeugdzorg, de indicatie-organen van de verslavingszorg en de GGZ enerzijds en de uitvoerende instellingen anderzijds. Belangrijke taken daarin zijn: het maken van afspraken over indicatiestelling, koppeling van instrumenten en regelgeving van betrokken partners.

Casemanager

Functie op cliëtniveau. De zorgtoewijzingscommissie toetst wat binnen het zorgprogramma aan combinaties van modules wordt voorgesteld; de casemanager maakt vervolgens concrete afspraken over de uitvoering van de hulp. Bij de jeugdige autisten maakt de casemanager vooral afspraken voor de langere duur. Bij de jeugdige verslaafden is de taak meer uitvoerend, gericht op crisismanagement dicht bij de cliënt. Motivationale begeleiding is een belangrijk onderdeel van ZP2. De casemanager zal in ZP2 een intensief contact met de cliënt moeten onderhouden. De casemanager is gekoppeld aan Bureau Jeugdzorg. Op wat langere termijn zijn hiervoor voldoende mogelijkheden. Het casemanagement voor jeugdige verslaafden kan wellicht het best ondergebracht worden bij een van de uitvoerende instellingen.

Verder worden enkele overlegvormen voorgesteld:

- een *beleidsoverleg* (van inhoudelijk deskundigen en managers) ter ondersteuning van de programmacoördinator en ter versterking van de relatie programmacoördinator en instellingen;
- een *programmeam* voor de verdere uitwerking van de zorgprogramma's; hiervoor kunnen de huidige projectgroepen worden omgevormd.

10.6 De instroom

Noordoost en Zuidoost hebben elk een eigen Bureau Jeugdzorg met een onafhankelijke zorgtoewijzingscommissie (ZTC) (deels nog in ontwikkeling). Verder heeft de GGZ een eigen toegang voor specifieke GGZ-problematiek. Instroom voor beide zorgprogramma's zal via de Bureaus Jeugdzorg plaatsvinden. Zorgtoewijzing vindt vermoedelijk plaats op het niveau van het generalistische programma, dat wil zeggen: binnen het zorgprogramma wordt een voorstel voor koppeling van modules gemaakt dat wordt getoetst door het ZTC. Concrete uitwerking van onderstaande specifieke voorwaarden moet nog plaatsvinden.

- Voor een goede indicatiestelling door Bureau Jeugdzorg wordt inzet van specifieke deskundigheid van GGZ (ZP1) en van Novadic (ZP2) nodig geacht.
- Er zijn verschillende indicatieorganen namelijk Bureau Jeugdzorg, SPD, de GGZ en de verslavingszorg; er zullen afspraken gemaakt moeten

worden over onderlinge afstemming.

- Knelpunt bij de doelgroep jeugdige verslaafden is dat het 'onmogelijk is om een goede diagnose te stellen als mensen onder invloed van middelen zijn'. Dat betekent dat pas gaandeweg het traject de diagnose wordt gesteld. Dit zorgprogramma kent daarom een module vervolgdagnostiek.

10.7 Ervaringen met het ontwikkelen van zorgprogramma's

Op verzoek van het directie-overleg heeft de projectcoördinator een inventarisatie gemaakt van wat er al aan samenwerking is voor de doelgroep 'jeugdige autisten'. In de Noordoostelijke regio wordt op uitvoerend niveau samengewerkt; deze samenwerking is echter niet geformaliseerd maar afhankelijk van personen. In Zuidoost bestaat een Samenwerkingsverband Autisme Zuidoost Noord-Brabant (SVA). Het doel van het SVA is om in onderlinge samenwerking een passend en goed aanbod te realiseren voor mensen met een aandoening op het autistisch spectrum. Deelnemers zijn o.a. GGZ, SPD, en speciaal onderwijs. In totaal zijn circa 20 instellingen betrokken. Er bestaat een kernteam voor 'moeilijke gevallen'.

In de projectgroep 'jeugdige autisten' is besloten om eerst alle modulebeschrijvingen te maken voordat verdere stappen worden gezet. Hier vindt ook veel inhoudelijke discussie plaats. In de projectgroep 'jeugdige verslaafden' is de inzet om tot een concreet resultaat te komen groter. Een stimulerende factor is ook dat Novadic (de instelling voor verslavingszorg) graag haar aanbod wil uitbreiden (van volwassenen naar jeugd).

Andere redenen die genoemd worden voor het verschil in dynamiek, zijn:

- het feit dat al veel kennis over een doelgroep (de jeugdige autisten) beschikbaar is, leidt wellicht tot meer inhoudelijke discussie;
- het lijkt gemakkelijker om een zorgprogramma te ontwikkelen voor een doelgroep waar nog niets voor bestaat (verslaafden);
- de noodzaak om tot een aanbod te komen is bij de doelgroep jeugdigen verslaafden veel groter dan bij de doelgroep jeugdige autisten;
- in de projectgroep 'jeugdige autisten' zijn, wegens het uitgebreide reeds bestaande aanbod, meer instellingen vertegenwoordigd dan in de projectgroep 'jeugdige verslaafden'; overigens is de deelname van instellingen aan de projectgroep 'jeugdige autisten' in de loop der tijd wel minder geworden;
- samenwerking tussen GGZ en jeugdhulpverlening (met name aan de orde bij de doelgroep 'jeugdige autisten') is in een van de twee regio's nog weinig ontwikkeld. Binnen de GGZ leeft de opvatting dat autisme typische GGZ-problematiek is. Men wil wel deskundigheid leveren aan dat deel van de doelgroep dat binnen de jeugdhulpverlening verblijft.

Er zijn besprekingen gaande tussen de 2 regionaal samenwerkingsverbanden jeugdhulpverlening en Novadic over een nieuw te ontwikkelen module 'detoxificatie voor jeugdigen'. Het gaat om een aanbod bedoeld voor beide regio's.

Deskundigheidsbevordering van uitvoerend werkers vormt een essentieel onderdeel van ZP2 en zal gericht moeten zijn op:

- ontwikkeling van deskundigheid bij werkers in de jeugdzorg inzake verslavingsproblematiek;
- het bij elkaar brengen van verschillende visies over jeugdzorg en verslavingszorg; verschil is met name dat verslavingszorg gebaseerd is op hulpverlening aan volwassenen (horizontale relatie) en jeugdzorg op de relatie volwassene - jongere (verticale relatie);
- het ontwikkelen van gezamenlijke inhoudelijke uitgangspunten zoals 'moet je wel/ niet eerst afgekickt zijn voor je hulp krijgt'. NB binnen de verslavingszorg bestaat een duidelijke visie op dit soort zaken. Gezien

het grote risico op voortijdige uitval is het ook van belang dat de (on)mogelijkheden van dwang en drang bij jeugdigen onderzocht worden: in hoeverre mag je wettelijke gezien iemand opsluiten?

Tijdens de veldprojectperiode is nadrukkelijk aandacht besteed aan de voorbereiding van het midden-management en de uitvoerend werkers op de concrete uitvoering van de zorgprogramma's.

- In de startfase van het project is een werkconferentie gehouden voor alle werkers in de jeugdzorg in de 2 regio's (opkomst 40 mensen). Doel van de bijeenkomst was het creëren van draagvlak voor modularisering en zorgprogrammering.
- De veldprojectperiode is afgesloten met een slotbijeenkomst waarin de resultaten van en de ervaringen met het ontwikkelen van de zorgprogramma's zijn gepresenteerd.

Het subsidieverzoek aan de provincie voor de aanstelling van een zorgprogrammacoördinator voor een periode van 2 jaar, is niet gehonoreerd. Wat betreft de verdere voortgang van de zorgprogramma's is de stand van zaken als volgt.

- Het zorgprogramma voor jeugdige autisten in de regio Zuidoost-Brabant wordt bij het reeds bestaande samenwerkingsverband aangehaakt.
- In het eindrapport van de projectcoördinator wordt als aanbeveling opgenomen om contact te leggen met de GGZ-instellingen in de regio Noordoost Brabant. Binnen de projectgroep 'jeugdige autisten' is namelijk geconstateerd dat er te weinig draagvlak is voor onderlinge samenwerking en dat uitwisseling met name op directieniveau op gang gebracht moet worden. Dit wordt als noodzakelijke voorwaarde gezien voor het ontwikkelen van een zorgprogramma in deze regio.
- Er ligt een voorstel aan het directie-overleg voor een pilot van ZP2 met een beperkte instroom van 4 a 5 cliënten. De modules voor dit zorgprogramma zullen geleverd worden door de jeugdhulpverlening, de GGZ, Jeugdbescherming en Novadic. Het gaat veelal om bestaand aanbod; concrete afspraken moeten worden gemaakt over wie wat levert voor hoeveel jongeren.
- Op basis van de ervaringen binnen het veldproject moet het besluit genomen worden of er verder gewerkt wordt aan zorgprogrammering in de regio. Er zijn geen concrete criteria geformuleerd voor deze beslissing. De ambtelijk secretarissen van de twee regionale samenwerkingsverbanden gaan zich inzetten voor continuering van het ontwikkelingsproces.

Gegeven de opdrachtomschrijving wordt de gevolgde werkwijze door de project-coördinator positief gewaardeerd. Zij is wel van mening dat een meer beperkte opdracht, te weten één zorgprogramma in één regio in plaats van twee zorgprogramma's bovenregionaal, eerder had geleid tot concrete resultaten.

Het risico dat men in de inhoud blijft steken wordt als nadeel van de werkwijze (ontwikkeling langs twee lijnen) onderkend. Centrale vraag die de meerwaarde van deze aanpak moet bewijzen is of het lukt om het gewenste aanbod te realiseren. Vooral in de verslavingszorg is dat van groot belang omdat er nog geen aanbod is voor jeugdige verslaafden.

10.8 Knelpunten

Knelpunten die zich in de praktijk voordoen zijn:

- Met name bij het projectgroep 'jeugdige autisten' bestaat de neiging om in inhoudelijke discussies te blijven steken.
- jeugdhulpverlening en GGZ doen in een van de 2 regio's nog weinig samen.

- In een van de regio's wordt binnen de GGZ een ander begrippenkader rondom zorgprogrammering gehanteerd; dit geeft veel discussie/ verwarring. Om dit probleem op te lossen is vanuit het directieoverleg een brief verstuurd naar de GGZ.
- De verschillen in regionale indeling (jeugdhulpverlening: 2 regio's: Noordoost en Zuidoost; de GGZ: 4 regio's) maken het lastig om te bepalen op welk niveau de zorgprogramma's ontwikkeld en ingevoerd moeten worden. Er is met de ontwikkeling van de zorgprogramma's op bovenregionaal niveau gestart; er blijken echter grote verschillen in de mate waarin samenwerking op regionaal niveau al wel of niet aanwezig is (voor het zorgprogramma 'jeugdige autisten'). Het is daarom moeilijk om het zorgprogramma 'jeugdige autisten' op de gekozen schaalgrootte concreet handen en voeten te geven.
- De doelstelling van het veldproject is gericht op het proces, niet op het resultaat; wellicht mede daardoor is er onvoldoende besluitvaardigheid bij het directie-overleg om tot concrete resultaten te komen.
- Er bestaat enige kloof tussen inhoudelijk werkers en directeuren.

10.9 Conclusies DSP

De ontwikkeling van de zorgprogramma's in het veldproject in de regio's Noordoost en Zuidoost Brabant is gestart vanuit een duidelijke visie op de zorgprogrammering. Een ander sterk punt van dit veldproject is gelegen in het feit dat er expliciet aandacht is besteed aan het vergroten van de kennis van en het draagvlak voor zorgprogrammering bij de werkers in de jeugdzorg.

Het feitelijke ontwikkelingsproces van de twee zorgprogramma's is echter, in vergelijking met andere veldprojecten, traag verlopen. De veldprojectperiode is niet afgesloten met operationele zorgprogramma's. Voor het zorgprogramma voor jeugdige verslaafden lijkt dat moment wel naderbij te komen; men hoopt op korte termijn met een pilot-programma van 4 of 5 modules te kunnen starten. Ook wordt er gesproken over de inzet van nieuw aanbod (een module detoxifiactie) voor deze doelgroep. Toch zal er ook voor dit zorgprogramma nog veel werk verzet moeten worden. Er is nog geen gezamenlijke inhoudelijke visie geformuleerd en er moet nog het nodige gedaan worden aan deskundigheidsbevordering. Ook de instroom van jongeren is nog niet concreet uitgewerkt; er zullen concrete afspraken gemaakt moeten worden over de inzet van specifieke deskundigheid binnen Bureau Jeugdzorg en de afstemming tussen de verschillende indicatie-organen. Verder moet ook de samenwerking met aanpalende sectoren voor de onderdelen dagbesteding, scholing/ onderwijs en arbeid nog nader uitgewerkt worden.

Binnen de projectgroep 'jeugdige autisten' was de aandacht sterk naar binnen gericht; men concentreerde zich op inhoudelijke discussie en op het maken van modulebeschrijvingen. Concrete uitwerking van het zorgprogramma werd ook bemoeilijkt door het feit dat het veldproject een bovenregionale insteek heeft, terwijl de feitelijke situatie in de twee regio's sterk verschilde.

Bij de ontwikkeling van de zorgprogramma's is gekozen voor een strikte scheiding tussen inhoud enerzijds en organisatie/ uitvoering anderzijds. Een en ander kreeg gestalte via de afspraak dat de leden van de projectgroep niet als vertegenwoordigers van hun instellingen maar als inhoudelijk deskundigen zouden opereren. In theorie werd hiermee een werkwijze uitgezet waarmee de gewenste hulp van het zorgprogramma helder afgezet kan worden tegen het feitelijk uitvoerbare zorgprogramma. De meerwaarde van deze benadering heeft zich in de praktijk (nog) niet bewezen. Wel is duide-

lijk geworden dat deze aanpak bij uitstek vraagt om een goed samenspel tussen inhoudelijk werkers en management en om een besluitvaardig management. Als deze condities niet aanwezig zijn bestaat het risico dat de projectgroep in de inhoud blijft steken. Binnen het Brabantse veldproject lijkt de besluitvaardigheid van de directies om tot operationele zorgprogramma's te komen tot nog toe onvoldoende. Een bepaalde vrijblijvendheid in het realiseren van de zorgprogramma's binnen de veldprojectperiode lag reeds besloten in de doelstelling van het veldproject. Deze was primair gericht op het proces (het opdoen van ervaringen) en veel minder op het resultaat (het implementeren van de zorgprogramma's).

11 Zorg en onderwijs voor kinderen met PDD-NOS

Provincie Gelderland

11.1 Inleiding

Het veldproject 'Zorg en onderwijs voor kinderen met PDD-NOS'¹⁹ behoort tot de tweede tranche en is in september 1999 van start gegaan. Het projectvoorstel is ontwikkeld vanuit de Gelderse Werkgroep Intersectorale Zorgprogrammering waarin vertegenwoordigers van de Gelderse jeugdzorg-instellingen participeren.

Voor kinderen met pervasieve stoornissen zijn in Gelderland diverse vormen van hulpverlening en onderwijs beschikbaar. Het bestaande aanbod wordt onder meer verzorgd door het Paedologisch Instituut De Waarden ((semi) residentiële hulpverlening en PI-school), ACKJON²⁰, SPD De Gelderse Poort, School Advies Dienst Nijmegen en RIAGG Nijmegen. Deze instellingen zijn alle betrokken bij het veldproject.

11.2 Doelgroep, doelstelling en hulpvraag

Het zorgprogramma is gericht op kinderen met PDD-NOS in de leeftijd van 3 tot 12 jaar. Naast het vastleggen van de bestaande hulp- en onderwijsvormen voor deze doelgroep in modules als verantwoording van de huidige werkwijze, wordt met het veldproject beoogd de onderlinge afstemming van de bestaande hulpvormen te verbeteren en te formaliseren.

Een autistische stoornis als PDD-NOS is een erfelijke aandoening 'in het kind' en dus niet cultureel of sociaal economisch bepaald. Wel zijn er verschillen in hulpvragen die terug zijn te voeren op de draagkracht van ouders en ontwikkelingsmogelijkheden van de kinderen. Om de hulpvragen van ouders, kinderen en hulpverleners in kaart te brengen zijn enquêtes uitgezet bij de behandelcoördinatoren en maatschappelijk werkenden van het Pedologisch Instituut en RIAGG Nijmegen, omdat zij degenen zijn die de hulpvragen van de doelgroep binnenkrijgen. De enquêtegegevens zijn door de projectleiding in een theoretisch kader geplaatst en beschreven in de concept-programmabeschrijving. Op basis van een indeling van hulpvragen zijn uiteindelijk vier deelprogramma's gemaakt.

11.3 De deelname van instellingen en sectoren

Via de in paragraaf 11.1 genoemde instellingen zijn de jeugdhulpverlening, de GGZ-jeugd en het onderwijs betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering van het zorgprogramma.

De School Advies Dienst en de Sociaal Pedagogische Dienst zijn later ingestapt. Deze instellingen zijn als leden van het projectteam gevraagd, om de lijnen tussen hulpvraag en hulpaanbod zo kort mogelijk te houden. De Sociaal Pedagogische Dienst is gevraagd deel te nemen aan het veldproject in verband met hun vergevorderde ontwikkelingen op het gebied van weekend- en logeeropvang en op het gebied van de praktische pedagogische gezinsbegeleiding. De School Advies Dienst is gevraagd deel te nemen aan

Noot 19 PDD-NOS: Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified.

Noot 20 ACKJON = Academisch Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie Oost Nederland.

het projectteam in verband met hun expertise met betrekking tot het speciaal en het reguliere basisonderwijs. In het kader van de samenwerking is contact opgenomen met Bureau Jeugdzorg Nijmegen en het Diagnostisch Centrum.

11.4 Organisatie en werkwijze van het veldproject

Het veldproject wordt gecoördineerd door één uitvoerend projectleider (16 uur per week) en één inhoudelijk projectleider (6 uur per week). Samen met zes gedragswetenschappers van de betrokken instellingen²¹ vormen zij een projectteam dat verantwoordelijk is voor de uitvoering van het veldproject: het maken van een blauwdruk voor het zorgprogramma 'Zorg en onderwijs voor kinderen met PDD-NOS'. De taken van het projectteam bestaan uit het leveren van informatie voor de modules en het zorgprogramma, het beschrijven van modules, een klankbord voor de uitvoerend- en inhoudelijk projectleider en een bijdrage leveren in de ontwikkeling van nieuwe modules.

Het projectteam vergadert maandelijks en is sinds september 1999 bezig geweest met het inventariseren van de hulpbehoeftes en -vragen (van kinderen, ouders en hulpverleners) en de doelgroep, de huidige diagnostiek-praktijk, de behandelingsplanning, het bestaande hulpaanbod, en de visie-ontwikkeling.

Deze inventarisatie van gegevens gebeurt door middel van verschillende enquêtes. De enquêtes zijn door het projectteam uitgezet bij de relevante afdelingen van de betrokken instellingen. Zo is bijv. de casuïstiek in kaart gebracht door de behandelcoördinatoren van de verschillende instellingen. Verder richt het projectteam zich op de definities van waaruit het zorgprogramma opgezet zal worden, omdat er veel begrippen zijn die tussen hulpverleners en hulpverlenende instellingen verwarring oproepen. Men baseert zich daarbij op de Definities van Kernbegrippen zoals die zijn aangegeven vanuit de Landelijke Projectgroep Zorgprogrammering.

Een projectmanager (hoofd van een residentiële unit van het PI) draagt zorg voor de afstemming met het management. Op deze manier wordt de financiële en structurele inbedding van het zorgprogramma voorbereid. Deze manager draagt er onder meer zorg voor dat het zorgprogramma teruggekoppeld wordt naar het Circuitoverleg Nijmegen, een regulier overleg tussen Stichting Jeugdzorg, Bureau Jeugdzorg, het ACKJON (Kinder- en Jeugdpsychiatrie), De Waarden en de RIAGG. De projectmanager maakt geen deel uit van het projectteam.

11.5 Beschrijving van de zorgprogramma's

Er zijn vier deelprogramma's gemaakt, elk voor een specifieke hulpvraag. Elk deelprogramma heeft basismodules en optionele modules. Basismodules zijn vast verbonden aan het deelprogramma; optionele modules kunnen ook bij een ander deelprogramma worden ingezet.

Noot 21 Paedologisch Instituut (De Waarden, incl. de PI-school), ACKJON, SPD De Gelderse Poort, School Advies Dienst Nijmegen en RIAGG Nijmegen.

Deelprogramma A 'preventie':

- voor de behoefte aan informatie om inzicht te krijgen in de problematiek en op basis daarvan indien nodig verdere ondersteuning te zoeken;
- 3 basismodules (waarvan één in 3 varianten) en 1 optionele module.

Deelprogramma B 'ambulante zorg':

- voor de vraag om ondersteuning van kind, gezin en school zodanig dat de ontwikkeling en het toekomstperspectief van kinderen geoptimaliseerd worden en gedragsproblemen hanteerbaar zijn;
- 2 basismodules en 8 optionele modules.

Deelprogramma C 'speciaal onderwijs':

- voor de vraag om onderwijs en begeleiding of behandeling van ontwikkelings-, gedrags-, en leerproblemen binnen de onderwijssituatie zodanig dat een functioneren binnen een minder intensieve of een reguliere onderwijssituatie weer mogelijk wordt;
- 2 basismodules en 6 optionele modules.

Deelprogramma D 'dag- of nachtzorg':

- voor de vraag om begeleiding of behandeling in dag- en nachtzorg zodanig dat een functioneren binnen het gezin of een gezinsvervangende situatie weer mogelijk wordt;
- 2 basismodules (waarvan één in 3 varianten) en 7 optionele modules.

Deelprogramma A is een preventieprogramma. Dit deelprogramma is toegevoegd toen de SPD en de School Advies Dienst ook betrokken werden bij de ontwikkeling van het zorgprogramma. Het betreft vrij toegankelijke hulp.

11.6 De instroom

Bureau Jeugdzorg Nijmegen is nog niet operationeel en er is dan ook nog geen sprake van centrale zorgtoewijzing.

De instellingen die op dit moment het hulpaanbod verzorgen voor kinderen met pervasieve stoornissen hebben (voorlopig nog) elk hun eigen traject van diagnostiek en indicatiestelling. Verder krijgt men vanuit het zorgprogramma te maken met regionale expertisecentra die de instroom naar het speciaal onderwijs bepalen.

De instroom (diagnostiek, indicatiestelling en zorgtoewijzing) in het zorgprogramma is nog niet geregeld. Met behulp van de uitgezette enquêtes is nagegaan wat de betrokken instellingen 'aan diagnostiek in huis hebben'. Op basis van deze informatie zal uitgezocht moeten worden hoe de diagnostiek en indicatiestelling voor het zorgprogramma georganiseerd moet worden.

Medewerkers van het veldproject geven de voorkeur aan toewijzing op niveau van het deelprogramma.

In de blauwdruk die in juni 2000 gereed is gekomen, wordt daarom aanbevolen een werkgroep te formeren voor een nadere uitwerking van de instroom (diagnostiek, indicatiestelling en zorgtoewijzing).

11.7 Ervaringen met het ontwikkelen van de zorgprogramma's

Bij de ontwikkeling van het zorgprogramma zijn projectleiding en projectteam als volgt te werk gegaan.

- De oorspronkelijk doelgroep van 0 tot 12 jaar werd ingeperkt tot de leeftijdsgroep van 3 tot 12 jaar. Een belangrijk argument voor deze inperking is dat men de nadruk wil leggen op integratie van zorg en onderwijs. Voor kinderen jonger dan 3 jaar is onderwijs niet aan de orde. Een

tweede reden om de leeftijdsgrens van 0-12 te verleggen naar 3-12 jaar is dat de diagnose PDD-NOS bij kinderen jonger dan 3 jaar moeilijk te stellen is. Voor een hulpaanbod in die leeftijdsgroep is niet de diagnostiek maar de hulpvraag van ouders de belangrijkste invalshoek. Verder wil men zich in het zorgprogramma in eerste instantie beperken tot de kinderen die naar school kunnen en dus niet de meest complexe groep vormen.

- De visie die ten grondslag ligt aan het zorgprogramma is geëxpliciteerd. Men gaat uit van het defectmodel. PDD-NOS is een stoornis die in het kind zit en een permanent karakter heeft.
- Het heeft lang geduurd voor de enquêtes geretourneerd werden. Uiteindelijk heeft de projectleiding in januari 2000 de eerste analyses gedaan op de enquêtes. In februari zijn de resultaten besproken met het projectteam.
- Op basis van de enquêtegegevens over het bestaande aanbod is door de projectleiding een inventarisatie van modules gemaakt. Deze modules zijn beschreven. De landelijke Projectgroep heeft ondersteuning geboden bij het beschrijven van de modules. Bij het maken van modulebeschrijvingen is het aanbod zoveel mogelijk ontrafeld. Sommige onderdelen zoals de sociale vaardigheidstraining en de ouderbegeleiding die de groepsleiding geeft als onderdeel van de dagbehandeling, bleken niet losgekoppeld te kunnen worden.
- De uitvoerend projectleider heeft een concept-programmabeschrijving gemaakt. In deze beschrijving wordt uitvoerig ingegaan op onderdelen als de theoretische onderbouwing van de problematiek rond kinderen met PDD-NOS en de hulpvragen van kinderen, ouders, leerkrachten en mensen uit het netwerk.
- De definitieve beschrijving van het zorgprogramma (de blauwdruk) was volgens planning in juni 2000 gereed. Hierin wordt voorgesteld om 3 werkgroepen op te starten om waar nodig zaken nog verder uit te werken en de implementatie van het zorgprogramma in gang te zetten.

11.8 Knelpunten

Bij de ontwikkeling van het zorgprogramma kreeg men te maken met enkele knelpunten en beperkingen.

- Het beschrijven van het bestaande aanbod bleek een lastige en daardoor tijdrovende klus te zijn. Men had niet verwacht dat het beschrijven van wat je al jaren doet zo lastig zou zijn. Daar komt bij dat het denken in termen van modules nieuw was voor alle betrokkenen.
- Het projectteam bestond alleen uit gedragsfunctionarissen. Functionarissen in lijnfuncties die verstand hebben van organisatievraagstukken en financiële vraagstukken hadden geen zitting. Ook het directieniveau van de instellingen was voor dit project niet georganiseerd. De organisatie en implementatie van het zorgprogramma moeten dan ook nog volledig uitgewerkt worden.
- Het is (nog) niet gelukt om de cliënt zelf aan het woord te krijgen bij de ontwikkeling van het zorgprogramma. De Nederlandse Vereniging voor Autisme is een relevante cliëntorganisatie voor de ontwikkelaars van het zorgprogramma. De projectleiding heeft de NVA benaderd. De NVA wil graag dat er tussen zorgprogramma's op dit terrein uitwisseling plaatsvindt, maar men wil momenteel niet actief betrokken worden bij het ontwikkelen van de blauwdruk voor het zorgprogramma. De afspraak is dat de blauwdruk in de zomer van 2000 aan de NVA zal worden voorgelegd ter becommentariëring.

11.9 Ervaringen met de specifieke thema's

Via de School Advies Dienst is het basisonderwijs betrokken bij de ontwikkeling van het zorgprogramma. Daarnaast is er een school voor speciaal onderwijs betrokken. Deze school is verbonden aan het Paedologisch Instituut (de PI-school) en is vooral gericht op onderwijs aan kinderen met intrapsychische problematiek. Een tweede school voor speciaal onderwijs heeft interesse getoond voor het zorgprogramma en wil graag informatie-uitwisseling.

In de loop van het project is er ook een relatie gelegd met de licht verstandelijk gehandicaptenzorg, via deelname van de Sociaal Pedagogische Dienst aan het projectteam.

De ervaringen in de samenwerking zijn zeer positief. De SPD en de School Advies Dienst leveren beide ook modules. Met name voor de School Advies Dienst was het geen gemakkelijke opgave om hun aanbod in modules te beschrijven.

11.10 Conclusies DSP

In een periode van 10 maanden is een blauwdruk gemaakt voor een zorgprogramma 'Zorg en onderwijs aan kinderen met PDD-NOS'. Het ontwikkeltraject is efficiënt opgezet. Sterke punten zijn:

- De inperking: men richt zich op de leeftijdsgroep die reeds bereikt wordt door de betrokken instellingen en waarvan men uit ervaring weet dat de hulpvragen relatief veel overeenkomsten vertonen.
- De samenwerking tussen jeugdhulpverlening, GGZ-jeugd en onderwijs.
- De aanpak: de inventarisatie van de huidige praktijk vindt plaats door het uitzetten van vragenlijsten over diagnostiek, casuïstiek, hulpvragen e.d. onder hulpverleners. Deze informatie vormt voor het projectteam de belangrijkste input om het zorgprogramma te beschrijven.
- De ordening van hulpvragen is als invalshoek gekozen voor het onderscheid in 4 deelprogramma's.

Zorgprogrammering zoals uitgevoerd in dit (en de meeste andere) veldprojecten is vooral een kwestie van het ordenen en transparant maken van het bestaande aanbod. Er wordt geen kritische relatie gelegd tussen hulpvragen en aanbod. Betrokkenen zijn van mening dat het huidige aanbod al gebaseerd is op de hulpbehoeften van de doelgroep. De vraag of de cliënt het daarmee eens is kon tot nog toe niet beantwoord worden. Net als in andere veldprojecten blijkt ook in dit veldproject daadwerkelijke participatie van de cliënt in de ontwikkelingsfase een lastige opgave te zijn. Wel is afgesproken dat de ontwikkelde blauwdruk door de cliëntorganisatie zal worden beoordeeld. Een beperking van de huidige blauwdruk is verder dat het zorgprogramma tot nog toe alleen inhoudelijk is uitgewerkt. De instroom en de organisatie moeten nog nader uitgewerkt worden. Door het ontbreken van een stuurgroep (op managementniveau) bestaat het risico dat het commitment op directieniveau nog (te) weinig is ontwikkeld. Dat zou kunnen betekenen dat de implementatie van het zorgprogramma onder druk komt te staan.

12 Marokkaanse jeugdigen in het speciaal basisonderwijs in Den Haag

Stadsgewest Haaglanden

12.1 Inleiding

Dit veldproject behoort tot de tweede tranche en is pas in de zomer van 1999 van start gegaan. Het neemt binnen het geheel van veldprojecten een bijzondere positie in. Naast de jeugdzorg is een groot aantal instellingen uit andere sectoren (onderwijs, opvoedingsondersteuning, jeugdwelzijn en jeugdgezondheidszorg) betrokken bij het te ontwikkelen zorgprogramma. Het idee voor een zorgprogramma voor de doelgroep 'Marokkaanse jeugdigen in het speciaal basisonderwijs' is voortgekomen uit het preventieproject Samen Opvoeden. In dit project werken Stichting de Ark, Stichting Spel en Opvoedingsvoorlichting Zuid-Holland²² en De Bonte Vlinder (een school voor speciaal basisonderwijs) al enkele jaren samen. Preventiemedewerkers van De Ark bieden ouders van leerlingen van De Bonte Vlinder gespreksgroepen en pedagogische advisering, en bieden consultatie aan leerkrachten.

Hoewel deze vorm van samenwerking succesvol is, blijkt dit aanbod voor allochtone ouders minder toegankelijk te zijn. De samenwerkingspartners hebben daarom besloten een zorgprogramma te ontwikkelen dat zich richt op de allochtone doelgroep. Omdat Marokkaanse leerlingen een aanzienlijk deel van de allochtone populatie uitmaken, richt het programma zich in eerste instantie tot hen.

Dankzij gemeente en stadsgewest wordt de projectperiode verlengd tot 1 september 2001.

12.2 Doelgroep, doelstelling en hulpvraag

Het zorgprogramma voor 'Marokkaanse jeugdigen in het speciaal basisonderwijs' is een programma voor Marokkaanse gezinnen in Den Haag met een kind dat al in een school voor speciaal basisonderwijs zit of een kind dat is aangemeld bij de zorgcommissie.

De doelstelling van het zorgprogramma is om in stadsgewest Haaglanden een hulpaanbod te ontwikkelen voor Marokkaanse gezinnen met hulpvragen op het gebied van onderwijs, ontwikkeling en opvoeding van kinderen, en de leefsituatie van het gezin.

Men beoogt een programma te ontwikkelen dat schakelt tussen de lokale en de regionale zorg en perspectief biedt aan alle gezinsleden, zodanig dat zij optimaal gebruik kunnen maken van de zorg en ondersteuning en zoveel mogelijk zelfstandig verder kunnen. Achterliggende gedachte is dat op deze manier de achterstand, die deze groep allochtone kinderen in de meeste gevallen heeft, voorkomen of verminderd wordt. Het is de bedoeling om de methode ook geschikt te maken voor andere etnische groepen.

In totaal zijn er 185 Marokkaanse leerlingen in het speciaal basisonderwijs in Den Haag. Het zorgprogramma wordt in eerste instantie ontwikkeld voor de Marokkaanse populatie van De Bonte Vlinder. Het gaat in totaal om 16 kinderen.

Noot 22 Vanaf zomer 2000 geheten: S&O stichting voor opvoedingsondersteuning.

De werkwijze die wordt gehanteerd bij het ontwikkelen van het zorgprogramma is te omschrijven als 'vraaggericht en van onderaf'. Uitgangspunt zijn de hulpvragen en succesfactoren van de Marokkaanse gezinnen (ouders en kinderen) en de hulpvragen van professionals ten aanzien van deze doelgroep.

De eerste fase in de ontwikkeling van het zorgprogramma bestaat dan ook uit het inventariseren en analyseren van de hulpvragen en de succesfactoren van de gezinnen en de betrokken hulpverlenende instellingen.

De casemanager legt contact met de Marokkaanse gezinnen, bezoekt hen meerdere malen en formuleert samen met de ouders en/ of kinderen de hulpbehoefte. Ook brengt zij de sociale steunstructuur van de gezinnen in kaart en de ervaringen die zij tot nu toe hebben met (hulpverlenende) instellingen. Vervolgens moeten deze behoeften vertaald worden in hulpvragen en doelstellingen. Met inbreng van de casuïstiekcommissie (Commissie van Begeleiding) wordt een hulpverleningsplan opgesteld en wordt hulp geboden (zie paragraaf 12.4.2). De casuïstiekcommissie bewaakt mede de voortgang van het (hulpverlenings)proces.

Anderzijds wordt er vanuit de inventarisatie van hulpvragen en succesfactoren een vertaling gemaakt naar in het zorgprogramma te behalen doelstellingen en moeten modules gekoppeld worden aan deze doelstellingen.

12.3 De deelname van instellingen en sectoren

De volgende instellingen zijn als partners betrokken bij de ontwikkeling van het zorgprogramma: Stichting Spel- en Opvoedingsvoorlichting Zuid-Holland, Stichting De Ark, Stichting Parnassia, Stichting Jeugdzorg Den Haag/-Zuid-Holland Noord, de gemeente Den Haag, de GGD Den Haag, de Bonte Vlinder (school voor speciaal basisonderwijs), het Centrum Jeugdhulpverlening Haaglanden, de Sociaal Pedagogische Dienst, het Haags Centrum voor Onderwijsbegeleiding, en het SOJH (Samenwerkende Organisaties Jeugdhulpverlening Haaglanden).

12.4 Organisatie en werkwijze van het veldproject

12.4.1 De organisatie

Om tot de ontwikkeling van het zorgprogramma te komen is bij de start in de zomer van 1999 de volgende organisatiestructuur opgezet:

- een programmacoördinator/projectleider;
- een casemanager en een maatschappelijk consulent;
- een projectgroep;
- een stuurgroep.

De uitvoering van het project is in handen van de Stichting Spel- en Opvoedingsvoorlichting Zuid-Holland (S&O). Een medewerkster van deze Stichting is als programmacoördinator aangesteld voor 20 uur per week.

De programmacoördinator is projectleider en zij is eindverantwoordelijk voor de ontwikkeling en beschrijving van het zorgprogramma.

Naast de programmacoördinator is per 1 oktober 1999 een casemanager aangesteld voor 32 uur per week. Zij is van Marokkaanse afkomst. Het is de taak van de casemanager om gesystematiseerd in te schatten wat de zorgbehoefte is van de leerling en het gezin, een samenhangend hulpverleningsplan op te stellen, het benodigde zorgaanbod te regelen, de voortgang en de samenhang van de hulp te bewaken en te evalueren, en het benodigde aan te geven voor vervolg. De casemanager richt zich ook op de

professionals, inventariseert hun behoefte aan begeleiding en deskundigheidsbevordering, en geeft hen richtlijnen voor een meer geëigende structurele hulpstructuur voor de doelgroep.

Per december 1999 is een Marokkaanse maatschappelijk consulent, die reeds werkzaam was binnen de Bonte Vlinder, voor 8 uur per week aangesteld als maatschappelijk consulent²³. Hij richt zich met name op de Marokkaanse vaders.

De projectgroep die voor de duur van het veldproject is geformeerd, bestaat uit medewerkers van lokale en regionale instellingen die aanbod hebben of kunnen ontwikkelen dat inzetbaar is in het te ontwikkelen zorgprogramma, of deskundig zijn op dit terrein²⁴. 60% van de deelnemers is van Marokkaanse afkomst.

De projectgroep heeft tot taak het zorgprogramma inhoudelijk te ontwikkelen, meer specifiek: de methodiek van de casemanager, de visie en inhoudelijke werkwijze van het zorgprogramma, en de eerste analyses van de hulpvragen.

In 1999 is de projectgroep vijf keer bijeen geweest, en heeft zij bijgedragen aan de inhoudelijke ontwikkeling, deskundigheidsbevordering, interculturalisatie, en het draagvlak voor het zorgprogramma in de betrokken scholen en instellingen.

De kernpartners vormen de stuurgroep van het veldproject²⁵. De stuurgroep heeft de opdracht de voorwaarden te creëren om het zorgprogramma mogelijk te maken, en zij bewaakt de doelstellingen uit het projectplan op het strategische en tactische niveau.

12.4.2 De werkwijze

In december 1999 hebben de instellingen die betrokken waren bij de start van het veldproject hun samenwerking bekrachtigd door de ondertekening van een intentieverklaring.

Eind 1999 blijkt dat er in het kader van het zorgprogramma behoefte is aan casuïstiekbesprekingen waarin samen, met de casemanager en de programmacoördinator, de hulpvragen en de kwaliteiten van de gezinnen geanalyseerd worden, handelingsplannen geformuleerd worden, en de voortgang van de hulp wordt gemonitord.

In de Bonte Vlinder is een Commissie van Begeleiding die de casuïstiekbesprekingen rond zorgleerlingen tot taak heeft. In deze commissie hebben naast medewerkers van de school ook leden van de Zorgcommissie²⁶ zitting. Besloten is om voor de duur van het project een uitgebreide Commissie van Begeleiding in te stellen voor de Marokkaanse leerlingen van de Bonte Vlinder. Deze commissie wordt breder samengesteld en zal dan ook niet alleen bestaan uit een aantal leden van de reguliere Commissie van

Noot 23 Zowel de casemanager als de maatschappelijk consulent zijn in dienst bij de Stichting Spel- en Opvoedingsvoorlichting Zuid-Holland.

Noot 24 Stichting Spel- en Opvoedingsvoorlichting Zuid-Holland, Stichting De Ark, Stichting Parnassia, Stichting Jeugdzorg Den Haag/Zuid-Holland Noord, Bonte Vlinder, Stichting Welzijnsorganisaties Schilderswijk, Deltaschool (tot zomer 2000), Prinses Ireneschool, Haags Centrum voor Onderwijsbegeleiding, Stichting Ontmoeting Buitenlandse Vrouwen (tot zomer 2000), Sociaal Pedagogische Dienst (sinds zomer 2000), Averroës Stichting, en Project De Gids (toeleidingsproject voor jongeren).

Noot 25 De kernpartner-instellingen zijn, met uitzondering van de gemeente Den Haag en het SOJH, ook vertegenwoordigd in de projectgroep.

Noot 26 De Zorgcommissie is een commissie die zorgleerlingen bespreekt en beslist of zij al dan niet naar het Speciaal Basisonderwijs of een andere vorm van zorg verwezen moeten worden. In een zorgcommissie hebben een aantal basisscholen en een school voor speciaal onderwijs zitting.

Begeleiding maar ook de (Marokkaanse) maatschappelijk werker van Bureau Jeugdzorg en de programmacoördinator. Op afroep verschijnen andere medewerkers uit de jeugdzorg. Een keer per drie weken zal de commissie bij elkaar komen en de zorgprogramma-casuïstiek bespreken. In de besprekingen van deze extra Commissie van Begeleiding²⁷ wordt de basis gelegd voor het module-aanbod en de bijbehorende structuren, waaruit het zorgprogramma zal worden opgebouwd.

De projectgroep richt zich in 2000 nog alleen op het samenstellen van het zorgprogramma, gebaseerd op gegevens die vanuit de Commissie van Begeleiding en de behoeftenanalyses worden aangeleverd. Daartoe wordt eens per twee maanden vergaderd.

Naast de verantwoordelijkheid om hulp te bieden aan de individuele gezinnen, hebben de casemanager en de programmacoördinator de verantwoordelijkheid om een zorgprogramma te ontwikkelen. Op basis van de analyse van behoeften, hulpvragen, kwaliteiten (beschermende factor) en doelstellingen moet een programmatisch, modulair hulpaanbod samengesteld worden voor de doelgroep.

De projectgroep en de stuurgroep hebben tot taak om samen met de casemanager en de programmacoördinator de lijnen voor het zorgprogramma uit te zetten. Op grond van de beschikbare casuïstiek wordt besproken welk aanbod geschikt is, benoemt men dit aanbod in termen van modules, en gaat men na of deze module al door een instelling geleverd kan worden of dat deze nog ontwikkeld zou moeten worden. Indien de stuurgroep akkoord gaat, wordt door de projectgroep bezien welke deel-projectgroep verder zal werken aan het gereedmaken van de betreffende module. Daarbij streeft men naar een eenvoudige procedure zodat de module (incl. de betrokken professionals) klaar staat voor gebruik.

De projectgroep en stuurgroep beschrijven ook welke combinatie van modules tot een zinvol zorgprogramma leidt.

Parallel aan deze activiteiten loopt een onderzoek van de Averroës Stichting. Zij brengen de hulpbehoeften van de medewerkers van de school en van andere professionals in kaart. Op basis van deze inventarisatie wordt een module (training) intercultureel werken ontwikkeld voor professionals. De Averroës Stichting financiert de personele inzet uit eigen middelen. De ontwikkelde modules zullen niet alleen inzetbaar zijn in het Haagse zorgprogramma maar zullen landelijk aangeboden worden door de Stichting. De betrokken onderzoekster van de Averroës Stichting participeert in de projectgroep.

Men gaat ervan uit dat het zorgprogramma een verbetering zal brengen op de volgende punten:

- Aansluiting tussen regionale jeugdzorg en het speciaal basisonderwijs is verbeterd.
- Regionale jeugdzorg wordt door meer Marokkaanse kinderen benut en is toegankelijker voor Marokkaanse gezinnen.
- Leerkrachten in het speciaal basisonderwijs zijn beter in staat Marokkaanse leerlingen en hun gezinnen steun te bieden.
- De schoolloopbaan van Marokkaanse kinderen in het speciaal basisonderwijs verloopt met meer succes.
- De oververtegenwoordiging van allochtone kinderen in het speciaal basisonderwijs is verminderd.
- Er is ontschotting gerealiseerd tussen de sectoren.
- Meer problemen zijn in een preventief stadium verholpen.
- Er zijn nieuwe aanzetten gegeven tot activiteiten voor preventie.

Noot 27 De eerste bespreking is op 15 februari 2000.

- Er zijn meer gezinnen die nieuw perspectief ervaren.
- Het zorgprogramma is geschikt gemaakt voor overdracht naar andere doelgroepen.
- Instellingen zijn een stap verder en tonen een grotere bereidheid in het proces van interculturalisatie binnen hun organisatie.

Een extern onderzoek naar de effecten en opbrengsten van het zorgprogramma maakt onderdeel uit van de plannen die men in de veldprojectperiode wil realiseren. Op basis van dossieronderzoek en interviews met de betrokken cliëntsystemen en hulpverleners, zal worden nagegaan wat de resultaten zijn van de interventies vanuit het zorgprogramma, bij gezinnen, hulpverleningsinstellingen en school. Dit onderzoek zal eind 2001 gereed zijn. In juni 2000 hebben de onderzoekers een behoeftenanalyse voor het zorgprogramma gemaakt.

12.5 Beschrijving van het zorgprogramma

Verwacht wordt dat er in eerste instantie een generalistisch zorgprogramma zal ontstaan waarin instellingen voor preventie, onderwijs, welzijn, gezondheidszorg en jeugdzorg modules aanbieden. In de loop van het project moet blijken in hoeverre het programma generalistisch blijft of toch specialistisch van aard kan zijn.

12.6 De instroom

Het is nog de vraag via welke commissie of orgaan de cliënten in de toekomst zullen instromen in het zorgprogramma. De gemeente Den Haag heeft plannen om de (buurt)netwerken preventief jeugdbeleid te integreren met de Zorgcommissies. Ook de indicatiestelling vanuit Bureau Jeugdzorg staat centraal.

Nog onduidelijk is ook of de casemanager, nu nog in dienst bij Spel & Opvoedingsvoorlichting, in de toekomst bij Bureau Jeugdzorg aangehaakt zal worden, bij de Zorgcommissie of bij een andere instelling. Wel is duidelijk dat de functie van casemanager noodzakelijk is voor het zorgprogramma.

Indien er behoefte is aan aanbod uit de jeugdzorg wordt het standaard aanmeldingsformulier van Bureau Jeugdzorg ingevuld door de casemanager en een medewerker van Bureau Jeugdzorg. De laatste doet de screening van deze doelgroep zo is afgesproken in Bureau Jeugdzorg. Lijkt geïndiceerde jeugdzorg nodig, dan komt de aanvraag via Bureau Jeugdzorg bij het Centraal Orgaan Zorgtoewijzing Haaglanden terecht.

12.7 Ervaringen met het ontwikkelen van het zorgprogramma

De inzet van een Marokkaanse casemanager en de Marokkaanse maatschappelijk consulent (voor de vaders), en het relatief grote percentage Marokkaanse professionals in de projectgroep blijken duidelijk in een behoefte te voorzien; zij fungeren namelijk als verbinding tussen gezin, school en andere voorzieningen.

Verder blijkt het een goede keuze te zijn geweest om de coördinatie en het budgetbeheer in handen te leggen van de Stichting Spel- en Opvoedingsvoorlichting Zuid-Holland. Deze organisatie neemt een relatief neutrale en onafhankelijke positie in in het belangenveld van de verschillende betrokken instellingen. Dat de programmacoördinator al bekend was met het veld blijkt ook een voordeel te zijn.

De casemanager heeft in november 1999 een eerste overzicht gepresenteerd van de hulpbehoeften van de betrokken gezinnen. In een aantal gezinnen heeft zij ook reeds een begin gemaakt met het zoeken (en verwijzen) naar passend hulpaanbod. Ook heeft zij gesproken met professionals, m.n. binnen de betrokken school, over hun hulpvragen, hun zwakke en sterke kanten e.d. Een eerste beeld van de hulpbehoeften is eind november besproken in de projectgroep. Duidelijk is al dat een gemeenschappelijke behoefte van de betrokken gezinnen ligt op het terrein van informatievoorziening, m.n. over het (speciaal) basisonderwijs. Verder is er behoefte aan groepsactiviteiten voor de volwassenen. Hulpvragen van professionals zijn gericht op informatie over Marokkaanse opvoedingssituaties en ondersteuning bij hun contacten met deze cliënten.

Vanaf februari 2000 brengt de casemanager haar bevindingen in in de Commissie van Begeleiding. In deze commissie wordt besproken welk hulpaanbod ingezet moet worden. De ervaringen met de casuïstiekcommissie zijn positief. De instellingen worden daardoor heel direct betrokken bij de (manco's in de) hulpverlening en bij de problemen die de school ervaart bij het bemiddelen tussen gezinnen en instellingen. Er zijn al verschillende structurele maatregelen doorgevoerd ter verbetering van de hulpverlening, zoals een voorpostfunctionaris voor Marokkanen bij Bureau Jeugdzorg.

De medewerkers van het veldproject zijn door de programmacoördinator, in samenwerking met de landelijke Projectgroep Zorgprogrammering gestimuleerd om modulebeschrijvingen te gaan maken. Geconstateerd werd dat inmiddels voldoende informatie beschikbaar was over de behoeften van de doelgroep. Afgesproken werd dat elke instelling twee modules zou maken. Er werd een bijeenkomst gepland waarop instellingen hun modules zouden presenteren.

Vervolgens is echter stagnatie opgetreden door ziekte van de programmacoördinator. De stuurgroep heeft dit moment aangegrepen om pas op de plaats te maken, met name omdat duidelijk werd dat verlenging van het project noodzakelijk was. Het eerste jaar was nodig om kennis, basis en randvoorwaarden te creëren, waarop in het tweede jaar een zorgprogramma samengesteld kan worden. Voor die basis moest het project verschillende kanten opgaan (zie ook paragraaf 12.8). Eind juni werd een brainstorm-bijeenkomst gehouden waarin keuzes en afspraken zijn gemaakt over de te volgen route. De presentatie van de modules werd uitgesteld.

Eind juni 2000 was de stand van zaken als volgt:

- Er wordt een nieuw projectplan geschreven waarin concreet wordt benoemd welke modules ontwikkeld worden.
- De selectie van modules wordt gemaakt op basis van de praktijkkennis en de behoeftenanalyse die inmiddels beschikbaar zijn.
- Er wordt subsidie aangevraagd voor verlenging van het project²⁸.

12.8 Knelpunten

Het werkenderwijs ontwikkelen van een zorgprogramma blijkt tot verschillende knelpunten te leiden.

- De belangstelling van de instellingen loopt uiteen: sommige instellingen (met name de school) hebben de meeste baat bij directe hulpverlening voor de betrokken gezinnen, andere zijn primair geïnteresseerd in het ontwikkelen van een zorgprogramma.
- Men loopt tegen een groot aantal verschillende problemen aan die alle om een oplossing vragen. Het betreft zowel praktische individuele problemen van instellingen als structurele problemen zoals de noodzaak om

Noot 28 Inmiddels is de projectperiode verlengd tot september 2001.

- de interculturalisatie van instellingen te bevorderen.
- Een structurerend kader ontbreekt: Het kader dat de landelijke Projectgroep Zorgprogrammering aanreikt is niet geschikt voor een zorgprogramma dat vooral op preventie is gericht en dat vragen en kwaliteiten van de cliënt centraal stelt, in plaats van problemen en hulpvragen. Er wordt veel tijd geïnvesteerd in het zoeken naar een geschikt kader dat door onderwijs, preventie en jeugdzorg wordt geaccepteerd.

De keuze om het zorgprogramma te ontwikkelen op basis van de Marokkaanse populatie van één school voor speciaal basisonderwijs is wellicht behalve een wenselijke concrete begrenzing, ook een beperking. Voordeel is dat het een afgebakende vindplaats is, het een overzichtelijk aantal Marokkaanse gezinnen betreft en een betrokken en actieve school, en ook dat er een reeds binnen de school werkzaam maatschappelijk consulent van Marokkaanse afkomst is die al nauwe contacten met de Marokkaanse vaders onderhield. Nadeel is dat de ontwikkeling en uitvoering van het zorgprogramma sterk gekoppeld is aan de organisatie en de ideeën, opvattingen en regels van één school. Dat maakt dat de projectgroep en de stuurgroep minder 'vrij' zijn in het realiseren van ideeën.

12.9 Ervaringen met de specifieke thema's

Relatie met aanpalende sectoren

In het zorgprogramma 'Marokkaanse jeugdigen in het speciaal basisonderwijs in Den Haag' wordt samengewerkt door lokale en regionale jeugdvoorzieningen op het terrein van (speciaal) basisonderwijs, opvoedingsondersteuning, jeugdhulpverlening, jeugdgezondheidszorg en jeugdbescherming. Daarnaast wordt aansluiting gezocht bij voorzieningen die aanbod realiseren ten behoeve van betrokken volwassenen (ouders en professionals) op het terrein van respectievelijk arbeidsvoorzieningen, vrijetijdsbesteding, deskundigheidsbevordering en interculturalisatie.

Verwacht wordt dat het zorgprogramma zal bestaan uit modules variërend van licht ambulant aanbod op het terrein van opvoedingsondersteuning, onderwijs en gezondheidszorg, tot zwaardere hulp op het hele terrein van speciaal basisonderwijs en jeugdzorg.

De instroom in het zorgprogramma zal voornamelijk verlopen via het lokale niveau. Een belangrijk aspect is de weg waarlangs de instroom formeel moet verlopen om tegemoet te komen aan de verschillende eisen die vanuit de diverse sectoren worden gesteld.

12.10 Conclusies DSP

Het zorgprogramma 'Marokkaanse jeugdigen in het speciaal basisonderwijs in Den Haag' is een zorgprogramma dat 'vraaggericht en van onderaf' ontwikkeld wordt. Een sterk punt in het ontwikkeltraject blijkt de aanstelling van een Marokkaanse casemanager als voornaamste 'instrument' om de hulpvragen te inventariseren en om instellingen te motiveren en deskundiger te maken. De casemanager bezoekt de cliënten en brengt hun hulpbehoeften in kaart. Zij vormt hiermee de link tussen de (potentiële) hulpvragers (leerlingen en hun gezinnen) en de projectgroep die verantwoordelijk is voor de ontwikkeling van het zorgprogramma en waarin de leveranciers van het (potentiële) hulpaanbod vertegenwoordigd zijn. Ook begeleidt zij instellingen bij het beter inzetten van hun hulp c.q. het ontwikkelen van een module. Een ander sterk punt is de samenstelling en inzet van de stuurgroep en de projectgroep, waardoor werkelijk vraaggericht en van onderaf wordt gewerkt en ontwikkeld.

De medewerkers van het veldproject lopen tegen twee grote knelpunten op:

- het werkenderwijs ontwikkelen heeft als nadeel dat men te veel overspoeld wordt door de praktijk van alledag;
- zorgprogrammering werkt onvoldoende als gemeenschappelijk structurend denkkader omdat de meeste kernpartners van buiten de jeugdzorg afkomstig zijn.

De combinatie van beide knelpunten leidde ertoe dat het project meer tijd nodig heeft. Voor de verdere ontwikkeling van het project lijken twee zaken van belang:

- dat de kernpartners meer vertrouwd maken met het denken in modules en zorgprogramma's;
- op basis van de informatie over de hulpvraag en hulpbehoefte die bij de doelgroep zelf is verzameld, het zorgprogramma ontwikkelen 'van achter het bureau', dus op enige afstand van de praktijk van alledag.

Het project beperkt zich tot nog toe tot één school voor speciaal basisonderwijs met 16 Marokkaanse leerlingen afkomstig uit 14 verschillende gezinnen. De inperking brengt het risico met zich mee dat er weinig hulpbehoefte is binnen deze kleine groep cliënten en dat de behoeften en hulpvragen die er zijn erg divers zijn. Een uitbreiding van de pilot naar andere scholen voor speciaal onderwijs lijkt dan ook een goede zaak.